WELTÄRZTEBUND

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION, INC

HANDBUCH DER DEKLARATIONEN, ERKLÄRUNGEN UND ENTSCHLIESSUNGEN

- Deutsche Fassung -

2008

Offizielle deutschsprachige Ausgabe
(Stand: Generalversammlung, Kopenhagen/Dänemark, Oktober 2007)

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

Herausgeber ist die **HANS-NEUFFER-STIFTUNG**.
Die Publikation erfolgt durch den **DEUTSCHEN ÄRZTE-VERLAG KÖLN**.

Die Vervielfältigung des Inhalts ist unabhängig vom Medium in unveränderter Form mit Quellenangabe und unter Abgabe eines Belegexemplars oder Veröffentlichungshinweises (bei Online Medien) erwünscht.
Bemerkungen und Anregungen zum Inhalt bitten wir an den

Weltärztebund
WMA The World Medical Association
13, ch. du Levant
CIB - Bâtiment A
F-01210 Ferney-Voltaire
http://www.wma.net
wma@wma.net

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

Bundesärztekammer
Auslandsdienst
Herbert-Lewin Platz 1
D-10623 Berlin
http://www.baek.de
auslandsdienst@baek.de

Liechtensteinische Ärztekammer
Postfach 52
FL-9490 Vaduz

Österreichische Ärztekammer
Weihburggasse 10-12
A-1010 Wien
http://www.aek.or.at
international@aerztekammer.at

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte - FMH
Elfenstraße 18
CH-3000 Bern 15
http://www.fmh.ch
info@fmh.ch

Copyright 2008, Weltärztebund, urheberrechtlich geschützt
ISBN: 978-3-7691-3331-8

World Medical Association - Weltärztebund

13, ch. du Levant
CIB - Bâtiment A
01210 Ferney-Voltaire, 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 Professionelle 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 darauf folgenden 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 zurzeit 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

Mit den in diesem Werk verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

INHALTSVERZEICHNIS

Neu aufgenommene Dokumente werden im Inhaltsverzeichnis **fett** dargestellt.

10.C Arzthaftung bei Kunstfehlern, Erklärung *(Medical malpractice, statement)* 11

10.10 Berufliche Autonomie und Selbstverwaltung, Deklaration von Madrid *(Professional autonomy and self-regulation, declaration of Madrid)* 14

10.20 Gesundheit der Kinder, Erklärung *(Infant health, statement of policy)* 17

10.24 Verstümmelung weiblicher Genitalien, Erklärung *(Condemnation of female genital mutilation)* 20

10.25 Misshandlung älterer Menschen, Deklaration von Hongkong *(The abuse of the elderly, declaration of Hong Kong)* 23

10.31 Tabakerzeugnisse, Import, Export, Vertrieb und Werbung, Erklärung *(Tobacco manufacture, import, export, sale and advertising, statement)* 25

10.40 Ersatz durch Generika, Erklärung *(Generic drug substitution, statement)* 26

10.50 Ärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten, Empfehlungen *(Medical care in rural areas, recommendations)* 28

10.55 Sicherheit am Arbeitsplatz, Erklärung *(Safety in the workplace, statement)* 30

10.90 Gesundheitssicherstellung in nationalen Gesundheitssystemen, Zwölf Grundsätze *(Twelve principles of provision of health care in any national health care system,)* 31

10.120 Resistenz gegen Antibiotika, Erklärung *(Statement on resistance to antimicrobial drugs)* 34

10.160 Leitlinien für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung der gesundheitlichen Versorgung, Deklaration *(Guidelines for continuous quality improvement in health care, declaration)* 36

10.180 Ärztedichte, Entschließung *(Resolution on the medical workforce)* 40

10.210 Arbeitsbeziehungen zwischen Ärzten und Pharmazeuten in der medizinischen Therapie, Erklärung *(Statement on the working relationship between physicians and pharmacists)* 41

10.300 Haftbedingungen und die Ausbreitung von Tuberkulose und anderen übertragbaren Krankheiten, Deklaration von Edinburgh *(Prison conditions and the spread of tuberculosis and other communicable diseases, declaration of Edinburgh)* 44

10.310 Selbstmedikation, Erklärung *(Selfmedication, statement)* 49

SMAC/Access/Oct2006 Zugang zur medizinischen Versorgung, Erklärung *(Statement on Access to Healthcare)* 52

SMAC/AdolSuicide/Oct2006 Selbstmord bei Jugendlichen, Erklärung *(Adolescent Suicide)* 55

SMAC/Afghan/Oct2002 Medizinische Versorgung in Afghanistan, Entschließung *(Provision of health care services in Afghanistan, resolution)* 58

SMAC/AirTravel/Oct2006 Ärztlichen Hilfe bei Flugreisen, Entschließung *(Medical Assistance in Air Travel)* 60

SMAC/Alcohol/Oct2005 Reduzierung der globalen Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Gesundheit und die Gesellschaft, Erklärung *(Reducing the Global Impact of Alcohol on Health and Society)* 63

SMAC/Amend17.50/Oct2004 Richtlinien des Weltärztebundes für den Fall bewaffneter Konflikte *(Regulations in time of armed conflict)* 67

SMAC/**ChildAirTravel/Oct2006 Sicherheit von Kindern bei Flugreisen**, **Entschließung** *(Child Safety in Air Travel)* 70

SMAC/Databases/Oct2002 Ethische Aspekte in Bezug auf medizinische Datenbanken, Deklaration *(Ethical considerations regarding health datebases,declaration)* 72

SMAC/DrugAbuse/Oct2006 Missbrauch von Opiaten und Psychotropen Substanzen *(Treating Opiate and Psychotropic Drug)* 77
SMAC/Emerg/May2004 Kommunikation und Koordinierung bei medizinischen Ausnahmesituationen *(Statement on health emergencies communication and coordination)* 81
SMAC/Environment/Oct2006 Aufgaben des Arztes im Umweltschutz *(Statement on the Role of Physicians in Environmental Issues)* 85
SMAC/EthRecruit/Sept/2003 Ethische Richtlinien für die internationale Rekrutierung von Ärzten, Erklärung *(Statement on ethical guidelines for the international recruitment of physicians)* 87
SMAC/FamilyPlanning/Oct2007 Familienplanung und dem Recht der Frau auf Kontrazeption, Erklärung *(Statement on Family Planning and the right of a woman to contraception)* 90
SMAC/FamilyViolence/Oct2006 Gewalt in der Familie, Erklärung *(Statement on Family Violence)* 92
SMAC/InjuryControl/Oct2006 Unfallverhütung, Erklärung *(Statement on Injury Control)* 95
SMAC/KViolence/Sept2003 Gewalt und Gesundheit, Erklärung *(Statement on Violence and Health)* 97
SMAC/Liability/Oct2005 Reform zur Arzthaftung, Erklärung *(Medical Liability Reform)* 100
SMAC/MedEd/May2006 Ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung, Erklärung *(Medical Education, statement)* 104
SMAC/NoisePollution/Oct2007 Umweltbelastung durch Lärm, Erklärung *(Statement on Noise Pollution)* 108
SMAC/Obesity/Oct2006 Rolle des Arztes bei Fettleibigkeit, Erklärung *(Physician's Role in Obesity, statement)* 110
SMAC/PAHO/Oct2002 Panamerikanische Gesundheitsorganisation, Entschließung *(Panamerican Health Organization, resolution)* 111
SMAC/Pandemic/Oct2006 Vogelgrippe und Influenzapandemie, **Erklärung** *(Avian and Pandemic Influenza)* 113
SMAC/PublicHealth/Oct2006 Ärzte und öffentliche Gesundheit, Erklärung *(Physicians and Public Health)* 122
SMAC/ReproMaterial/Sept/2003 Nichtkommerzialisierung von menschlichem Reproduktionsmaterial, Entschließung *(Resolution on the non-commercialisation of human reproductive material)* 126
SMAC/RoadSafety/Oct2006 Alkohol und Sicherheit im Straßenverkehr, Erklärung *(Alcohol and Road Safety, Statement)* 127
SMAC/Standards/Oct2006 Verantwortung des Arztes hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung, Erklärung *(Professional Responsibility for Standards of Medical Care, Statement)* 131
SMAC/Substitution/Oct2005 Arzneimittelsubstitution, Erklärung *(Drug Substitution)* 133
SMAC/Tobacco/Oct2007 Gesundheitsrisiken von Tabakerzeugnissen, Erklärung *(Statement on Health Hazard of Tobacco Products)* 135
SMAC/TrafficInjury/Oct2006 Verletzungen bei Verkehrsunfällen, Erklärung *(Statement on Traffic Injury)* 139
SMAC/Tuberculosis/Oct2006 Tuberkulose, Entschließung *(Tuberculosis)* 142
SMAC/Water/May/2003 Erklärung des Weltärztebundes über Wasser und Gesundheit *(WMA Statement on water and health care)* 144

SMAC/WFME/Sept/2003 Entschließung des Weltärztebundes über die globalen Standards der WFME zur Qualitätsverbesserung der ärztlichen Ausbildung *(Resolution on WFME global standards for quality improvement of medical education)* 146
SMAC/Zimbabwe/Oct2007 Verletzung des Rechts auf Gesundheit und der Menschenrechte in Simbabwe, Entschließung *(Statement on Health and Human Rights abuses in Zimbabwe)* 148
17.C Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen, Deklaration von Helsinki *(Ethical principals for medical research involving human subjects, declaration of Helsinki)* 151
17.F Deklaration von Tokio *(Declaration of Tokyo)* 158
17.FF Leibesvisitation bei Häftlingen, Erklärung *(Body searches of prisoners, statement)* 160
17.FFF 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 torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment)* 162
17.G Erklärung zur Umweltverschmutzung, Deklaration von Sao Paulo *(Statement on pollution, declaration of Sao Paulo)* 164
17.H Die Rechte des Patienten, Deklaration von Lissabon *(The rights of the patient, declaration of Lisbon)* 167
17.I Grundsätze für die Gesundheitsfürsorge in der Sportmedizin, Deklaration *(Principles of health care for sports medicine, declaration)* 171
17.K Boxsport, Empfehlungen *(Boxing, recommendations)* 174
17.L Die Menschenrechte und die persönliche Freiheit des einzelnen Arztes, Deklaration *(Human rights and individual freedom of medical practitioners, declaration)* 176
17.M Handel mit Organen, Erklärung *(Live organ trade statement)* 177
17.N In-vitro-Fertilisation und Embryo-Transfer, Erklärung *(In-vitro fertilization and embryo transplantation, statement)* 178
17.N/3 Ethische Aspekte der Embryonenreduktion, Erklärung *(Ethical aspects of embryonic reduction, statement)* 181
17.O Unabhängigkeit und berufliche Freiheit des Arztes, Deklaration *(Physician independence and professional freedom, declaration)* 183
17.P Euthanasie, Deklaration *(Euthanasia, declaration)* 185
17.PP Ärztliche Hilfe zum Selbstmord, Erklärung *(Physician-assisted suicide, statement)* 186
17.Q Organtransplantation, Deklaration *(Human organ transplantation, declaration)* 187
17.S Gentherapie und Gentechnologie, Erklärung *(Genetic counseling and genetic engeneering, statement)* 189
17.S/1 Projekt der Analyse des menschlichen Genoms, Deklaration *(The human genome project, declaration)* 191
17.T Transplantation von fetalem Gewebe, Erklärung *(Fetal tissue transplantation, statement)* 195
17.V Dauerkoma, Erklärung *(Persistent vegetative state, statement)* 197
17.Y Biologische und chemische Waffen, Deklaration *(Chemical and biological weapons, declaration)* 200
17.35 Häusliche medizinische Überwachung, Telemedizin und ärztliche Ethik, Erklärung *(Home medical monitoring, tele-medicine and medical ethics, statement)* 202

17.36 Ethik und Verantwortlichkeit in der Telemedizin, Erklärung *(Statement on accountability, responsibilities and ethical guidelines in the practice of telemedicine)* 205
17.50 Richtlinien für den Fall bewaffneter Konflikte *(Time of armed conflict, regulations)* 211
17.90 Freiheit der Teilnahme an Ärzteversammlungen, Erklärung *(Freedom to attend medical meetings, statement)* 213
17.170 Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung, Deklaration *(Declaration of Ottawa on the right of the child to health care)* 214
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)* 220
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)* 222
17.270 Nuklearwaffen, Deklaration *(Declaration on nuclear weapons)* 227
17.280 Abtreibung weiblicher Foeten, Entschließung *(Female foeticide, resolution)* ... 229
17.290 Ärztliche Ethik und hochentwickelte medizinische Technologie, Deklaration *(Medical ethics and advanced medical technology, declaration)* 230
17.400 Biologische Waffen, Deklaration *(Biological weapons, declaration)* 231
17.777 Patente auf medizinische Verfahren, Erklärung *(Statement on medical process patents)* 236
MEC/Advocacy/Oct2006 Vertretung der Patienteninteressen, Erklärung *(Patient Advocacy)* 240
MEC/Animal/Oct2006 Biomedizinische Forschung an Tieren, Erklärung *(Animal Use in Biomedical Research)* 243
MEC/ChildAbuse/Oct2006 Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern, Erklärung *(Child Abuse and Neglect)* 246
MEC/Commerce/2004 Erklärung des Weltärztebundes zum Verhältnis von Ärzten und Wirtschaftsunternehmen *(Statement concerning the relationship between physicians and commercial enterprises)* 249
MEC/DenounceTorture/Oct2007 Verantwortung der Ärzten für die Dokumentation und Anzeige von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlunge, Entschließung *(Resolution on the responsibility of physicians in the documentation and denunciation of acts of torture or cruel or inhuman or degrading treatment)* 253
MEC/Disasters/Oct2006 Ärztlichen Ethik im Katastrophenfall, Erklärung *(Medical Ethics in the Event of Disasters)* 257
MEC/EthicsDay/Sept2003Festlegung eines einmal im Jahr stattfindenden Tags der ärztlichen Ethik, Entschliessung *(Resolution on the designation of an annual medical ethics day)* 261
MEC/Genetics/Oct2005 Genetik und Medizin, Erklärung *(Genetics and Medicine)* .. 262
MEC/HIV-AIDS/Oct2006 HIV/AIDS und die Ärzteschaft, Erklärung (Statement on HIV/AIDS and the Medical Profession) 267

MEC/HIV/Trans/Oct2002 Recht der Frauen auf medizinische Versorgung und deren Zusammenhang mit der Prävention der HIV-Infektion von der Mutter aufs Kind, Entschließung *(Women's rights to health care and how that relates to the prevention of mother to child HIV infection, resolution)* 273
MEC/IntCode/Oct2006 Internationalen Kodex für Ärztliche Ethik *(Medical ethics, international code)* 275
MEC/LivWills/Sept2003 Patientenverfügungen ('Patiententestamente'), Erklärung *(Statement on advance directives (,Living Wills')* 278
MEC/Malta/Oct2006 Hungerstreik, Deklaration von Malta (Declaration of Malta on Hunger Strikers) 280
MEC/MentalIllness/Oct2006 Ethischen Problemen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen, Erklärung *(Ethical Issues Concerning Patients with Mental Illness)* 285
MEC/Missing/Sept2003 Forensische Untersuchungen von Vermissten, Erklärung *(Statement on forensic investigations of the missing)* 288
MEC/Oslo/Oct2006 Therapeutischen Schwangerschaftsabbruch, Deklaration von Oslo *(Therapeutic Abortion)* 290
MEC/PatSafety/Oct2002 Patientensicherheit, Deklaration *(patient safety, declaration)* 291
MEC/SafeInject/Oct2002 Sicherheit von Injektionen in der Medizinischen Versorgung, Erklärung *(Save injections in health care, statement)* 293
MEC/Sydney/Oct2006 Feststellung des Todes und die Entnahme von Organen, Deklaration von Sydney *(Determination of Death and the Recovery of Organs,)* 296
MEC/Telemedicine/Oct2007 Ethik in der Telemedizin, Erklärung *(Statement on the ethics of telemedicine,)* 297
MEC/TissueTransplantation/Oct2007 Menschlichem Gewebe für Transplantationen, Erklärung *(Statement on human tissue for transplantation)* 299
MEC/Transplantation/Oct2006 Spende und Transplantation von Organen, Erklärung *(Human Organ Donation and Transplantation)* 302
MEC/Venice/Oct2006 Todkranken Patienten, Deklaration von Venedig *(Terminal Illness)* 309
MEC/Weapons/Oct2006 Kriegswaffen und deren Auswirkungen auf Leben und Gesundheit, Erklärung *(Weapons of Warfare and their Relation to Life and Health, Statement)* 312
20.1/90 Therapeutischer Ersatz, Entschließung *(Therapeutic substitution, resolution)* .. 314
20.1/95 Atomwaffentests, Entschließung *(Testing of nuclear weapons, resolution)* 316
20.1/96 Verstärkte Investitionen in die gesundheitliche Versorgung, Entschließung *(Resolution on improved investment in health care)* 317
20.1/98 SIRUS-Projekt, Entschließung *(Resolution on the SIRUS POEJECT)* 320
20.2/88 Akademische Sanktionen oder Boykotts, Erklärung *(Academic sanctions or boycotts, statement)* 321
20.2/90 Menschenrechte, Entschließung *(Human rights, resolution)* 323
20.2/91 Verbot des Rauchens auf internationalen Flügen, Entschließung *(Prohibit smoking on interantional flights, resolution)* 325
20.2/94 Ärztliches Verhalten bei Organtransplantationen, Entschließung *(Physicians conduct concerning human organ transplantation, resolution)* 327
20.2/97 Klonierung, Entschließung *(Resolution on cloning)* 328
20.2/98 Haager Friedensappell 1999, Entschließung *(Resolution of the Hague Appeal for Peace 1999)* 329
20.3/88 Ärztliche Gruppenpraxis, Entschließung *(Medical group practice, resolution)* . 330

20.3/96 Entschließung des Weltärztebundes zu Dr. Radovan Karadzic *(Resolution concerning Dr. Radovan Karadzic)* ... 331
20.3/2001 Euthanasie, Entschließung *(Euthanasie, resolution)* ... 332
20.4/88 Entschließung (zu Generica) *(Resolution)* ... 333
20.4/97 Berufsverbot für Ärztinnen in Afghanistan und zum Ausschluss von Frauen von der gesundheitlichen Versorgung, Entschließung *(Resolution on the prohibition of access of women to health care and the prohibition of practice by female doctors in Afghanistan)* ... 334
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 worldwide, resolution)* ... 336
20.5/97 Wirtschaftsembargos und Gesundheit, Entschließung *(Economic embargoes and health)* ... 337
20.05/2001 Missbrauch der Psychiatrie, Entschließung *(Abuse of psychiatry, resolution)* .. 338
20.6/81 Beteiligung von Ärzten an der Vollstreckung von Todesurteilen, Entschließung *(Physician participation in capital punishment, resolution)* ... 339
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 production and transfer of antipersonnel mines and on their destruction))* ... 341
20.8 Einsatz von Computern in der Medizin, Erklärung *(Use of computer in medicine, statement)* ... 342
20.8/98 Medizinische Versorgung von Flüchtlingen *(Resolution on medical care for refugees)* ... 343
20.9/98 Berichte über Menschenrechtsverletzungen im Gesundheitssektor im Kosovo, Entschließung *(Resolution on reported violations of health related human rights in Kosovo))* ... 344
20.10/I Entwicklung der Arztzahlen (I), Erklärung *(Medical manpower I, statement)* ... 345
20.10/II Entwicklung der Arztzahlen (II), Erklärung *(Medical manpower II, statement)* 346
20.10/III Entwicklung der Arztzahlen (III), Erklärung *(Medical manpower III, statement)* ... 347
20.30 Gebrauch und Missbrauch psychotroper Arzneimittel, Erklärung *(The use and misuse of psychotropic drugs, statement)* ... 348
Council/CombatingHIV/Oct2006 Bekämpfung von HIV/AIDS, Entschliessung *(Resolution on Combaing HIV/AIDS)* ... 349
Council/NuclearTesting/Oct2006 Nordkoreanische Kernwaffentests, Entschliessung *(Resolution on Norht Korean Nuclear Testing)* ... 350
Council/LatinAmerica/Oct2007 Unterstützung der Ärzteorganisationen in Lateinamerika und der Karibik, Entschließung *(Resolution in support of the Medical Associations in Latin America and the Caribbean)* ... 351
GA/SARS/Sept2003 SARS (Schweres Akutes Atemnotsyndrom), Entschliessung *(Resolution on SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)* ... 352
Anhang I Dokumente und Schlagwörter ... 353
Anhang II Schlagwörter in alphabetischer Reihenfolge ... 369

September 1992 10.C

Original: Englisch, Französisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

Oktober 1987 10.10
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

Oktober 1987 10.20
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 Rehydrationstherapie, 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 Rehydrationstherapie 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 Rehydrationstherapie gesenkt werden. Orale Rehydrationstherapie ist sehr effektiv gegen Dehydration, 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 Dehydration innerhalb von drei bis sieben Stunden aufhebt. Zucker, Salz und Wasser allein im richtigen Mischungsverhältnis kann bei rechtzeitiger Anwendung die Dehydration 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 Rehydrationstherapie 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.

Oktober 1993 10.24
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 Austreibungsphase, 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.

Mai 1990 10.25
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

Des Weiteren 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, usw. in Anspruch nehmen;
- die Entwicklung und Nutzung gemeindeeigener Hilfseinrichtungen, wie Heimbetreuung, Pflegevertretung und Stresserleichterung für stark gefährdete Familien fördern.

Oktober 1990 10.31

Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

September 1989 10.40
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 Arzneimittelersatz 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 Ärztegesellschaften 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.

November 1983 10.50
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Empfehlungen des Weltärztebundes
zur

Ärztlichen 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, das 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.

Oktober 1993 10.55
Original: Französisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

November 1983 10.90
Original: Französisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 beruflicher 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.

Oktober 1996 10.120
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

November 1997 10.160
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 Fragen 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.

Oktober 1998 10.180
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zur

Ärztedichte

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

1. Der Weltärztebund 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 Weltärztebund 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 Weltärztebund wird seinen Diskussionen mit der Weltgesundheitsorganisation und mit anderen relevanten Organisationen zu diesem Thema fortsetzen.

Oktober 1999 10.210
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

Oktober 2000 10.300
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Deklaration von Edinburgh
zu den

Haftbedingungen und der Ausbreitung von Tuberkulose und anderen übertragbaren Krankheiten

verabschiedet von der
52. Generalversammlung des Weltärztebundes
Edinburgh, Oktober 2000

A. Präambel

1. Häftlinge haben ein Recht auf menschenwürdige Behandlung und angemessene medizinische Versorgung. Standards für die Behandlung von Häftlingen sind in mehreren von verschiedenen Organisationen der Vereinten Nationen verabschiedeten Deklarationen und Richtlinien festgelegt worden *(siehe Anlage)*.

2. Für die Beziehung zwischen Arzt und Häftling gelten die gleichen ethischen Grundsätze wie zwischen dem Arzt und jedem anderen Patienten.

3. Es gibt im Interesse der öffentlichen Gesundheit triftige Gründe, um die Bedeutung dieser Rechtsgrundsätze zu bekräftigen. Die kürzlich erschienenen Berichte über zunehmende Tuberkulosefälle unter Gefängnisinsassen in mehreren Ländern unterstreichen die Notwendigkeit, bei der Konzeption neuer Haftanstalten Fragen der öffentlichen Gesundheit zu berücksichtigen und Reformen für die bestehenden Strafrechts- und Gefängnissysteme zu fordern.

4. Gefängnisse können Brutstätten für Infektionen sein. Überfüllung, lange Haftstrafen in geschlossenen, schlecht beleuchteten und beheizten und infolgedessen unzureichend belüfteten und oftmals feuchten Räumen sind alles Bedingungen, die häufig mit der Inhaftierung verbunden sind und zur Verbreitung von Krankheiten beitragen. Wenn diese Faktoren noch mit schlechten hygienischen Bedingungen, unzureichender Ernährung und einem beschränkten Zugang zu einer ausreichenden medizinischen Versorgung einhergehen, dann können Gefängnisse für die öffentliche Gesundheit ein großes Problem darstellen. Wenn Häftlinge unter Bedingungen leben müssen, die eine erhebliche Gefahr für ihre Gesundheit darstellen, dann ist das ein humanitäres Problem. Ein an einer ansteckenden Krankheit leidender Häftling stellt nicht nur für andere Häftlinge eine Gefahr dar, sondern auch für das Gefängnispersonal, die Angehörigen der Gefangenen, andere Gefängnisbesucher sowie für die Menschen außerhalb des Gefängnisses, wenn der Gefangene entlassen wird.
   Der wirksamste und effektivste Weg zur Reduzierung des Übertragungsrisikos der Krankheit ist die Verbesserung der Gefängnisumgebung, wobei die Überfüllung der Gefängnisse das dringendste zu lösende Problem ist.

5. Der Anstieg von akuten Tuberkulosefällen (TB) bei den Gefängnisinsassen und bei einigen Inhaftierten die Entwicklung resistenter und insbesondere "multiresistenter" Formen der Tuberkulose, wie der Weltärztebund in seiner *Erklärung zur Medikamentösen Behandlung von Tuberkulose* festgestellt hat, nimmt in Gefängnissen in einigen Teilen der Welt gleichsam epidemische Ausmaße an.

6. Andere Infektionskrankheiten, beispielsweise Hepatitis C und die HIV-Infektion, sind zwar nicht so hoch kontagiös wie die Tuberkulose, bergen aber Übertragungsrisiken insofern, als sie über dem Blutwege oder durch den Austausch von Körperflüssigkeiten übertragen werden können. Desgleichen fördern auch die Bedingungen in überfüllten Gefängnissen die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten. Auch intravenös angewendete Drogen tragen zur Verbreitung von HIV sowie Hepatitis B und C bei. Für diese Probleme müssen konkrete Lösungen gefunden werden, was jedoch über den Rahmen dieser Erklärung hinausgeht. Die nachfolgend aufgeführten Grundsätze werden aber auch zur Reduzierung der von diesen Infektionserregern ausgehenden Gefahr beitragen.

B. Erforderliche Maßnahmen

7. Der Weltärztebund hält es im Interesse der öffentlichen Gesundheit als auch aus humanitären Gründen für entscheidend, besonderes Gewicht auf die folgenden Punkte zu legen:

   7.1. die Rechte von Gefangenen, ungeachtet ihrer Infektion, entsprechend der verschiedenen sich mit den Haftbedingungen befassenden UN-Instrumente zu schützen. Gefangene sollten die gleichen Rechte haben wie andere Patienten (Deklaration des Weltärztebundes von Lissabon);

   7.2. sicherzustellen, dass die Haftbedingungen für die Gefangenen, unabhängig davon, ob sie in Untersuchungshaft sind, auf ihre Verhandlung warten oder eine Haftstrafe verbüßen, einer Ausbreitung, Verschlechterung oder Übertragung einer Krankheit keinen Vorschub leisten. Dies gilt auch für die Bedingungen, unter denen Personen leben müssen, die ein Immigrationsverfahren durchlaufen, obgleich Gefängnisse normalerweise nicht zur Unterbringung dieser Personen verwendet werden sollten;

   7.3 sicherzustellen, dass Gefangene nicht isoliert oder in Einzelhaft genommen werden und damit keinen ausreichenden Zugang zur medizinischen Versorgung sowie allen erforderlichen Maßnahmen zur Behandlung ihrer Infektion haben;

   7.4. bei der Verlegung in eine andere Haftanstalt sollte der Gesundheitszustand der Gefangenen innerhalb von 12 Stunden nach Ankunft überprüft werden, um die ununterbrochene ärztliche Betreuung sicherzustellen;

   7.5. die Bereitstellung einer Nachbehandlung für Gefangene, die nach ihrer Entlassung immer noch an einer Krankheit, insbesondere an einer Infektionskrankheit, leiden. Da eine Unterbrechung der Behandlung vor allem für den Betroffenen, aber auch in epidemiologischer Hinsicht gefährlich sein kann, ist die Planung und Bereitstellung einer kontinuierlichen Versorgung ein wesentliches Element der medizinischen Versorgung im Gefängnis;

7.6. die Effizienz, Notwendigkeit und Rechtfertigung von Schutzmechanismen für die öffentliche Gesundheit, die in ganz seltenen Ausnahmefällen die Sicherungsverwahrung von Personen vorsehen können, die ein Infektionsrisiko für die Allgemeinheit darstellen. Maßnahmen dieser Art sollten die Ausnahme sein und dürfen erst nach sorgfältiger und kritischer Prüfung der Notwendigkeit dieser Zwangsmaßnahmen und mangels wirkungsvoller Alternativen erfolgen. Unter diesen Umständen sollte eine Inhaftierung möglichst kurz und mit möglichst wenigen Einschränkungen verbunden sein. Außerdem muss für Maßnahmen dieser Art ein System der unabhängigen Beurteilung und Überprüfung eingerichtet werden, einschließlich der Möglichkeit zur Beschwerde für die Patienten. Wann immer möglich, sollten Alternativen zu dieser Form der Inhaftierung verwendet werden.

7.7. Dieses Modell sollte bei der Beurteilung aller Maßnahmen zur Vermeidung von Kreuzinfektionen und zur Behandlung bereits infizierter Personen in der Gefängnisumgebung eingesetzt werden.

8. In Haftanstalten tätige Ärzte haben die Pflicht, den Gesundheitsbehörden und Berufsorganisationen ihres Landes alle Unzulänglichkeiten bei der medizinischen Versorgung der Gefängnisinsassen zu melden sowie jede Situation, die für die Gefangenen eine epidemiologische Gefahr darstellt. Die nationalen Ärzteorganisationen sind verpflichtet, diese Ärzte gegen eventuelle Repressalien zu schützen.

9. Der Weltärztebund fordert seine Mitgliedsorganisationen auf, nationale und lokale Regierungen und Gefängnisbehörden davon zu überzeugen, dass diese Aspekte der Gesundheitsförderung und medizinischen Versorgung dringend in Angriff genommen und Programme verabschiedet werden müssen, die eine sichere und gesunde Gefängnisumgebung gewährleisten.

Informationen zur Gesundheitsversorgung in Gefängnissen

*(Bibliographical information indicated with an asterisk * to be found at the end of this document)*

Universal Declaration of Human Rights (Articles 4, 9, 10 and 11). Adopted by the United Nations General Assembly on 16 December 1948. *Sources A,B,D,E.

Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (Rules 22-26). Approved by the United Nations Economic and Social Council on 31 July 1957.* Sources B,C,D,E.

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Article 12). Adopted by the United Nations General Assembly on 16 December 1966. Entry into force: 3 January 1976. *Sources A;B,D,E.

International Covenant on Civil and Political Rights (Articles 6, 7 and 10). Adopted by the United Nations General Assembly on 16 December 1966. Entry into force: 23 March 1976. *Sources A,B,D,E.

Principles of Medical Ethics Relevant to the Protection of Prisoners Against Torture (Principle 1). Adopted by the United Nations General Assembly on 18 December 1982. *Sources B,C,E.

Body of Principles for the Protection of All Persons Under Any Forms of Detention or Imprisonment (Principle 24). Adopted by the United Nations General Assembly on 9 December 1988. *Sources B,C,E.

Basic Principles for the Treatment of Prisoners (Article 9). Adopted by the United Nations General Assembly on 14 December 1990. *Sources B,D,E.

United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of Their Liberty (Principles 50-54). Adopted by the United Nations General Assembly on 14 December 1990. *Sources B,D,E.

WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prison. Issued in March 1993, Geneva (Document WHO/GPA/DIR/93.3).* Source E.

Bibliographie zu den Quellen

*(Indicated with an asterisk * in preceding section)*

A. Brownlie, I., Ed. Basic Documents on Human Rights. 3rd edition. Oxford University Press, Oxford, 1992.

B. Human Rights: A Compilation of International Instruments. United Nations, New York and Geneva, 1994 (Vol. I: Universal Instruments). It is understood that this compilation is available in the five official languages of the United Nations.

C. Ethical Codes and Declarations Relevant to the Health Professions: An Amnesty International Compilation of Selected Ethical Texts. 3rd edition. International Secretariat, Amnesty International, London, 1994.

D. Melander, G. & Alfredsson, G., Eds. The Raoul Wallenberg Compilation of Human Rights Instruments. Martinus Nijhoff Publishers, The Hague, London and Boston, 1997.

Alfredsson, G. & Tomaševski, K., Eds. A Thematic Guide to Documents on Health and Human Rights. Martinus Nijhoff Publishers, The Hague, London and Boston, 1998.

März 1999 10.310
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Selbstmedikation

Verabschiedet von der
Generalversammlung des Weltärztebundes
Washington, 2002

Präambel

Der Weltärztebund hat diese Erklärung erarbeitet, um Ärzten und ihren Patienten eine Orientierungshilfe für eine verantwortungsbewusste Selbstmedikation zu geben.

1. Unterscheidung zwischen Selbstmedikation und Medikamentenverschreibung

   1.1. Arzneimittel können generell in zwei Gruppen unterteilt werden: rezeptpflichtige und rezeptfreie Arzneimittel. Diese Einteilung kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Die nationalen Behörden müssen sicherstellen, dass Arzneimittel, die in die Gruppe der rezeptfreien Arzneimittel fallen, sicher und nicht gesundheitsschädlich sind.

   1.2. Rezeptpflichtige Medikation umfasst Arzneimittel, die der Patient nur auf ärztliches Rezept und nach einer ärztlichen Konsultation erhält. Rezeptpflichtige Arzneimittel können wegen ihrer Toxizität, anderer potentieller oder schädlicher Nebenwirkungen (z.B. Abhängigkeit), der Anwendungsmethode oder der für die Anwendung erforderlichen Begleitmaßnahmen nur unter der Aufsicht eines Arztes sicher angewendet werden

   1.3. Verantwortungsbewusste Selbstmedikation, wie sie in diesem Dokument definiert wird, ist die Verwendung eines registrierten bzw. monographierten, allgemein erhältlichen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels, das der Patient in eigener Initiative oder auf Anraten eines im Gesundheitswesen Tätigen erwirbt. Die Verwendung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln ohne ärztliches Rezept ist keine verantwortungsbewusste Selbstmedikation.

   1.4. Die Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität rezeptfreier Arzneimittel muss nach den gleichen Kriterien geprüft werden, die auch für rezeptpflichtige Arzneimittel gelten.

2. Anwendung der Selbstmedikation in Verbindung mit rezeptpflichtiger Medikation

   Im Verlauf einer Behandlung können Selbstmedikation und rezeptpflichtige Medikation kombiniert werden, entweder als parallel verlaufende oder aufeinanderfolgende Therapien. Der Patient muss über potentielle Wechselwirkungen zwischen rezeptpflichtigen und rezeptfreien Arzneimitteln informiert werden. Aus diesem Grund sollte der Patient darin bestärkt werden, den Arzt über seine Selbstmedikation zu informieren.

3. Aufgaben und Verantwortung bei der Selbstmedikation

3.1 Bei der Selbstmedikation trägt der Einzelne die primäre Verantwortung für die Verwendung der Arzneimittel zur Selbstmedikation. Besondere Vorsicht ist geboten, wenn besonders schutzbedürftige Personen wie Kinder, ältere Menschen oder Schwangere die Selbstmedikation anwenden.

3.2 Wer sich für die Selbstmedikation entscheidet, sollte in der Lage sein:

3.2.1 die zu behandelnden Symptome zu erkennen;

3.2.2 zu entscheiden, ob sein Gesundheitszustand eine Selbstmedikation erlaubt;

3.2.3 das richtige Medikament für die Selbstmedikation auszuwählen;

3.2.4 die Gebrauchsanweisungen in der Gebrauchsanleitung des Arzneimittels zu befolgen.

3.3 Zur Begrenzung der mit der Selbstmedikation verbundenen potentiellen Risiken ist es wichtig, dass alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens, die sich um die Patienten kümmern, Folgendes sicherstellen:

3.3.1 Aufklärung über die rezeptfreien Arzneimittel und ihre sachgerechte Anwendung und die Empfehlung, einen Arzt hinzuzuziehen, wenn sie unsicher sind und ärztlichen Rat benötigen. Dies ist besonders wichtig, wenn sich die Selbstmedikation für bestimmte Krankheiten, an denen der Patient möglicherweise leidet, als ungeeignet erweist.

3.3.2 Ermutigung zum sorgfältigen Durchlesen der Gebrauchsanleitung und des Beipackzettels (wenn vorhanden) des Arzneimittels, gegebenenfalls weitere Informationen einholen und Situationen erkennen, in denen eine Selbstmedikation nicht oder nicht mehr angebracht ist.

3.4 Alle an der Selbstmedikation beteiligten Personen sollten sich der positiven Wirkungen und Risiken aller rezeptfreien Arzneimittel für die Selbstmedikation bewusst sein und in einer ausgewogenen Darstellung über die positiven Wirkungen und Risiken informieren, ohne dabei weder die Risiken noch die positiven Wirkungen zu sehr zu betonen.

3.5 Insbesondere die Hersteller müssen sich an die verschiedenen bereits bestehenden Vorschriften oder Bestimmungen halten um sicherzustellen, dass die Informationen für den Verbraucher formal und inhaltlich verständlich formuliert sind. Dies gilt insbesondere für die Kennzeichnung, Werbung und alle Informationen in Bezug auf rezeptfreie Arzneimittel.

3.6 Es ist die berufliche Pflicht des Pharmazeuten, dem Patienten unter gegebenen Umständen die Konsultierung eines Arztes zu empfehlen.

4. Aufgabe von Regierungen bei der Selbstmedikation

Regierungen sollten die Unterscheidung zwischen rezeptpflichtigen und rezeptfreien Arzneimitteln anerkennen und fördern und sicherstellen, dass die Anwender der Selbstmedikation gut informiert und vor eventuellem Schaden oder negativen Langzeitfolgen geschützt werden.

5. Verkaufsförderung und Marketing von Produkten für die Selbstmedikation

5.1 Werbung und Marketingmaßnahmen für rezeptfreie Arzneimittel sollten immer in verantwortungsbewusster Weise erfolgen, klare und präzise Informationen sowie eine ausgewogene Darstellung der positiven Wirkungen und Risiken enthalten. Verkaufsförderungs- und Marketingmaßnahmen dürfen nicht dazu führen, dass unverantwortliche Selbstmedikation, der Kauf von ungeeigneten Arzneimitteln sowie Spontankäufe oder der Kauf größerer Mengen von Arzneimitteln über den Bedarf hinaus gefördert werden.

5.2 Die Menschen müssen sensibilisiert werden, dass Arzneimittel (rezeptfreie und rezeptpflichtige) besondere Produkte sind und die üblichen Vorsichtsmaßnahmen für sichere Lagerung und Anwendung gemäß den ärztlichen Anweisungen zu befolgen sind.

SMAC/Access/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zum

Zugang zur medizinischen Versorgung

verabschiedet von der 40. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Wien, Österreich, September 1988, und überarbeitet von der Generalversammlung des Weltärztebundes, Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

Präambel

1. In der Satzung der Weltgesundheitsorganisation heißt es, dass das "Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus eines der Grundrechte jedes Menschen ist ..." 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 gesundheitlichen Humanressourcen, die Finanzierung der Krankenbeförderung, die Wahlfreiheit, öffentliche Aufklärung, die Qualität und die Bereitstellung von Technologie.

Leitlinien

Gesundheitliche Humanressourcen

2. 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 gesundheitlichen Humanressourcen in Angriff zu nehmen. Durch eine Datenerhebung sollte die Bereitstellung und der Einsatz sowie die geeignete Zusammensetzung zwischen Angehörigen der Gesundheitsberufe und medizinischen Helfern bestimmt werden, welche auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmt werden kann. Es sollten verstärkt Bemühungen unternommen werden, um Ärzte und andere Leistungserbringer des Gesundheitswesens durch besondere Angebote und Anreize für unterversorgte Gebiete zu interessieren. Modelle mit Straf- oder Zwangscharakter sollten nicht eingesetzt werden. In Hinblick auf längerfristige Bedürfnisse sollten auch Anreize für Medizinstudenten, die in Regionen mit einem Mangel an gesundheitlichen Humanressourcen arbeiten wollen, geschaffen werden.

Finanzierung

3. Es sollte ein pluralistisches Finanzierungssystem, das sowohl von öffentlichen als auch privaten Mitteln getragen wird, geschaffen werden. Der richtige Finanzierungsmix kann sich von Land zu Land stark unterscheiden. 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. Die Regierungen müssen sicherstellen, dass derartige Projekte in fairer und objektiver Weise durchgeführt werden.

Krankenbeförderung

4. Die Gesellschaft ist verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass auch Patienten, die in abgelegenen Gebieten wohnen, in ausreichendem Maße medizinisch versorgt werden. Patienten, die in isolierten ländlichen Gebieten wohnen, haben ebenso einen Anspruch auf Beförderung, wenn Spezialbehandlungen erforderlich sind, die nur in medizinischen Versorgungszentren der Großstädte durchgeführt werden können. Manchmal kann Telemedizin eine akzeptable Alternative zur Beförderung von Patienten sein.

Wahlfreiheit

5. Alle Gesundheitssysteme sollten dem einzelnen Patienten die größtmögliche Freiheit bei der Wahl des Arztes lassen. 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

6. 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. Patienten sollten Zugang zu ihren medizinischen Unterlagen haben und Kopien davon behalten können.

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

Qualität

9. Qualitätssicherung sollte zu jedem Gesundheitssystem gehören. Insbesondere 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

9. Richtlinien für die Bereitstellung von beschränkt verfügbaren Technologien zur gesundheitlichen Versorgung sind zu erarbeiten, um den Bedürfnissen aller Patienten und Ärzte gerecht zu werden und um die gerechte Allokation von Technologien und Ressourcen im Gesundheitssektor sicherzustellen.

Schlussfolgerungen

10. Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist optimal gesichert, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

    a) Zugang zu einer angemessenen ärztlichen Betreuung für jeden einzelnen, unabhängig von der Zahlungsfähigkeit.

    b) Eine größtmögliche Wahlfreiheit zwischen Leistungserbringern, Versorgungsträgern und Zahlungssystemen, angepasst an die unterschiedlichsten Bedürfnisse der Bevölkerung.

    c) Die gesamte Bevölkerung hat problemlosen Zugang zu angemessenen und umfassenden Informationen über Leistungserbringer im Gesundheitswesen.

    d) Adäquate Möglichkeiten für eine aktive Beteiligung aller Gruppen an der Gestaltung und Verwaltung des Gesundheitssystems.

    e) Für die Arbeit in überlasteten Gesundheitssystemen, die die medizinische Versorgung gefährden, müssen Ärzten transparente und effiziente ethische Kriterien zur Verfügung stehen.

    f) Ärzteorganisationen fördern den gerechten Zugang zur medizinischen Versorgung, auf lokaler wie auf nationaler Ebene, durch den Dialog und gemeinsame Aktivitäten mit den Gesundheitsbehörden.

SMAC/AdolSuicide/Oct2006

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zum

Selbstmord bei Jugendlichen

verabschiedet von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

1. In den letzten Jahrzehnten hat sich ein drastischer Wandel der Todesursachen bei Jugendlichen gezeigt. Früher 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. Selbstmord ist heute die dritthäufigste Todesursache bei Jungendlichen. 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.

2. 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.

3. Die zum Selbstmord bei Jugendlichen beitragenden Faktoren sind unterschiedlich; dazu gehören: manisch-depressive Psychose, Angstzustände, emotionale Isolierung, Verlust des Selbstwertgefühls, extreme emotionale Belastung (beispielsweise Ausgrenzung und Schikanierung), romantische Phantasien, Sensationslust, Drogen- und Alkoholmissbrauch, die Verfügbarkeit von Waffen und anderen Mitteln zur Selbsttötung sowie die Berichterstattung in den Medien über andere Selbstmorde bei Jugendlichen, was zu Nachahmerhandlungen führt. Meist ist der Selbstmord eher das Ergebnis eines Zusammenwirkens mehrerer Faktoren als eines einzigen isolierten Faktors. Jugendliche in Erziehungsheimen haben ein höheres Selbstmordrisiko als andere Kinder. Das Fehlen eines durchgängigen Persönlichkeitsprofils erschwert es jedoch, selbstmordgefährdete Jugendliche zu erkennen.

4. 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 selbst zerstörerisches 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.

5. In seinen Bemühungen, Selbstmord bei Jungendlichen zu verhindern, erkennt der Weltärztebund 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. Dabei sind wir uns bewusst, dass auch viele andere Akteure - Eltern, Regierungsbehörden, Schulen, Gemeinden, soziale Einrichtungen - wichtige Aufgaben in diesem Bereich haben.

Leitlinien

6. Jeder Arzt sollte während des Studiums und der Weiterbildung an einer Unterweisung in Kinder- und Jugendpsychiatrie teilnehmen und über die biopsychosoziale Entwicklung Jugendlicher**,** einschließlich der Risikofaktoren für Selbstmord, informiert werden.

7. Der Arzt sollte dazu ausgebildet werden, frühzeitig Anzeichen und Symptome körperlicher, emotionaler und sozialer Nöte jugendlicher Patienten zu erkennen sowie Anzeichen und Symptome psychischer Störungen, die zum Selbstmord führen können, als auch andere selbst zerstörerische Verhaltensweisen einschließlich depressives Verhalten, bipolare Störungen, auf Drogenkonsum zurückzuführende Störungen und ein bereits verübter Selbstmordversuch.

8. Der Arzt sollte dazu ausgebildet werden, wie und wann die Selbstmordgefährdung seines jugendlichen Patienten einzuschätzen ist.

9. Der Arzt sollte in der Behandlung und den Überweisungsmöglichkeiten, die für die jeweiligen Formen selbst zerstörerischen Verhaltens des jugendlichen Patienten angemessen sind, unterwiesen und auf dem neuesten Stand der Entwicklung gehalten werden. Der Arzt, der mit dem Problem selbstmordgefährdeter Jugendlicher am besten vertraut ist, ist der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, und an diesen Facharzt sollte der Patient gegebenenfalls überwiesen werden.

10. Bei der Betreuung von Jugendlichen mit Trauma jeglicher Art sollte der Arzt die Möglichkeit in Erwägung ziehen, dass die Verletzungen selbst herbeigeführt wurden.

11. Bei der Behandlung von Jugendlichen, bei denen eine Verschlechterung des Denkvermögens, des Gefühlszustands oder des Verhaltens erkennbar ist, sollte die Möglichkeit des Drogenmissbrauchs und der Drogenabhängigkeit in Betracht gezogen werden und die Schwelle zur Durchführung einer toxikologischen Untersuchung des Urins sollte gering sein.

12. Systeme der gesundheitlichen Versorgung sollten die Einrichtung psychologischer Beratungsstellen zur Selbstmordprävention erleichtern und die sozialmedizinische Betreuung von Patienten, die einen Selbstmordversuch unternommen haben, bezahlen. Die Betreuung sollte auf die spezifischen Bedürfnisse der jugendlichen Patienten zugeschnitten sein.

13. Es sollten epidemiologische Untersuchungen über Selbstmord, Risikofaktoren und Möglichkeiten der Prävention durchgeführt werden.

14. Bei der Behandlung von Jugendlichen mit psychischen Störungen oder erkennbaren Risikofaktoren für einen Selbstmord sollten Ärzte Eltern oder gesetzliche Vertreter dazu anhalten, auf Anzeichen für Selbstmord zu achten und sie über die Evaluierungsoptionen aufklären.

September 2002 SMAC/Afghan/Oct2002
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zur

Medizinischen Versorgung in Afghanistan

Verabschiedet von der
Generalversammlung des Weltärztebundes
Washington, 2002

In Anbetracht der Tatsache, dass

Afghanistan eines der ärmsten Länder der Welt ist, in dem Millionen Menschen unterhalb der Armutsgrenze leben. Vor Beginn des "Krieges gegen den Terror" waren Millionen von Afghanen vom Hungertod bedroht. Während des Krieges wurden außerdem Kommunikations- und Verkehrsverbindungen unterbrochen mit der Folge, dass insbesondere die Landbevölkerung in noch höherem Maße vom Hungertod bedroht war; und

In Anbetracht der Tatsache, dass

Gesundheitsrisiken durch Armut, Hunger, Bürgerkriege und Militäraktionen noch verschärft werden. Die medizinische Versorgung in Afghanistan ist in den letzten zehn Jahren in sträflicher Weise vernachlässigt worden. Frauen wurde der Zugang zur Schulbildung, zur Hochschulbildung und zur Ausbildung in den Gesundheitsberufen verwehrt. Medizinische Fakultäten und andere Einrichtungen, in denen die im Gesundheitsbereich Tätigen ausgebildet werden, wurden zerstört und die Lehrkörper verloren ihre Stellen, was zur Folge hatte, dass keine Ressourcen mehr für die Ausbildung neuer Ärzte und medizinischer Helfer und zur Aktualisierung der Kenntnisse der Ärzte und des medizinischen Pflegepersonals, die lange Zeit ihren Beruf nicht mehr ausüben durften, vorhanden waren; und

In Anbetracht der Tatsache, dass

Einige afghanische Ärzte und im Gesundheitswesen tätige Personen, die Afghanistan unter dem Taliban-Regime verlassen hatten, nunmehr zurückkehren wollen – zumindest für kurze Zeit und unter der Voraussetzung, dass ihre Sicherheit gewährleistet wird – und beim Aufbau einer nachhaltigen medizinischen Versorgung helfen wollen; und

In Anbetracht der Tatsache, dass

Die internationale Gemeinschaft erhebliche Ressourcen für den Wiederaufbau der Infrastruktur in Afghanistan zur Verfügung stellt.

Wird beschlossen, dass

Der Weltärztebund die nationalen Regierungen und internationalen Organisationen auffordert, finanzielle Mittel für den Wiederaufbau des Gesundheitssystems in Afghanistan zur Verfügung zu stellen, damit afghanische Ärzte, Krankenschwestern, Krankenpfleger und andere medizinische Helfer zurückkehren können, um bei der medizinischen Versorgung der afghanischen Bevölkerung zu helfen.

Der Weltärztebund die nationalen Regierungen zudem auffordert, den afghanischen Flüchtlingen, die in ihren Ländern als Flüchtlinge anerkannt sind, die Rückkehr für einen kurzen Zeitraum nach Afghanistan zu ermöglichen, damit sie bei den Programmen für den Wiederaufbau der Infrastruktur helfen können, ohne dabei ihren Flüchtlingsstatus zu gefährden.

SMAC/AirTravel/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zur

Ärztlichen Hilfe bei Flugreisen

verabschiedet von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

1. Für alle Menschen weltweit ist das Flugzeug das bevorzugte Transportmittel für Fernreisen. Der zunehmende Komfort und die Bezahlbarkeit von Flugreisen haben zu einem Anstieg der Zahl der Passagiere geführt, darunter auch ältere Passagiere und Passagiere mit einem erhöhten Risiko für einen medizinischen Notfall. Außerdem sind Langstreckenflüge gang und gäbe mit dem erhöhten Risiko, dass während des Flugs medizinische Notfälle auftreten können.

2. Die Umgebung in Passagierflugzeugen eignet sich nicht gerade für eine angemessene medizinische Versorgung von Passagieren, insbesondere bei medizinischen Notfällen. Lärm und die Bewegung des Flugzeugs, äußerst beengte Platzverhältnisse, die anderen Passagiere, die infolge der Situation mit Stress oder Angst reagieren, unzureichende oder gar nicht vorhandene diagnostische und therapeutische Instrumente sowie andere Faktoren schaffen extrem schwierige Bedingungen für die Diagnose und Behandlung. Wahrscheinlich stellen diese Bedingungen selbst den erfahrendsten Arzt vor schier unlösbare Herausforderungen.

3. Bei den meisten Fluggesellschaften muss das Flugpersonal in Erste Hilfe geschult sein. Viele Fluggesellschaften bieten außerdem etwas intensivere Erste Hilfe-Schulungen an und haben zudem einige Notfallarzneimittel und -ausrüstungen an Bord. Einige Fluggesellschaften haben sogar die Möglichkeit der Fernübertragung von EKG-Befunden und der ärztlichen Fernkonsultation.

4. Selbst gut ausgebildetes Flugpersonal ist in seinen Kenntnissen und Erfahrungen beschränkt und kann demzufolge nicht die Hilfe leisten wie ein Arzt oder ein anderer zertifizierter Angehöriger der Gesundheitsberufe. Jetzt gibt es für Ärzte Fortbildungskurse, die speziell auf die notärztliche Versorgung während des Fluges vorbereiten.

5. Sorgen bereitet Ärzten oftmals die Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Haftung bei der ärztlichen Hilfeleistung, insbesondere auf internationalen Flügen oder auf Flügen innerhalb der Vereinigten Staaten. Viele, aber eben nicht alle Fluggesellschaften bieten zwar für Ärzte und Nichtärzte, die während des Fluges freiwillig medizinische Hilfe leisten, eine Art Haftpflichtversicherung an, die Versicherungsmodalitäten können aber bei einem plötzlich auftretenden Notfall nicht immer in ausreichendem Maße erklärt und nachvollzogen

werden. Die finanziellen und beruflichen Folgen eines Rechtsstreits gegen Ärzte, die ärztliche Hilfe geleistet haben, können enorm sein.

6. Zum Schutz des Lebens und der Gesundheit der Flugpassagiere sind zwar schon einige wichtige Maßnahmen durchgeführt worden, die Situation ist aber alles andere als ideal und muss weiter verbessert werden. Viele der großen Probleme könnten durch einfache Maßnahmen seitens der Fluggesellschaften und der nationalen Regierungen, idealerweise durch gegenseitige Kooperation sowie in Zusammenarbeit mit dem Internationalen Luftverkehrsverband (IATA), angegangen werden mit dem Ziel, zu koordinierten und konsensbasierten internationalen Richtlinien und Programmen zu kommen.

7. Nationale Ärzteorganisationen müssen bei der Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Bereitstellung und Effektivität medizinischer Betreuung während des Fluges eine führende Rolle übernehmen.

8. Aus diesem Grund fordert der Weltärztebund seine Mitglieder auf, die nationalen Fluggesellschaften, die Mittel- und Langstreckenflüge anbieten, davon zu überzeugen, folgende Maßnahmen zu treffen:

   a) Ausstattung ihrer Flugzeuge mit einer ausreichenden und standardisierten Menge von Materialien und Arzneimitteln für den medizinischen Notfall, die:

      - standardmäßig verpackt und problemlos zu identifizieren sind;
      - eine Gebrauchsanleitung in Englisch sowie in den Hauptsprachen des Abflug- und Ziellandes enthalten; und zu denen auch
      - vollautomatisierte Externdefibrillatoren gehören, die gerade in nichtmedizinischen Einrichtungen und Umgebungen enorm wichtig sind.

   b) Einrichtung eines einsatzbereiten Ärzteteams am Boden, das über Radio oder Telefon kontaktiert werden kann, um entweder das Flugpersonal oder einen an Bord befindlichen Arzt zu unterstützen, falls letzterer an Bord und ärztliche Hilfe leisten kann.

   c) Ausarbeitung von Notfallplänen als Orientierungshilfe für das Flugpersonal, um auf die medizinischen Bedürfnisse von Passagieren richtig reagieren zu können.

   d) Ausreichende über einen Erste Hilfe-Kurs hinausgehende medizinische und organisatorische Unterweisung des Flugpersonals, damit letzteres besser auf die medizinischen Bedürfnisse der Passagiere reagieren und Ärzte, die bei einem Notfall ärztliche Hilfe leisten, unterstützen kann.

   e) Abschluss von Versicherungen für Ärzte und assistierende Nichtärzte, um sie vor Schadensersatzansprüchen (materielle und immaterielle) zu schützen, die aus der Diagnose und Behandlung eines kranken Passagiers während des Fluges resultieren.

9. Der Weltärztebund fordert seine Mitglieder auf, ihren nationalen Luftfahrtbehörden folgende Maßnahmen nahe zu legen: Erstellung jährlicher zusammenfassender Berichte über medizinische Zwischenfälle während des Fluges auf der Grundlage von obligatorischen standardisierten *incident reports* für jeden medizinischen Zwischenfall, bei dem Erste Hilfe

oder andere medizinische Hilfe geleistet werden musste und/oder der zu einer Kursänderung des Flugzeugs geführt hat.

10. Der Weltärztebund fordert seine Mitglieder auf, auf ihre Gesetzgeber dahingehend einzuwirken, Rechtsvorschriften zu erlassen, denen zufolge Ärzte, die bei medizinischen Zwischenfällen während des Flugs Nothilfe leisten, rechtlich nicht verantwortlich gemacht werden können.

11. Ist die rechtliche Immunität nicht gegeben, muss die Fluggesellschaft alle rechtlichen und finanziellen Konsequenzen tragen, die aus der ärztlichen Hilfe resultieren, die ein Arzt während des Flugs geleistet hat.

12. Der Weltärztebund fordert seine Mitglieder auf:

    a) Ärzte über die Probleme von medizinischen Notfällen während des Fluges aufzuklären;

    b) Ärzte über entsprechende Schulungen zu informieren oder die Entwicklung von Schulungsprogrammen dort anzuregen oder zu fördern, wo es noch keine gibt; und

    c) Ärzte dazu anzuhalten, mit Patienten, die ein hohes Risiko der Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung während des Fluges haben, vor ihrem Flug über potentielle Probleme zu sprechen.

13. Der Weltärztebund fordert den Internationalen Luftverkehrsverband (IATA) auf, präzise Standards in den folgenden Bereichen zu entwickeln und, wo dies zweckmäßig ist, mit Regierungen zusammenzuarbeiten, um diese Standards als Rechtsvorschriften zu implementieren:

    a) medizinische Ausrüstung und Arzneimittel an Bord bei Mittel- und Langstreckenflügen

    b) standardisierte Verpackungen und Informationen einschließlich mehrsprachiger Beschreibungen und Gebrauchsanleitungen in den relevanten Sprachen

    c) Maßnahmen in medizinischen Notfällen und Schulungsprogramme für medizinisches Personal

Oktober 2005 SMAC/Alcohol/Oct2005
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Reduzierung der globalen Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Gesundheit und die Gesellschaft

verabschiedet von der
56. Generalversammlung des Weltärztebundes
Santiago, Chile, Oktober 2005

Präambel

1. Der Konsum von Alkohol ist in vielen Gesellschaften tief verwurzelt. 4% der globalen Krankheitslast ist auf Alkohol zurückzuführen, der weltweit für fast genauso viele Todes- und Krankheitsfälle verantwortlich ist wie Tabak und Hypertonie. Alles in allem gibt es einen kausalen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und über 60 Krankheiten und Verletzungen, einschließlich Unfallopfer im Straßenverkehr. Alkoholkonsum ist der größte Risikofaktor für die Krankheitslast in Entwicklungsländern und der drittgrößte Risikofaktor in den entwickelten Ländern. Neben zahlreichen chronischen und akuten gesundheitlichen Problemen sind mit dem Alkoholkonsum auch weit verbreitete soziale, mentale und emotionale Probleme verbunden. Die globale auf Alkoholkonsum zurückzuführende Krankheitslast ist erheblich, das gilt sowohl für die Morbidität als auch für die Mortalität.

2. Alkoholbedingte Probleme sind das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels zwischen individuellem Konsum alkoholischer Getränke und des kulturellen, wirtschaftlichen, sozialen und politischen Umfeldes.

3. Alkohol kann nicht als gewöhnliches Getränk oder Konsumgut betrachtet werden, weil Alkohol eine Droge ist, die durch körperliche Vergiftung und Abhängigkeit erheblichen gesundheitlichen, psychologischen und sozialen Schaden verursacht. Es gibt zunehmende Anzeichen, dass bei einigen Menschen die genetische Anfälligkeit für Alkoholabhängigkeit ein Risikofaktor ist. Fetale Alkoholsyndrome und fetale Alkoholschäden, vermeidbare Ursachen für eine geistige Behinderung, können durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft verursacht worden sein. Zunehmende wissenschaftliche Erkenntnisse haben bewiesen, dass sich Alkoholkonsum vor dem Erwachsenenalter schädlich auf das mentale, kognitive und soziale Verhalten von Jugendlichen auswirkt und die Wahrscheinlichkeit einer Alkoholabhängigkeit sowie alkoholbedingter Probleme im Erwachsenenalter vergrößert. Regelmäßiger Alkoholkonsum und Saufgelage bei Jugendlichen können sich negativ auf die schulischen Leistungen auswirken, die Gefahr des

Abrutschens in die Kriminalität vergrößern und die sexuelle Leistungsfähigkeit und das Sexualverhalten beeinträchtigen.

4. Die Werbung und Verkaufsförderung für alkoholische Getränke wird weltweit vorangetrieben, ist immer raffinierter und zielgerichteter und spricht verstärkt Jugendliche an. Ziel ist es, neue Generationen von potentiellen Trinkern zu gewinnen, zu beeinflussen und zu vereinnahmen trotz der Selbstkontrollen der Industrie, die weitgehend ignoriert und häufig nicht befolgt werden.

5. Durch gezielte Maßnahmen seitens des Gesetzgebers in Bezug auf den Alkoholkonsum könnte das Angebot an alkoholischen Getränken kontrolliert und damit Einfluss auf die Nachfrage der Bevölkerung nach alkoholischen Getränken genommen werden. Vorstellbar wären folgende gesetzliche Maßnahmen: Kontrolle des Angebots und der Nachfrage, Kontrolle des Zugangs zu alkoholischen Getränken (Mindestalter, Verkaufsstätten und -zeiten), Bereitstellung von Aufklärungs- und Behandlungsprogrammen für diejenigen, die Hilfe benötigen, Erhebung von Steuern zur Beeinflussung der Preise und zur Finanzierung von durch Alkoholmissbrauch verursachten Problemen sowie Strategien zur Schadensreduzierung mit dem Ziel, alkoholbedingte Probleme zu limitieren, wie beispielsweise Alkohol am Steuer und häusliche Gewalt.

6. Alkoholprobleme stehen in engem Zusammenhang mit dem Pro-Kopf-Konsum, so dass eine Verringerung des Konsums zur Reduzierung alkoholbedingter Probleme führen kann. Da Alkohol ein Wirtschaftsgut ist, reagiert der Verkauf von alkoholischen Getränken empfindlich auf Preise, d.h. steigen die Preise, sinkt die Nachfrage und umgekehrt. Der Preis kann durch Besteuerung und effektive Strafen für unerlaubten Verkauf und unerlaubte Verkaufsförderungsmaßnahmen beeinflusst werden. Maßnahmen dieser Art wirken sich auch auf den Alkoholkonsum starker Trinker aus und sind gerade bei jungen Menschen äußerst effektiv.

7. Starke Trinker und Menschen mit Alkoholproblemen oder Alkoholabhängige tragen in erheblichem Maße zu den durch Alkoholmissbrauch verursachten Problemen bei. In den meisten Ländern wird die Mehrzahl der alkoholbedingten Probleme jedoch von nichtabhängigen "Gesellschaftstrinkern" verursacht, insbesondere durch Trunkenheit am Steuer. Dies trifft in erster Linie auf junge Menschen zu, die trinken, um betrunken zu werden.

8. Obgleich wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass der Konsum geringer Mengen von Alkohol in einigen Bevölkerungsgruppen positive gesundheitliche Auswirkungen hat, sollte diese Erkenntnis aber auch gegen die potentiellen Schäden durch den Alkoholkonsum in den gleichen Bevölkerungsgruppen sowie in der gesamten Bevölkerung abgewogen werden.

9. Somit sind bevölkerungsbasierte Ansätze, die sich mit dem Umfeld des Gesellschaftstrinkers und der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke befassen, zur Prävention alkoholbedingter Probleme und Krankheiten effektiver als individuelle Ansätze (beispielsweise Aufklärung). Besonders geeignet zur Reduzierung alkoholbedingter Schäden sind gesetzliche Maßnahmen zur Beeinflussung des Trinkverhaltens durch Beschränkung des Zugangs und durch Festsetzung eines gesetzlichen Mindestalters für den Kauf alkoholischer Getränke, um Jugendliche vom Alkoholkonsum abzuhalten. Bewährt zur Reduzierung der alkoholbedingten Probleme haben sich Gesetze zur Herabsetzung des zulässigen Blutalkoholgehalts für Autofahrer und zur Kontrolle der Anzahl der Verkaufsstätten.

10. In den letzten Jahren sind einige Beschränkungen in Bezug auf die Herstellung, den Vertrieb und das Trinkverhalten aufgeweicht worden und haben weltweit zu einer größeren Verfügbarkeit von und zu einem leichteren Zugang zu alkoholischen Getränken sowie zu einer Veränderung des Trinkverhaltens geführt. Die Folge ist ein globales Gesundheitsproblem, das dringender Maßnahmen seitens der Regierungen, der Zivilbevölkerung und der Ärzte bedarf.

Empfehlungen

Der Weltärztebund fordert die nationalen Ärzteorganisationen und alle Ärzte auf, folgende Maßnahmen zu ergreifen, um die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Gesundheit und die Gesellschaft zu reduzieren:

11. Umfassende Maßnahmen auf nationaler Ebene:

    a. Durchführung von Maßnahmen zur Aufklärung der Öffentlichkeit über die Gefahren des riskanten und ungesunden Konsums von Alkohol (von bedenklichen Mengen bis zur Abhängigkeit) einschließlich, aber nicht begrenzt auf besonders auf Jugendliche zugeschnittene Aufklärungsprogramme;
    b. Verabschiedung von Rechtsvorschriften, schwerpunktmäßig für Behandlungsprogramme oder evidenzbasierte Strafen, die diejenigen abschrecken sollen, die sich selbst oder andere in Gefahr bringen; und
    c. Durchführung regulatorischer und anderer Unterstützungsprogramme zur Förderung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung.

12. Förderung nationaler und regionaler Maßnahmen auf der Grundlage 'bewährter Verfahren' aus den entwickelten Ländern, die mit entsprechenden Änderungen auch in den Entwicklungsländern durchgeführt werden könnten, beispielsweise Festsetzung eines gesetzlichen Mindestalters für den Kauf alkoholischer Getränke, restriktive Verkaufspolitik, Einschränkung der Öffnungszeiten der Verkaufsstellen und Reduzierung der Anzahl der Verkaufsstellen, Erhöhung der Steuern auf alkoholische Getränke und Implementierung effektiver Gegenmaßnahmen für unter Alkoholeinfluss stehende Autofahrer (beispielsweise Reduzierung des gesetzlich erlaubten Blutalkoholgehalts, aktive Durchführung von Maßnahmen zur Sicherheit im Straßenverkehr, Stichprobenuntersuchungen in Bezug auf Atem- oder Blutalkoholkonzentration bei Autofahrern sowie rechtliche und medizinische Maßnahmen für Autofahrer, die wiederholt unter Alkoholeinfluss Auto gefahren sind).

13. Von der Alkoholindustrie entwickelte nichtevidenzbasierte Strategien zur Alkoholkontrolle sollten äußerst kritisch betrachtet und nicht übernommen werden.

14. Einschränkung des Verkaufs (einschließlich Verkaufsförderung und Werbemaßnahmen) alkoholischer Getränke an Jugendliche, damit Jugendliche mit weniger sozialem Druck in Bezug auf den Konsum von Alkohol aufwachsen können. Einrichtung einer unabhängigen Überwachungsstelle, die sicherstellt, dass die Alkoholwerbung in Bezug auf Inhalt und Aufmachung den Leitlinien der Alkoholindustrie zur Selbstkontrolle entspricht.

15. Zusammenarbeit mit nationalen und regionalen medizinischen Gesellschaften, medizinischen Fachgesellschaften, relevanten sozialen, religiösen und wirtschaftlichen Gruppen (einschließlich Regierungsstellen, Berufsorganisationen,

Nichtregierungsorganisationen und freien Wohlfahrtsverbänden, Privatwirtschaft und Zivilgesellschaft) mit dem Ziel:

a. den gesundheitsschädlichen Konsum von Alkohol zu reduzieren, insbesondere bei jungen Menschen und schwangeren Frauen, am Arbeitsplatz und beim Autofahren;
b. sicherzustellen, dass niemand zum Konsum von Alkohol animiert und durch die schädlichen Folgen des Alkoholkonsums anderer belästigt wird; und
c. evidenzbasierte Präventionsstrategien in Schulen zu fördern.

16. Maßnahmen:

    a. Patienten auf alkoholbedingte Erkrankungen bzw. auf übermäßigen Alkoholkonsum untersuchen; diese Untersuchungen sollten von qualifiziertem Personal und mit evidenzbasierten Untersuchungsgeräten durchgeführt werden;
    b. Förderung von Selbstuntersuchungen bzw. Massenuntersuchungen anhand von Fragebögen, um bei der anschließenden Auswertung die Menschen zu identifizieren, die ärztliche Hilfe benötigen;
    c. Kurzfristige Vereinbarung von Beratungsgesprächen, um stark gefährdete Trinker zur Reduzierung ihres Alkoholkonsums zu motivieren; und
    d. Bereitstellung spezieller Behandlungen, einschließlich des Einsatzes evidenzbasierter Arzneimittel, Rehabilitationsmaßnahmen für Alkoholabhängige sowie Unterstützung ihrer Familien.

17. Die Ärzte werden angehalten, das Zusammentragen epidemiologischer und medizinischer Daten über die gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums zu fördern.

18. Die Entwicklung und Verabschiedung einer Rahmenkonvention zur Alkoholkontrolle, ähnlich der Rahmenkonvention der WHO zur Tabakkontrolle, die am 27. Februar 2005 in Kraft getreten ist, sollte ernsthaft in Erwägung gezogen werden.

19. Zur Absicherung derzeitiger und künftiger Maßnahmen zur Alkoholkontrolle sollte man sich dafür einsetzen, Alkohol als außergewöhnliches Konsumgut einzustufen und Maßnahmen in Bezug auf Herstellung, Vertrieb, Werbung und Verkaufsförderung sowie Investitionen in alkoholische Getränke aus den internationalen Handelsabkommen auszuschließen.

Erstvorlage: Mai 2003 SMAC/Amend1750/Oct2004
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Richtlinien des Weltärztebundes
für den

Fall bewaffneter Konflikte

verabschiedet von der
10. Generalversammlung des Weltärztebundes in
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
und von der
Generalversammlung des Weltärztebundes,
Tokio 2004

1. Ärztliche Ethik in Zeiten bewaffneter Konflikte unterscheidet sich nicht von der ärztlichen Ethik im Frieden, wie sie in der Internationalen Ärztlichen Standesordnung des Weltärztebundes niedergelegt ist. Die oberste Pflicht der Ärzte ist die medizinische Versorgung ihrer Patienten; in der Ausübung ihrer beruflichen Pflichten folgen die Ärzte vor allem ihrem 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 der Gesundheit des Patienten nicht zu verantworten sind;

   b. ohne therapeutische Rechtfertigung die physische und psychische Kraft eines Menschen schwächen;

   c. wissenschaftliche Erkenntnisse einsetzen, um die Gesundheit zu gefährden oder Leben zu vernichten.

3. In Zeiten bewaffneter Konflikte gelten die ethischen Standardnormen nicht nur für Behandlungen, sondern für alle anderen Interventionen, einschließlich der Forschung. Es ist grundsätzlich streng untersagt, Versuche an Menschen vorzunehmen, die ihrer Freiheit beraubt sind, das gilt insbesondere für gefangene Zivilisten und Angehörige der Streitkräfte sowie die Bevölkerung in besetzten Gebieten.

4. Die ärztliche Pflicht, Menschen mit Menschlichkeit und Respekt zu behandeln, gilt für alle Patienten. Der Arzt muss immer die erforderliche Hilfe leisten, unvoreingenommen und ohne Diskriminierung aufgrund des Alters, einer Krankheit oder Behinderung, der

Konfession, ethnischen Zugehörigkeit, des Geschlechts, der Staatsangehörigkeit, der politischen Zugehörigkeit, der Rasse, sexuellen Ausrichtung, der sozialen Stellung oder ähnlicher Kriterien.

5. Regierungen, Streitkräfte und andere Entscheidungsträger sollten die Genfer Konventionen einhalten um sicherzustellen, dass Ärzte und andere Angehörige medizinischer Berufe in Zeiten bewaffneter Konflikte alle Menschen medizinisch versorgen können, die Hilfe benötigen. Dazu gehört auch der Schutz der Angehörigen medizinischer Berufe bei der Ausübung ihrer Tätigkeit.

6. Wie in Friedenszeiten muss der Arzt auch in Zeiten bewaffneter Konflikte die ärztliche Schweigepflicht wahren. Wie in Friedenszeiten kann es aber auch in Zeiten bewaffneter Konflikte Situationen geben, in denen ein Patient für andere Menschen ein erhebliches Risiko darstellt und Ärzte ihre Verpflichtung gegenüber dem Patienten gegen ihre Verpflichtungen gegenüber anderen gefährdeten Menschen abwägen müssen.

7. Vorteile und Erleichterungen, die Ärzten und anderen Angehörigen medizinischer Berufe in Zeiten bewaffneter Konflikte gewährt werden, dürfen ausschließlich für medizinische Zwecke in Anspruch genommen werden.

8. Ärzte haben die Pflicht, Kranke und Verletzte zu versorgen. Die medizinische Versorgung darf nicht behindert werden und sollte unter keinen Umständen als Rechtsverletzung angesehen werden. Ärzte dürfen niemals dafür verfolgt oder bestraft werden, dass sie auf der Grundlage ihrer ethischen Pflichten handeln.

9. Ärzte haben die Pflicht, von Regierungen und anderen Behörden die Bereitstellung der für die medizinische Versorgung notwendigen Infrastruktur zu fordern, einschließlich Trinkwasser, ausreichende Lebensmittel und Schutz.

10. Bei einem drohenden und unausweichlichen Konflikt sollten Ärzte, soweit sie dazu in der Lage sind, sicherstellen, dass die Behörden den Wiederaufbau der Infrastruktur des öffentlichen Gesundheitssystems unmittelbar nach dem Ende des bewaffneten Konflikts in Angriff nehmen.

11. In Notsituationen wird von Ärzten erwartet, dass sie sich sofort nach besten Kräften einsetzen. Die Kranken und Verwundeten müssen medizinisch versorgt werden, unabhängig davon, ob es sich um Angehörige der Streitkräfte oder um Zivilisten handelt. Die Patienten sind alle gleich zu behandeln, die Prioritäten werden allein von der klinischen Notwendigkeit bestimmt.

12. Ärzten muss der Zugang zu den Patienten, medizinischen Einrichtungen und Geräten gewährt sowie der nötige Schutz zuteil werden, damit sie ihren Beruf ungehindert ausüben können. Ihnen muss die erforderliche Unterstützung einschließlich ungehinderter Zugang zu den Verletzten sowie völlige berufliche Unabhängigkeit gewährt werden.

13. Bei Ausübung ihrer beruflichen Aufgaben sind Ärzte und andere Angehörige der Gesundheitsberufe in der Regel durch international anerkannte Symbole wie das Rote Kreuz und der Rote Halbmond zu erkennen.

14. Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen in Kriegsgebieten müssen von den Angehörigen der Streitkräfte und den Mitarbeitern der Medien respektiert werden. Die medizinische Versorgung von Kranken, Verwundeten, Zivilisten oder Angehörigen der

Streitkräfte darf nicht für sensationslüsterne Berichterstattung der Medien oder für Propagandazwecke missbraucht werden. Die Privatsphäre der Kranken, Verwundeten und Toten muss immer respektiert werden.

SMAC/ChildAirTravel/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zur

Sicherheit von Kindern bei Flugreisen

verabschiedet von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

1. In Anbetracht der Tatsache, dass das Flugzeug ein gängiges Transportmittel ist und von Menschen aller Altersklassen täglich benutz wird;

2. In Anbetracht der Tatsache, dass für erwachsene Fluggäste hohe Sicherheitsstandards erreicht worden sind;

3. In Anbetracht der Tatsache, dass im Flugverkehr strenge Sicherheitsvorschriften gelten, die die Überlebenschancen für vorschriftsmäßig gesicherte erwachsene Fluggäste bei Notsituationen enorm verbessern;

4. In Anbetracht der Tatsache, dass für Kleinkinder und Kinder bei Notsituationen im Flugzeug nicht immer ausreichende und geeignete Sicherheitsvorkehrungen vorgesehen sind;

5. In Anbetracht der Tatsache, dass Rückhalte- und Sicherheitssysteme für Kleinkinder und Kinder erfolgreich getestet wurden, um das Risiko von Verletzungen bei Notsituationen im Flugzeug zu reduzieren;

6. In Anbetracht der Tatsache, dass Rückhaltesysteme für Passagierflugzeuge zugelassen und von mehreren Fluggesellschaften erfolgreich eingesetzt worden sind;

7. ist der Weltärztebund tief besorgt darüber, dass adäquate Sicherheitssysteme für Kleinkinder und Kinder nicht generell implementiert worden sind;

8. fordert der Weltärztebund alle Fluggesellschaften auf, umgehend Maßnahmen zu ergreifen, um technisch ausgereifte und standardisierte Kinderrückhaltesysteme bereitstellen zu können;

9. fordert der Weltärztebund alle Fluggesellschaften auf, ihr Personal in der sachgerechten Handhabung und Anwendung von Kinderrückhaltesystemen zu schulen;

10. fordert der Weltärztebund die Einführung eines allgemeingültigen Standards oder einer allgemeingültigen Spezifikation für die Prüfung und Herstellung von Kinderrückhaltesystemen; und

11. fordert der Weltärztebund die nationalen Gesetzgeber und die Flugsicherungsbehörden auf:

    a) dafür zu sorgen, dass sichere für den Einbau in Passagierflugzeuge zugelassene Rückhaltesysteme für Kleinkinder und Kinder gesetzlich vorgeschrieben werden;

    b) sicherzustellen, dass Fluggesellschaften Rückhaltesysteme für Kinder bereitstellen oder die von Passagieren mitgebrachten Rückhaltesysteme akzeptieren, wenn diese für das jeweilige Flugzeug zugelassen sind;

    c) die Verwendung ungeeigneter "Loop Belts" zu verbieten, die häufig in Passagierflugzeugen zur Sicherung von Kleinkindern und Kindern verwendet werden;

    d) alle Flugpassagiere über die im Flugzeug vorhandenen Sicherheitssysteme für Kleinkinder und Kinder ausreichend zu informieren.

Oktober 2000 SMAC/Databases/Oct2002
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Deklaration des Weltärztebundes
zu

Ethischen Aspekten in Bezug auf medizinische Datenbanken

verabschiedet von der
Generalversammlung des Weltärztebundes
Washington, 2002

1. Das Recht auf Privatsphäre berechtigt jede Person, die Kontrolle über die Verwendung und Offenlegung der über sie zusammengetragenen Informationen auszuüben. Die vertrauliche Behandlung der persönlichen Gesundheitsdaten eines Patienten ist durch die ärztliche Schweigepflicht gewährleistet.

2. Vertraulichkeit ist das wesentliche Element der ärztlichen Praxis und für die Aufrechterhaltung des Vertrauens und der Integrität der Arzt-Patienten-Beziehung unerlässlich. Wenn die Patienten darauf vertrauen können, dass ihre Privatsphäre respektiert wird, dann werden sie dem Arzt auch sensible persönliche Informationen anvertrauen.

3. Diese Grundsätze sind in den Erklärungen des Weltärztebundes, der 1947 gegründet wurde, enthalten, und zwar insbesondere:

   3.1 In der Deklaration von Lissabon[1] heißt es: "Die Würde und das Recht auf Privatsphäre des Patienten sollen bei der medizinischen Betreuung und Lehre jederzeit respektiert werden";

   3.2 In der Deklaration von Genf[2] heißt es: "Der Arzt soll alles, was er über seinen Patienten weiß, absolut vertraulich behandeln, auch über dessen Tod hinaus";

   3.3 In der Deklaration von Helsinki[3] heißt es:

[1] Deklaration von Lissabon. Verabschiedet von der 34. Generalversammlung des Weltärztebundes in Lissabon, Portugal, im September/Oktober 1981, revidiert von der 47. Generalversammlung in Bali, Indonesien, im September 1995

[2] Deklaration von Genf. Verabschiedet von der 2. Generalversammlung des Weltärztebundes in Genf im September 1948, letztmalig revidiert von der 46. Generalversammlung in Stockholm im September 1994

[3] Deklaration von Helsinki. Verabschiedet von der 18. Generalversammlung des Weltärztebundes in Helsinki im Juni 1964, letztmalig revidiert von der 52. Generalversammlung in Edinburgh, Schottland, im Oktober 2000

"Bei der medizinischen Forschung am Menschen ist es die Pflicht des Arztes, das Leben, die Gesundheit, die Privatsphäre und die Würde der Versuchsperson zu schützen"

"Es müssen alle Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden, um die Privatsphäre der Versuchsperson und die Vertraulichkeit der Informationen über den Patienten zu wahren und die Auswirkungen des Versuchs auf die körperliche und geistige Unversehrtheit sowie die Persönlichkeit der Versuchsperson so gering wie möglich zu halten"

"Bei jeder Forschung am Menschen muss jede Versuchsperson ausreichend über die Ziele, Methoden, Geldquellen, eventuelle Interessenkonflikte, institutionelle Verbindungen des Forschers, erwarteten Nutzen und Risiken des Versuchs sowie über möglicherweise damit verbundene Störungen des Wohlbefindens unterrichtet werden. Die Versuchsperson ist darauf hinzuweisen, dass sie das Recht hat, die Teilnahme am Versuch zu verweigern oder eine einmal gegebene Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass ihr irgendwelche Nachteile entstehen. Nachdem er sich vergewissert hat, dass die Versuchsperson diese Informationen verstanden hat, hat der Arzt die freiwillige Einwilligung nach Aufklärung ("informed consent") der Versuchsperson einzuholen; die Erklärung sollte vorzugsweise schriftlich abgegeben werden"

4. Oberstes Ziel der Erfassung persönlicher medizinischer Informationen muss die medizinische Versorgung des Patienten sein. Diese Informationen werden in zunehmendem Maße in Datenbanken gespeichert. In der Datenbank könnte die Patientenakte oder konkrete Informationen aus der Patientenakte gespeichert sein, beispielsweise die Registrierung von Krankheiten.

5. Fortschritte in der Medizin und in der medizinischen Versorgung sind abhängig von der Durchführung von Qualitätssicherungs- und Risikomanagementmaßnahmen und der medizinischen Forschung, einschließlich retrospektiver epidemiologischer Versuche, bei denen Informationen über die Gesundheit von Einzelpersonen, Gemeinschaften und Gesellschaften verwendet werden. Datenbanken sind wertvolle Informationsquellen für diese Zweitverwendung von medizinischen Informationen.

6. Es sollte gewährleistet werden, dass die Zweitverwendung von Informationen die Patienten nicht davon abhält, für ihre eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse relevante Informationen vertraulich weiterzugeben und ihre Vulnerabilität bzw. das Vertrauen der Patienten in ihre Ärzte nicht ausgenutzt wird.

7. Im Sinne dieser Erklärung werden die folgenden Definitionen verwendet:

   7.1 Unter 'persönlichen medizinischen Informationen' sind alle Informationen über den physischen und geistigen Gesundheitszustand einer Person zu verstehen.

   7.2 Eine 'Datenbank' ist ein System zur Erfassung, Beschreibung, Sicherung, Wiederherstellung und /oder Verwendung persönlicher medizinischer Informationen von mehr als einer Person, die manuell oder in elektronischer Form geführt wird. Diese Definition bezieht sich nicht auf Informationen, die in den klinischen Unterlagen des einzelnen Patienten enthalten sind.

7.3 'Verschlüsselte Daten' sind Daten, bei denen die Verbindung zwischen dem Patienten und den Informationen unterbrochen ist und nicht wiederhergestellt werden kann.

7.4 'Zustimmung' ist die freiwillig erteilte Erlaubnis einer Person für eine Maßnahme, die darauf basiert, dass die Person über die Inhalte und die möglichen Folgen der Maßnahme aufgeklärt wurde und dies auch verstanden hat. In einigen Ländern ist es gesetzlich festgelegt, wer stellvertretend für Minderjährige, Erwachsene, die nicht in der Lage sind, selbst ihre Zustimmung zu geben oder für verstorbene Personen die Zustimmung geben kann.

Grundsätze

8. Diese Grundsätze gelten für alle neuen und bereits bestehenden medizinischen Datenbanken, einschließlich der von kommerziellen Organisationen verwalteten Datenbanken.

Zugang zu den Informationen durch die Patienten

9. Die Patienten haben das Recht zu erfahren, welche Informationen Ärzte über sie gesammelt haben, einschließlich der auf Datenbanken gespeicherten Informationen. In vielen Ländern haben sie das Recht, eine Kopie ihrer Patientenakte zu erhalten.

10. Patienten sollten das Recht haben zu entscheiden, dass die in einer Datenbank gespeicherten Informationen über ihre Gesundheit (s. Definition in Punkt 7.2) gelöscht werden.

11. In Ausnahmefällen können dem Patienten medizinische Informationen vorenthalten werden, wenn es wahrscheinlich ist, dass diese Informationen dem Patienten oder einem Dritten beträchtlichen Schaden zufügen könnten. Der Arzt muss in jedem einzelnen Fall begründen können, warum er dem Patienten die Informationen vorenthält.

Vertraulichkeit

12. Jeder Arzt ist persönlich für die vertrauliche Behandlung der medizinischen Informationen seiner Patienten verantwortlich. Außerdem müssen sich Ärzte vergewissern, dass geeignete Vorkehrungen für die Sicherheit der personenbezogenen medizinischen Informationen getroffen wurden, wenn diese erfasst, versendet oder empfangen werden, einschließlich auf elektronischem Wege.

13. Darüber hinaus sollte für die Verwaltung und Pflege der medizinischen Datenbank eine medizinisch qualifizierte Person (oder ggf. mehrere Personen) bestimmt werden, die für die Überwachung und Sicherstellung der Befolgung der Grundsätze der Vertraulichkeit und Sicherheit verantwortlich ist.

14. Es müssen Sicherungsmaßnahmen vorhanden sein, um zu gewährleisten, dass der Zugriff auf die persönlichen medizinischen Informationen in den Datenbanken nur auf autorisiertem Wege erfolgt. Diese Sicherungsmaßnahmen müssen außerdem die Authentizität der zur Verfügung gestellten Informationen sicherstellen. Wenn Daten weitergeleitet werden, muss gewährleistet sein, dass die Datenübermittlung sicher ist.

15. Anhand von Audit-Systemen sollte aufgezeichnet werden, wer Zugang zu den medizinischen Informationen erhalten hat und wann der Zugang erfolgte. Die Patienten sollten diese Aufzeichnungen überprüfen können.

Zustimmung der Patienten

16. Patienten sollten darüber informiert werden, wenn ihre Informationen auf einer Datenbank gespeichert werden sowie darüber, zu welchen Zwecken ihre Daten eventuell verwendet werden.

17. Die Zustimmung der Patienten ist erforderlich, wenn ihre auf einer Datenbank gespeicherten Informationen auch von Dritten eingesehen werden können bzw. Personen Zugang zu diesen Informationen haben, die nicht in die Behandlung der Patienten einbezogen sind; es sei denn, die in Punkt 11 genannten Ausnahmefälle kommen zum Tragen.

18. Unter bestimmten Bedingungen können persönliche medizinische Informationen ohne Zustimmung des Patienten auf einer Datenbank gespeichert werden, beispielsweise wenn dies mit geltenden nationalen Rechtsvorschriften, die den Anforderungen dieser Erklärung entsprechen, zu vereinbaren ist oder wenn ein eigens mit diesem Fall beauftragter Ethikausschuss seine Zustimmung gegeben hat.

19. Wenn Patienten die Weitergabe ihrer Daten an Dritte ablehnen, dann muss dies respektiert werden, es sei denn, es liegen außergewöhnlichen Umstände vor, beispielsweise wenn dies aufgrund geltender nationaler Rechtsvorschriften, die den Anforderungen dieser Erklärung entsprechen, verlangt wird oder zur Abwendung des Todes oder eines schwerwiegenden Schadens erforderlich ist.

Autorisierung und Verwendung der Daten

20. Bevor die auf einer Datenbank gespeicherten Informationen Dritten zugänglich gemacht werden dürfen, ist die Genehmigung des Administrators der medizinischen Datenbank erforderlich. Die Verfahren zur Erteilung der Genehmigung müssen den anerkannten Kodizes für die vertrauliche Behandlung von Informationen entsprechen.

21. Für alle Forschungsarbeiten, bei denen Patientendaten verwendet werden, ist die Genehmigung eines speziell dafür eingesetzten Ethikausschusses erforderlich, das schließt auch neue Forschungsvorhaben ein, die zum Zeitpunkt der Datenerfassung noch nicht geplant waren. Dabei ist es für den Ethikausschuss wichtig zu entscheiden, ob die Patienten zwecks Einholung ihrer Zustimmung kontaktiert werden sollten oder ob die Informationen für das neue Forschungsvorhaben verwendet werden können, ohne die erneute Zustimmung der Patienten einholen zu müssen. Die Entscheidungen des Ausschusses müssen mit den geltenden nationalen Rechtsvorschriften und den Bestimmungen dieser Erklärung im Einklang stehen.

22. Die freigegebenen Daten dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für den die Genehmigung erteilt worden ist.

23. Diejenigen, die die medizinischen Informationen erfassen, verwenden, entschlüsseln oder zugänglich machen, sind verpflichtet, für die Sicherheit der Informationen zu sorgen.

Verschlüsselte Daten

24. Wenn irgend möglich, sollten für die Zweitverwendung vorgesehene Daten verschlüsselt werden. Falls das nicht möglich ist, sollten vorzugsweise Daten verwendet werden, bei denen die Identität des Patienten durch ein Pseudonym oder einen Code geschützt ist anstelle von leicht identifizierbaren Daten.

25. Bei der Verwendung verschlüsselter Daten treten nicht automatisch Fragen in Bezug auf vertrauliche Behandlung auf. Hingegen müssen Daten, an denen die Patienten ein legitimes Interesse haben, beispielsweise eine Krankengeschichte oder eine Photographie, geschützt werden.

Datenintegrität

26. Es liegt in der Verantwortung der Ärzte sicherzustellen, soweit dies möglich ist, dass die auf den Datenbanken gespeicherten Informationen richtig und aktuell sind.

27. Patienten, die Einsicht in die über sie gespeicherten Informationen genommen haben und glauben, dass es Fehler gibt, haben das Recht, Änderungen vorzuschlagen und diese Anmerkungen der Patienten müssen den Informationen beigefügt werden.

Dokumentation

28. Folgendes muss zur Erläuterung dokumentiert werden: welche Informationen werden gespeichert und warum; welche Art von Zustimmung ist von den Patienten eingeholt worden; wer darf auf die Daten zugreifen; warum, wie und wann dürfen die Daten mit anderen Informationen verknüpft werden; und die Voraussetzungen, unter denen die Daten Dritten zugänglich gemacht werden dürfen.

29. Folgende Informationen sollten Patienten über eine bestimmte Datenbank erhalten: Zustimmung zur Speicherung und Verwendung der Daten; Zugriffsrecht auf die Daten; sowie das Recht auf Änderung falscher Daten.

Management

30. Es müssen Verfahren zur Bearbeitung von Anfragen und Beschwerden vorhanden sein.

31. Die Person oder die Personen, die für die Verfahren verantwortlich sind und an die Beschwerden und Anfragen gerichtet werden können, müssen bekannt sein.

Politik

32. Nationale Ärzteorganisationen sollten auf nationaler Ebene und anderen administrativen Ebenen mit den zuständigen Gesundheitsbehörden, Ethikausschüssen und den für den Schutz persönlicher Daten zuständigen Behörden zusammenarbeiten, um eine auf den Grundsätzen dieses Dokuments basierende Grundsatzerklärung zu formulieren.

W E L T Ä R Z T E B U N D

Stellungnahme des Weltärztebundes
zu der

Verantwortung des Arztes bei der Prävention und der Therapie des Missbrauchs von Opiaten und Psychotropen Substanzen

verabschiedet von der
57. Generalversammlung des Weltärztebund
Pilanesberg, Südafrika, 2006

PRÄAMBEL

1. Opiate und psychotrope Substanzen sind bei sachgerechter Verwendung entsprechend der medizinischen Indikation wertvolle therapeutische Hilfsmittel bei einer ganzen Reihe von Symptomen und Krankheitsbildern. Leider stellt der nichtklinische Missbrauch dieser Suchtmittel weltweit ein gewaltiges Problem dar. Drogensucht ist eine komplexe gesellschaftliche, wirtschaftliche und rechtliche Frage und bedroht weltweit die öffentliche Gesundheit und Sicherheit. Sie betrifft Menschen aller demographischen und gesellschaftlichen Gruppen und aller sozialen Schichten. Drogensüchtige setzen sich nicht nur unmittelbaren Gesundheitsrisiken aus, die mit dem unsachgemäßen Gebrauch dieser Substanzen zusammenhängen, sondern zeigen unter Umständen auch ein Hochrisikoverhalten, wie den gemeinsamen Gebrauch von Injektionsnadeln oder ungeschützten Sex, und viele betreiben Beschaffungskriminalität, um ihre kostspielige Sucht finanzieren zu können. Diese Faktoren tragen zu einer vermehrten Übertragung von Virusinfektionen, z.B. der Hepatitis B und C sowie von HIV/AIDS unter Drogengebrauchern wie unter Nichtgebrauchern bei. Weitere Folgen der Sucht sind der Verlust des Arbeitsplatzes oder der Funktionstüchtigkeit in Gesellschaft und Familie.
2. Die rechtlichen Folgen des nichtmedizinischen Drogengebrauchs, der in den meisten Staaten nicht legal ist, tragen im Allgemeinen wenig zur Befreiung der Drogengebraucher von ihrer Sucht bei. Trotz der in vielen Haftanstalten bestehenden Drogenprogramme sind illegale Substanzen unter den Insassen oft weit verbreitet, und manche Drogengebraucher werden sogar erst in diesen Einrichtungen süchtig. Sich mit dem Thema Sucht zu befassen stellt darum in hohem Maße eine Aufgabe für die Gesellschaft und die Heilberufe dar.
3. Der Weltärztebund fordert in seiner Sorge über den verbreiteteten Missbrauch psychotroper Substanzen und von Opiaten die Ärzteschaft nachdrücklich auf, diesem Problem bei der Ausübung des Arztberufs Vorrang zu geben und den nachstehenden Leitlinien zu folgen.

GRUNDSÄTZE

4. **Verantwortungsvolle Verschreibungspraxis**

   a) Ärzte sollten sich über die suchtbildenden Eigenschaften bestimmer psychotroper Substanzen und Opiate im Klaren sein. Solche Arzneimittel sollten mit größter Zurückhaltung und unter Beachtung der strengstens denkbaren allgemein anerkannten medizinischen Indikationen verschrieben werden. Ärzte haben alle erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um sicherzustellen, dass sie über die Wirkungen dieser Substanzen voll informiert sind. Dazu gehört die Überprüfung aktueller Studien zur Dosierung, zur potenziellen Effektivität bei dem jeweiligen Krankheitsbild, möglichen unerwünschten Wirkungen und Interaktionen und zur Missbrauchsprävalenz.

   b) Sind solche Arzneimittel medizinisch indiziert, muss ihre Verwendung sorgfältig überwacht werden, um zu gewährleisten, dass der Patient sich nach strengen Anweisungen zur Dosierung, den Verabreichungszeiten und anderen Faktoren richtet, die mit der sicheren Anwendung des jeweiligen Präparats verbunden sind. Es sind alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um eine Vorratsbildung, den Wiederverkauf oder andere unerlaubte Verwendungen der Substanz zu verhindern.

   c) Die Patienten sind in vollem Umfang über alle potenziellen therapeutischen und nichttherapeutischen Wirkungen von psychotropen Stoffe und Opiaten – auch deren Suchtpotenzial – aufzuklären und uneingeschränkt in die Entscheidung über ihre Verwendung einzubeziehen. Kein kompetenter Patient sollte gegen seinen Willen zur Einnahme einer psychotropen Substanz gezwungen werden.

   d) Ärzte sollten sich der nichtmedizinischen Faktoren bewusst sein, die Patienten für eine Sucht prädisponieren können. Dazu können unter anderem die Familiengeschichte, eine frühere Sucht, ein emotionales Trauma, eine Depression oder andere psychische Krankheitsbilder sowie, besonders unter jungen Menschen, der Gruppenzwang gehören.

   e) Ärzte sollten lernen, „Drogensuchende“ zu erkennen, süchtige Patienten, die unter falschen medizinischen Vorwänden versuchen, psychotrope Substanzen und Opiate zu erhalten. Solche Drogensuchenden wenden sich oft an mehr als einen Arzt, um mehrere Verschreibungen zu bekommen. In Extremfällen können Drogensuchende sich selbst schädigen, um für eine Verschreibung erforderliche Symptome aufzuweisen. Alle Zustandsbilder und Symptome von Patienten sollten nach Möglichkeit klinisch überprüft werden, und es sollten genaue Aufzeichnungen über die Drogenvorgeschichte des Patienten vorgenommen werden. Verfügbare Datenbanken über den bisherigen Arzneimittelkonsum und die Verschreibungsgeschichte der Patienten sollten durchsucht werden.

   f) Bei der Verschreibung einer psychotropen Substanz oder eines Opiats an Minderjährige haben Ärzte sicherzustellen, dass die Eltern oder Vormünder des Patienten über den potenziellen Missbrauch der Substanz uneingeschränkt informiert sind und darin bestärkt werden, das Kind genau zu überwachen, um die Befolgung der ärztlichen Weisungen zu gewährleisten. Eltern oder Vormünder sollten darüber aufgeklärt werden, dass Kinder in einigen Ländern immer öfter verschreibungspflichtige Präparate an andere Kinder verkaufen.

5. **Nichtmedikamentöse Therapie bei von Opiaten und psychotropen Substanzen abhängigen Patienten**

   a) Ärzte sollten alle nichtmedikamentösen Therapieoptionen für von Opiaten und psychotropen Substanzen abhängige Patienten kennen, darunter auch stationäre und ambulante Programme sowie Therapiegemeinschaften, in denen ehemalige Süchtige in einer sie stützenden, drogenfreien Umgebung leben. Die meisten Therapieprogramme zielen

darauf ab, den Teufelskreis der Drogenabhängigkeit durch Entzug, Beratung – einschließlich laufender Unterstützung durch Gleichgestellte (Peers) – und ständige Enthaltsamkeit von dem Gebrauch suchtbildender Opiate oder psychotroper Substanzen sowie von Alkohol zu durchbrechen. Einige bieten Erziehungs- und/oder Berufsbildungsprogramme an, um die erfolgreiche Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu fördern.

b) Ärzte sollten ihre Patienten darin bestärken, sich zum frühestmöglichen Zeitpunkt ihrer Sucht bei Drogentherapieprogrammen mitzumachen.

c) Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um die Würde und die Eigenständigkeit süchtiger Patienten zu achten. Eine unfreiwillige stationäre Behandlung sollte das letzte Mittel sein sowie genau festgelegten Leitlinien und – soweit zutreffend – den gesetzlichen Erfordernissen folgen.

6. **Drogentherapie bei Opiatabhängigen**

a) In manchen Fällen können von Opiaten abhängige Personen mit Präparaten behandelt werden, die die Entzugssymptome und das Verlangen nach dem Suchtmittel lindern, ohne das mit Opiaten verbundene „High“ zu erzeugen. Diese Präparate bewirken außerdem eine Kreuztoleranz gegenüber anderen Opioiden. Das Therapieziel ist das sofortige Absetzen der Opiate.

b) Eine Drogentherapie kann dem opiatabhängigen Patienten beim Leben in seiner normalen Umgebung und mit seinen gewohnten Aktivittäten helfen und zugleich zur Überwindung der Opiatabhängigkeit beitragen. Sie sollte jedoch stets in einen multidisziplinären Ansatz eingebettet sein, zu dem bewährte Elemente aus anderen Bereichen als der Drogentherapie, wie z.B. Beratung und Unterstützung durch andere Betroffene („Peer Support“), gehören.

c) Eine Drogentherapie sollte nach festgelegten evidenzbasierten Leitlinien durchgeführt und von speziell ausgebildeten Ärzten mit einem geeigneten Unterstützungsteam überwacht werden.

7. Bewusstseinsförderung und Erarbeitung von Verfahrensweisen

a) Die nationalen Ärzteorganisationen (NMAs) sollten sektorübergreifend landesweite Bemühungen unternehmen, um das Bewusstsein für die mit dem Missbrauch von Opiaten und psychotropen Substanzen verbundenen Risiken zu steigern und die Verfügbarkeit geeigneter Therapieoptionen für Süchtige zu gewährleisten. Die NMAs sollten ihre Mitglieder darin bestärken, sich auf örtlicher Ebene an ähnlichen Programmen zu beteiligen.

b) Die NMAs sollten in der Erkenntnis, dass das Experimentieren mit Drogen unter Jugendlichen immer stärker um sich greifen, auf allen Ebenen des Bildungswesens geeignete Drogenpräventionsprogramme fördern.

c) Die NMAs und Ärzte sollten sich an der Erarbeitung evidenzbasierter Leitlinien beteiligen, die einen multidisziplinären Ansatz für die Therapie der Drogensucht unterstützen, und zwar unter Einschluss von Schadenbegrenzungsstrategien wie Nadeltauschprogrammen.

d) Die NMAs sollten sich an der Erarbeitung rechtlicher Regelungen für den illegalen Drogengebrauch beteiligen, um sicherzustellen, dass der Anspruch Süchtiger auf angemessene ärztliche Behandlung und Rehabilitation – auch in Einrichtungen des Strafvollzugs – anerkannt wird.

8. Schlussfolgerung

Ärzte stehen bei der Behandlung der Drogensucht vor einer wichtigen Aufgabe – als Kliniker wie als Verfechter der Behandlung, der Rechte und der Würde der von diesen schädlichen Substanzen abhängigen Menschen. Eine Suchttherapie sollte wie jede Behandlung einer Erkrankung oder eines Krankheitsbilds im wohlverstandenen Interesse des Patienten gemäß den festgelegten Grundsätzen der medizinischen Ethik erfolgen.

Erstvorlage: Mai 2004

SMAC/Emerg/May2004
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
über

Kommunikation und Koordinierung bei medizinischen Ausnahmesituationen

verabschiedet von der
Generalversammlung des Weltärztebundes in
Tokio, Oktober 2004

A. Einführung

1. Ende 2002 wurde in Südchina der Ausbruch einer neuen Variante des schweren akuten Atemwegsyndroms (SARS) gemeldet. Ende Februar 2003 verbreitete sich die durch das SARS-Coronavirus ausgelöste Krankheit weltweit. China, Kanada, Singapur und Vietnam waren die am stärksten betroffenen Länder, in denen die Epidemie noch vor den globalen Alarmmeldungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgebrochen ist. Angaben der WHO zufolge gab es 8422 Krankheitsfälle in 29 Ländern; in den o.g. vier Ländern gab es 908 Todesfälle.

1. SARS war eine neue Krankheit und deshalb war die Diagnose und Behandlung äußerst schwierig - sie wurde extrem schnell von Mensch zu Mensch übertragen, benötigte keinen Überträger, hatte keine besondere geographische Affinität, wies Symptome auf, die auch typisch für viele andere Krankheiten sind, forderte die meisten Todesopfer beim Krankenhauspersonal und verbreitete sich weltweit mit einer alarmierenden Geschwindigkeit. Die Verbreitung von SARS über die internationalen Luftverkehrswege unterstreicht einerseits die Tatsache, dass Krankheitserreger keine Grenzen kennen und andererseits die Notwendigkeit der Entwicklung globaler Gesundheitsstrategien.

3. SARS ist vor allem in Regionen mit gut entwickelten Gesundheitssystemen ausgebrochen. Wenn SARS in Gebieten mit schwacher Gesundheitsinfrastruktur ausgebrochen wäre, dann wäre die Eindämmung des Krankheitserregers wahrscheinlich nicht so schnell gelungen. Aber selbst in den gut entwickelten Gesundheitssystemen wurden gravierende Mängel bei der Bekämpfung dieser Epidemie deutlich:

   - Das Fehlen effektiver Realzeit-Kommunikationswege für die Übermittlung zuverlässiger und evidenzbasierter Informationen an die Ärzte an vorderster Front;

   - das Fehlen von adäquaten Ressourcen, Vorräten und Bereitstellung von Arzneimitteln zur Bekämpfung von Katastrophen dieser Art;

   - das Fehlen von Kapazitäten für medizinische Notfälle in den Gesundheitssystemen.

4. In dieser Zeit wurde deutlich, dass es zwischen den Gesundheitsbehörden (auf nationaler und internationaler Ebene) und der klinischen Medizin eine Kommunikationslücke gibt. Auf seiner Generalversammlung im September 2003 verabschiedete der Weltärztebund eine Entschließung zu SARS, in der es heißt: "der Weltärztebund fordert die Weltgesundheitsorganisation auf, ihr Katastrophenschutzprogramm auszuweiten, damit Ärzte weltweit frühzeitig und effektiv in dieses Programm einbezogen werden ..."

B. Grundsätze

5. Die internationale Gemeinschaft muss sich der Gefahr plötzlich ausbrechender Epidemien ständig bewusst und bereit sein, mit einer globalen Strategie darauf zu reagieren. Das Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) spielt für die Sicherheit der globalen Gesundheit eine wichtige Rolle, indem:

   - die Verbreitung neuer Krankheiten weltweit bekämpft wird,
   - sichergestellt wird, dass die betroffenen Staaten die erforderliche technische Unterstützung umgehend erhalten,
   - langfristige Bereitschaftspläne gegen Epidemien und die Bereitstellung der erforderlichen Mittel unterstützt werden.

   Der Weltärztebund hat dort, wo es zweckmäßig ist, aktiv an dem GOARN-Netz mitwirkt. Die Rolle des GOARN muss jedoch anerkannt und in der Ärzteschaft aktiv unterstützt werden.

6. Es liegt in der Verantwortung souveräner Staaten, den gesundheitsrelevanten Erfordernissen innerhalb ihrer Grenzen nachzukommen. Heute gibt es jedoch viele Gesundheitsgefahren, die nicht vor nationalen Grenzen halt machen. Um effektiv auf Gefahren internationalen Ausmaßes für die öffentliche Gesundheit reagieren zu können, ist das frühzeitige Erkennen ungewöhnlicher, die öffentliche Gesundheit bedrohenden Krankheiten durch effektive nationale Überwachungssysteme sowie die internationale Zusammenarbeit zwischen der WHO, ihren Mitgliedstaaten und Nichtregierungsorganisationen wie dem Weltärztebund unerlässlich. Eine Ausweitung des Anwendungsbereichs der internationalen Gesundheitsvorschriften auf neue und künftige Ausnahmesituationen für die öffentliche Gesundheit sowie die Kompetenzerweiterung der WHO, die betroffenen Länder aktiv bei der Bekämpfung von Gesundheitsgefahren internationalen Ausmaßes zu unterstützten, sind weitere Instrumente zur Bekämpfung globaler Epidemien.

7. Eine effektive Kommunikation zwischen der WHO und dem Weltärztebund, dem Weltärztebund und seinen nationalen Mitgliedsorganisationen sowie zwischen den nationalen Mitgliedsorganisationen und den Ärzten kann den Informationsaustausch zwischen der WHO und ihren Mitgliedstaaten bei Ausnahmesituationen für die öffentliche Gesundheit fördern.

8. Ärzte sind oftmals die ersten, die mit neuen Krankheiten in Berührung kommen und deshalb in der Lage, bei der Diagnose, der Behandlung und Meldung der betroffenen Patienten und bei der Prävention von Krankheiten zu helfen. Auf übertragbare Krankheiten spezialisierte Ärzte müssen in die Entscheidungsfindungsprozesse bei gesundheitlichen Ausnahmesituationen einbezogen werden, damit die Auswirkungen der nationalen und internationalen Verhaltensmaßregeln auf klinische Einrichtungen und auf die Patientenversorgung verstanden werden.

9. Die WHO und ihre Mitgliedstaaten müssen mit dem Weltärztebund und den nationalen Ärzteorganisationen zusammenarbeiten und sich aktiv für die Sicherheit der Patienten sowie der Ärzte und der medizinischen Helfer einsetzen, die sich beim Ausbruch neuer Krankheiten um die Kranken kümmern. Verzögerungen bei der Verteilung von Schutzausrüstungen für die Angehörigen der Gesundheitsberufe und ihre Patienten steigern die Angst und erhöhen die Gefahr der Ausbreitung der Infektionskrankheit. Es sollten nationale und internationale Einrichtungen gegründet bzw. gefördert werden, die einen ausreichenden Bestand der benötigten Schutzausrüstungen vorrätig haben und diese bei Bedarf schnell in die betroffenen Gebiete liefern können. Alle Grundsätze zur Gewährleistung der Patientensicherheit müssen auch in Ausnahmesituationen, wie beim Ausbruch der SARS-Epidemie, befolgt werden.

C. Empfehlungen

10. Der Weltärztebund und seine nationalen Mitgliedsorganisationen sollten eng mit der WHO, nationalen Regierungen und anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten, um gemeinsam die Elemente dieser Erklärung zu unterstützen.

11. Der Weltärztebund sollte die Ärzte auffordern: a) besonders auf unerklärliche Krankheiten und Todesfälle in ihren Gemeinden zu achten; b) über Krankheitsüberwachung und Kontrollmaßnahmen Bescheid zu wissen, um auf ungewöhnliche Krankheitscluster und Symptome reagieren und die zuständigen Behörden rechtzeitig über verdächtige Krankheitsfälle informieren zu können; c) geeignete Verfahren einzusetzen, um sich selbst und andere gegen übertragbare Krankheitserreger zu schützen; d) die Grundsätze der Kommunikation in Gefahrensituationen zu beherrschen, damit sie in verständlicher und beruhigender Weise mit Patienten, deren Familien und den Medien über Ansteckungsgefahren und potentielle Präventionsmaßnahmen (z.B. Impfungen) sprechen können; und e) die Aufgaben der Rettungsdienste, des Notfallmanagements und der Systeme der Notfallschutzplanung als Reaktion auf eine Gesundheitskrise zu kennen ebenso wie die Aufgaben der Angehörigen medizinischer Berufe in diesen Systemen.

12. Der Weltärztebund sollte Ärzte, nationale Ärzteorganisationen und andere medizinische Fachgesellschaften auffordern, mit lokalen, nationalen und internationalen Gesundheitsbehörden bei der Entwicklung und Implementierung von Katastrophenschutzprogrammen und Reaktionsprotokollen für den Fall eines Ausbruchs natürlicher Infektionskrankheiten zusammenzuarbeiten. Diese Protokolle sollten als Leitfaden für Ärzte und zur Unterrichtung der Öffentlichkeit dienen.

13. Der Weltärztebund sollte die nationalen Ärzteorganisationen auffordern, das GOARN-Netz der WHO als Koordinierungsinstrument bei der Bekämpfung globaler Gesundheitsgefahren zu unterstützen.

14. Der Weltärztebund sollte sich für ein strategisches Partnerschaftsabkommen mit der WHO einsetzen, damit beim Ausbruch von Epidemien die Gesundheitskommunikation erheblich gesteigert und ein Informationsfluss in beide Richtungen sichergestellt werden kann.

15. Der Weltärztebund sollte die Entwicklung eines Bestandsverzeichnisses auf der Grundlage vorhandener Ressourcen koordinieren, damit diese den Ärzten, die die Opfer versorgen, schnellstmöglich zur Verfügung gestellt werden können.

16. Die WHO sollte den Anwendungsbereich der internationalen Gesundheitsvorschriften erweitern, indem neue und künftige Ausnahmesituationen für die öffentliche Gesundheit in das Meldesystem integriert werden und die WHO damit in die Lage versetzen, die betroffenen Länder aktiv bei der Bekämpfung von Gesundheitsgefahren internationalen Ausmaßes zu unterstützen.

17. Internationale Abkommen sollten dahingehend überprüft werden, dass Angehörige der Gesundheitsberufe, die auf die Bekämpfung von Epidemien spezialisiert sind, problemlos in die Region entsendet werden können, wo die Epidemie ausgebrochen ist.

18. Die Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Notfallschutzplanung sollten dort, wo es erforderlich ist, von den nationalen Regierungen und den nationalen Ärzteorganisationen intensiviert werden, um Fehler im System aufzudecken und die künftige Notfallschutzplanung zu verbessern.

19. Die theoretische und praktische Ausbildung von Ärzten sollte dahingehend ergänzt werden, dass die Realitäten und speziellen Erfordernisse in gesundheitlichen Ausnahmesituationen berücksichtigt werden und sichergestellt wird, dass die Sicherheit von Patienten sowie von Ärzten und medizinischen Helfern bei der Versorgung von Patienten mit akuten Infektionskrankheiten oberste Priorität genießt.

20. Überall auf der Welt, auch in Taiwan, sollten Ärzte uneingeschränkten Zugang zu den Programmen und Informationen der WHO in bezug auf medizinische Ausnahmesituationen haben.

SMAC/Environment/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
über die

Aufgaben des Arztes im Umweltschutz

verabschiedet von der 40. Generalversammlung des Weltärztebundes
Wien, Österreich, September 1988, und überarbeitet auf der 174. Vorstandssitzung, Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

Vorbemerkung

1. Die wirksame Ausübung des ärztlichen Berufes verlangt in zunehmendem Maße, dass Ärzte und ihre Berufsorganisationen sich auch mit Umweltproblemen befassen, die einen Einfluss auf die Gesundheit einzelner Menschen und Bevölkerungsgruppen haben.

2. Aufgrund der abnehmenden natürlichen Ressourcen haben diese Probleme mehr denn je Auswirkungen auf die Qualität und den Schutz der Ressourcen, die zur Erhaltung der Gesundheit und letztlich des Lebens notwendig sind. Nachfolgend die wichtigsten Umweltprobleme, die es zu lösen gilt:

   a) Die zunehmende Schädigung der Umwelt, der dringend Einhalt geboten werden muss, damit die für Leben und Gesundheit wichtigsten Ressourcen - Wasser und saubere Luft - allen Menschen zugänglich sind.

   b) Die fortschreitende Verunreinigung unserer Trinkwasserreserven durch Kohlenwasserstoffe und Schwermetalle sowie die Belastung der Umgebungs- und Raumluft durch Giftstoffe verursachen ernste gesundheitliche Schäden, vor allem für die Menschen in den ärmsten Ländern. Des Weiteren sollten der Treibhauseffekt und der nachweislich daraus resultierende Temperaturanstieg unsere Überlegungen dahingehend steuern, dass wir uns auf immer schwerwiegendere Folgen für die Umwelt und die öffentliche Gesundheit einstellen müssen.

   c) Die Notwendigkeit, die Nutzung nicht erneuerbarer Ressourcen, wie beispielsweise den Mutterboden, zu kontrollieren, sollte uns immer wieder beschäftigen ebenso wie der Schutz dieser lebensnotwendigen Ressourcen, damit sie auch künftigen Generationen erhalten bleiben.

   d) Die Notwendigkeit, Ressourcen über nationale Grenzen hinweg zu mobilisieren und globale Lösungen für den ganzen Planeten zu koordinieren, um eine einheitliche Strategie zur Bekämpfung dieser weltweiten medizinischen und wirtschaftlichen Probleme formulieren zu können.

e) Oberstes Ziel dieser Erklärung ist es, das Bewusstsein für die Erhaltung des lebenswichtigen Gleichgewichts zwischen Umweltressourcen einerseits und den biologischen Bedingungen für die Gesundheit aller Menschen andererseits zu stärken.

3. Auch wenn wir uns heute in zunehmendem Maße dieser Probleme bewusst sind, ist es uns weder gelungen, das umweltschädliche Verhalten unserer Gesellschaft zu ändern, was beispielsweise zum Schmelzen der Gletscher und zur zunehmenden Desertifikation führt, noch die übermäßige Ausbeutung der natürlichen Ressourcen zu stoppen, beispielsweise Verschmutzung von Flüssen und Meeren, Luftverschmutzung, Abholzung der Wälder und Stilllegung von Ackerflächen. In diesem Zusammenhang werden die in vielen Teilen der Welt fehlenden sozioökonomischen Maßnahmen noch durch die Migration von Menschen aus Entwicklungsländern verbunden mit dem Auftauchen neuer Krankheiten verschärft. Aus ärztlichen Sicht sind Bevölkerungswachstum und unverantwortliche Zerstörung der Umwelt nicht zu akzeptieren; deshalb sollten Ärzteorganisationen auf der ganzen Welt ihre Anstrengungen verdoppeln und diese Probleme nicht nur deutlich ansprechen, sondern auch Lösungen vorschlagen.

Grundsätzliches

4. In ihrer Funktion als Vertreter der Interessen von Ärzten ist es die Pflicht von Ärzteorganisationen, sich mit diesen Umweltproblemen zu befassen. Sie müssen analytische Studien erarbeiten, in denen die Probleme identifiziert und bereits bestehende Umweltschutzgesetze sowie deren Auswirkungen auf die Gesundheit aufgeführt werden.

5. Da sich Ärzte bei ihrer Arbeit an die Grundsätze der Ethik und der ärztlichen Deontologie zu halten haben, sollte das Eintreten für den Umweltschutz nicht darauf abzielen, die Autonomie Einzelner einzuschränken, sondern vielmehr die Lebensqualität aller zu erhöhen und für den Fortbestand aller Formen des Lebens auf unserem Planeten zu sorgen.

6. Deshalb sollte der Weltärztebund als internationale Plattform für Forschung, Bildung und Interessenwahrnehmung fungieren, um dazu beizutragen, die Umwelt und ihr Potential für die Gesundheitsförderung zu erhalten.

7. Wenn neue umweltbedingte Krankheiten identifiziert werden, sollte der Weltärztebund die Koordination der wissenschaftlich-medizinischen Diskussionen über vorhandene Daten und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen unterstützen. Er sollte den Konsensbildungsprozess innerhalb der Medizin vorantreiben und Anreize für Präventionsmaßnahmen, genaue Diagnosen und Behandlungen dieser neuen Krankheiten unterstützen.

8. Der Weltärztebund sollte deshalb ein Forum bieten für die internationale Koordinierung der Arbeiten von Ärzteorganisationen, Nichtregierungsorganisationen, forschenden Klinikern, internationalen Gesundheitsorganisationen, Entscheidungsträgern und Geldgebern in Bezug auf die Untersuchung der Folgen umweltbedingter Probleme für die Gesundheit der Menschen und deren Prävention, Heilung und Behandlung.

September 2003 SMAC/EthRecruit/Sept2003
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
über

Ethische Richtlinien für die internationale Rekrutierung von Ärzten

verabschiedet von der
Generalversammlung des Weltärztebundes in
Helsinki, September 2003

A. Präambel

1. Der Weltärztebund erkennt an, dass der vorübergehende Aufenthalt von Ärzten in anderen Ländern sowohl für die Aufnahme- als auch für die Entsendungsländer in Bezug auf den Austausch medizinischer Kenntnisse, Fähigkeiten und Positionen sinnvoll ist. Der Austausch von im Gesundheitssektor Tätigen ist deshalb für die Entwicklung der Medizin und der Gesundheitssysteme von Vorteil und verdient die Unterstützung der nationalen Ärzteorganisationen sowie der Regierungen.

2. In der Erklärung des Weltärztebundes zur Entwicklung der Arztzahlen - I (1983, 1986) werden alle nationalen Ärzteorganisationen aufgefordert, mit ihren Regierungen zusammenzuarbeiten, um eine Lösung des Problems der Arztzahlenentwicklung zu finden.

3. In der Entschließung des Weltärztebundes zur Ärztedichte (1998) werden die wichtigsten Komponenten für die Ermittlung des Ärztebedarfs dargelegt, die bei der Entwicklung einer nationalen ärztlichen Bedarfspolitik berücksichtigt werden müssen.

4. Seit Jahrzehnten haben viele Regierungen, Arbeitgeber und Ärzteorganisationen die demografischen Daten in Bezug auf die Zahl der benötigten Ärzte fehlinterpretiert. Junge Menschen, die eine ärztliche Tätigkeit angestrebt haben, waren oftmals die Leidtragenden einer falschen Planung des Ärztebedarfs.

5. In vielen Ländern, einschließlich der reichsten Länder, herrscht ein Ärztemangel. Ein Hauptgrund für den Mangel an Ärzten ist das Versäumnis, eine ausreichende Zahl von Ärzten auszubilden, um den Bedarf des Landes an Ärzten zu decken. Weitere Gründe für den Nettoverlust an Ärzten sind Abwanderung von Ärzten in andere Berufe, frühzeitiger Ruhestand und Emigration sowie die Probleme in Bezug auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie; all diese Gründe sind oftmals auf die schlechten Arbeitsbedingungen für Ärzte zurückzuführen.

6. Einige Länder haben ihren Mangel an Ärzten seit jeher dadurch gelöst, dass sie ärztliche Hochschulabsolventen aus anderen Ländern einstellen. Dieses Verfahren wird bis heute praktiziert.

7. Der internationale Migrationsfluss von Ärzten erfolgt in der Regel von den ärmeren Ländern in die reicheren Länder. Die ärmeren Länder tragen die Kosten für die Ausbildung der migrierenden Ärzte und erhalten keinen Ausgleich, wenn die von ihnen ausgebildeten Ärzte in ein anderes Land gehen. Die Aufnahmeländer bekommen eine wertvolle Ressource, ohne dafür zu bezahlen und sparen dabei noch die Kosten ein, die für die Ausbildung ihrer eigenen Ärzte anfallen würden.

8. Ärzte haben triftige Gründe für ihre Migration, beispielsweise bessere Berufsmöglichkeiten vorzufinden und den schlechten Lebens- und Arbeitsbedingungen in ihrem Heimatland zu entfliehen.

9. Auf internationaler Ebene werden zurzeit erhebliche Anstrengungen unternommen, um die Art und das Ausmaß der Migration von Ärzten und die damit verbundenen Probleme des Ärztebedarfs zu ermitteln. Der Weltärztebund ist sich der großen ethischen Tragweite dieser Probleme bewusst und hat diese Erklärung formuliert, um nationale Ärzteorganisationen und politische Entscheidungsträger in ihren Bemühungen zu unterstützen, Lösungen für diese Probleme zu finden.

B. Relevante ethische Grundsätze

10. Gerechtigkeit - Ausgleichende Gerechtigkeit bedeutet eine gerechte Allokation von Ressourcen zwischen Einzelpersonen und Gruppen. Korrektive Gerechtigkeit bedeutet die Durchführung von Maßnahmen gegen Ungerechtigkeiten. Prozedurale Gerechtigkeit bedeutet, dass bei den Bemühungen zur Erreichung von Gerechtigkeit die Rechte aller Beteiligten respektiert werden müssen.

11. Kooperation - Probleme, die zwei oder mehrere Gruppen, einschließlich Nationen, betreffen, sollten durch Zusammenarbeit gelöst werden, entweder auf bilateralem Wege oder durch die Unterstützung multilateraler Organisationen wie dem Weltärztebund.

12. Autonomie - Das Recht des Einzelnen, über sein eigenes Schicksal zu bestimmen, sollte respektiert werden, solange dadurch die Rechte anderer nicht beeinträchtigt werden; sollte dies der Fall sein, sollte ein faires Verfahren zur Lösung dieser Konflikte durchgeführt werden.

C. Empfehlungen

13. Nationale Ärzteorganisationen, Regierungen und Arbeitgeber sollten bei der Auswertung demografischer Daten zur Planung des künftigen Ärztebedarfs und bei der Präsentation dieser Einschätzung, gerade in Bezug auf junge Menschen, die den Beruf des Arztes ergreifen wollen, äußerste Sorgfalt walten lassen.

14. Jedes Land sollte sein Möglichstes tun, um eine ausreichende Anzahl von Ärzten unter Berücksichtigung seines Bedarfs und seiner Ressourcen auszubilden. Ein Land sollte sich nicht auf die Immigration von Ärzten aus anderen Ländern verlassen, um seinen Bedarf an Ärzten zu decken.

15. Jedes Land sollte sein Möglichstes tun, damit seine Ärzte beruflich tätig werden können und im Land bleiben, indem es ihnen unter Berücksichtigung des Bedarfs und der

Ressourcen des Landes die für ihre persönlichen und beruflichen Ziele notwendige Unterstützung zukommen lässt.

16. Länder, die Ärzte aus einem anderen Land einstellen möchten, sollten dies nur im Rahmen und in Übereinstimmung mit den Bestimmungen einer zwischen den beiden Ländern getroffenen Vereinbarung tun.

17. Ärzte sollten nicht daran gehindert werden, zur Verbesserung ihrer Berufsmöglichkeiten in einem anderen Land ihr Heimatland oder ihre Wahlheimat zu verlassen

18. Länder, die Ärzte aus anderen Ländern einstellen, sollten sicherstellen, dass diese Ärzte bei ihrer Einstellung vollständige und genaue Informationen über die Art und die Anforderungen der zu besetzenden Stelle, über einwanderungs-, verwaltungstechnische und vertragliche Formalitäten sowie über die gesetzlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen für die Ausübung des ärztlichen Berufs in dem einstellenden Land erhalten.

19. Ärzte, die ständig oder vorübergehend in einem anderen als ihrem Heimatland arbeiten, sollten genauso fair behandelt werden wie alle anderen Ärzte in diesem Land (beispielsweise gleiche Berufsmöglichkeiten und gleiche Bezahlung für die gleiche Arbeit).

20. Nichts sollte Länder daran hindern, im Völkerrecht vorgesehene bilaterale Vereinbarungen und Absichtserklärungen unter Beachtung der Menschenrechte und des humanitären Völkerrechts zu treffen mit dem Ziel, eine sinnvolle Zusammenarbeit im Gesundheitssektor, einschließlich des Austauschs von Ärzten, zu initiieren.

SMAC/FamilyPlanning/Oct2007
Original: Englisch

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Familienplanung und dem Recht der Frau auf Kontrazeption

verabschiedet von der
48. Generalversammlung des Weltärztebundes
Somerset West, Republik Südafrika, Oktober 1996 und geändert
von der 58. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Kopenhagen, Dänemark, Oktober 2007

Der WMA erkennt an, dass unerwünschte oder zu dicht aufeinanderfolgende Schwangerschaften schwer wiegende Auswirkungen auf die Gesundheit einer Frau und ihrer Kinder haben können. Zu diesen nachteiligen Folgewirkungen kann der vorzeitige Tod von Frauen gehören. Außerdem können bereits vorhandene Kinder der Familie Hunger oder Vernachlässigung erleben oder ausgesetzt werden, was zu ihrem Tod oder einer Beeinträchtigung ihrer Gesundheit führen kann, wenn die Familien nicht alle ihre Kinder versorgen können. Auch ihre soziale Funktionstüchtigkeit und ihre Fähigkeit, ihr Potenzial voll zu nutzen, kann beeinträchtigt sein.

Der WMA erkennt die Vorteile für Frauen an, die ihre Fruchtbarkeit selbst kontrollieren können. Ihnen sollte dabei geholfen werden, solche Entscheidungen selbst wie auch im Gespräch mit ihrem Partner zu treffen. Die Fähigkeit zu einer solchen Entscheidungsfreiheit, statt dem Zufall ausgeliefert zu sein, ist eine der wichtigsten Komponenten der körperlichen und psychischen Gesundheit und des sozialen Wohlergehens von Frauen.

Nicht überall sind angemessene Methoden der Fertilitätskontrolle gleichermaßen zugänglich, und viele der ärmsten Frauen auf der Welt haben diese Möglichkeit am wenigsten. Kenntnisse über ihre Körperfunktionen, Informationen über die Kontrolle ihrer Fertilität und die für das Treffen solcher Entscheidungen nötigen Materialien sind universelle Grund- und Menschenrechte aller Frauen.

Die Rolle der Familienplanung und des sicheren Zugangs zu geeigneten Methoden wird im 5. Millennium-Ziel als wichtiger Faktor für die Gesundheitsförderung von Mutter und Kind anerkannt.

Der WMA empfiehlt den nationalen Ärzteorganisationen

die Förderung der Aufklärung über Familienplanung durch Zusammenarbeit mit Regierungen, Nichtregierungsorganisationen und anderen, um sichere und hochqualitative Dienst- und Hilfsleistungen hoher Qualität zu erbringen;

den Versuch sicherzustellen, dass solche Informationen, Materialien, Produkte und Dienstleistungen unabhängig von der Staatsangehörigkeit, der Glaubensüberzeugungen, der Rasse, der Religion, der Hautfarbe oder des sozioökonomischen Status zur Verfügung gestellt werden.

SMAC/FamilyViolence/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Gewalt in der Familie

verabschiedet von der 48. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Somerset West, Republik Südafrika, Oktober 1996,
und sprachlich überarbeitet auf der 174. Vorstandssitzung,
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

PRÄAMBEL

1. Unter Hinweis auf die Deklaration des Weltärztebundes von Hongkong zur Misshandlung von älteren Menschen und die Erklärung des Weltärztebundes zur Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern 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.

2. 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 sozioökonomischen 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

3. 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 eine bestimmte gesellschaftliche Gruppe 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.

4. 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.

5. 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

6. 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 dieOpfer 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.

7. 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 Verbrechensopferhilfsorganisationenunterstützen und fördern. Außerdem sollten sie das öffentliche Bewusstseinsensibilisieren und die Allgemeinheit verstärkt informieren.

8. 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.

SMAC/InjuryControl/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Unfallverhütung

verabschiedet von der 42. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, U.S.A., Oktober 1990, und überarbeitet auf der 174. Vorstandssitzung,
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

1. 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. Viele Verletzungen sind jedoch vermeidbar. Die Überwachung der Unfallverhütung sollte als Priorität 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 von Programmen zur Unfallverhütung unerlässlich.

2. Der Weltärztebund empfiehlt allen nationalen Ärzteverbänden mit Nachdruck, in Zusammenarbeit mit den zuständigen staatlichen und privaten Organisationen Programme zu entwickeln und durchzuführen, um Verletzungen durch Unfälle zu verhindern und zu behandeln. Diese Programme müssen 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 von erfolgreichen Programmen dar.

3. Nationale Ärzteorganisationen sollten sich dafür einsetzen, dass folgende Grundelemente in die Programme ihrer Länder aufgenommen werden:

Epidemiologie

4. Die erste Phase solcher Programme 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.

Prävention

5. 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, die auf wissenschaftlich begründeten Methoden zur Unfallverhütung basieren, könnten zur Änderung des Verhaltens beitragen (beispielsweise die Verwendung von Sicherheitsgurten und Schutzhelmen). 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. Zur Verhütung künftiger Unfälle könnte auch die Implementierung eines Meldesystems (aus Fehlern lernen) hilfreich sein.

Biomechanismen

6. 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. Produktdesigns müssen bestimmten Sicherheitsvorschriften unterliegen, die aus einem besseren Verständnis der Biomechanismen von Verletzungen heraus entwickelt wurden.

Behandlung

7. 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 sollte veranlasst werden. Ein erfahrenes Team von Unfallärzten sollte im Krankenhaus zur Verfügung stehen. Ebenso sollten 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.

Rehabilitation

8. 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. Sofern dies möglich ist, ist die Integration in die Gemeinschaft ein erstrebenswertes Ziel für Menschen, die verletzungsbedingt chronisch behindert sind. Die Rehabilitation kann auch Veränderungen der häuslichen und sozialen Umgebung des Patienten mit sich bringen.

September 2003 SMAC/KViolence/Sept2003
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
über

Gewalt und Gesundheit

verabschiedet von der
Generalversammlung des Weltärztebundes in
Helsinki, September 2003

A. Einleitung

Im Jahr 2000 haben über 1,6 Millionen Menschen infolge von Gewalttaten ihr Leben verloren - d.h., dass jeden Tag weltweit mehr als 4000 Menschen einen gewaltsamen Tod sterben. Bei ungefähr der Hälfte dieser Todesfälle war die Ursache Selbstmord, fast ein Drittel sind Tötungsdelikte und die restlichen Todesfälle sind auf konfliktbedingte Gewalttätigkeiten zurückzuführen. Dies ist nur die Spitze des Eisbergs - die verfügbaren Daten stammen zumeist aus einkommensstarken Ländern, die über entsprechende Berichtssysteme verfügen und es ist bekannt, dass viele Formen der Gewalt in einkommensschwachen Ländern weit verbreitet sind, die der Weltgesundheitsorganisation keine Daten zur Verfügung stellen können. Abgesehen von den Problemen der Datenerfassung gibt es eine Reihe von verschiedenen Formen der Gewalt, beispielsweise Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern, Gewalt in der Partnerschaft und Misshandlung älterer Menschen, um nur einige zu nennen, über die aus Angst, Schamgefühl oder kulturellen Zwängen fast nichts bekannt wird.

2. Auf jeden jungen Menschen, der einer Gewalttat zum Opfer fällt, kommen mindestens 20 - 40 andere junge Menschen, die im Krankenhaus wegen gewaltbedingter Verletzungen behandelt werden. Eine von fünf Frauen und 5 - 10% der Männer berichten, dass sie als Kinder sexuell missbraucht wurden. Laut internationaler Untersuchungen berichten zwischen 10 und 69% der Frauen, dass sie von ihrem Lebenspartner schon einmal misshandelt worden sind. Neben den direkten Folgen der durch Gewaltanwendung verursachten Verletzungen gibt es eine Reihe von gesundheitlichen Folgen, beispielsweise mentale Probleme und reproduktive Gesundheitsprobleme, sexuell übertragbare Krankheiten sowie andere Gesundheitsprobleme. Durch Gewalt entstandene gesundheitliche Auswirkungen können jahrelang andauern und zu einer ständigen geistigen oder physischen Behinderung führen. Aus gesellschaftlicher Sicht sind die durch Gewalt entstandenen wirtschaftlichen Kosten erheblich, wobei allein die direkten Kosten für die medizinische Behandlung in einigen Ländern 5% des BIP betragen.

3. Weder auf gemeinschaftlicher noch auf individueller Ebene wird Gewalt durch einen einzigen Faktor ausgelöst. Gewalt entsteht durch ein komplexes Zusammenspiel aus Faktoren auf individueller, partnerschaftlicher, gemeinschaftlicher, gesellschaftlicher und politischer Ebene.

4. 1996 hat die Weltgesundheitsversammlung Resolution WHA49.25 verabschiedet, in der Gewalt zu einer globalen Priorität der öffentlichen Gesundheit erklärt wurde. Ein Jahr später wurde die Resolution WHA 50.19 verabschiedet, die den Aktionsplan der Weltgesundheitsorganisation für ein wissenschaftlichbasiertes Konzept der öffentlichen Gesundheit zur Prävention der Gewalt unterstützt und weitere Arbeiten auf diesem Gebiet fordert.

B. Einbeziehung der internationalen medizinischen Gemeinschaft

5. Ungeachtet der Vielfalt von Faktoren, die zur Anwendung von Gewalt führen, haben alle Formen der Gewalt eins gemeinsam: mit den durch Gewalt entstandenen gesundheitlichen Folgen werden Ärzte direkt konfrontiert. Ärzte können Opfer von Gewalt am Arbeitsplatz oder in anderen Einrichtungen sein. In einigen Fällen sind Ärzte an der Verübung von Gewaltakten oder unterlassener Hilfeleistung beteiligt. Darüber hinaus haben Ärzte aller Fachrichtungen täglich mit den Opfern von Gewalttaten zu tun. Sie treffen Entscheidungen in bezug auf die Überweisung und koordinierte Behandlung durch Fachärzte, sie planen die langfristige Behandlung und Nachbehandlung von Behinderungen und in einigen Einrichtungen haben sie zur Prävention der Gewalt beigetragen. Ob es nun ein Kinderarzt ist, der beurteilt, ob ein Kind Opfer einer Misshandlung ist, ein Notarzt oder Chirurg, der ein Opfer mit Schussverletzung behandelt, ein Psychiater, der sich mit den psychosozialen Folgen eines Opfers von Gewalt in der Partnerschaft befasst oder welche Situationen und Fälle es auch immer gibt, in denen Ärzte sich um die Opfer von Gewalttaten kümmern, Realität ist, dass Ärzte mehr als alle anderen Berufe in absolut direkter Weise mit den gesundheitlichen Folgen der Opfer von Gewalttaten konfrontiert werden.

6. Ärzte können auf verschiedene Art und Weise auf Gewalt reagieren, das hängt mehr als alles andere von den kontextuellen Merkmalen und Gegebenheiten ab. In einigen Einrichtungen sind strukturiertere Formen der Datenerfassung von allergrößter Bedeutung und Ärzte dürften in diesen Einrichtungen als Einzige in der Lage sein, sich für die Einrichtung einer systematischen Datenerfassung in bezug auf durch Gewalt verursachte Verletzungen einzusetzen. In anderen, moderneren Einrichtungen können Kliniker und *public health pracititioner* eine wichtige Rolle bei der Durchführung gezielter Studien zur Untersuchung von Aspekten der Gewalt bzw. der Prävention von Gewalt spielen. Wenn diese Daten den politischen Entscheidungsträgern rechtzeitig und entsprechend aufbereitet zur Verfügung gestellt werden, dann kann dies zur weiteren Entwicklung evidenzbasierter politischer Maßnahmen zur Reduzierung von Gewalttaten beitragen.

C. Empfehlungen

Die nationalen Ärzteorganisationen werden aufgefordert, ihren Beitrag zu einer systematischeren Vorgehensweise in Bezug auf das Thema Gewalt zu leisten, einschließlich:

7. **Engagement** - Gewalt ist ein globales Gesundheitsproblem und die Opfer von Gewalt sind häufig unter den ärmsten, hilflosesten oder anderweitig anfälligsten Gruppen in der Gesellschaft zu finden. Die Ärzte sollten sich auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene für effektive Strategien zur Prävention von Gewalt und zur Begrenzung der Auswirkungen der Gewalt auf die Gesundheit einsetzen. Außerdem sollten Ärzte jegliche

Form gewalttätigen Verhaltens zur Lösung persönlicher, sozialer oder politischer Probleme verurteilen.

8. **Datenerfassung** - Ärzte sollten eine zentrale Rolle spielen um sicherzustellen, dass die Datenerfassung routinemäßig erfolgt, dem Stand der Technik entspricht und so umfassend ist, dass sie ein wertvoller Leitfaden für die Gesundheitspolitik ist. Aus Untersuchungen geht hervor, dass ein großer Teil der Opfer von Gewalttaten nicht in den Polizeistatistiken auftaucht, weil sie nicht Opfer eines Verbrechens sind (beispielsweise Formen der Gewalt in der Familie, etc.) oder sich nicht bei der Polizei gemeldet haben.

9. **Ärztliche Ausbildung** - in Kenntnis der erheblichen Kosten der durch Gewalttaten verursachten globalen Morbidität und Mortalität und der Tatsache, dass Gewalt und Verletzungen als Gefahr für die Gesundheit in der ärztlichen Ausbildung weitgehend ignoriert wird, sollte die Ärzteschaft Maßnahmen ergreifen um sicherzustellen, dass die Prävention von Gewalt und durch Gewalttaten verursachte Verletzungen in die Lehrpläne der medizinischen Fakultäten aufgenommen wird.

10. **Prävention** - Ärzte sollten in ihren Sprechstunden die einmalige Gelegenheit nutzen, sofern es zweckdienlich erscheint, Patienten und Familien über die Gestaltung einer sicheren und gewaltfreien familiären Umgebung zu beraten. Des Weiteren können sie ihr ärztliches Urteilsvermögen nutzen, um Opfer bzw. potenzielle Opfer von Gewalttaten zu erkennen und entsprechend zu behandeln.

11. **Koordinierung der Hilfe für Opfer von Gewalttaten** - ob durch die Identifizierung von potenziellen Opfern, die möglicherweise unter Gewalttaten leiden aber nicht wissen, wie sie sich dem Arzt anvertrauen sollen, oder durch Überweisung zur entsprechenden Behandlung der durch Gewalt verursachten physischen und psychosozialen Verletzungen bzw. langfristigen Behinderungen, Ärzte können bei der Verbesserung der Qualität und des Umfangs der Hilfe für Opfer eine entscheidende Rolle spielen

12. **Forschung** - Gewalt ist ein völlig unzureichend dokumentiertes globales Problem der öffentlichen Gesundheit. Notwendig ist ein besseres Verständnis der Ursachen und Folgen von Gewalt sowie ein besseres Verständnis für die Wirksamkeit der verschiedenen Strategien zur Prävention von Gewalt.

13. **Soziales Beispiel** - Ärzte sollten zur Schaffung und Durchsetzung sozialer Normen beitragen, indem sie nicht an den verschiedenen Formen der Gewaltausübung wie Folter, Misshandlung oder Vernachlässigung bestimmter Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise Gefängnisinsassen mitwirken bzw. diese tolerieren und sich aktiv für die Ablehnung von Gewalt einsetzen.

14. **Politische Entscheidungsfindung** - in vielen Ländern gibt es immer noch keine umfassenden nationalen oder lokalen politischen Maßnahmen und Aktionspläne zur Gewaltprävention. Die Ärzte sollten dazu beitragen, dass die Entwicklung dieser politischen Maßnahmen vorangetrieben wird und gegebenenfalls eine führende Rolle bei der Entwicklung dieser Maßnahmen übernehmen.

SMAC/Liability/Oct2005
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Reform der Arzthaftung

verabschiedet von der
56. Generalversammlung des Weltärztebundes
Santiago, Oktober 2005

1. Weltweit ist eine zunehmende Streitkultur zu beobachten, die sich nachteilig auf die ärztliche Berufsausübung und die Bereitstellung und die Qualität der Gesundheitsleistungen auswirkt. Einige nationale Ärzteorganisationen berichten bereits über eine Arzthaftungskrise, d.h. die steigende Zahl der Arzthaftungsklagen treibt die Gesundheitskosten in die Höhe, beschränkt den Zugang zu Gesundheitsleistungen und behindert die Bemühungen zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Qualität der Versorgung. In anderen Ländern halten sich die Arzthaftungsklagen noch in Grenzen, 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.

2. Arzthaftungsverfahren haben in erheblichem Maße zur Erhöhung der Gesundheitskosten beigetragen, indem die knappen Gesundheitsresourcen der Patientenvesorgung, der Forschung und der ärztlichen Ausbildung entzogen und dem Rechtssystem zugeführt werden. Außerdem hat die "Rechtsstreitkultur" den Unterschied zwischen Behandlungsfehler und unvermeidbaren nachteiligen Auswirkungen verwischt, was oftmals zu einer willkürlichen Festlegung in bezug auf die Anforderungen an die medizinische Versorgung führt. Dies hat zu der allgemeinen Auffassung geführt, daß man gegen fast alles klagen kann, indem man darauf setzt, zu gewinnen. Solch eine Kultur erzeugt Zynismus und Mißtrauen, im Rechtssystem wie bei Ärzten mit schädlichen Folgen für die Arzt-Patienten-Beziehung.

3. Mit der Annahme dieser Erklärung fordert der Weltärztebund alle nationalen Ärzteorganisationen dringend auf, sich in ihren jeweiligen Ländern für die Einrichtung eines zuverlässigen Systems der ärztlichen Gerechtigkeit einzusetzen. Rechtssysteme sollten sicherstellen, daß Patienten gegen schädliche Praktiken und Ärzte gegen grundlose Klagen geschützt werden und daß Versorgungsstandards konsistent und verläßlich sind, damit alle Beteiligten wissen, wo sie stehen.

4. 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 zwar Einfluß auf die Bedeutung einiger Teile dieser Erklärung für jede einzelne nationale Ärzteorganisation haben, die fundamentale Bedeutung dieser Erklärung aber in keinster Weise beeinträchtigen.

5. 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 schwerwiegende Risiken mit sich.

   b) Der Druck, der von privaten Managed Care Organisationen oder staatlichen Gesundheitssystemen auf Ärzte ausgeübt wird, um die Kosten der ärztlichen Versorgung zu reduzieren.

   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 von den Medien übernommene Rolle des Anklägers, der Mißtrauen gegen den Arzt schürt, indem er sein Können, Wissen, Verhalten und die Betreuung des Patienten in Frage stellt und Patienten veranlaßt, gegen Ärzte zu klagen.

6. Man muss zwischen Behandlungsfehlern und vom Arzt nicht verschuldeten unerwünschten Behandlungsfolgen, die im Laufe der ärztlichen Betreuung und Behandlung auftreten, unterscheiden.

   a) Eine durch einen Behandlungsfehler verursachte Schädigung des Patienten impliziert das Unvermögen des Arztes, dem für die Behandlung des Patienten nötigen Standard zu entsprechen, oder einen Mangel an Fähigkeiten bei der Patientenbetreuung.

   b) Eine unerwünschte Folge der Behandlung ist eine Schädigung, die im Laufe der ärztlichen Behandlung auftritt und nicht durch mangelnde Fähigkeiten oder Kenntnisse seitens des behandelnden Arztes hervorgerufen wurde und für die der Arzt nicht haftbar sein sollte.

7. Über die Entschädigung für durch ärztliche Behandlung geschädigte Patienten sollte gesondert entschieden werden, je nachdem, ob es sich um ärztliche Behandlungsfehler oder um unerwünschte Folgen der ärztlichen Betreuung und Behandlung handelt, es sei denn, es stehen alternative Systeme zur Verfügung, beispielsweise das System der verschuldensunabhängigen Haftung oder ein System der alternativen Beilegung.

   a) Wenn eine vom Arzt nicht verschuldete unerwünschte Behandlungsfolge eintritt, so muss das jeweilige Land 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 sollten die Verfahren zur Entscheidung über Arzthaftungsklagen und für die Festsetzung der dem Patienten zu leistenden Entschädigungssumme bei Nachweis eines Behandlungsfehlers regeln.

8. 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) Einrichtung von Informationsprogrammen für die Öffentlichkeit über die Risiken, die mit einigen fortschrittlichen Behandlungs- und Operationsmöglichkeiten verbunden sind, sowie Fortbildungsprogrammen für Ärzte über die Notwendigkeit, die aufgeklärte Zustimmung des Patienten für solche Behandlungen und Operationen einzuholen.

b) Implementierung öffentlicher Aufklärungsprogramme, um die durch die strenge Kostenkontrolle entstehenden Probleme in der Medizin und der gesundheitlichen Versorgung aufzuzeigen.

c) Anhebung des Niveaus und der Qualität der ärztlichen Aus- Weiter- und Fortbildung für alle Ärzte, einschließlich verbesserter praktischer Erfahrungen in der klinischen Weiterbildung.

d) Entwicklung und Mitwirkung an Programmen für Ärzte mit dem Ziel, die Qualität der medizinischen Betreuung und Behandlung zu verbessern.

e) 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.

f) Information der Öffentlichkeit und der Regierung über die Gefahr, die verschiedene Formen von defensiver Medizin darstellen 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 oder die Abneigung von Ärzten oder Krankenhäusern, Patienten mit einem höheren Risiko zu behandeln).

g) Aufklärung der Öffentlichkeit über das mögliche Auftreten von Schädigungen bei ärztlicher Behandlung, die nicht auf ärztlichen Behandlungsfehlern beruhen, und Einrichtung einfacher Verfahren zur Aufklärung der Patienten im Falle nachteiliger Behandlungsverläufe oder -ergebnisse und Unterrichtung der Patienten über die dann einzuleitenden Schritte für den Erhalt einer Entschädigung, falls letztere angeboten wird.

h) Eintreten für den Rechtsschutz für Ärzte, wenn Patienten durch unerwünschte Folgen der Behandlung geschädigt werden, die nicht das Ergebnis von Behandlungsfehlern sind, und Beteiligung an Entscheidungen darüber, ob Entschädigungen für Patienten, die ohne ärztliches Verschulden bei der ärztlichen Behandlung geschädigt wurden, geboten sind.

i) Mitwirkung an der Entwicklung von Gesetzen und Verfahren, die auf Arzthaftungsklagen anwendbar sind.

j) Entwicklung aktiven Widerstandes gegen grundlose oder leichtfertige Haftungsklagen und gegen von Rechtsanwälten geforderte Erfolgshonorare.

k) Erforschung innovativer Verfahren zur alternativen Beilegung von Rechtstreitigkeiten, 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) Förderung der Entwicklung von freiwilligen, vertraulichen und rechtlich geschützten Systemen zur Meldung von schlechten Ergebnissen oder medizinischen Kunstfehlern mit dem Ziel, Empfehlungen zur Vermeidung schlechter Ergebnisse und zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität abzugeben.

n) Aktiver Widerstand gegen die zunehmende Kriminalisierung bzw. strafrechtliche Verfolgung ärztlicher Behandlungsfehler durch die Gerichte.

SMAC/MedEd/May2006

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung

verabschiedet von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

Präambel

1. Die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung besteht in einem kontinuierlichen Lernprozess, der mit der Aufnahme des Medizinstudiums beginnt und so lange fortdauert, bis der Arzt seine aktiven Tätigkeiten aufgibt. Ihr Ziel ist die Vorbereitung der Heilberufler auf die Anwendung der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Gesundheitsförderung, zur Prävention und Heilung menschlicher Erkrankungen sowie zur Linderung der Symptome zurzeit noch unheilbarer Krankheiten. Zur ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung gehören auch die ethischen Standards, die das Denken und Verhalten von Ärzten bestimmen. Alle Ärzte tragen gegenüber sich selbst, ihrem Berufsstand und ihren Patienten Verantwortung dafür, ihre Aus-, Weiter- und Fortbildung auf einem hohen Niveau zu halten.

Grundprinzipien der ärztlichen Ausbildung

2. Die ärztliche Ausbildung umfasst die Ausbildung zum Arzt, die Weiterbildung und die lebenslange Fortbildung. Der Berufsstand, die Fakultäten und Ausbildungseinrichtungen sowie die Staatsregierung sind gemeinsam dafür verantwortlich, dass die Qualität der ärztlichen Ausbildung während dieser Phase einem hohen Standard entspricht. Die ärztliche Ausbildung soll kompetente, ethisch verantwortungsbewusste Ärzte hervorbringen, die der Öffentlichkeit eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung bieten.

Ausbildung zum Arzt

3. Ziele der ärztlichen Ausbildung sind die Einweisung der Studierenden in die praktische Berufsausübung und die Heranziehung gut qualifizierter Ärzte für den Dienst an der Öffentlichkeit. Die erste berufliche Ausbildungsstufe sollte einen Lehrplan abschließen, der den Studierenden für ein breites Spektrum beruflicher Wahlmöglichkeiten qualifiziert, darunter unter anderem für Patientenversorgung, öffentliche Gesundheit, klinische Forschung oder Grundlagenforschung oder medizinische Ausbildung. Jede dieser Alternativen erfordert eine Weiterbildung nach dem ersten beruflichen Abschluss.

Auswahl der Studierenden

4. Eine fundierte Allgemeinbildung kommt jedem angehenden Medizinstudenten zugute. Breit gefächerte Kenntnisse der Kunst, der Geistes- und Sozialwissenschaften sowie der Biologie und der Physik sind von Vorteil. Studierende sollten für das Medizinstudium auf der Basis der intellektuellen Fähigkeiten, der Motivation, der vorherigen Erfahrungen sowie des Charakters und der Integrität ausgewählt werden. 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, doch sollte die Zusammensetzung der Studierenden der der Bevölkerung entsprechen.

Lehrkörper

5. Die Ausbildung zum Arzt muss von anerkannten Lehrkörpern vermittelt werden. Die Lehrkörper müssen die erforderliche Qualifikation besitzen, die nur durch methodische Ausbildung und Erfahrung erworben werden kann. Die Auswahl der Fakultät sollte ohne Ansehen des Alters, der Rasse, der Religionszugehörigkeit, der politischen Überzeugung oder der nationalen Herkunft erfolgen.
6. Die Fakultät ist verantwortlich für die Schaffung eines akademischen Umfelds, in dem das Lernen und das Sammeln von Erfahrungen optimal gefördert werden. Aktive Forschung zur Erweiterung des medizinischen Wissens und zur Förderung der Versorgungsqualität müssen in einem akademischen Umfeld stattfinden, das die Einhaltung höchster medizinischer Standards gewährleistet. Die jeweilige Fakultät ist für die Bestimmung von Zielen, Inhalten und Formen sowie die Evaluation der Ausbildung verantwortlich. Die medizinischen Fakultäten sollten für die laufende Verbesserung der Lehrfähigkeiten der Lehrkörper Sorge tragen.
7. Die Fakultät ist zur Bereitstellung eigener Curricula in einem akademischen Umfeld verantwortlich, das die Studierenden sich entfalten lässt. Die Fakultät sollte ihre Lehrinhalte häufig überarbeiten und dabei den Bedürfnissen der Gesellschaft sowie den Erfahrungen praktizierender Ärzte Rechnung tragen. Außerdem ist die Fakultät gehalten, die Qualität eines jeden Ausbildungsversuchs regelmäßig zu evaluieren und für eine gegenseitige Überprüfung zu sorgen.
8. Neben kompetenten Lehrkörpern muss die Einrichtung fordern, dass Bibliotheken, Forschungslabors, klinische Behandlungszentren und Studienbereiche entsprechend den Bedürfnissen allen Lernenden in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen. Darüber hinaus müssen geordnete Verwaltungsstrukturen, die sich nicht auf akademische Unterlagen beschränken, gewährleistet sein, um eine möglichst umfassende Ausbildung sicherzustellen.

Inhalte der Ausbildung

9. Die Ausbildungsinhalte sollen dem Studierenden eine breite allgemeine Wissensgrundlage der gesamten Medizin verschaffen. Dazu gehören die Naturwissenschaften, die Verhaltensforschung und die Sozialökonomie des Gesundheitswesens. Diese Wissenschaften sind für ein Verständnis der klinischen Medizin von grundlegender Bedeutung. Kritisches Denken und selbst gesteuertes Lernen sollten dabei die gleiche wesentliche Bedeutung besitzen wie die feste Grundlage der die ärztliche Berufsausübung bestimmenden ethischen Prinzipien und der Menschenrechte. Außerdem sollte der Studierende in dieser Phase eine Einführung in die medizinische Forschung und deren Methodik erhalten.

Klinischer Teil der Ausbildung

10. Der klinische Teil der Ausbildung zum Arzt muss praxisorientiert unter Aufsicht am Patienten erfolgen und direkte Kenntnisse in der Diagnoseerstellung und der 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.
11. Vor Aufnahme einer selbständigen Berufsausübung sollte jeder Arzt unter Aufsicht einen vorgeschriebenen Abschnitt klinischer Ausbildung absolvieren. Diese klinische Ausbildungsphase sollte in verschiedenen ambulanten und stationären Einrichtungen wie Universitätskliniken, städtischen Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen von der Primär- bis zur Tertiärversorgung reichen.
12. In der Gesamtheit ist die Fakultät dafür verantwortlich, dass Studierende, die die Approbation erhalten haben, 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.

Ärztliche Weiterbildung

13. Es ist überaus wünschenswert und in vielen Rechtssystemen bereits gesetzlich vorgeschrieben, dass ein Absolvent einer ärztlichen Ausbildungsstätte vor der Zulassung als Arzt an einer Weiterbildung teilnimmt. Die ärztliche Weiterbildung, die zweite Phase der Ausbildung zum Arzt, bereitet Ärzte auf die Tätigkeit als Facharzt vor. Der Schwerpunkt liegt bei dieser Weiterbildung auf der Förderung klinischer Fertigkeiten und allgemeiner wie auch beruflicher Kompetenzen und dem Erwerb gründlicher Kenntnisse auf einem medizinischen Fachgebiet. Dieser Lernprozess bereitet den Arzt auf die selbständige Ausübung der Medizin auf diesem Fachgebiet vor.
14. Die Weiterbildung erfolgt in Gemeinden sowie in Kliniken, Krankenhäusern oder anderen Gesundheitseinrichtungen und sollte bei den meisten Fachgebieten im stationären und im ambulanten Rahmen stattfinden, wobei die Versorgung einer angemessenen Zahl von Patienten während der Weiterbildung erkennbar sein muss. Weiterbildungsprogramme, darunter auch Grundjahrprogramme (Transitional Year), werden gewöhnlich als Assistenzprogramme (Residency Programs) bezeichnet, und die daran teilnehmenden Ärzte heißen Residents (Weiterbildung zum Facharzt). Ein Resident übernimmt während dieses Weiterbildungsgangs entsprechend seinen zunehmenden klinischen Erfahrungen, Kenntnissen und Fertigkeiten immer größere Verantwortung.
15. Die Weiterbildung dieser Ärzte beruht auf der Integration der Lehrtätigkeit in ein strukturiertes Curriculum mit Diagnose und Versorgung von Patienten unter angemessener Aufsicht und Lernaktivitäten mit dem Ziel der Förderung und Erhaltung das ganze Leben andauernder Lernfertigkeiten. Die Qualität dieser Erfahrungen steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Qualität der Patientenversorgung, der stets der Vorrang gebührt. Die Qualität der Weiterbildung und die der Patientenversorgung bedingen sich gegenseitig und müssen auf eine Weise sichergestellt werden, die in beiden Bereichen zu einer Steigerung führt. Hierbei ist für das richtige Gleichgewicht zu sorgen, damit während einer Weiterbildung nicht die Residents zu Lasten der Weiterbildungsziele übermäßig für Versorgungsaufgaben herangezogen werden. Ein Resident ist nach dem zufriedenstellenden Abschluss seiner Weiterbildung zum Facharzt (Residency) zur selbständigen Ausübung des Arztberufs auf dem von ihm gewählten Fachgebiet in der Lage.

Ärztliche Fortbildung

16. Als ärztliche Fortbildung* werden Lehrtätigkeiten bezeichnet, die dazu beitragen, die Kenntnisse, Fertigkeiten und beruflichen Leistungen und Beziehungen zu erhalten, zu fördern oder zu verbessern, die ein Arzt sich zunutze macht, um seinen Patienten, der Öffentlichkeit oder dem Berufsstand zu dienen. Ärzte sollten danach streben, sich während ihres gesamten Berufslebens medizinisch fortzubilden. Diese Lernerfahrungen sind für die laufende berufliche Weiterentwicklung des Arztes von wesentlicher Bedeutung, ob nun für die Verfolgung der neuesten Entwicklungen in der klinischen Medizin und im Gesundheitswesen oder zur Erhaltung der für eine Gesundheitsversorgung guter Qualität nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten. Ziel der ärztlichen Fortbildung ist es, den sachkundigen Arzt zu stützen und weiterzuentwickeln. Medizinische Fakultäten, Krankenhäuser und Fachgesellschaften sind gleichermaßen für die Entwicklung und Bereitstellung effektiver Fortbildungsmöglichkeiten für alle Ärzte verantwortlich.
17. Der Auftrag der medizinischen Versorgung sowie der Gesundheitsvorsorge und -beratung stellt höchste Anforderungen an die Ausbildung zum Arzt, die Weiterbildung und die Fortbildung.

* Hinweis zur Terminologie: Der englische Begriff für Fortbildung – Continuing Professional Development (CPD) – wird unterschiedlich verstanden. Eine Form der Beschreibung umfasst alle Tätigkeiten, die zur beruflichen Weiterentwicklung eines Arztes beitragen, darunter, um nur wenige Beispiele zu nennen, Beteiligung an organisierter Medizin, Gremienarbeit in Krankenhäusern oder Gemeinschaftspraxen, Lehre, Arbeit als Mentor und Vor¬lesungen. Einer der Bestandteile der CPD sollte die ärztliche Fortbildung sein, die in vielen Rechtssystemen speziell definiert und unter Umständen für die Zulassung als Arzt zwingend vorgeschrieben ist.

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Umweltbelastung durch Lärm

verabschiedet von der 44. Generalversammlung des Weltärztebundes
Marbella, Spanien, September 1992 und geändert von der
58. Generalversammlung des Weltärztebundes
Kopenhagen, Dänemark, Oktober 2007

Präambel

Mit steigendem Umweltbewusstsein und dem Wissen über die Wirkung von Lärm auf Gesundheit, Psyche, Leistung und Wohlbefinden gewinnt die Bekämpfung des Umweltlärms immer mehr an Bedeutung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet Lärm als Hauptumweltbelästigung in den Industrieländern.

Die Wirkungen von Lärm auf den Menschen sind vielfältig. Sie betreffen das Gehör, das vegetative Nervensystem, die Psyche, die sprachliche Kommunikation, den Schlaf und die Leistungsfähigkeit. Da Lärm als Stressor wirkt, wird eine verstärkte Beanspruchung des Organismus mit erhöhtem Energieverbrauch und erhöhtem Verschleiß abgeleitet. Dementsprechend wird vermutet, dass er hauptsächlich Krankheiten begünstigen kann, bei denen eine Mitverursachung durch Stress eine Rolle spielt, wie beispielsweise bei Herz-Kreislauf-Krankheiten, die sich dann als Bluthochdruck, Myokardinfarkt, Angina pectoris oder sogar Apoplex manifestieren können.

Die Wirkungen im psychosozialen Bereich sind ebenfalls dramatisch. Nicht nur in den Industrieländern, sondern in zunehmendem Maße auch in den Entwicklungsländern ist die Belastung durch Umweltlärm – hier vor allem durch Straßenverkehrslärm - ein zentrales Thema.

Angesichts der kontinuierlichen und massiven Steigerung des Verkehrsaufkommens sowohl auf der Straße als auch in der Luft hat die Belastung durch Umweltlärm an zeitlicher und flächenmäßiger Ausdehnung stets zugenommen.

Von zunehmender Bedeutung ist auch die Schädigung des Gehörs durch Freizeitlärm. Häufigste Schallquelle ist hierbei Musik, die über unterschiedliche Tonträger an unterschiedlichen Orten (tragbare Musikabspielgeräte, Stereoanlagen, Diskothekenbesuch, Konzerte) auf das Ohr einwirkt. Das Risiko, Gehörschäden zu erleiden, wird von den meisten unterschätzt oder auch bewusst negiert. Die größte Aufgabe (wichtigste Aspekt) besteht darin, in der Hochrisikogruppe, - dies sind in der Regel junge Menschen, ein Problembewusstsein zu schaffen. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, einzugreifen und über Pegelbegrenzer in akustischen Wiedergabeeinheiten, über maximal zulässige Schallpegel bei Musikveranstaltungen oder über das Verbot knallerzeugender Kinder-Spielzeuge das Schädigungspotential herabzusetzen.

Empfehlungen

Der Weltärztebund ruft die nationalen Ärzteorganisationen zu folgenden Schritten auf:

1. die Öffentlichkeit, insbesondere die Entscheidungsträger, die für die Umweltlärmbelastung zuständig sind, sowie die von Umweltlärm Betroffenen zu informieren,

2. Verkehrsminister und Städteplaner aufzufordern, alternative Konzepte zu entwickeln, mit denen der wachsenden Umweltlärmbelastung begegnet werden kann,

3. für angemessene gesetzliche Bestimmungen zur Bekämpfung der Umweltlärmbelastung einzutreten,

4. die Durchsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu unterstützen und die Wirksamkeit der Kontrollmaßnahmen zu überwachen.

5. Jugendliche über die mit überlautem Musikkonsum verbundenen Risiken zu informieren, z. B. wie sie von tragbaren Musikabspielgeräten, Nutzung von Stereoanlagen mit Kopfhörern, Audioanlagen in Pkw, Besuch von Rockkonzerten und Diskotheken ausgehen,

6. die Erziehungs- und Bildungsbehörden zu veranlassen, die Schüler in den Schulen frühzeitig darüber zu unterrichten, welche Wirkungen Lärm auf den Menschen hat, wie der Belastung durch Umweltlärm entgegenzuwirken ist, welche Rolle dem Individuum selbst als Lärmverursacher zukommt und welche Risiken mit überlautem Musikkonsum verbunden sind,

7. über Gehörschädigungsrisiken, die sich im privatem Bereich durch den Gebrauch von elektrischem Werkzeug oder durch Nutzung ungemessen lauter Motorräder ergeben, zu informieren

8. Arbeitnehmer individuell davon zu überzeugen, dass sie sich selbst gegen nicht zu reduzierenden Lärm schützen müssen,

9. die für den Arbeitsschutz Verantwortlichen in den Betrieben aufzufordern, weitere Maßnahmen zur Verringerung von Schallemission und -immission zu ergreifen, um den Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer am Arbeitsplatz zu gewährleisten

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Rolle des Arztes bei Fettleibigkeit

verabschiedet von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

Präambel

1. Fettleibigkeit ist eines der weltweit wichtigsten Gesundheitsprobleme im 21. Jahrhundert, das alle Länder und Gesellschaftsschichten betrifft und die für das Gesundheitswesen verfügbaren Mittel stark beansprucht.
2. Der komplexe Ursprung der Fettleibigkeit hängt mit wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Veränderungen sowie dem obesogenen (Übergewicht verursachenden) Umfeld zusammen, in dem ein großer Teil der Bevölkerung lebt.
3. Der WMA fordert die Ärzte deshalb nachdrücklich auf, ihre führende Stellung zu nutzen, um sich dafür einzusetzen, dass die staatlichen Gesundheitsbehörden durch kulturell geeignete politische Maßnahmen unter Einbeziehung von Ärzten und anderen wichtigen Beteiligten die Verminderung der Fettleibigkeit als Priorität anerkennen.

Der WMA empfiehlt der Ärzteschaft

4. die Weiterentwicklung gesellschaftlicher Veränderungen im Sinne der verstärkten Betonung eines Umfelds, in dem die Entscheidung für gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung oder körperliche Betätigung aller Menschen betont wird;
5. die persönliche und über die Ärzteverbände vorgetragene Bekundung der Besorgnis, dass übermäßiger Fernsehkonsum und die exzessive Beschäftigung mit Videospielen bei Kindern und Heranwachsenden in vielen Ländern körperlicher Betätigung im Wege stehen;
6. die Ermutigung des Einzelnen gesunde Wahlmöglichkeiten zu nutzen;
7. die Anerkennung der Rolle der persönlichen Entscheidungsfindung und der abträglichen Einflüsse des gegenwärtigen Umfelds;
8. die Erkenntnis, dass die Gewinnung und Evaluierung von Daten zur evidenzbasierten Therapie beitragen kann und während des gesamten Lebens Teil der routinemäßigen medizinischen Vorfelduntersuchung (Screening) und Evaluierung sein sollte;
9. die Förderung der Entwicklung von Lebensfertigkeiten, die bei allen Menschen zu einer gesunden Lebensweise und besseren Kenntnissen der Öffentlichkeit über gesunde Ernährung, Bewegung sowie die Gefahren des Rauchens und des übermäßigen Alkoholkonsums beitragen;
10. Beiträge zur Entwicklung besserer Bewertungswerkzeuge und Datenbanken als Grundlage für stärker zielgerichtete und besser evaluierte Interventionen;
11. Maßnahmen zur Sicherstellung, dass die Fettleibigkeit, ihre Ursachen und ihre Behandlung Teil der Fortbildungsprogramme für Heilberufler, darunter auch für Ärzte, bleiben;
12. die Anwendung der Pharmakotherapie und der bariatrischen Chirurgie sowie eine mit diesen Behandlungen verbundene Bewertung der Risiken und Vorteile.

Mai 2002 SMAC/PAHO/Oct2002
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zur

Panamerikanischen Gesundheitsorganisation

Verabschiedet von der
Generalversammlung des Weltärztebundes
Washington, 2002

Präambel

1. Am 2. Dezember 2002 feiert die Panamerikanische Gesundheitsorganisation (PAHO) ihr 100 jähriges Bestehen.

2. Die PAHO war die erste internationale Gesundheitsorganisation, die eine einheitliche Front gegen die Ausbreitung der Pest und anderer Krankheiten, von denen die Hemisphäre um die Jahrhundertwende heimgesucht wurde, organisiert hat. Die erste Aufgabe der von elf Ländern gegründeten PAHO war die Ausrottung des Gelbfiebers und der Malaria in der Panama-Kanal-Zone. Seitdem hat sich die Organisation in Zusammenarbeit mit ihren Mitgliedstaaten für die Ausrottung bzw. Eindämmung von Epidemien wie Pocken, Polio und Masern eingesetzt.

3. 1924 wurden ihre Aufgaben und Zuständigkeiten durch das panamerikanische Gesundheitsgesetz, das von 18 Ländern unterzeichnet wurde, erweitert. Das Gesetz, das noch heute gilt, ist letztendlich von allen Republiken des amerikanischen Kontinents ratifiziert worden und ist immer noch eine der größten Errungenschaften in der Gesundheitspolitik.

4. In Zahlen ausgedrückt umfasst der Zusammenschluss der PAHO, d.h. deren Mitgliedsländer, nunmehr 30% der Landmasse der Erde und 14% der derzeitigen Weltbevölkerung. Die PAHO unterhält 29 Länderbüros und acht wissenschaftliche Zentren in 35 Ländern. Auch das Betätigungsfeld der PAHO ist größer geworden: hat sie sich zu Anfang vor allem auf die Bekämpfung von Epidemien konzentriert, so umfasst ihr Aufgabengebiet heute auch die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten, die Verbesserung der Gesundheitserziehung und die Bekämpfung von Umweltschäden mit dem Ziel, allen Menschen, insbesondere armen Menschen, zu helfen.

5. Die Zielsetzung der PAHO, so wie sie in ihrer Satzung verankert ist, bleibt unverändert: den Ländern der westlichen Hemisphäre bei der Zusammenarbeit in bezug auf die Bekämpfung von Krankheiten, die Steigerung der Lebenserwartung und die Förderung der physischen und geistigen Gesundheit der Menschen zu helfen. Bei der Bekämpfung alter wie neuer Gefahren für die Gesundheit in der Hemisphäre ist die PAHO heute wichtiger denn je.

Empfehlungen

6. Der Weltärztebund empfiehlt:

6.1 die PAHO zu ihrem beispiellosen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit aller Menschen zu beglückwünschen;

6.2 dass die nationalen Mitgliedsorganisationen des Weltärztebundes der PAHO Glückwunschschreiben zu ihrem 100jährigen Bestehen übersenden;

6.3 dass die nord- und südamerikanischen Mitgliedsorganisationen des Weltärztebundes die PAHO weiterhin bei ihrer Aufgabe in bezug auf die Verbesserung der Gesundheit der Menschen in der Hemisphäre unterstützen.

SMAC/Pandemic/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Vogelgrippe und Influenzapandemie

verabschiedet von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

1. Mit dieser Erklärung will der Weltärztebund den nationalen Ärzteorganisationen und Ärzten eine Orientierungshilfe an die Hand geben, wie sie in ihren Ländern in die Bereitschaftsplanung für eine Pandemie einbezogen werden sollten. Außerdem sollen die Regierungen darin bestärkt werden, ihre Ärzteorganisationen in die Bereitschaftsplanung für eine Influenzapandemie einzubeziehen. Schließlich enthält diese Erklärung allgemein anerkannte Empfehlungen in Bezug auf Maßnahmen, die Ärzte für die eigene Vorbereitung auf eine Influenzapandemie berücksichtigen sollten.

Vogelgrippe versus Influenzapandemie

2. Die Vogelgrippe ist eine übertragbare gewöhnlich bei Vögeln, und seltener bei Schweinen, auftretende Virusinfektion. Es gibt zwei Formen: die weniger pathogene Vogelgrippe (LPAI) und die hochpathogene Vogelgrippe (HPAI), die hochansteckend ist und bei Vögeln zu einer Mortalitätsrate von 100% führt. Die Viren der Vogelgrippe unterscheiden sich von den Viren der Humaninfluenza. Normalerweise infizieren sich Menschen zwar nicht mit dem Vogelgrippevirus, seit 1997 sind aber mehrere Fälle von Humaninfektionen dokumentiert worden.

3. Der H5N1 HPAI Virus ist ein Subtyp der Viren vom Influenzatyp A und wurde erstmals 1961 in südafrikanischen Seeschwalben isoliert. Der jetzige Ausbruch begann Ende 2003 und Anfang 2004 in acht asiatischen Ländern. Obgleich anfangs gemeldet wurde, der Ausbruch sei unter Kontrolle, hat es seit Juni 2004 neue Ausbrüche von H5N1 gegeben. Wahrscheinlich sind Zugvögel und illegal importierte Vögel für die Verbreitung von H5N1 verantwortlich. Die infizierten Vögel scheiden mit ihrem Kot große Mengen von Viren aus und eine Gefährdung durch infizierte Tierexkremente oder durch die Umgebung, die durch das Virus verseucht wurde, ist evident. H5N1 wird sich voraussichtlich entlang der Flugrouten von Wildvögeln weiter verbreiten. Die meisten Humaninfektionen kommen in ländlichen Gebieten mit freilaufendem Hausgeflügel vor.

4. Die Bekämpfung von HPAI erfolgt durch unverzügliche Vernichtung aller infizierten und/oder gefährdeten Vögel, entsprechende Entsorgung der Kadaver sowie durch Isolierung und umfassende Desinfektion der betroffenen landwirtschaftlichen Betriebe. Zur

Eindämmung eines Seuchenausbruchs müssen unmittelbar nach Entdeckung des Ausbruchs aggressive Maßnahmen ergriffen werden.

5. Eine Humaninfluenzapandemie kommt dreimal oder viermal in einem Jahrhundert vor und kann zu jeder Jahreszeit auftreten, nicht nur im Winter. Eine Influenzapandemie resultiert aus der Entstehung eines neuen Humaninfluenzastrangs, gegen den das Immunsystem des Menschen machtlos ist. Dieser neue Humanpandemiestrang kann entweder aus aviären Influenzasträngen entstehen oder aus Influenzaviren, mit denen Schweine und möglicherweise andere Säugetierarten infiziert sind. Er ist in der Regel mit einem höheren Schweregrad der Erkrankung verbunden und demzufolge mit einem höheren Risiko, daran zu sterben. Alle Altersgruppen können gefährdet sein und Experten sagen eine Infektionsrate von 25 - 50% der Bevölkerung voraus, abhängig vom Schweregrad des Strangs. Da man nicht genau voraussagen kann, um was für einen Virusstrang es sich handelt, wird ein Impfstoff gegen Influenzapandemie erst mehrere Monate nach Ausbruch der Pandemie zur Verfügung stehen können. Ein wichtiger Faktor für den Schutz der Bevölkerung wird die Zeit sein, die von der Entstehung eines neuen Strangs bis zur Entwicklung und Herstellung des Impfstoffes vergeht. Es wird vermutet, dass man die Ausbreitung einer Pandemie durch den Einsatz antiviraler Mittel unter Kontrolle bringen kann und deshalb ist eine ausreichende Bevorratung mit antiviralen Medikamenten wichtig. Entscheidend ist die Bekämpfung der Infektion, und zwar in allen Phasen eines Pandemieausbruchs, vor allem dann, wenn Impfstoffe noch nicht zur Verfügung stehen.

6. Gesundheitsexperten sind besorgt, dass die Vogelgrippe unter entsprechenden Bedingungen mutieren und einen neuen Stamm des Humaninfluenzavirus bilden könnte - einen Pandemiestrang - gegen den das Immunsystem des Menschen machtlos ist bzw. gegen den es keine Impfstoffe gibt. Zwar hat H5N1 offensichtlich die Fähigkeit, die Artenschranke direkt zu überspringen und beim Menschen schwerwiegende Krankheiten auszulösen, bis jetzt hat das Virus dieses Potential zur Übertragung auf den Menschen jedoch in sehr begrenztem Maße, wenn überhaupt, gezeigt. Ein neues Pandemievirus könnte entstehen, wenn sich ein Mensch gleichzeitig mit dem H5N1-Virus und einem Humaninfluenzavirus infiziert, was zu einem Austausch von Gensegmenten (Gen Swapping) führen würde. Das H5N1-Virus könnte sich aber auch allein genetisch so verändern, dass eine Übertragung von Mensch zu Mensch möglich wird, und wenn das Virus hoch pathogen bleibt, dann könnte eine Pandemie mit hohen Mortalitätsraten auftreten. Das war höchstwahrscheinlich bei der schlimmsten Pandemie im 20. Jahrhundert der Fall, der "Spanischen Grippe" von 1918/19, der weltweit 50 Millionen Menschen zum Opfer fielen.

7. Obgleich das H5N1-Virus nicht so einfach auf den Menschen übertragen wird, besteht bei jeder H5N1-Humaninfektion die Möglichkeit der Koexistenz eines Humaninfluenzavirus. Infolgedessen empfehlen die WHO und andere Gesundheitsorganisationen, dass jeder Mensch, der mit infiziertem Geflügel in Kontakt gerät, den gegen die saisonale Influenza üblichen Impfstoff erhält. Da noch nicht bekannt ist, ob die Restimmunität gegen die N1-Komponente des saisonalen Impfstoffs überhaupt eine Immunität gegen H5N1 bietet, gibt es keine Möglichkeit, den Schweregrad der nächsten Pandemie genau vorherzusagen. Es ist jedoch wichtig festzustellen, dass, obgleich ausschließlich H5N1 das zentrale Diskussionsthema ist, ein Influenzapandemiestrang nicht aus H5N1 hervorgeht, sondern sich aus einem anderen HPAI-Strang entwickeln kann. Ungeachtet dessen spricht vieles für den Ausbruch einer neuen Pandemie.

Grundsätze einer Influenzapandemie-Planung

Die Rolle der Regierungen

8. Die WHO ist für die Koordinierung der internationalen Reaktion auf die Influenzapandemie zuständig. Sie hat die einzelnen Entwicklungsphasen einer Pandemie definiert, wodurch ein graduelles Vorgehen bei der Bereitschafts- und Reaktionsplanung möglich ist und schließlich zu einer Aussage in Bezug auf den Ausbruch einer Pandemie führt.

9. Die Ausarbeitung eines nationalen Pandemieplans wird zwangsläufig unter der Leitung der nationalen Regierung erfolgen, Ärzte sollten jedoch in die gesamte Planungsphase einbezogen werden. Zwar sind die Situationen, auf die sich die Regierungen einstellen müssen, von Land zu Land verschieden, dennoch gelten für alle Länder die nachfolgend genannten Grundsätze einer Pandemie-Bereitschaftsplanung:

   a. Festlegung der wichtigsten Vorsorgemaßnahmen, Erfordernisse und Ziele

      I. Die Priorisierung von ein oder zwei Zielen für die nationale Pandemieplanung ist wichtig. Abhängig von diesen Zielen werden die Priorisierung und der Einsatz von Impfstoffen und antiviralen Arzneimitteln variieren. Beispielsweise werden dem Ziel, die influenzabedingte Morbidität und Mortalität zu reduzieren, ganz andere Planungskriterien zugrunde gelegt als dem Ziel, die gesellschaftliche Infrastruktur zu erhalten.

      II. Für die Festlegung der vorrangig zu treffenden nationalen Maßnahmen im Falle einer Pandemie müssen einige grundlegende Planungsannahmen in Bezug auf den Schweregrad der Pandemie gemacht werden. Auf der Grundlage dieser Annahmen können dann einige Prognosen in Bezug auf die Vorsorgemaßnahmen und Erfordernisse des Landes gemacht werden. Hilfreich wird dabei die Kontaktaufnahme mit anderen Ländern sein, die bereits Pandemiepläne aufgestellt haben, um zu erfahren, mit welchen Problemen sie bei der Identifizierung ihrer Erfordernisse und Vorsorgemaßnahmen konfrontiert wurden.

   b) In den Ländern, in denen der private Gesundheitssektor stark ausgeprägt ist, sollten die Angehörigen medizinischer Berufe des Privatsektors, die vor Ort die Pandemie bekämpfen, insbesondere Ärzte, in den Entscheidungsfindungsprozess einbezogen werden.

      I. Bei der Ausgabe von Millionen von Dosen von antiviralen Medikamenten und Impfstoffen an die für die Aufnahmekapazität und Krankenhausbetten zuständige Stelle müssen alle in dem Prozess involvierten Experten beteiligt werden.

   c) Vorbereitung von Risikokommunikations- und Krisenkommunikationsstrategien, um Spekulationen und Ängsten in der breiten Öffentlichkeit und den Medien vorzubeugen.

   d) Bereitstellung eines Leitfadens zur Pandemie-Bereitschaftsplanung für regionale Gesundheitsämter, Gesundheitsorganisationen und Ärzte. Ärzte sollten der breiten Öffentlichkeit die medizinischen und ethischen Probleme erläutern. Das reibungslose Funktionieren der Kommunikationsmechanismen und der Infrastruktur sollte sichergestellt werden.

I. Mit fortschreitender Planung sollten rechtzeitige und klare Informationen über den Plan wie auch über die Entscheidungsgrundlagen den Gesundheitsbehörden und den Einrichtungen des Gesundheitswesens, aber auch der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Aufgrund ihres hohen Ansehens in der Gesellschaft sind Ärzte oftmals prädestiniert, die Öffentlichkeit über mit der Pandemieplanung verbundene Fragen und Probleme zu informieren. Ein Feedback der breiten Öffentlichkeit zu wichtigen Entscheidungen mit moralischen und ethischen Folgen wird sicherlich zur allgemeinen Akzeptanz des Planes beitragen. Beispielsweise könnte die Durchführung einer Meinungsumfrage zur Einschätzung der öffentlichen Meinung in Bezug auf die Rationierung von Impfstoffen während einer Pandemie hilfreich sein.

II. Regierungsvertreter und Ärzte müssen mit einer Stimme sprechen, um beim Ausbruch einer Pandemie Verwirrung und Panik zu vermeiden.

e) Feststellung der rechtlichen Probleme und der für die Pandemie-Bereitschaftsplanung zuständigen Behörden, z.B. Verantwortlichkeit, Quarantäne, Grenzschließungen.

I. Behörden müssen komplexe Entscheidungen treffen, die von Entscheidungen auf lokaler Ebene bis zu Entscheidungen auf nationaler Ebene - Grenzschließungen und/oder Quarantänemaßnahmen/Isolierung von infizierten Bürgern - reichen. Die mit diesen Entscheidungen verbundenen rechtlichen und ethischen Fragen müssen vor dem Ausbruch einer Pandemie geklärt sein.

f) Festlegung einer Präferenzliste für die Verteilung knapper Ressourcen wie Impfstoffe und antivirale Arzneimittel. Impfstoffe sollten bevorzugt an die Personengruppen ausgegeben werden, die für die Aufrechterhaltung der wichtigsten öffentlichen Versorgungsleistungen sorgen sowie an Hochrisiko-Patienten.

g) Entscheidungen in Bezug auf die Rationierung von Impfstoffen, antiviralen Arzneimitteln und anderer knapper Ressourcen sollten nicht von Ärzten, sondern von der Regierung getroffen werden.

h) Darstellung der Koordinierung und Implementierung einer Reaktion in Bezug auf die einzelnen Phasen der Pandemie.

I. Je nach Größe des Landes wird diese Reaktion auf nationaler oder regionaler Ebene erfolgen. In großen Ländern kann die Pandemie wellenartig verlaufen und in diesem Fall müssen in den betroffenen Regionen die Reaktionsinstrumente vor Ort implementiert werden.

i) Überprüfung und ggfs. Verbesserung der Kapazität von Krankenhäusern, Laboratorien und der öffentlichen Infrastruktur. Auf den Ausfall von wichtigen Mitarbeitern sollte man vorbereitet sein, außerdem muss die medizinische Behandlung anderer, nicht-influenzabedingter Krankheiten gewährleistet sein.

j) Vorbereitet sein sollte man auch auf die psychosozialen Belastungen, denen Angehörige der Gesundheitsberufe bei der Bekämpfung einer Pandemie ausgesetzt sind.

k) Es ist zu prüfen, ob die Sicherheit derjenigen, die bei der Bekämpfung der Pandemie für die Verteilung von Impfstoffen und antiviralen Arzneimitteln zuständig sind,

gewährleistet werden muss (Polizeischutz). Was wird zur Bekämpfung einer Pandemie benötigt, wenn ein Impfstoff noch nicht zur Verfügung steht?

l) Es muss geklärt werden, ob ausreichende finanzielle Mittel für eine angemessene Vorbereitung auf eine Influenzapandemie zur Verfügung stehen.

I. Der politische Wille zur Finanzierung der Bereitschaftsplanung im Gesundheitssektor ist wesentlich. Die für die Pandemieplanung bereitgestellten Ressourcen sollten in den Kontext der allgemeinen Bereitschaftsplanung eingebunden werden, da bei der Pandemiebereitschaftsplanung und der Bereitschaftsplanung im Gesundheitssektor viele gemeinsame Punkte zu berücksichtigen sind.

m) Identifizierung wichtiger Fragen, die noch geklärt werden müssen: dazu gehören Betreuung der Patienten, Triage in Krankenhäusern, Ventilationsmanagement, sichere Entsorgung der Leichen, Untersuchung der Todesursachen und Berichte.

Die Rolle der nationalen Ärzteorganisation

10. Wann immer ein Katastrophenfall eintritt oder eine Infektionskrankheit ausbricht, sind gerade Ärzte und ihre Ärzteorganisationen gefordert, die Versorgung der Hilfsbedürftigen und Kranken sicherzustellen sowie aktiv den Katastrophenstab zu unterstützen. Folgende Punkte sollten dabei beachtet werden:

a. Die nationalen Ärzteorganisationen sollten über eigene organisationsspezifische Notfallpläne verfügen, um die kontinuierliche Unterstützung ihrer Mitglieder sicherzustellen.

I. Viele Katastrophenschutzpläne werden auf der Grundlage von Naturkatastrophen wie Feuersbrünste, Erdbeben und Überschwemmungen entwickelt, die geographisch beschränkt sind und in einem ziemlich überschaubaren Zeitrahmen ablaufen. Bei einer Influenzapandemieplanung muss jedoch davon ausgegangen werden, dass sich die Influenza geographisch kaum eingrenzen lässt und möglicherweise mehrere Monate andauert.

b) Bei einer Pandemie sollten sich nationale Ärzteorganisationen ihre Aufgaben und Zuständigkeiten bewusst sein.

I. Die nationale Ärzteorganisation sollte sich aktiv um die Einbindung in den nationalen Pandemieplanungsprozess bemühen. Wenn das gelungen ist, werden die Aufgaben und Zuständigkeiten auch den Ärzten und der Regierung detailliert dargelegt.

c) Für eine effektive globale Influenzapandemieplanung sollten nationale Ärzteorganisationen auch mit nationalen Ärzteorganisationen anderer Länder zusammenarbeiten.

I. Viele nationale Ärzteorganisationen sind bereits in den Pandemieplanungsprozess ihrer Länder involviert. Es sollte ein Informationsaustausch über bereits festgestellte Kernaufgaben der nationalen Ärzteorganisationen stattfinden.

d) Nationale Ärzteorganisationen sollten eine entscheidende Rolle bei der Kommunikation wichtiger Informationen spielen:

I. Die breite Öffentlichkeit. Als maßgebliche Stimme der Ärzteschaft genießen nationale Ärzteorganisationen das Vertrauen der Öffentlichkeit und sollten dieses Vertrauen nutzen, um der Öffentlichkeit genaue und zeitnahe Informationen über die Pandemieplanung und die aktuelle Lage in Bezug auf die Pandemie mitzuteilen;

II. Zwischen Behörden und Ärzten und zwischen Ärzten in betroffenen Gebieten und ihren Kollegen anderswo;

III. Zwischen Heilberuflern. Nationale Ärzteorganisationen sollten mit anderen Organisationen der Heilberufe (z.B. Krankenpflegepersonal, Krankenhausträger) zusammenarbeiten, um gemeinsame Probleme und kongruente Vorgehensweisen in Bezug auf die Pandemie-Bereitschafts- und Reaktionsplanung zu identifizieren.

e) Nationale Ärzteorganisationen sollten Ärzten und regionalen Ärzteorganisationen Trainingsseminare und klinische Support Tools anbieten, beispielsweise Online-Material zum Selbststudium.

I. In diesen Seminaren sollte vermittelt werden, wie Ärzte in einem Worst-case-Pandemie-Szenarium respiratorische Krisensituationen ohne intensivmedizinische Ausrüstung bewältigen können und wie infizierte Patienten beraten werden sollten.

f) Nationale Ärzteorganisationen sollten überlegen, welche neuen Programme und Leistungen sie während einer Pandemie anbieten könnten, beispielsweise Koordinierung und Bereitstellung von Programmen zur Unterstützung von Mitgliedern und deren Familien, die unter psychischen Gesundheitsproblemen leiden, verstärkter Einsatz von Notfallteams und Verbesserung der Versorgungswege.

g) Nationale Ärzteorganisationen sollten bei der Entwicklung und Implementierung von Regierungsplänen unter Beachtung ihrer Berufsordnungen mitwirken. Sie sollten die Implementierung dieser Pläne überwachen und evaluieren, um sicherzustellen, dass bei einem Pandemieausbruch der Schutz der Gesundheit oberstes Gebot bleibt.

h) Nationale Ärzteorganisationen sollten sich dafür einsetzen, dass für die Vorbereitung auf eine Pandemie ausreichende staatliche Mittel zur Verfügung gestellt werden.

i) Nationale Ärzteorganisationen sollten die durch die Pandemie bedingten erschwerten Bedingungen für ärztliches Handeln berücksichtigen und darauf vorbereitet sein, mit Gesundheitsbehörden über Haftungsfragen zu sprechen und ihre Mitglieder entsprechend zu informieren.

j) Nationale Ärzteorganisationen sollten darauf vorbereitet sein, sich für Mitglieder einzusetzen, die während einer Pandemie dringend und unverzüglich kollegiale Unterstützung benötigen und bekommen müssen sowie für Patienten und die Bevölkerung, die von der Pandemie betroffen sein werden.

Die Rolle des Arztes

11. Beim Ausbruch einer Pandemie werden Ärzte für viele Menschen die ersten Ansprechpartner und Ratgeber sein. Ärzte sollten deshalb beim Ausbruch einer Pandemie auf die nachfolgend genannten vielfältigen Aufgaben und Anforderungen vorbereitet sein:

    a. Der Arzt sollte sehr gut über eine Influenza-Pandemie und die Übertragungsrisiken informiert sein.

        I. Es ist wichtig, über die tatsächlichen Risiken einer Influenzapandemie zu informieren, um der Öffentlichkeit ein Gefühl für den Ernst der Lage zu vermitteln, ohne unnötige Panik zu verbreiten. Hilfreich wäre dabei eine aktive Einbeziehung der Ärzte in die Pandemie-Berichterstattung.

    b) Der Arzt sollte besonders auf schwere oder plötzlich auftretende Atemwegserkrankungen achten, insbesondere bei Patienten, die vor kurzem aus dem Ausland zurückgekehrt sind.

        I. Wie bei jeder auftretenden Infektionskrankheit ist der umsichtige Arzt eines der wichtigsten Überwachungsinstrumente in Bezug auf den Nachweis und die Kontrolle eines Ausbruchs.

    c) Der Arzt sollte einen Plan für die Behandlung von Hochrisiko-Patienten in der Praxis / im Krankenhaus entwickeln und diesen Plan dem Krankenhauspersonal mitteilen.

        I. Isolierungsbereiche und Pläne zur Infektionskontrolle müssen zur Verfügung stehen und die Mitarbeiter müssen bestens mit diesen Plänen vertraut sein.

    d) Der Arzt sollte gleichzeitig einen Plan für die Behandlung von Patienten mit chronischen Krankheiten entwickeln, die eine routinemäßige medizinische Behandlung benötigen.

    e) Der Arzt sollte entsprechende Vorkehrungen für eventuell auftretende Unterbrechungen von Versorgungsleistungen treffen, beispielsweise der Wasserversorgung und Abwasserentsorgung, Elektrizität und Störungen bei der Lebensmittelversorgung. Des Weiteren sollten Vorkehrungen für den Ausfall von Mitarbeitern bedingt durch Krankheit und/oder aufgrund der Versorgung erkrankter Familienangehöriger getroffen werden.

        I. Für den Fall gesellschaftlicher Unruhen ist es von entscheidender Bedeutung, Krisenpläne bereitzuhalten. Man sollte darauf vorbereitet sein, dass wichtige Versorgungsleistungen nicht mehr funktionieren und deshalb Alternativen parat haben.

    f) Bereitstellung von Instruktionsmaterial für Patienten und Mitarbeiter, einschließlich Empfehlungen für die richtige Infektionsbehandlung.

        I. Ein über zwingende Maßnahmen wie Quarantäne und Isolierung aufgeklärter Patient/Bürger wird dem Arzt die Arbeit erleichtern, wenn letzterer beim Ausbruch einer Pandemie diese Maßnahmen ergreifen muss.

g) Der Arzt sollte in seine lokale Pandemie-Bereitschaftsplanung involviert bleiben und sich merken, welche Aufgabe ihm im Rahmen dieses Plans zukommt. Er sollte auch an lokalen Ernstfallübungen teilnehmen.

I. Da Ärzte bei der Überwachung, Meldung und Behandlung von an Infuenzapandemie erkrankten Patienten an vorderster Front stehen, müssen sie umfassend in den Planungsprozess einbezogen werden. Sie müssen ständig für ein Feedback sorgen, was logistisch möglich ist in Bezug auf die Arbeit der Ärzte vor Ort, wenn eine Pandemie ausbricht.

h) Ärzte haben eine ethische Verantwortung, verletzte oder kranke Menschen medizinisch zu versorgen. Sie sollten Vorkehrungen treffen, falls sie sich und/oder ihre Familien infizieren.

I. Beim Ausbruch einer Pandemie hat ein Arzt eine große Verpflichtung gegenüber der Bevölkerung und seine ärztliche Hilfe wird gerade bei einer starken Beanspruchung der Kapazitäten entscheidend sein. Im Falle einer Pandemie sollten Ärzte Vorkehrungen treffen in Bezug auf die Versorgung ihrer Familien und Angehörigen.

II. Ärzte sollten alle erforderlichen Maßnahmen zum Schutz ihrer Gesundheit und der Gesundheit ihrer Mitarbeiter treffen.

III. Zur weiteren Orientierung können Ärzte außerdem die *Erklärung des Weltärztebundes zur Ärztlichen Ethik im Katastrophenfall* konsultieren.

i) Der Arzt sollte einen klinischen Plan zur Reduzierung des Kontaktpotentials entwickeln, einschließlich Isolierungsbereiche für infizierte Patienten, Ausgabe eng anliegender Mundschutzmasken, Festlegung separater Zeitblöcke für die Versorgung nicht-infizierter Patienten und Aufschiebung nicht unbedingt notwendiger Krankenbesuche.

j) Überprüfung der Infektionsschutzmaßnahmen für das medizinische Personal sowie deren Unterrichtung im korrekten Umgang mit der persönlichen Schutzausrüstung. Bereitstellung von Informationsmaterial für Patienten über Hygienemaßnahmen für Atemgeräte, Papiertaschentüchern und Behältern für deren Entsorgung sowie Materialien für die Handhygiene in Wartezimmern und Behandlungsräumen.

k) Ärzte sollten sich gegen die alljährlich auftretende saisonale Influenza impfen lassen und auch ihre Mitarbeiter auffordern, desgleichen zu tun.

I. Von der Impfung gegen eine saisonale Influenza bis zur Entwicklung eines Impfstoffes gegen eine Pandemie ist es noch ein weiter Weg. Es ist aber möglich, dass Komponenten des saisonalen Impfstoffes (z.B. N1) einen partiellen Schutz gegen H5N1 bieten.

l) Es sollte sichergestellt werden, dass die Praxis oder Klinik im Fall einer Unterbrechung der pharmazeutischen Versorgungskette einen ausreichenden Vorrat an Antibiotika und antiviralen Medikamenten sowie an gewöhnlich verordneten Arzneimitteln wie Insulin oder Warfarin hat.

Empfehlungen

12. Der Weltärztebund sollte seine Zusammenarbeit mit der WHO bei der Pandemie-Bereitschaftsplanung intensivieren und sich bemühen, als wichtiger Akteur in die Entscheidungsfindung einbezogen zu werden.

13. Der Weltärztebund sollte die WHO über seine und die Möglichkeiten seiner nationalen Mitgliedsorganisationen informieren, als glaubhafte Stimme aufzutreten, die viele praktizierende Ärzte erreichen kann.

14. Der Weltärztebund sollte sich der Tatsache bewusst sein, dass die Pandemie-Planung zwar eine länderspezifische Aufgabe ist, er aber dennoch einige allgemeine Orientierungsleitlinien abgeben kann. Darüber hinaus kann der Weltärztebund einige wichtige Ratschläge geben, die über seine nationalen Mitgliedsorganisationen an die praktizierenden Ärzte weitergegeben werden können.

15. Der Weltärztebund sollte die operationellen Grundlagen für die Entwicklung von Notfall-Kommunikationskanälen zwischen dem Weltärztebund und den nationalen Ärzteorganisationen im Falle einer Pandemie schaffen.

16. Der Weltärztebund sollte Länder, die keine oder nur begrenzte Informationen über Pandemien haben, rechtzeitig über evidenzbasierte Kontrollmaßnahmen unterrichten.

17. Die nationalen Ärzteorganisationen sollten aktiv in die nationalen Pandemie-Planungsprozesse einbezogen werden.

18. Ärzte sollten bei lokalen Pandemieplanungsmaßnahmen mitwirken und in die Kommunikation wichtiger Informationen an die Öffentlichkeit einbezogen werden.

SMAC/PublicHealth/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
über

Ärzte und öffentliche Gesundheit

verabschiedet von der 47. Generalversammlung des Weltärztebundes in Bali, Indonesien, September 1995, und überarbeitet auf der 174. Vorstandssitzung, Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

1. Ärzte und ihre Berufsorganisationen haben eine ethische und berufliche Verantwortung, stets zum Wohle ihrer Patienten zu handeln. Dazu gehört die Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern, um die medizinische Versorgung einzelner Patienten in eine umfassendere Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zu integrieren.

2. Die Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe oder Bevölkerung hängt von mehreren Faktoren ab, die über die üblichen Krankheitsursachen hinausgehen. Abgesehen von der genetischen und biologischen Veranlagung des einzelnen Menschen zählen zu den klassisch festgelegten Gesundheitsdeterminanten Faktoren, die die Entscheidungen für eine gesundheitsbewusste Lebensführung betreffen, Faktoren, die das gesundheitliche, psychosoziale und wirtschaftliche Umfeld, in dem der einzelne Mensch lebt, betreffen, und Faktoren in Bezug auf die den einzelnen Menschen zur Verfügung stehenden Einrichtungen der medizinischen Versorgung. Zur öffentlichen Gesundheitsfürsorge gehört traditionell die Überwachung, Beurteilung und Planung einer Reihe von Programmen und Tätigkeiten, die auf die festgestellten Bedürfnisse der Bevölkerung ausgerichtet sind und das öffentliche Gesundheitswesen sollte in der Lage sein, diese Aufgaben effektiv wahrzunehmen, um die Gesundheit der Bevölkerung zu optimieren. Zu den Schlüsselfunktionen der Gesundheitsämter gehören:

   a) Gesundheitsförderung:

      i) Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen, um die Öffentlichkeit zu unterrichten und in die Lage zu versetzen, eine aktive Rolle bei der Kontrolle und Prävention von Erkrankungen zu übernehmen, sich eine gesunde Lebensführung anzueignen und medizinische Leistungen in angemessener Weise in Anspruch zu nehmen;

      ii) Sicherstellung gesundheitsfördernder Bedingungen, einschließlich qualitativ hoch stehender medizinischer Dienstleistungen, ausreichende Wasserversorgung, gute Ernährung, saubere Umwelt und Bereitstellung von Möglichkeiten zur sportlichen Betätigung und Freizeitgestaltung für die ganze Bevölkerung;

      iii) Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden zur Realisierung einer gesundheitsorientierten Politik mit flankierenden Maßnahmen, damit den Menschen

die Entscheidung zum gesundheitsbewussten Verhalten leicht gemacht wird, und Entwicklung von Humankapital.

b) Prävention: Sicherstellung des Zugangs zu Reihenuntersuchungen sowie anderen Präventionsmaßnahmen und kurativen Versorgungsmaßnahmen für die ganze Bevölkerung.

c) Schutz: Überwachung und Schutz der Gesundheit auf lokaler Ebene vor übertragbaren Erkrankungen und Gefahren durch Umweltgifte, Gefahren am Arbeitsplatz, gesundheitsschädliche Erzeugnisse und gesundheitliche 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.

e) Überwachung: Feststellung des Ausbruchs von ansteckenden Krankheiten und der (epidemiologischen) Muster chronischer Erkrankungen und Verletzungen sowie die Einführung angemessener Kontrollen und Präventionsprogramme.

e) Einschätzung der Bedürfnisse im lokalen Gesundheitswesen und Ressourcenmanagement, um diesen gerecht zu werden, und Entwicklung einer auf die spezifischen lokalen und nationalen Bedürfnisse im Bereich des Gesundheitswesens ausgerichteten Gesundheitspolitik.

3. Die in jedem Zuständigkeitsbereich durchgeführten Programme und Tätigkeiten hängen von den festgestellten Problemen und Bedürfnissen, der Struktur des Gesundheitssystems, von Art und Umfang der entwickelten Partnerschaften und den für die festgestellten Probleme zur Verfügung stehenden Ressourcen ab.

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 und die Ressourcen der lokalen Gemeinschaft aus. Die Effektivität vieler Gesundheitsprogramme hängt daher vom aktiven Engagement der Ärzte und ihrer Berufsorganisationen in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern und anderen Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen ab.

5. Die Angehörigen medizinischer Berufe und die Gesundheitsbehörden sollten bei der Verbreitung von Gesundheitsinformationen und Aufklärungsprogrammen effektiv zusammenarbeiten, die eine gesunde Lebensführung fördern und vermeidbare Gesundheitsrisiken reduzieren, wie beispielsweise Rauchen, Alkohol und andere Drogen; Sexualpraktiken, die das Risiko einer HIV-Übertragung und der Übertragung von Geschlechtskrankheiten erhöhen; schlechte Ernährung und Bewegungsmangel sowie unzureichende Impfung von Kindern. In vielen Ländern stellt die Gesundheitserziehung einen Weg zur Verringerung der Morbidität und Mortalität von Säuglingen dar, und zwar durch die Förderung des Stillens und die Aufklärung der Eltern über gesunde Ernährung (am Arbeitsplatz und in der Gemeinschaft).

6. Andere Maßnahmen wie die Überwachung, Erforschung und Kontrolle von Erkrankungen gehören in erster Linie zum offiziellen Verantwortungsbereich der Gesundheitsämter. Diese Maßnahmen können jedoch nicht effektiv ausgeführt werden ohne die aktive

Zusammenarbeit und Unterstützung von Ärzten auf lokaler Ebene, die die individuellen und lokalen Erkrankungsmuster kennen und die Behörden umgehend über Probleme, die weiterer Erforschung und weiterer Maßnahmen bedürfen, in Kenntnis setzen. Ärzte können beispielsweise dazu beitragen, Risikogruppen für bestimmte Erkrankungen zu identifizieren, wie zum Beispiel Tuberkulose, und Fälle übertragbarer Erkrankungen wie Masern, Keuchhusten oder infektionsbedingte Durchfallerkrankungen, zu melden ebenso wie Verdachtsfälle von Lebensmittelvergiftungen, Bleiexposition oder Exposition mit anderen giftigen Chemikalien und Stoffen auf lokaler Ebene oder am Arbeitsplatz. Die Zusammenarbeit könnte jedoch noch wesentlich verbessert werden, wenn die Gesundheitsämter in angemessener und adäquater Weise auf die von Ärzten und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe bereitgestellten Informationen reagieren.

7. Unabhängig von der Effektivität der vorhandenen Programme des öffentlichen Gesundheitswesens in einem Bezirk sollten ärztliche Berufsorganisationen nicht erfüllte gesundheitliche Bedürfnisse auf lokaler und nationaler Ebene kennen und für Aktivitäten, Programme und Ressourcen einsetzen, um diese Bedürfnisse zu befriedigen. Diese Bemühungen könnten sich auf folgende Bereiche erstrecken: öffentliche Aufklärung über Gesundheitsförderung und Prävention, Überwachung und Kontrolle von Umweltgefahren, Identifizierung und Bekanntmachung gesundheitlicher Gefahren durch soziale Probleme wie zwischenmenschliche Gewalt oder gesundheitsschädliche soziale Verhaltensweisen, oder die Identifizierung und Unterstützung von Maßnahmen, wie die Verbesserung der Notfallversorgung.

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, die Beseitigung dieser Missstände Priorität haben vor der Verwendung medizinische Technologien, die nur einigen wenigen in der Bevölkerung zugute kämen.

9. Einige gesundheitsrelevante Fragen sind äußerst komplex und erfordern Reaktionen auf verschiedenen Ebenen. Zum Beispiel benötigen diejenigen, bei denen hohe Bleikonzentrationen im Blut diagnostiziert wurden, nicht nur eine entsprechende medizinische Versorgung, sondern es muss auch die Kontaminationsquelle festgestellt und die erforderlichen Maßnahmen zur Beseitigung der Gefahr getroffen werden. Manchmal führen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zur Besorgnis wegen der damit verbundenen Auswirkungen auf die Wirtschaft. Beispielsweise könnten die potentiellen wirtschaftlichen Auswirkungen von politischen Maßnahmen zur Tabakkontrolle in Regionen, die bedeutende Einkünfte mit Tabakanbau oder Tabakverarbeitung erzielen, auf starke Ablehnung stoßen. Wirtschaftliche Bedenken sollten einem starken gesundheitspolitischen Programm gegen die Verwendung von Tabakprodukten jedoch nicht entgegenstehen. Man sollte sich rigoros für ein Verbot der Tabakwerbung einsetzen und alle Anstrengungen unternehmen, um den Tabakkonsum in den Industrieländern wie auch in den Entwicklungsländern zu reduzieren.

10. Ärzte und Ärzteorganisationen sollten gemeinsam mit Behörden und anderen Organisationen die Medien auffordern, positiv über gesundheitliche Aufklärung in Bezug auf Ernährung, Drogenkonsum, Übertragung von Geschlechtskrankheiten, kardiovaskuläre Risiken, etc. zu informieren und zu berichten,

11. Ärzteorganisationen sollten ihre Mitglieder auffordern, ihre Patienten über das Angebot der öffentlichen Gesundheitsfürsorge zu informieren.

September 2003 SMAC/ReproMaterial/Sept2003
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zur

Nichtkommerzialisierung von menschlichem Reproduktionsmaterial

verabschiedet von der
Generalversammlung des Weltärztebundes in
Helsinki, September 2003

In der Erwägung,

dass der Grundsatz, dass der "menschliche Körper und seine Bestandteile nicht dazu verwendet werden darf, um sich finanzielle Vorteile zu verschaffen", in zahlreichen internationalen Deklarationen und Empfehlungen niedergelegt ist;

dass die *Erklärung des Weltärztebundes von 1987 über In-vitro-Fertilisation und Embryo-Transfer* ausdrücklich jedwede Kommerzialisierung verurteilt, bei der Ova, Spermen oder Embryos zum Kauf oder Verkauf angeboten werden und die *Erklärung des Weltärztebundes von 2000 zur Spende und Transplantation von Organen und Geweben* fordert, den Verkauf von Organen und Geweben zum Zwecke der Transplantation zu verbieten;

dass nichtsdestotrotz menschliche Ova, Spermen oder Embryos im Internet oder anderswo zum Kauf angeboten werden;

dass es nationalen Regierungen bis jetzt nicht gelungen ist, diese kommerziellen Transaktionen zu verbieten;

dass der finanzielle Ausgleich, den biologische Spender für die in Verbindung mit dem Retrieval von reproduktivem Material entstandenen wirtschaftlichen Verluste erhalten, unterschieden werden kann von den Zahlungen, die für den Kauf von reproduktivem Material geleistet werden;

fordert der Weltärztebund

die nationalen Ärzteorganisationen auf, auf ihre Regierungen dahingehend einzuwirken, Gesetzte zu beschließen, die kommerzielle Transaktionen mit menschlichen Ova, Spermen oder Embryos verbieten; und

die im Bereich der Beschaffung und Verwendung von menschlichen Ova, Spermen und Embryos tätigen Ärzte auf, sich zu vergewissern, dass dieses Material nicht von den biologischen Spendern gekauft worden ist. Damit können sie auf praktische Art und Weise einen Beitrag zur Aufrechterhaltung des ethischen Grundsatzes der "Nichtkommerzialisierung von menschlichem Gewebe" leisten.

SMAC/RoadSafety/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zu

Alkohol und Sicherheit im Straßenverkehr

verabschiedet von der 44. Generalversammlung des Weltärztebundes, Marbella, Spanien, September 1992, und überarbeitet von der Generalversammlung des Weltärztebundes, Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

Einführung

1. Der weltweite Anstieg der Zahl der Kraftfahrzeuge im Straßenverkehr (2001 knapp 1% in China und 74% in den Vereinigten Staaten) hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dazu veranlasst, weltweit einen drastischen Anstieg der Zahl der Todesopfer im Straßenverkehr zu prognostizieren. 2020 werden Straßenverkehrsunfälle weltweit wahrscheinlich die dritthäufigste Todesursache sein, wohingegen Straßenverkehrsunfälle 1990 als Todesursache noch an 9. Stelle standen. Die WHO geht davon aus, dass die Zahl der Todesopfer im Straßenverkehr in diesem Zeitraum in den reichen Ländern um 30% zurückgehen wird, in den Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen aber um 20% zunehmen wird.

2. Todesfälle und Verletzungen durch Straßenverkehrsunfälle mit Fußgängern und Kraftfahrzeugzusammenstöße stellen ein bedeutendes Problem für die öffentliche Gesundheit dar. 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.

3. Eine Änderung des Verhaltens von Autofahrern hinsichtlich des Alkoholkonsums ist wahrscheinlich der vielversprechendste Weg, um die Zahl der Toten und Verletzten im Straßenverkehr zu reduzieren. Maßnahmen, die sicherzustellen, dass unter Alkoholeinfluss stehende Personen nicht Auto fahren, werden zu einer erheblichen Verbesserung der Sicherheit im Straßenverkehr und zu einer merklichen Verringerung der Zahl der im Straßenverkehr Getöteten oder Verletzten führen.

4. Beim Führen eines Kraftfahrzeugs nimmt man ein gewisses Risiko auf sich. Vorsichtige Fahrer sind sich der Risiken ständig bewusst während sie gleichzeitig sicherstellen, dass die Höhe des Risikos nie unannehmbar wird. Alkohol verändert die subjektive Risikoeinschätzung des Autofahrers, so dass die Wahrscheinlichkeit rücksichtslosen Verhaltens steigt, während gleichzeitig die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt wird.

5. Ungeachtet der konsumierten Alkoholmenge ist die maximale Alkoholkonzentration im Körper erreicht:

- nach einer halben Stunde, wenn der Alkoholkonsum auf leerem Magen erfolgt;
- nach einer Stunde, wenn der Alkoholkonsum nach dem Essen erfolgt.

Andererseits braucht der Körper lange, um den Alkohol abzubauen. Bei gesunden Männern wird der Blutalkohol um 0,1 bis 0,15 g/Liter/Stunde, bei Frauen um 0,085 bis 0,1 g/Liter/Stunde im Körper abgebaut.

6. Derzeit ist der zulässige Blutalkoholgehalt von Land zu Land unterschiedlich. Es wäre wünschenswert, einen einheitlichen maximal zulässigen Blutalkoholgehalt von 0,5 g/pro Liter einzuführen, der gering genug ist, damit die Fähigkeit des Durchschnittsfahrers zur Risikoeinschätzung erhalten bleibt.

7. Die von Angehörigen der Gesundheitsberufe und insbesondere von Ärzten abgegebenen Informationen sollten darauf abzielen, jeden Autofahrer für diese Risiken zu sensibilisieren. Wenn Autofahrer dergestalt informiert sind, ist es wichtig, dass sie die Entscheidung treffen, ob sie fahren oder nicht, *bevor* sie soviel Alkohol getrunken haben, dass ihre Urteilskraft wesentlich beeinträchtigt ist.

8. Alkohol ist eine psychotrope Substanz, die auf das zentrale Nervensystem einwirkt. Im Wesentlichen sind Alkoholmissbrauch oder Drogenabhängigkeit suchterzeugende Verhaltensweisen, die zu neurologischen oder psychischen Problemen führen können, die wiederum eine plötzliche Veränderung der Gehirnfunktion auslösen können und damit die Sicherheit im Straßenverkehr gefährden. Einige Arzneimittel interagieren negativ mit Alkohol und es ist bekannt, dass einige Kombinationen die Wachsamkeit beeinträchtigen. Wenn Drogen, legal oder illegal, zusammen mit Alkohol konsumiert werden, dann wird die Wirkung des Alkohols verstärkt. Diese Mischung kann psychische Störungen auslösen, die für Verkehrsteilnehmer extrem gefährlich sind. Ärzte sollten über diese pharmakologischen Fakten informiert sein.

9. Wenn Ärzte oder andere Angehörige der Gesundheitsberufe Fahrtüchtigkeitsbescheinigungen ausstellen, dann können sie bei dieser Gelegenheit die Straßenverkehrsteilnehmer über Prävention und persönliche Verantwortung aufklären. In einigen Ländern rechtfertigen die durch Alkohol im Straßenverkehr verursachten gesundheitlichen Probleme Zwangsmaßnahmen, für die eine Koordinierung verschiedener Initiativen erforderlich ist. Auch Ärzte können hier mitwirken, indem sie sich an die geltenden Rechtsvorschriften halten und die für das ernste Thema der Sicherheit im Straßenverkehr erforderliche hohe Wachsamkeit walten lassen. Bei einem wiederholten Vergehen oder einer starken Alkoholabhängigkeit, die auf regelmäßigen übermäßigen Alkoholkonsum schließen lässt, kann der Autofahrer für einen bestimmten Zeitraum für fahruntüchtig erklärt werden um sicherzustellen, dass, wenn er die Fahrerlaubnis wiederbekommt, er keine Gefahr mehr für die Sicherheit im Straßenverkehr darstellt.

10. In den meisten Ländern sind an den auf Alkoholeinfluss zurückzuführenden Straßenverkehrsunfällen unverhältnismäßig viele Jugendliche und junge Erwachsene beteiligt, und es sollten alle verfügbaren Ressourcen mobilisiert werden, um den Alkoholkonsum dieser Gruppe zu reduzieren. Ärzte sollten auch in Maßnahmen zur Reduzierung des Fahrens unter Alkoholeinfluss involviert werden, indem sie bei der Entgiftung und Rehabilitation betrunkener Autofahrer mitwirken. Diese Initiativen sollten auf einer detaillierten Analyse des für ein bestimmtes Land und eine bestimmte Kultur spezifischen Problems beruhen. Im Allgemeinen ist Alkoholismus jedoch eine Krankheit mit

einhergehenden psychologischen oder sozialen und zwischenmenschlichen Problemen, die sich auf die Familie, die Arbeit oder das soziale Umfeld auswirken.

11. Effektive pädagogische und präventive Initiativen sollten:

    a) die Bevölkerung, insbesondere junge Menschen, über die Schwere des Problems und die Gefahren von Alkohol am Steuer aufklären mit dem Ziel, die Verhaltensweisen und Einstellungen der Menschen in Bezug auf Alkohol- und Drogenkonsum im Straßenverkehr zu ändern;

    b) diese Verhaltensänderung unterstützen durch die Implementierung von Rechtsvorschriften und Zwangsmaßnahmen, beispielsweise Geldstrafen oder Entzug der Fahrerlaubnis;

    c) Personen mit einem Alkoholproblem anhand praktischer Maßnahmen (Fragenbogen, psychologische Tests und Stichprobenuntersuchungen) identifizieren;

    d) die Verkaufsförderung alkoholischer Getränke, einschließlich Werbung und Event-Sponsoring, beschränken;

    Zusätzliche Maßnahmen sollten untersucht und gegebenenfalls angenommen werden, beispielsweise:

    e) Entwicklung von Strategien zur Gewährleistung eines sicheren Heimtransports in Situationen, in denen Alkohol konsumiert wird;

    f) Entwicklung von Geräten, die Autofahrer mit einem unzulässigen Blutalkoholgehalt daran hindere, den Motor zu starten;

    g) Häufigere Durchführung von Atemalkoholtests (chemisch oder elektronisch);

    h) Festlegung eines gesetzlichen Mindestalters für den Kauf und den Konsum alkoholischer Getränke in jedem Land; außerdem sollten Maßnahmen ergriffen werden, um den Autofahrer zu bestrafen und seine Fahrerlaubnis einzuziehen, wenn der Fahrer des Fahrens unter Alkoholeinfluss überführt wurde und das o.g. gesetzliche Mindestalter noch nicht erreicht hat.

Empfehlungen

12. Der Weltärztebund ruft alle nationalen Ärzteorganisationen und Ärzte nachdrücklich dazu auf, weiterhin für die folgenden Grundsätze einzutreten:

    a) Auf Alkoholeinfluss zurückzuführende Straßenverkehrsunfälle stellen ein bedeutendes, aber vermeidbares Problem für die öffentliche Gesundheit dar. Die Behörden sollten der Bedeutung des Problems angemessene Ressourcen des Gesundheitswesens bereitstellen.

    b) Voraussetzung für die Implementierung von Präventionsmaßnahmen ist eine gute Kenntnis der betroffenen Altersgruppen und der betroffenen sozialen Gruppen sowie des sozialen Umfelds, das oftmals die eigentliche Ursache für das Problem ist.

c) Dort, wo bestimmte soziale Gruppen als betroffen erkannt werden, sollten umfassende Maßnahmen ergriffen werden, um die Verfügbarkeit von Alkohol für diese Gruppen zu beschränken und dafür zu sorgen, dass die am Verkauf von alkoholischen Getränken Beteiligten eine Mitverantwortung für die Folgen des Verkaufs tragen. Aufklärungsmaßnahmen sollten auf den maßvollen und verantwortungsvollen Konsum von Alkohol abzielen und damit die Wahrscheinlichkeit reduzieren, dass jemand nach dem Konsum von Alkohol Auto fährt. Ziel dieser Maßnahmen sollte insbesondere sein, Alkohol vom Arbeitsplatz und in Situationen, in denen nach dem Konsum von Alkohol noch gefahren werden muss, fernzuhalten. Ein wichtiges Instrument zur Durchsetzung dieser Maßnahmen ist die Förderung alkoholfreier Getränke.

d) Auf Alkoholeinfluss zurückzuführende Straßenverkehrsunfälle können als mögliche Indikatoren für andere Suchtprobleme und gewalttätige Verhaltensweisen betrachtet werden. Dies sollte bei der medizinischen Behandlung des Patienten berücksichtigt werden.

e) Personen mit einem Alkoholproblem sollten Zugang zu Rehabilitationseinrichtungen haben. Wenn Autofahrer des Fahrens mit übermäßigem Atem- oder Blutalkohol überführt werden, dann müssen auch andere mit ihrem übermäßigen Alkoholkonsum verbundene Faktoren untersucht und in einem Rehabilitationsprogramm berücksichtigt werden. Diese Rehabilitationsprogramme sollten aus öffentlichen Mitteln finanziert werden.

f) Die Aufklärung der Bevölkerung über Alkohol sollte schwerpunktmäßig darauf abzielen, den Menschen den negativen Einfluss des Alkohols auf die Fahrtüchtigkeit und die Risikoeinschätzung vor Augen zu führen. Die Bevölkerung sollte die mit dem Alkoholkonsum verbundenen Risiken und medizinischen Komplikationen verstehen.

g) Das Problem des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Verbindung mit der Sicherheit im Straßenverkehr sollte in den Schullehrplänen und in kommunalen Präventionsmaßnahmen behandelt werden, damit ein verantwortungsbewusstes Verhalten zur Regel wird.

h) Da bereits geringe Mengen Alkohol direkte Auswirkungen auf das Gehirn haben - Störungen wurden bereits bei einem Wert von 0,3 Gramm pro Liter festgestellt - sollten sich Ärzte dafür einsetzen, dass der zum Führen eines Fahrzeugs akzeptable Blutalkoholgehalt möglichst niedrig angesetzt wird und 0,5 Gramm pro Liter keinesfalls übersteigt.

i) Jeder an einem Straßenverkehrsunfall beteiligte Autofahrer muss sich einem Test zur Feststellung der Atem- oder Blutalkoholkonzentration unterziehen.

j) Stichprobenuntersuchungen zur Feststellung der Atemalkoholkonzentration sollten häufiger bei Autofahrern durchgeführt werden und es sollten Verfahren für Urin-. Atem- und Speicheltest entwickelt werden, um unter Alkoholeinfluss stehende Autofahrer zu identifizieren und sie am Weiterfahren zu hindern.

SMAC/Standards/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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,
und sprachlich überarbeitet auf der 174. Vorstandssitzung,
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

In der Erkenntnis, dass:

1. der Arzt verpflichtet ist, seinen Patienten eine qualifizierte ärztliche Versorgung zukommen zu lassen und diejenigen Ärzte den zuständigen Behörden zu melden, die unethisch und inkompetent arbeiten oder denen Betrug oder Irreführung vorgeworfen wird (Internationale Ärztliche Standesordnung); und

2. 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

3. 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:

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

5. 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;

Stellungnahme

6. Die Dienstleistung eines Arztes sollte sich von kommerziellen Gütern und Dienstleistungen unterscheiden, 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).

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

8. 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, sind abzulehnen. Verfahren dieser Art würden die gesamte Qualität der medizinischen Versorgung aller Patienten gefährden.

SMAC/Substitution/Oct2005
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Arzneimittelsubstitution

verabschiedet von der
56. Generalversammlung des Weltärztebundes
Santiago, Oktober 2005

1. Die Verschreibung eines Medikamentes am Ende eines gründlichen Beratungsprozesses zwischen Arzt und Patient hat das Ziel, eine Krankheit oder ein Problem zu verhindern, zu bessern oder zu heilen. Dieser Beratungsprozess verlangt vom Arzt die Beurteilung einer Reihe wissenschaftlicher und anderer Daten, einschließlich der Kosten, und erfordert die Entscheidung über eine individualisierte Therapiewahl für den Patienten. Manchmal muss ein Apotheker jedoch ein anderes Medikament aushändigen als das, was der Arzt verschrieben hat. Der Weltärztebund hält diese Praxis für sehr bedenklich.

2. Es gibt zwei Arten der Substitution: die generische und die therapeutische Substitution.

3. Bei der generischen Substitution wird ein Markenmedikament durch ein Generikum ersetzt, jedoch enthalten beide die gleichen aktiven chemischen Substanzen, die gleiche Dosierungsstärke und die gleiche Darreichungsform.

4. Therapeutische Substitution liegt dann vor, wenn ein Apotheker ein chemisch anders zusammengesetztes Medikament anstelle desjenigen aushändigt, das der Arzt 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.

5. Die jeweiligen Aufgaben von Ärzten und Pharmazeuten, dem Patienten eine optimale medizinische Therapie zukommen zu lassen, sind in der *Erklärung des Weltärztebundes zu den Arbeitsbeziehungen zwischen Ärzten und Pharmazeuten in der medizinischen Therapie* dargelegt.

6. Dem Arzt sollte von nationalen Zulassungsbehörden die Bio-Äquivalenz und die chemische und therapeutische Äquivalenz der verordneten Arzneimittel bestätigt werden, das gilt sowohl für Arzneimittel verschiedener als auch gleicher Herkunft. Qualitätssicherungsverfahren sollten durchgeführt werden, um die Bio-Äquivalenz einzelner Chargen sowie deren chemische und therapeutische Äquivalenz sicherzustellen.

7. Es sollten viele Überlegungen angestellt werden, bevor das für eine bestimmte Indikation eines Patienten ausgewählte Arzneimittel verordnet wird. Die Arzneimitteltherapie sollte individuell abgestimmt sein und auf einer vollständigen klinischen Krankengeschichte, dem

aktuellen Befund, allen relevanten Labordaten und auf psychosozialen Faktoren basieren. Sobald diese ersten Überlegungen erfolgt sind, sollte der Arzt einen Kostenvergleich ähnlicher verfügbarer Arzneimittel vornehmen; deshalb sollte der Arzt die Art und Menge des Arzneimittels, das er für das Beste im Sinne des medizinischen und finanziellen Interesses des Patienten hält, auswählen.

8. 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. Das Versagen derartiger Grundsätze kann zum Schaden des Patienten sein. Nationale Ärzteorganisationen sollten für Patienten wie Ärzte gleichermaßen alles tun, was möglich ist, um die Implementierung der nachfolgenden Empfehlungen sicherzustellen:

Empfehlungen

9. Ärzte sollten sich dort, wo sie praktizieren, mit den speziellen Rechtsvorschriften und/oder Bestimmungen über die Arzneimittelsubstitution vertraut machen.

10. Der Apotheker muss sich strikt an die vom Arzt verordnete chemische Form, Dosierung und Darreichungsform halten. Sobald eine Medikation gegen chronische Krankheiten verordnet und begonnen wurde, sollte eine generische oder therapeutische Substitution nicht ohne die Erlaubnis des behandelnden Arztes vorgenommen werden.

11. Falls die Substitution eines Arzneimittels erfolgt, sollte der Arzt sorgfältig die Dosis abwägen, um die therapeutische Äquivalenz des Arzneimittelproduktes sicherzustellen.

12. Wenn Arzneimittelsubstitution zu ernsthaften Arzneimittelnebenwirkungen oder Therapiemisserfolgen führt, hat der Arzt die Pflicht, diese Ergebnisse zu dokumentieren und den entsprechenden Arzneimittelzulassungsbehörden melden.

13. Nationale Ärzteorganisationen sollten regelmäßig das Erscheinen von Arzneimittelsubstitutionen überwachen und ihre Mitglieder über die Entwicklungen auf dem laufenden halten, die für die Patientenversorgung von besonderer Bedeutung sind. Die Zusammenstellung und Evaluierung von Informationsberichten über bedeutsame Entwicklungen in diesem Bereich sollte gefördert werden.

14. Entsprechende Zulassungsbehörden für Arzneimittel sollten die Bio-Äquivalenz und die chemische und therapeutische Äquivalenz 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.

15. Nationale Ärzteorganisationen sollten sich jeden Eingriff in die Verordnungsfreiheit des Arztes im besten medizinischen und finanziellen Interesse des Patienten entgegenstellen.

16. Nationale Ärzteorganisationen sollten sich bei ihren nationalen Zulassungsbehörden nachdrücklich dafür einsetzen, dass die therapeutische Substitution verboten wird, es sei denn, es liegt eine vorherige Zustimmung des verordnenden Arztes zu dieser Substitution vor.

SMAC/Tobacco/Oct2007
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zu den

Gesundheitsrisiken von Tabakerzeugnissen

verabschiedet von der 40. Generalversammlung des Weltärztebundes
Wien, Österreich, September 1988, geändert von der
49. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hamburg, Deutschland, November 1997 und der 58. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Kopenhagen, Dänemark, Oktober 2007

PRÄAMBEL

Mehr als jeder dritte Erwachsene weltweit (über 1,1 Milliarden Menschen) ist Raucher, und 80 Prozent von diesen leben in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen. Rauchen und andere Formen des Tabakkonsums wirken sich auf jedes Organsystem des Körpers aus und zählen zu den Hauptursachen von Krebs, Herzleiden, Schlaganfällen, chronischobstruktiven Lungenerkrankungen, Schädigungen des Fötus und vielen anderen Krankheitsbildern. Weltweit führt Tabakkonsum jedes Jahr zu fünf Millionen Todesfällen. Wenn der derzeitige Trend unter Rauchern sich fortsetzt, wird es bis 2020 jährlich zu gut 10 Millionen Todesfällen kommen, davon 70 Prozent in Entwicklungsländern. Der Tabakkonsum forderte im 20. Jahrhundert 100 Millionen Todesopfer und wird im 21. Jahrhundert eine Milliarde Menschen das Leben kosten, wenn keine wirksamen Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Darüber hinaus verursacht Passivrauchen, in dem über 4000 chemische Stoffe, darunter mehr als 50 krebserzeugende Substanzen und viele weitere Giftstoffe enthalten sind, bei Nichtrauchern Lungenkrebs, Herzleiden und andere Krankheiten.

Die globale Gemeinschaft der in der öffentlichen Gesundheit Tätigen, vertreten durch die Weltgesundheits¬organisation (WHO), äußern zunehmende Besorgnis über die alarmierenden Trends beim Tabakkonsum und auf Tabakrauchen zurückzuführenden Erkrankungen. Bis zum 20. September 2007 hatten 150 Staaten die Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (FCTC) ratifiziert, dessen Bestimmungen die ratifizierenden Staaten zu energischen Maßnahmen gegen den Tabakkonsum aufrufen, und zwar zu höherer Tabakbesteuerung, dem Verbot der Tabakwerbung, dem Verbot des Rauchens in öffentlichen Einrichtungen und am Arbeitsplatz, der Einführung von Gesundheitswarnungen auf Tabakverpackungen, dem leichteren Zugang zu Raucherentwöhnungstherapien und -medikamenten, der Reglementierung des Inhalts und der Emissionen von Tabakprodukten und der Unterbindung des illegalen Handels mit Tabakerzeugnissen.

Passivrauchen findet überall statt, wo Rauchen erlaubt ist: zuhause, am Arbeitsplatz und in öffentlichen Einrichtungen. Der WHO zufolge sterben jährlich mehr als 200 000 Arbeitnehmer wegen Rauchbelastung am Arbeitsplatz, und rund 700 Millionen Kinder, ungefähr die Hälfte aller Kinder der Welt, atmen – insbesondere zuhause – durch Tabakrauch verunreinigte Luft ein. Gemäß den Erkenntnissen aus drei neuen umfassenden Berichten (der Monographie Nr. 83 „Tabakrauch und Passivrauchen" (Tobacco Smoke and Involuntary Smoking) der International Agency for Research on Cancer; dem Bericht des Gesundheitsministers der Vereinigten Staaten über die „Gesundheitsfolgen der unfreiwilligen Exposition gegenüber Tabakrauch" (The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke) und dem Vorschlag der kalifornischen Umweltschutzbehörde, Tabakrauch in der Umgebungsluft als giftigen Luftschadstoff einzustufen (California Environmental Protection Agency's Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant) verlangte die WHO am 29. Mai 2007 ein weltweites Rauchverbot am Arbeitsplatz und in geschlossenen öffentlichen Räumen.

Die Tabakindustrie macht geltend, sie setze sich für die Ermittlung der wissenschaftlichen Fakten über die gesundheitlichen Folgen des Tabakrauchens ein – sowohl durch interne Forschungsarbeiten als auch durch Finanzierung externer Studien im Rahmen gemeinsam finanzierter Programme ihrer Branche. Dabei hat dieser Industriezweig jedoch Informationen über die schädlichen Wirkungen des Tabakrauchens konsequent geleugnet, zurückgehalten und unterdrückt. Viele Jahre lang gab die Branche an, es sei nicht schlüssig bewiesen, dass Tabakrauchen Krebs und Herzkrankheiten verursache. Sie machte außerdem geltend, Nikotin mache nicht süchtig. Diese Behauptungen hat die Ärzteschaft weltweit mehrfach widerlegt, weshalb sie auch entschieden gegen die massiven Werbekampagnen der Branche eintritt und fest davon überzeugt ist, dass die Ärzteorganisationen im Feldzug gegen das Tabakrauchen selbst eine entschlossene Führungsrolle übernehmen müssen.

Die Tabakindustrie und ihre Tochterunternehmen unterstützen seit vielen Jahren Forschungsarbeiten und die Erstellung von Berichten über verschiedene Aspekte des Themas Tabakrauchen und Gesundheit. Durch ihre Teilnahme an solchen Aktivitäten geben einzelne Forscher und/oder ihre Organisationen der Tabakindustrie den Anschein der Glaubwürdigkeit – sogar in Fällen, in denen diese Branche die Ergebnisse nicht unmittelbar für Marketingzwecke verwenden kann. Eine solche Beteiligung wirft auch weit reichende Interessenkonflikte mit den Zielen der Gesundheitsförderung auf.

EMPFEHLUNGEN

Der WMA fordert die nationalen Ärzteorganisationen und alle Ärzte auf, die folgenden Maßnahmen zur Verminderung der Gesundheitsrisiken in Verbindung mit Tabakkonsum zu treffen:

1. Annahme einer grundsätzlichen Stellungnahme gegen das Rauchen und den Konsum von Tabakerzeugnissen und Veröffentlichung dieser beschlossenen Stellungnahme;

2. Rauchverbot bei allen beruflichen, sozialen und wissenschaftlichen Veranstaltungen sowie Festakten der nationalen Ärzteorganisationen entsprechend dem Beschluss des Weltärztebundes, bei allen seinen Veranstaltungen dieser Art das gleiche Verbot zu verhängen;

3. Aufbau und Förderung von sowie Teilnahme an Programmen zur Aufklärung des Berufsstands und der Öffentlichkeit über die gesundheitlichen Gefährdungen des Tabakkonsums (einschließlich der Suchtbildung) und des Passivrauchens. Programme zur Überzeugung und

Unterstützung von Rauchern und nicht rauchenden Tabakkonsumenten bei der Einstellung des Konsums von Tabakerzeugnissen und Vermeidungsprogramme für Nichtraucher und Nichtkonsumenten rauchfreier Tabakerzeugnisse sind gleichermaßen wichtig;

4. Bestärkung der einzelnen Ärzte darin, (durch Verzicht auf den Konsum von Tabakerzeugnissen) ein Beispiel zu geben und für die Kampagne einzutreten, mit der die Öffentlichkeit über die schädlichen Gesundheitswirkungen des Tabakkonsums und die Vorteile der Einstellung des Tabakkonsums aufgeklärt werden soll. Alle medizinischen Fakultäten, biomedizinischen Forschungseinrichtungen, Krankenhäuser und sonstigen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sollten gebeten werden, das Rauchen auf ihrem Gelände zu untersagen.

5. Einführung oder Ausbau von Ausbildungsprogramm für Medizinstudenten und Ärzte, um sie auf die Erkennung und Behandlung der Tabakabhängigkeit bei ihren Patienten vorzubereiten;

6. Unterstützung des umfassenden Zugangs zu evidenzbasierter Behandlung der Tabakabhängigkeit – einschließlich Beratung und Pharmakotherapie – durch Begegnungen mit einzelnen Patienten, Raucherentwöhnungskurse, telefonische Entwöhnungsberatung, Entwöhnungsangebote im Internet und andere geeignete Mittel;

7. Erarbeitung oder Bekräftigung einer Leitlinie für die klinische Praxis in Bezug auf die Behandlung des Tabakkonsums und der Nikotinabhängigkeit;

8. gemeinsame nachdrückliche Aufforderung zusammen mit dem WMA an die Weltgesundheitsorganisation, nachweislich wirksame Arzneimittel zur Raucherentwöhnung auf die WHO-Liste essentieller Arzneimittel zu setzen;

9. Verweigerung der Annahme von Finanzmitteln oder Schulungsunterlagen der Tabakindustrie und Aufforderung medizinischer Fakultäten, von Forschungseinrichtungen und einzelnen Forschern, ebenso zu verfahren, um diesem Industriezweig keinerlei Glaubwürdigkeit zu verleihen;

10. nachdrückliche Aufforderung der nationalen Regierungen, zum Schutz der öffentlichen Gesundheit die Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle zu ratifizieren und voll umzusetzen;

11. öffentliche Ablehnung der Schwerpunktverlagerung im Tabakmarketing von den Industriestaaten zu den Entwicklungsländern und nachdrückliche Aufforderung der nationalen Regierungen, ebenso zu verfahren;

12. Befürwortung der Verabschiedung und Durchsetzung von Gesetzen

a) zur umfassenden Reglementierung der Herstellung, des Verkaufs, des Vertriebs und der Förderung des Absatzes von Tabakerzeugnissen unter Einschluss der unten aufgeführten spezifischen Bestimmungen;

b) zur Anordnung des Aufdrucks schriftlicher und bildlicher Warnhinweise in Bezug auf Gesundheitsgefährdungen auf allen Verpackungen, in denen Tabakerzeugnisse verkauft werden sowie in allen Werbe- und Absatzförderungsmaterialien für Tabakerzeugnisse. Solche Warnhinweise sollten ins Auge fallen und die an der Einstellung des Rauchens interessierten Personen an verfügbare Telefonberatungen, Internetsites oder andere Hilfseinrichtungen verweisen;

c) zum Verbot des Rauchens in allen geschlossenen öffentlichen Räumen (einschließlich Gesundheitseinrichtungen, Schulen und Bildungseinrichtungen), an Arbeitsplätzen (einschließlich Restaurants, Bars und Nachtclubs) sowie in öffentlichen Verkehrsmitteln. Auch in psychiatrischen Einrichtungen und Entwöhnungszentren sollte nicht geraucht werden. In Haftanstalten sollte Rauchen untersagt sein;

d) zum Verbot der Werbung für und der Absatzförderung von Tabakerzeugnissen;

e) zum Verbot des Verkaufs und der Abgabe an sowie der Zugänglichkeit von Zigaretten und anderen Tabakerzeugnissen für Kinder und Heranwachsende;

f) zum Verbot des Rauchens auf allen gewerblichen Flügen innerhalb der Landesgrenzen sowie allen internationalen gewerblichen Flügen und dem Verbot des Verkaufs zollfreier Tabakerzeugnisse auf Flughäfen und an allen anderen Standorten;

g) zur Untersagung jeglicher staatlicher Beihilfen für Tabak und Tabakerzeugnisse;

h) zur Ermöglichung von Studien über die Prävalenz des Tabakkonsums und der Wirkungen von Tabakerzeugnissen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung;

i) zum Verbot der Absatzförderung, des Vertriebs und des Verkaufs jeglicher, zurzeit noch nicht verfügbarer neuer Formen von Tabakerzeugnissen;

j) zur verstärkten Besteuerung von Tabakerzeugnissen und der Verwendung der Mehreinnahmen für Präventionsprogramme, evidenzbasierte Entwöhnungsprogramme und -dienstleistungen sowie sonstige Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge;

k) zur Einschränkung oder Unterbindung des illegalen Handels mit Tabakerzeugnissen und des Verkaufs geschmuggelter Tabakerzeugnisse;

l) zur Unterstützung der Tabakanbauern bei dem Übergang zu Anbaualternativen;

m) zur nachdrücklichen Aufforderung der Regierungen, Tabakerzeugnisse aus internationalen Handelsvereinbarungen herauszunehmen.

SMAC/TrafficInjury/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zu

Verletzungen bei Verkehrsunfällen

verabschiedet von der 42. Generalversammlung des Welärztebundes 1990
in Rancho Mirage, USA, und überarbeitet von der 57. Generalversammlung des Weltärztebundes, Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

Präambel

1. Schwere Verletzungen bei Straßenverkehrsunfällen stellen ein Problem der öffentlichen Gesundheit dar, dessen Folgen mit denen von Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen vergleichbar sind. Weltweit sterben jedes Jahr 1,2 Millionen Menschen im Straßenverkehr und 20 - 50 Millionen Menschen tragen Verletzungen davon. Verletzungen bei Verkehrsunfällen werden voraussichtlich bis 2020 an dritter Stelle der globalen Krankheitslast stehen.

2. Neben dem grenzenlosen persönlichen und sozialen Leid, das die Opfer von Verkehrsunfällen und deren Angehörige ertragen müssen, haben Verletzungen bei Verkehrsunfällen auch erhebliche Folgen für die Volkswirtschaft. Die direkten volkswirtschaftlichen Kosten von aus Verkehrsunfällen resultierenden Verletzungen und Behinderungen, einschließlich Soforthilfe und Rehabilitation, Kosten für Erwerbsunfähigkeit, um Behinderungen bereinigte Lebensjahre sowie andere Kosten belaufen sich auf 1% des BIP in ärmeren Ländern und auf 1,5 - 2% des BIP in reicheren Ländern. Einen Großteil dieser Kosten trägt der Gesundheitssektor.

3. In vielen Ländern nimmt die Zahl der Verkehrsunfälle stetig zu, insbesondere in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, auf die allein 85% aller Verkehrstoten entfallen. Verkehrsunfälle sind weltweit bei Jugendlichen die zweithäufigste Todesursache.

4. Die meisten Verkehrsunfälle könnten durch bessere Präventionsmaßnahmen verhindert werden. Viele Einrichtungen, Gruppen und Einzelpersonen, einschließlich Regierungen, Nichtregierungsorganisationen, die Industrie, internationale, nationale und kommunale Gruppen, Angehörige des Gesundheitswesens, Ingenieure und Gesetzeshüter müssen bei der Verhütung von Verkehrsunfällen Verantwortung übernehmen.

5. Überhöhte Geschwindigkeit ist anerkanntermaßen die größte Gefahr für die Verkehrssicherheit, d.h. Unfälle mit schweren Verletzungen sind in der Regel. auf überhöhte Geschwindigkeit zurückzuführen. Eine durchschnittliche Erhöhung der Geschwindigkeit von 1 km/h entspricht ein um 3% erhöhtes Unfallrisiko mit Personenschaden und eine

Erhöhung der Geschwindigkeit von 5% ist mit einem um 5% erhöhten Unfallrisiko mit schweren Verletzungen oder tödlichen Folgen verbunden.

6. Um die Zahl der Verkehrsunfälle und der Verkehrsopfer reduzieren zu können, ist ein "systematischer Ansatz" erforderlich, mit dem man die multiplen Faktoren identifizieren und angehen kann, die zusammengenommen das Risiko von Verkehrsunfällen und daraus resultierenden Opfern erhöhen, einschließlich der Parameter Mensch, Automobil- und Straßenbau.

7. Vor, bei und nach einem Verkehrsunfall gibt es eine Interaktion zwischen den Faktoren Mensch, Fahrzeug und Umgebung. Eine Intervention auf allen diesen Ebenen würde sicherlich zu einer Reduzierung der Verkehrsunfälle und -opfer beitragen. Zu einer effektiven Intervention gehören Aufklärung der Öffentlichkeit sowie Einbeziehung von Experten in den Bereichen Fahrzeugtechnik, Rechtsanwendung und medizinische Versorgung.

8. Ziel präventiver Maßnahmen ist es, Verkehrsunfälle zu verhindern und Risikofaktoren zu reduzieren. Einige Beispiele: Autofahrer sollten am Autofahren gehindert werden, wenn sie übermüdet (insbesondere LKW-Fahrer), abgelenkt (Verbot der Benutzung von Mobiltelefonen ohne Freisprechahnlange) sind oder unter dem Einfluss von Drogen und Alkohol stehen; sowie Maßnahmen wie nächtliche Ausgangssperren und Einführung eines Stufenführerscheins für junge Autofahrer. Präventive Maßnahmen schließen auch die Einführung von Standards im Automobilbau ein, die sicherstellen, dass die Fahrzeuge verkehrssicher sind und nicht mit unverantwortlich hoher Geschwindigkeit gefahren werden können. Die Einführung und Kontrolle von Geschwindigkeitsbeschränkungen, verstärkter Einsatz von Radaranlagen und Optimierung der Straßenführungen zur Vermeidung von Verkehrsunfällen wären weitere Maßnahmen.

9. Ziel weiterer Maßnahmen ist die Prävention oder die Reduzierung von Verletzungen bei einem Verkehrsunfall. Dazu zählen Gurtpflicht und Kindersitze (Kinderrückhaltevorrichtungen), Helmpflicht für Motorradfahrer, Herstellung von Kraftfahrzeugen mit Sicherheitsvorrichtungen und crasherprobter Karosserie, verstärkte Einführung und Kontrolle von Geschwindigkeitsbeschränkungen sowie Entfernung schwerer und harter Gegenstände wie beispielsweise Leitplanken aus Beton oder Metall, Beleuchtungspfosten und Mauern von den Straßenrändern.

10. Ziel der Maßnahmen nach einem Verkehrsunfall ist es, möglichst viele Leben zu retten und die Verletzten bestmöglich zu versorgen, d.h. die Verbesserung der medizinischen Versorgung am Unfallort, der notfallmedizinischen Versorgung im Krankenhaus und Rehabilitation.

Empfehlungen

11. Der Weltärztebund unterstützt die Feststellungen und Empfehlungen des WHO-Berichts über Prävention von Verletzungen im Straßenverkehr (2004) und fordert seine nationalen Mitgliedsorganisationen, deren Regierungen und relevanten Stellen auf, diese zu implementieren.

12. Ärzte müssen Verletzungen bei Verkehrsunfällen als ein Problem der öffentlichen Gesundheit betrachten und sich ihrer Verantwortung bei der Bekämpfung dieses globalen Problems bewusst sein.

13. Nationale Ärzteorganisationen und ihre Mitglieder sollten ihre Regierungen und politischen Entscheidungsträger von der Bedeutung dieser Problematik überzeugen und bei der Umsetzung empirischer und wissenschaftlicher Informationen in praktikable Maßnahmen mitwirken.

14. Nationale Ärzteorganisationen und Ärzte sollten bei der Aufklärung der Öffentlichkeit eine entscheidende Rolle spielen und das Thema Sicherheit im Straßenverkehr in Maßnahmen zur Gesundheitsförderung integrieren.

15. Ärzte sollten bei der Erfassung und Analyse von Daten über Verkehrsunfälle und der daraus resultierenden Verletzungen sowie bei der Surveillance von Verletzungen mitwirken.

16. Ärzte sollten sich für eine Verhaltensänderung der Öffentlichkeit in Bezug auf die Benutzung des Autos als Verkehrsmittel sowie für eine Verbesserung der öffentlichen Verkehrsmittel, von Fahrradwegen und Bürgersteigen einsetzen, damit die Menschen ihr Auto öfters stehen lassen und zu gesünderen Optionen greifen, beispielsweise Laufen und Fahrrad fahren.

17. Ärzte sollten sich damit befassen, welche Rolle der Faktor Mensch und medizinische Gründe bei Verkehrsunfällen spielen; dazu gehört unter anderem auch die Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten oder bestimmte Krankheiten, die die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen können; sie sollten auch nach neuen Möglichkeiten suchen, um den Schweregrad der Verletzungen zu vermeiden oder zu verringern.

18. Ärzte sollten sich für die Implementierung der oben genannten Maßnahmen, die das Risiko und den Schweregrad von Verkehrsunfällen reduzieren, sowie für die Evaluierung ihrer Auswirkungen einsetzen.

19. Nationale Ärzteorganisationen und ihre Mitglieder sollten sich für die Forschung und die Entwicklung und Verbesserung der Schulung und der medizinischen Versorgung in allen Phasen einsetzen, einschließlich eines effektiven Kommunikations- und Transportsystems zur Lokalisierung und zum Abtransport der Opfer, Systeme der rettungsmedizinischen Versorgung für die lebensrettende Erstversorgung am Unfallort, fachärztliche Versorgung und Rehabilitation. Sie müssen dafür eintreten, dass die für diese Leistungen erforderlichen Ressourcen erhöht werden.

SMAC/Tuberculosis/Oct2006
Original: Französisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zur

Tuberkulose

verabschiedet von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

Präambel

1. Der Weltgesundheitsorganisation zufolge erkranken jedes Jahr über 9 Millionen Menschen an Tuberkulose und damit zählt die Tuberkulose mit einer jährlichen Inzidenzrate von 1% zu den weitverbreitesten Infektionskrankheiten. Besonders betroffen sind die osteuropäischen Länder.

2. In den Entwicklungsländern haben die Erkrankungen an Tuberkulose drastisch zugenommen, vor allem in Regionen mit einer hohen HIV/AIDS-Rate. Verschärft wird das Problem zudem durch die zunehmenden Bevölkerungswanderungen.

3. Auch die multiresistenten Tuberkuloseformen, ein Nebenprodukt der ursprünglichen Bazillen, die gegen die vorwiegend gegen die Tuberkulose eingesetzten Arzneimittel resistent sind, bereiten große Probleme bei der Bekämpfung der Krankheit.

4. Radiologischer Nachweis und Untersuchung des Sputums bei Hochrisikogruppen bleibt weiterhin ein wesentliches Element der Tuberkulose-Prävention.

5. Bei Migranten, Obdachlosen, Inhaftierten und anderen Hochrisikogruppen ist dies eine besonders effiziente Strategie zur Prävention von Epidemien.

6. Die Reaktivierung von Screening-Programmen und nachfassenden Maßnahmen sowie der Einsatz schneller und streng überwachter täglicher Behandlungen in großem Umfang wären zur Bekämpfung der Epidemie hilfreich.

7. Nach ihrer ersten Impfung sollten Kinder das BCG-Impfprogramm (Calmette-Guérin-Bazillus) durchlaufen.

Entschließungen

9. Der Weltärztebund wird in Absprache mit der WHO sowie nationalen und internationalen Gesundheitsbehörden und -organisationen seine Arbeiten zur Verbesserung der Behandlung und Überwachung der Tuberkulose fortsetzen und Untersuchungen von Einzelfällen, die Reaktivierung von Screening-Programmen und nachfassenden Maßnahmen wie auch die tägliche Versorgung in großem Umfang und die Überwachung der Behandlung fördern.

10. Der Weltärztebund unterstützt Forderungen nach adäquaten finanziellen und materiellen Ressourcen sowie Humanressourcen zur Prävention von Tuberkulose und HIV/AIDS, einschließlich entsprechend ausgebildeter Angehörige medizinischer Berufe und einer adäquaten Infrastruktur und wird bei der Bereitstellung von Informationen über Tuberkulose und deren Behandlung mit Angehörigen der Gesundheitsberufe zusammenarbeiten.

11. Der Weltärztebund unterstützt die Entwicklung von Ausbildungskursen und Ausbildungsprogrammen für Angehörige der Gesundheitsberufe im Bereich der Tuberkulose. Besonders wichtig sind in diesem Zusammenhang speziell auf multiresistente Tuberkulose zugeschnittene Kurse.

11. Der Weltärztebund fordert seine nationalen Mitgliedsorganisationen auf, die WHO bei ihrer DOTS-Strategie[1] wie auch bei anderen Maßnahmen zu unterstützten, die eine wirksamere Überwachung/Kontrolle der Tuberkulose zum Ziel haben

[1] DOTS=directly-observed short-courses (direkt beobachtete ambulante Kurzzeitbehandlung)

Erstvorlage: April 2003 SMAC/Water/May/2003
Original: Englisch

WELTÄRZTEBUND

Erklärung des Weltärztebundes
Über

Wasser und Gesundheit

verabschiedet von der
55. Generalversammlung des Weltärztebundes in
Tokio, Oktober 2004

Präambel

1. Eine ausreichende Versorgung mit frischem (d.h. sauberem und nicht verunreinigtem) Wasser ist für die Gesundheit aller Menschen unerlässlich. Leider hat mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung keinen Zugang zur Versorgung mit frischem Wasser und selbst dort, wo es frisches Wasser im Überfluss gibt, stellen Verschmutzung und andere negative Einflüsse eine Bedrohung dar.

2. Gemäß seinem Auftrag, der Menschheit durch das Bemühen zu dienen, die höchsten internationalen Standards in der gesundheitlichen Versorgung aller Menschen sicherzustellen, hat der Weltärztebund diese Erklärung erarbeitet, um alle im Gesundheitssektor Verantwortlichen verstärkt auf die immense Bedeutung von frischem Wasser für alle Menschen hinzuweisen.

Überlegungen

3. Gerade in den Entwicklungsländern ist ein Großteil der Mortalitäts- und Morbiditätsraten auf durch verunreinigtes Wasser verursachte Krankheiten zurückzuführen. Verschärft werden diese Probleme noch bei Katastrophenfällen wie Kriegen, Erdbeben, Epidemien, Dürreperioden und Überschwemmungen.

4. Anthropogenetische Veränderungen der Ökosysteme, geringere Wasserretention durch die Erdoberfläche sowie die schwindende der Natur eigene Fähigkeit zur Wasserreinigung schädigen die natürliche Umwelt und insbesondere die Wasserressourcen.

5. Die Kommerzialisierung des Wassers, d.h. dort, wo die Wasserversorgung vorrangig aus Gewinnstreben und weniger als Dienst an der Allgemeinheit erfolgt, wirkt sich in der Tat auf den Zugang zu einer ausreichenden Versorgung mit Trinkwasser aus.

6. Die Entwicklung einer nachhaltigen Infrastruktur zur ausreichenden Bereitstellung von Trinkwasser ist eine wesentliche Voraussetzung für ein intaktes öffentliches Gesundheitssystem. Aus diesem Grund werden durch die Eindämmung der durch verunreinigtes Trinkwasser verursachten Infektionskrankheiten und anderer Krankheiten die Gesundheitskosten reduziert und die Produktivität verbessert. Dies hat wiederum positive Auswirkungen auf die nationalen Volkswirtschaften.
7. Als eine lebensnotwendige Ressource ist Wasser in vielen Teilen der Welt zu einem knappen Gut geworden, das ín vernünftiger und umsichtiger Weise verwendet werden sollte.
8. Wasser ist ein Gut, das allen Menschen gehört. Deshalb sollte die internationale Gemeinschaft bei der Lösung wasserrelevanter Probleme zusammenarbeiten.

Empfehlungen

9. Ärzte, nationale Ärzteorganisationen und Gesundheitsbehörden werden aufgefordert, die folgenden wasser- und gesundheitsrelevanten Maßnahmen zu unterstützen:

    a. Entwicklung internationaler und nationaler Programme zur Bereitstellung von sauberem Trinkwasser zu niedrigen Kosten für alle Menschen und Prävention der Verschmutzung von Wasservorräten.

    b. Entwicklung internationaler, nationaler und regionaler Programme zur Bereitstellung sanitärer Einrichtungen und zur Prävention der Degradation von Wasserressourcen.

    c. Untersuchung der Relation zwischen den Wasserversorgungssystemen, einschließlich der Abwasserreinigung und der Gesundheit.

    d. Aufstellung von Plänen zur Bereitstellung von Trinkwasser und sachgerechter Abwasserentsorgung in Notfällen. Diese Pläne werden zwar je nach Art des Notfalls variieren, die Wasserdesinfizierung vor Ort und die Bereitstellung von Pumpen dürften aber in der Regel dazugehören.

    e. Nach Naturkatastrophen, insbesondere Erdbeben, sollten Präventivmaßnahmen zur Bereitstellung von sauberem Trinkwasser für Gesundheitseinrichtungen durchgeführt werden. Diese Maßnahmen sollten die Entwicklung einer Infrastruktur und von Ausbildungsprogrammen beinhalten, um den Gesundheitseinrichtungen bei der Bewältigung von Krisen dieser Art zu helfen. Die Implementierung von Notfallprogrammen für die sofortige Bereitstellung von Trinkwasser sollte in Zusammenarbeit mit regionalen Behörden und Gemeinden erfolgen.

    f. Jedes Land sollte seine Wasserressourcen effizienter nutzen. Der Weltärztebund fordert insbesondere Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen auf zu prüfen, welche Auswirkungen die von ihnen erzeugten Abwässer auf die Wasserressourcen haben.

Erstvorlage: Juli 2003 SMAC/WFME/Sept2003
Original: Englisch

WELTÄRZTEBUND

Entschließung des Weltärztebundes
über die

Globalen Standards der WFME zur Qualitätsverbesserung der ärztlichen Ausbildung

verabschiedet von der
55. Generalversammlung des Weltärztebundes in
Tokio, Oktober 2004

In der Erwägung, dass der Weltärztebund

1. die Notwendigkeit und Bedeutung globaler Standards zur Qualitätsverbesserung der ärztlichen Ausbildung anerkennt;

2. als eines der Gründungsmitglieder der World Federation for Medical Education (WFME) eine besondere Beziehung zur World Federation for Medical Education hat;

3. anerkennt, dass er im Exekutivrat der WFME vertreten ist und daher für das Projekt der WFME über Internationale Standards in der ärztlichen Ausbildung, das 1997[1] gestartet worden ist, mitverantwortlich ist;

4. die kürzlich vorgelegte Dokumententrilogie der WFME über Globale Standards zur Verbesserung der Qualität in der ärztlichen Ausbildung, die die ärztliche Grundausbildung[2], die ärztliche Weiterbildung[3] sowie die kontinuierliche berufliche Entwicklung (CPD) von Ärzten[4] umfasst, begrüßt;

5. die Verabschiedung[5] der Globalen Standards der WFME auf der Internationalen Konferenz über die ärztliche Ausbildung: *Global Standards in Medical Education for Better Health Care*, in Kopenhagen, Dänemark, März 2003[6], begrüßt.

Er hiermit:

6. seine Unterstützung der laufenden Arbeiten zur Implementierung der *Dokumententrilogie der WFME über Globale Standards in der ärztlichen Ausbildung* zum Ausdruck bringt.

Literaturverzeichnis

1. The Executive Council, The World Federation for Medical Education: International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A WFME position paper. *Med Ed* 1998; 32: 549-558.

2. World Federation for Medical Education: *Basic Medical Education. WFME Gobal Standards for Quality Improvement*. WFME, Copenhagen 2003. http://www.wfme.org

3. World Federation for Medical Education: *Postgraduate Medical Education. WFME Gobal Standards for Quality Improvement*. WFME, Copenhagen 2003. http://www.wfme.org

4. World Federation for Medical Education: *Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Gobal Standards for Quality Improvement*. WFME, Copenhagen 2003. http://www.wfme.org

5. J.P. de V. van Niekerk. WFME Global Standards receive ringing endorsement. *Med Ed*, 2003; 37: 586-587.

6. WFME website: http://www.wfme.org

SMAC/Zimbabwe/Oct2007

WELTÄRZTEBUND

Entschließung des Weltärztebundes
über

Verletzungen des Rechts auf Gesundheit und der Menschenrechte in Simbabwe

verabschiedet von der
58. Generalversammlung des Weltärztebundes in
Kopenhagen, Dänemark, Oktober 2007

PRÄAMBEL

Nach Kenntnisnahme von Informationen und Berichten über systematische und wiederholte Menschenrechtsverletzungen, die Beeinträchtigung des Rechts auf Gesundheit in Simbabwe, die Nichtbereitstellung von für die Erbringung der gesundheitlichen Grundversorgung wesentlichen Mitteln, die Verschlechterung des Gesundheitszustands der Simbabwer, doppelte Loyalitäten und Drohungen gegenüber um die Erhaltung der klinischen Unabhängigkeit bemühten Gesundheitsarbeitern, Verweigerung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für politischen Oppositionsparteien zugerechnete Personen und ständige Zunahme staatlicher Folter möchte der WMA seine Unterstützung und sein Engagement für folgende Ziele bekräftigen:

- Verwirklichung des Grundsatzes der Weltgesundheitsorganisation, wonach der „beste erreichbare Gesundheitszustand … eines der Grundrechte jedes Menschen (darstellt)";

- Verteidigung der grundlegenden Aufgabe der Ärzte, Leiden der Patienten zu lindern und zu verhindern, dass persönliche, kollektive oder politische Bestrebungen über diese Aufgabe gestellt werden;

- Unterstützung der Rolle der Ärzte bei der Wahrung der Menschenrechte ihrer Patienten als Kernbestandteil ihrer Berufspflichten;

- Unterstützung wegen ihrer Beachtung der medizinischen Ethik verfolgter Ärzte.

EMPFEHLUNG

Darum richtet der Weltärztebund angesichts des erfolgenden Zusammenbruchs des Gesundheitswesen und der Krise der öffentlichen Gesundheit in Simbabwe an seine nationalen Mitgliedsvereinigungen einen Aufruf

1. zur öffentlichen Anprangerung aller Menschenrechtsverletzungen und Verstöße gegen das Recht auf Gesundheit in Simbabwe;

2. zum aktiven Schutz von Ärzten, die wegen Handlungen, die Teil ihrer ethischen und beruflichen Verpflichtungen sind, bedroht oder eingeschüchtert werden;

3. zur Kontaktaufnahme mit der Ärzteorganisation Simbabwes (ZiMA), um die Eigenständigkeit des ärztlichen Berufsstands in Simbabwe sicherzustellen;

4. zur nachdrücklichen Unterstützung der ZiMA bei der Einladung einer internationalen Fact-Finding-Mission nach Simbabwe, um so mit aller Dringlichkeit der Frage der Gesundheit und der gesundheitlichen Bedürfnisse der Simbabwer nachzugehen.

Darüber hinaus bestärkt der WMA die ZiMA als Mitgliedsorganisation des WMA bei

5. der Beibehaltung ihrer Verpflichtung gegenüber den WMA-Deklarationen von Tokio, Hamburg und Madrid sowie der Stellungnahme des WMA über den Zugang zur Gesundheitsversorgung;

6. der Schaffung eines Umfelds, in dem alle Simbabwer unbeschadet ihrer politischen Orientierung gleichermaßen Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung und medizinischer Behandlung haben;

7. ihrem Engagement für die Beseitigung der Folter und unmenschlicher, erniedrigender Behandlung von Bürgern in Simbabwe;

8. der Bekräftigung ihrer Unterstützung der klinischen Unabhängigkeit von Ärzten, die Bürger Simbabwes behandeln;

9. der Erlangung und Veröffentlichung zutreffender und notwendiger Informationen über den Zustand der Gesundheitsdienste in Simbabwe;

10. der Befürwortung der Praxis, in medizinische Lehrpläne sowie den Unterricht über Menschenrechte und die ethischen Verpflichtungen von Ärzten die Frage der Wahrung der uneingeschränkten und klinischen Unabhängigkeit beim Umgang mit gefährdeten Patienten aufzunehmen.

Der WMA hält die ZiMA dazu an, sich für die Verwirklichung der obigen Ziele die Unterstützung des WMA, der Commonwealth Medical Association und der nationalen Ärzteorganisationen von Nachbarländern zu sichern und von Zeit zu Zeit Fortschrittsberichte vorzulegen.

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

W E L T Ä R Z T E B U N D

Deklaration des Weltärztebundes
von Helsinki

Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen

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
von der
48. Generalversammlung des Weltärztebundes
Somerset West, Republik Südafrika, Oktober 1996
und von der
52. Generalversammlung des Weltärztebundes
Edinburgh, Schottland, Oktober 2000
und von der
54. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Washington 2002

Klarstellender Kommentar zu Punkt 30,
hinzugefügt von der
55. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Tokio 2004

A. Einleitung

1. Mit der Deklaration von Helsinki hat der Weltärztebund eine Erklärung ethischer Grundsätze als Leitlinie für Ärzte und andere Personen entwickelt, die in der medizinischen Forschung am Menschen tätig sind. Medizinische Forschung am Menschen schließt die Forschung an identifizierbarem menschlichen Material oder identifizierbaren Daten ein.

2. Es ist die Pflicht des Arztes, die Gesundheit der Menschen zu fördern und zu erhalten. Der Erfüllung dieser Pflicht dient der Arzt mit seinem Wissen und Gewissen.

3. Die Genfer Deklaration des Weltärztebundes verpflichtet den Arzt mit den Worten: "Die Gesundheit meines Patienten soll mein vornehmstes Anliegen sein", und der internationale Kodex für ärztliche Ethik legt fest: "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".

4. Medizinischer Fortschritt beruht auf Forschung, die sich letztlich zum Teil auch auf Versuche am Menschen stützen muss.

5. In der medizinischen Forschung am Menschen haben Überlegungen, die das Wohlergehen der Versuchsperson (die von der Forschung betroffene Person) betreffen, Vorrang vor den Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft.

6. Oberstes Ziel der medizinischen Forschung am Menschen muss es sein, prophylaktische, diagnostische und therapeutische Verfahren sowie das Verständnis für die Aetiologie und Pathogenese der Krankheit zu verbessern. Selbst die am besten erprobten prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Methoden müssen fortwährend durch Forschung auf ihre Effektivität, Effizienz, Verfügbarkeit und Qualität geprüft werden.

7. In der medizinischen Praxis und in der medizinischen Forschung sind die meisten prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Verfahren mit Risiken und Belastungen verbunden.

8. Medizinische Forschung unterliegt ethischen Standards, die die Achtung vor den Menschen fördern und ihre Gesundheit und Rechte schützen. Einige Forschungspopulationen sind vulnerabel und benötigen besonderen Schutz. Die besonderen Schutzbedürfnisse der wirtschaftlich und gesundheitlich Benachteiligten müssen gewahrt werden. Besondere Aufmerksamkeit muss außerdem denjenigen entgegengebracht werden, die nicht in der Lage sind, ihre Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern, denjenigen, die ihre Zustimmung möglicherweise unter Ausübung von Zwang abgegeben haben, denjenigen, die keinen persönlichen Vorteil von dem Forschungsvorhaben haben und denjenigen, bei denen das Forschungsvorhaben mit einer Behandlung verbunden ist.

9. Forscher sollten sich der in ihren eigenen Ländern sowie der auf internationaler Ebene für die Forschung am Menschen geltenden ethischen, gesetzlichen und verwaltungstechnischen Vorschriften bewusst sein. Landesspezifische, ethische, gesetzliche oder verwaltungstechnische Vorschriften dürfen jedoch die in der vorliegenden Deklaration genannten Bestimmungen zum Schutz der Menschen in keiner Weise abschwächen oder aufheben.

B. Allgemeine Grundsätze für jede Art von medizinischer Forschung

10. Bei der medizinischen Forschung am Menschen ist es die Pflicht des Arztes, das Leben, die Gesundheit, die Privatsphäre und die Würde der Versuchsperson zu schützen.

11. Medizinische Forschung am Menschen muss den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen entsprechen, auf einer umfassenden Kenntnis der wissenschaftlichen Literatur, auf anderen relevanten Informationsquellen sowie auf ausreichenden Laborversuchen und gegebenenfalls Tierversuchen basieren.

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

13. Die Planung und Durchführung eines jeden Versuches am Menschen ist eindeutig in einem Versuchsprotokoll niederzulegen. Dieses Protokoll ist einer besonders berufenen Ethikkommission zur Beratung, Stellungnahme, Orientierung und gegebenenfalls zur Genehmigung vorzulegen, die unabhängig vom Forschungsteam, vom Sponsor oder von anderen unangemessenen Einflussfaktoren sein muss. Diese unabhängige Kommission muss mit den Gesetzen und Bestimmungen des Landes, in dem das Forschungsvorhaben durchgeführt wird, im Einklang sein. Die Kommission hat das Recht, laufende Versuche zu überwachen. Der Forscher hat die Pflicht, die Kommission über den Versuchsablauf zu informieren, insbesondere über alle während des Versuchs auftretenden ernsten Zwischenfälle. Der Forscher hat der Kommission außerdem zur Prüfung Informationen über Finanzierung, Sponsoren, institutionelle Verbindungen, potentielle Interessenkonflikte und Anreize für die Versuchspersonen vorzulegen.

14. Das Forschungsprotokoll muss stets die ethischen Überlegungen im Zusammenhang mit der Durchführung des Versuchs darlegen und aufzeigen, dass die Einhaltung der in dieser Deklaration genannten Grundsätze gewährleistet ist.

15. Medizinische Forschung am Menschen darf nur von wissenschaftlich qualifizierten Personen und unter Aufsicht einer klinisch kompetenten, medizinisch ausgebildeten Person durchgeführt werden. Die Verantwortung für die Versuchsperson trägt stets eine medizinisch qualifizierte Person und nie die Versuchsperson selbst, auch dann nicht, wenn sie ihr Einverständnis gegeben hat.

16. Jedem medizinischen Forschungsvorhaben am Menschen hat eine sorgfältige Abschätzung der voraussehbaren Risiken und Belastungen im Vergleich zu dem voraussichtlichen Nutzen für die Versuchsperson oder andere vorauszugehen. Dies schließt nicht die Mitwirkung von gesunden Freiwilligen in der medizinischen Forschung aus. Die Pläne aller Studien sind der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

17. Ärzte dürfen nicht bei Versuchen am Menschen tätig werden, wenn sie nicht überzeugt sind, dass die mit dem Versuch verbundenen Risiken entsprechend eingeschätzt worden sind und in zufriedenstellender Weise beherrscht werden können. Ärzte müssen den Versuch abbrechen, sobald sich herausstellt, dass das Risiko den möglichen Nutzen übersteigt oder wenn es einen schlüssigen Beweis für positive und günstige Ergebnisse gibt.

18. Medizinische Forschung am Menschen darf nur durchgeführt werden, wenn die Bedeutung des Versuchsziels die Risiken und Belastungen für die Versuchsperson überwiegt. Dies ist besonders wichtig, wenn es sich bei den Versuchspersonen um gesunde Freiwillige handelt.

19. Medizinische Forschung ist nur gerechtfertigt, wenn es eine große Wahrscheinlichkeit gibt, dass die Populationen, an denen die Forschung durchgeführt wird, von den Ergebnissen der Forschung profitieren.

20. Die Versuchspersonen müssen Freiwillige sein und über das Forschungsvorhaben aufgeklärt sein.

21. Das Recht der Versuchspersonen auf Wahrung ihrer Unversehrtheit muss stets geachtet werden. Es müssen alle Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden, um die Privatsphäre der Versuchsperson und die Vertraulichkeit der Informationen über den Patienten zu wahren und die Auswirkungen des Versuchs auf die körperliche und geistige Unversehrtheit sowie die Persönlichkeit der Versuchsperson so gering wie möglich zu halten.

22. Bei jeder Forschung am Menschen muss jede Versuchsperson ausreichend über die Ziele, Methoden, Geldquellen, eventuelle Interessenkonflikte, institutionelle Verbindungen des Forschers, erwarteten Nutzen und Risiken des Versuchs sowie über möglicherweise damit verbundene Störungen des Wohlbefindens unterrichtet werden. Die Versuchsperson ist darauf hinzuweisen, dass sie das Recht hat, die Teilnahme am Versuch zu verweigern oder eine einmal gegebene Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass ihr irgendwelche Nachteile entstehen. Nachdem er sich vergewissert hat, dass die Versuchsperson diese Informationen verstanden hat, hat der Arzt die freiwillige Einwilligung nach Aufklärung ("informed consent") der Versuchsperson einzuholen; die Erklärung sollte vorzugsweise schriftlich abgegeben werden. Falls die Einwilligung nicht in schriftlicher Form eingeholt werden kann, muss die nichtschriftliche Einwilligung formell dokumentiert und bezeugt werden.

23. Beim Einholen der Einwilligung nach Aufklärung für das Forschungsvorhaben muss der Arzt besonders zurückhaltend sein, wenn die Person in einem Abhängigkeitsverhältnis zu dem Arzt steht oder die Einwilligung möglicherweise unter Druck erfolgt. In einem solchen Fall muss die Einwilligung nach Aufklärung durch einen gutunterrichteten Arzt eingeholt werden, der mit diesem Forschungsvorhaben nicht befasst ist und der keine Beziehung zu den Personen hat, die in diesem Abhängigkeitsverhältnis zueinander stehen.

24. Im Falle einer Versuchsperson, die nicht voll geschäftsfähig ist, infolge körperlicher oder geistiger Behinderung ihre Einwilligung nicht erteilen kann oder minderjährig ist, muss die Einwilligung nach Aufklärung vom gesetzlich ermächtigten Vertreter entsprechend dem geltenden Recht eingeholt werden. Diese Personengruppen sollten nicht in die Forschung einbezogen werden, es sei denn, die Forschung ist für die Förderung der Gesundheit der Population, der sie angehören, erforderlich und kann nicht mit voll geschäftsfähigen Personen durchgeführt werden.

25. Wenn die nicht voll geschäftsfähige Person, wie beispielsweise ein minderjähriges Kind, fähig ist, seine Zustimmung zur Mitwirkung an einem Forschungsvorhaben zu erteilen, so muss neben der Einwilligung des gesetzlich ermächtigten Vertreters auch die Zustimmung des Minderjährigen eingeholt werden.

26. Forschung an Menschen, bei denen die Einwilligung, einschließlich der Einwilligung des ermächtigten Vertreters oder der vorherigen Einwilligung, nicht eingeholt werden kann, darf nur dann erfolgen, wenn der physische/geistige Zustand, der die Einholung der Einwilligung nach Aufklärung verhindert, ein notwendiger charakteristischer Faktor für die Forschungspopulation ist. Die konkreten Gründe für die Einbeziehung von Versuchspersonen, deren Zustand die Einholung der Einwilligung nach Aufklärung nicht erlaubt, ist in dem Forschungsprotokoll festzuhalten und der Ethikkommission zur Prüfung und Genehmigung vorzulegen. In dem Protokoll ist festzuhalten, dass die Einwilligung zur weiteren Teilnahme an dem Forschungsvorhaben so bald wie möglich von der Versuchsperson oder dem gesetzlich ermächtigten Vertreter eingeholt werden muss.

27. Sowohl die Verfasser als auch die Herausgeber von Veröffentlichungen haben ethische Verpflichtungen. Der Forscher ist bei der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse verpflichtet, die Ergebnisse genau wiederzugeben. Positive, aber auch negative Ergebnisse müssen veröffentlicht oder der Öffentlichkeit anderweitig zugänglich gemacht werden. In der Veröffentlichung müssen die Finanzierungsquellen, institutionelle Verbindungen und eventuelle Interessenkonflikte dargelegt werden. Berichte über Versuche, die nicht in Übereinstimmung mit den in dieser Deklaration niedergelegten Grundsätzen durchgeführt wurden, sollten nicht zur Veröffentlichung angenommen werden.

C. Weitere Grundsätze für die medizinische Forschung in Verbindung mit ärztlicher Versorgung

28. Der Arzt darf medizinische Forschung mit der ärztlichen Betreuung nur soweit verbinden, als dies durch den möglichen prophylaktischen, diagnostischen oder therapeutischen Wert der Forschung gerechtfertigt ist. Wenn medizinische Forschung mit ärztlicher Versorgung verbunden ist, dann sind für den Schutz der Patienten, die gleichzeitig Versuchspersonen sind, zusätzliche Standards anzuwenden.

29. Vorteile, Risiken Belastungen und die Effektivität eines neuen Verfahrens sind gegenüber denjenigen der gegenwärtig besten prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Methoden abzuwägen. Dies schließt nicht die Verwendung von Placebos, oder die Nichtbehandlung, bei Versuchen aus, für die es kein erprobtes prophylaktisches, diagnostisches oder therapeutisches Verfahren gibt.[1]

---

[1] Klarstellender Kommentar zu Punkt 29 der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki

Der Weltärztebund bekräftigt hiermit seine Position, dass bei der Verwendung von placebo-kontrollierten Versuchen mit extremer Sorgfalt vorgegangen werden muss und dass diese Methode generell nur angewendet werden sollte, wenn es keine erprobte Therapie gibt. Selbst wenn es eine erprobte Therapie gibt, kann ein placebokontrollierter Versuch unter den folgenden Bedingungen ethisch vertretbar sein:

- wenn seine Verwendung aus zwingenden und wissenschaftlich begründeten methodischen Gründen erforderlich ist, um die Wirksamkeit und Sicherheit einer prophylaktischen, diagnostischen oder therapeutischen Methode festzustellen; oder

- wenn eine prophylaktische, diagnostische oder therapeutische Methode bei einer nicht schwerwiegenden Krankheit erprobt wird und die Patienten, die die Placebos erhalten, nicht der zusätzlichen Gefahr eines ernsten oder irreversiblen Schadens ausgesetzt werden.

Alle anderen Bestimmungen der Deklaration von Helsinki müssen befolgt werden, insbesondere die Notwendigkeit einer entsprechenden ethischen und wissenschaftlichen Überprüfung.

30. Am Ende des Versuchs sollten alle Patienten, die an dem Versuch teilgenommen haben, die sich in der Erprobung als am wirksamsten erwiesenen prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Verfahren erhalten.[2]

---

[2] Klarstellender Kommentar zu Punkt 30 der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki

Der Weltärztebund bekräftigt hiermit seine Position, dass es bei dem Versuchsplanungsprozess von Bedeutung ist, dafür Sorge zu tragen, dass die Versuchsteilnehmer nach dem Versuch die prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die sich in der Studie als vorteilhaft erwiesen haben, oder eine andere geeignete Behandlung erhalten. Vereinbarungen darüber, dass die Versuchsteilnehmer nach dem Versuch die im Versuch erprobten Verfahren bzw. eine andere geeignete Behandlung erhalten, sollten im Versuchsprotokoll festgehalten werden, damit der Ethikausschuss diese Vereinbarungen bei seiner Prüfung berücksichtigen kann.

31. Der Arzt hat den Patienten ausführlich über die forschungsbezogenen Aspekte der Behandlung zu informieren. Die Weigerung eines Patienten, an einem Versuch teilzunehmen, darf niemals die Beziehung zwischen Patient und Arzt beeinträchtigen.

32. Bei der Behandlung eines Patienten, für die es keine erwiesene prophylaktische, diagnostische und therapeutische Methoden gibt oder diese keine Wirkung zeigten, muss der Arzt mit der Einwilligung des Patienten nach Aufklärung die Freiheit haben, nicht erprobte neue prophylaktische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen anzuwenden, wenn sie nach dem Urteil des Arztes die Hoffnung bieten, das Leben des Patienten zu retten, seine Gesundheit wiederherzustellen oder seine Leiden zu lindern. Gegebenenfalls sollten diese Maßnahmen zur Evaluierung ihrer Sicherheit und Wirksamkeit zum Gegenstand von Forschungsvorhaben gemacht werden. In allen Fällen sollten neue Informationen aufgezeichnet und gegebenenfalls veröffentlicht werden. Die anderen relevanten Leitlinien dieser Deklaration sollten befolgt werden.

Oktober 1975 17.F
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

Oktober 1993 17.FF
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Leibesvisitationen bei Häftlingen

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

Die Gefängnissysteme vieler Länder schreiben Leibeshöhlenvisitationen 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 Leibeshöhlenvisitation 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 Leibeshöhlenvisitation 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.

November 1997 17.FFFF
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 *Entschliessung zur Beteiligung von Ärzten an der Vollstreckung von Todesurteilen* des Weltärztebundes; die *Erklärung von Madrid* des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CP) ; die Nordische *Entschliessung zur Beteiligung von Ärzten an der Vollstreckung von Todesurteilen*; und die *Deklaration von Hawaii* der World Psychiatric Association.

3. Keine dieser Deklarationen oder Erklärungen befasst 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 Misshandlungen 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.

November 1984 17.G
Original: Portugiesisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

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.

September 1995 17.H
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Deklaration des Weltärztebundes
zu

Den Rechten des Patienten

verabschiedet von der
34. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Lissabon, Portugal, September/Oktober 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 Krankenhauses 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 Institutionen 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.

Oktober 1999 17.I
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 Dopingpraktiken[1] 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 schütze, 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)

November 1983 17.K
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 Gehirnverletzungen 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 nichtlizensierten 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.

August 1985 17.L
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 Haufarbe, 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

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 bekannt geworden 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.

Oktober 1987 17.N
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
über

In-vitro-Fertilisation und Embryo-Transfer

verabschiedet von der
39. Generalversammlung des Weltärztebundes
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, Spermen 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, Spermen oder Embryonen wird vom Weltärztebund ausdrücklich verurteilt.

September 1995 17.N/3
Original: Französisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 Mehrlingsschwangerschaften 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.

November 1986 17.O
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

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

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

September 1992 17.PP
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

Oktober 1987 17.Q
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 vordringlichen 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.

Oktober 1987 17.S
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 Schwangerschaftsabbruch 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 potentielles 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 Erbleiden 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 Anschlussuntersuchungen 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.

September 1992 17.S/1
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 nicht medizinischen 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 nicht medizinische 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.

September 1989 17.T
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

September 1989 17.V
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 Hinverletzung, der Dauer des Wahrnehmungsversagens und der gestellten Prognose ab. Bei Patienten unter 35 Jahren, die nach einer Kopfverletzung im Koma liegen und in vereinzelten 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 authistischen 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 betrachtete werden.

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.

Oktober 1990 17.Y

Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 Tokio 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.

September 1992 17.35
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 medizinischchirurgische 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.

Oktober 1999 17.36
Original: Französisch/Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 Email 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.

4. 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

5. 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 medizinischtechnische 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

7. 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.

9. 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

11. 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.

12. 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 datenschutzrelevanten 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 offen stehen.

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.

Oktober 1983 17.50

Original: Französisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

November 1984 17.90
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

Oktober 1998 17.170

Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Deklaration des Weltärztebundes
von Ottawa
zum

Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung

verabschiedet von der
50. Generalversammlung des Weltärztebundes
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

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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 adäquate 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.

November 1997 17.210
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

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

verabschiedet von der
49. Generalversammlung des Weltärztebundes in
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.

November 1997 17.250
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 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, Nichtregierungs-organisationen 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 nichtmedizinischen 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. Gleichermaßen 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.

Oktober 1998 17.270
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

April 2000 17.280
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zur

Abtreibung weiblicher Föten

verabschiedet von der
53. Generalversammlung des Weltärztebundes
Washington, 2002

IN DER ERWÄGUNG, dass die in einigen Ländern allgemein praktizierte Abtreibung weiblicher Föten äußerst besorgniserregend ist;

verurteilt der Weltärztebund die Abtreibung weiblicher Föten als ein völlig unakzeptables Beispiel der geschlechtlichen Diskriminierung.

Der Weltärztebund fordert die nationalen Ärzteorganisationen auf:

die Praxis der Abtreibung weiblicher Föten und die Anwendung der selektiven Geschlechtsbestimmung zu diesem Zweck zu verurteilen; und

ihre Regierungen entsprechend zu informieren.

März 2001 17.290
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Deklaration des Weltärztebundes
zur

Ärztlichen Ethik
und
hochentwickelten medizinischen Technologie

verabschiedet von der
53. Generalversammlung des Weltärztebundes
Washington, 2002

Es ist wichtig, die mit der Entwicklung und Anwendung der hochentwickelten medizinischen Technologie verbundenen Vorteile und Risiken sorgfältig gegeneinander abzuwägen. Diese Aufgabe obliegt der Beurteilung des Arztes.

Deshalb

sollte der Einsatz der medizinischen Technologie auf das Ziel beschränkt werden, die Menschen und die Gesundheit des Patienten zu schützen, und bei der Entwicklung und Anwendung der medizinischen Technologie sollte für den Arzt die Sicherheit des Patienten immer im Vordergrund stehen.

Damit Ärzte in der Lage sind, unter Anwendung dieser medizinischen Technologie eine angemessene medizinische Behandlung zu gewährleisten, müssen alle Anstrengungen unternommen werden, um eine umfassende medizinische Ausbildung zur Verfügung zu stellen, wobei deutlich werden muss, dass die Liebe zu den Menschen ein wesentliches Merkmal der Medizin ist.

September 2001 17.400
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Deklaration des Weltärztebundes
zu

Biologischen Waffen

verabschiedet von der
53. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Washington, 2002

A. Einleitung

1. Der Weltärztebund ist sich der zunehmenden Gefahr bewusst, dass biologische Waffen eingesetzt werden könnten, um verheerende Epidemien auszulösen, die sich weltweit ausbreiten könnten. Alle Länder sind potentielle Angriffsziele. Die Freisetzung von Pocken-, Pest-, Milzbrand- oder anderen Krankheitserregern könnte katastrophale Folgen haben hinsichtlich der damit einhergehenden Panik, bei der unzählige Menschen verletzt und getötet würden. Gleichzeitig ist die Herstellung neuer mikrobieller Mittel in zunehmendem Maße möglich, da in der Biotechnologie erhebliche Fortschritte erzielt und die Methoden zur genetischen Manipulation von Organismen simplifiziert wurden. Diese Entwicklungen sind für Ärzte und die im öffentlichen Gesundheitswesen Tätigen besonders besorgniserregend, da sie besser als jeder andere die Leiden kennen, die durch Epidemien verursacht werden und sie es sind, die sich in erster Linie um die Opfer von Anschlägen durch Biowaffen kümmern. Deshalb vertritt der Weltärztebund die Ansicht, dass gerade Ärzteorganisationen und allen in der Gesundheitsversorgung Tätigen die besondere Aufgabe zukommt, die Öffentlichkeit und die politischen Entscheidungsträger über die Gefahren der biologischen Waffen zu informieren und eine allgemeine Unterstützung zu mobilisieren, um die Erforschung, Entwicklung oder Verwendung dieser Waffen aus moralischen und ethischen Gründen zu verurteilen.

2. Anders als nukleare, chemische und konventionelle Waffen haben Anschläge mit biologischen Waffen heimtückische Auswirkungen; die sekundäre und tertiäre Übertragung des Erregers könnte Wochen oder Monate nach der ersten Epidemie erfolgen. Die Folgen eines erfolgreich durchgeführten biologischen Anschlags, vor allem bei einer sofort übertragbaren Infektion, könnten die eines chemischen oder sogar nuklearen Anschlags bei weitem übertreffen. In Anbetracht des zur Selbstverständlichkeit gewordenen internationalen Reiseverkehrs und der zunehmenden Globalisierung könnte der Ausbruch einer Epidemie irgendwo auf der Welt zu einer Bedrohung für alle Länder werden.

3. Sehr viele schwere und akute Krankheiten, die innerhalb einer kurzen Zeitspanne auftreten, würden mit Sicherheit die Kapazitäten der meisten Gesundheitssysteme sowohl in den Entwicklungs- als auch in den Industrieländern überfordern. Überall auf der Welt versuchen die im Gesundheitswesen Tätigen nach Kräften, die durch HIV/AIDS und antibiotikaresistente Organismen verursachten Krankheiten zu bekämpfen, die durch Bürgerkrieg, Flüchtlinge und überfüllte, unhygienische städtische Umgebungen verursachten Probleme zu lösen sowie dem zunehmenden Bedarf der älteren Bevölkerung an medizinischer Versorgung gerecht zu werden. Ganze Gesundheitssysteme könnten zusammenbrechen, wenn sie sich auch nur über einen kurzen Zeitraum um eine sehr große Anzahl von todkranken Menschen kümmern müssten.

4. Es können jedoch Maßnahmen getroffen werden, um die Gefahr biologischer Waffen sowie die gefährlichen Folgen schwerer Epidemien, unabhängig davon, wodurch sie entstanden sind, zu vermindern. Erforderlich ist eine internationale Zusammenarbeit, um einen allgemeinen Konsens zu erzielen in Bezug auf die Verurteilung der Entwicklung, Produktion bzw. Verwendung biologischer Waffen. In allen Ländern sollten zur frühzeitigen Entdeckung, Identifizierung und Reaktion auf gefährliche Epidemien Überwachungsprogramme eingerichtet werden; notwendig ist auch die gesundheitliche Aufklärung und Schulung der im Gesundheitssektor Tätigen, der Führungspersönlichkeiten des öffentlichen Lebens sowie der Öffentlichkeit; des weiteren sollte zur Verbesserung der Diagnose, Prävention und Behandlung von Krankheiten die Zusammenarbeit bei Forschungsprogrammen intensiviert werden.

5. Die zunehmenden technologischen und wissenschaftlichen Fortschritte in der Biochemie, der Biotechnologie und in den Lebenswissenschaften haben die Entwicklung neuer Pathogene und Krankheiten sowie vereinfachte Herstellungsmethoden für Biowaffen möglich gemacht. Die Technologie ist relativ billig und, da sich die Herstellung nur unwesentlich von den in biologischen Anlagen verwendeten Herstellungsverfahren unterscheidet, beispielsweise die Herstellung von Impfstoffen, ist die Technologie einfach zu beschaffen. Die Fähigkeit zur Herstellung und effektiven Verbreitung biologischer Waffen gibt es weltweit, wodurch Extremisten (ob sie nun als Einzelpersonen oder als extremistische Gruppe agieren) in der Lage sind, Regierungen zu bedrohen und weltweit Menschen zu gefährden. Die Bedrohung durch biologische Waffen kann durch Maßnahmen zur Rüstungskontrolle und Nichtweitergabe von Waffen zwar verringert, aber nicht völlig beseitigt werden. Aus diesem Grund ist die Einrichtung und Befolgung eines weltweit akzeptierten ethischen Kodexes notwendig, der die Entwicklung und Verwendung biologischer Waffen ablehnt.

B. Stärkung der Systeme zur Überwachung der öffentlichen Gesundheit und von Krankheiten

6. Ein entscheidender Faktor bei der Bekämpfung von Epidemien ist eine starke Infrastruktur im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Investitionen in öffentliche Gesundheitssysteme vergrößern die Möglichkeiten zur schnellen Entdeckung und Eindämmung seltener oder ungewöhnlicher Krankheiten, unabhängig davon, ob der Ausbruch dieser Krankheiten bewusst herbeigeführt wurde oder auf natürlichem Wege erfolgte. Die Kernbereiche der öffentlichen Gesundheit (Krankheitsüberwachung und Laboranalysen) sind als Grundlage für die Entdeckung, Untersuchung und Reaktion auf alle epidemischen Bedrohungen erforderlich. Mit einem effektiveren globalen Überwachungsprogramm können auf natürlichem Wege auftretende Infektionskrankheiten wirkungsvoller bekämpft und neue Krankheiten früher entdeckt und charakterisiert werden.

7. Besonders wichtig ist es, dass gerade Ärzte auf Fälle oder Cluster ungewöhnlicher Infektionskrankheiten achten, bei der Diagnose die Unterstützung von Spezialisten für Infektionskrankheiten anfordern und die aufgetretenen Krankheitsfälle unverzüglich den staatlichen Gesundheitsbehörden melden. Da jeder Arzt wahrscheinlich nur einen Fall oder einige wenige Krankheitsfälle sieht und nicht erkennen kann, dass es sich um den Ausbruch einer Epidemie handelt, ist die Zusammenarbeit zwischen Ärzten in der Primärversorgung und den öffentlichen Gesundheitsbehörden von außerordentlicher Bedeutung.

8. Die für die Bekämpfung von Epidemien zuständigen Mitarbeiter der Gesundheitsbehörden sind auf die Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten, Vollzugsbehörden, medizinischen Einrichtungen sowie verschiedenen im sozialen Bereich tätigen Organisationen angewiesen. Für eine effektive Zusammenarbeit dieser verschiedenen Gruppen ist eine Vorausplanung äußerst wichtig. Zusätzlich zur Entwicklung eines Überwachungssystems zur frühzeitigen Entdeckung und Meldung von Epidemien sollten sich die Bemühungen der Gesundheitsbehörden darauf konzentrieren, die in der Primärversorgung tätigen Ärzte und die Mitarbeiter der Gesundheitsbehörden über potentielle Wirkstoffe zu unterrichten, die gegen die Epidemien eingesetzt werden könnten; außerdem sollten die Laborkapazitäten zur schnellen Identifizierung von biologischen Erregern ausgebaut und Krankenhäuser sowie andere medizinische Einrichtungen zur Bekämpfung der Epidemie ausreichend mit Impfstoffen und Arzneimitteln versorgt werden.

C. Erhöhung der medizinischen Alarmbereitschaft und Reaktionsfähigkeit

9. Das erste Anzeichen, dass eine biologische Waffe eingesetzt worden sein könnte, ist wahrscheinlich die vermehrte Zahl von Patienten mit ähnlichen oder gleichen Krankheitssymptomen in den Arztpraxen und insbesondere den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Aus diesem Grund spielen Ärzte eine entscheidende Rolle bei der frühzeitigen Entdeckung eines Ausbruchs einer Epidemie und müssen darauf vorbereitet sein, Krankheiten, die infolge eines Angriffs mit biologischen Waffen entstehen sowie andere infektiöse Krankheitserreger zu erkennen und zu behandeln und den Gesundheitsbehörden unverzüglich verdächtige Krankheiten zu melden.

10. Im Falle einer Epidemie sind Ärzte direkt betroffen: sie müssen unzählige Patienten behandeln, Massenimpfungen und Antibiotikaprophylaxen vornehmen, die Öffentlichkeit informieren und in Krankenhäusern die Epidemie bekämpfen. Ärzte sollten gemeinsam mit lokalen und nationalen Gesundheitsbehörden Katastrophenbekämpfungsprogramme für den Fall eines absichtlich herbeigeführten oder zufälligen Ausbruchs einer Infektionskrankheit entwickeln und implementieren.

D. Entwicklung von Biowaffen und ärztliche Ethik

11. Rasante Fortschritte in der Mikrobiologie, der Molekularbiologie und in der Gentechnologie haben der biomedizinischen Forschung außergewöhnliche Möglichkeiten eröffnet und bieten vielversprechende Aussichten zur Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität der Menschen. Es besteht dann die Möglichkeit, bessere und schnellere diagnostische Maßnahmen, neue Impfstoffe und Arzneimittel zu entwickeln. Gleichzeitig besteht aber auch die Gefahr, dass die Forschung möglicherweise für die Entwicklung stärkerer biologischer Waffen und damit zur Verbreitung neuer Infektionskrankheiten missbraucht wird. Es dürfte schwierig sein, legitime biomedizinische Forschungsarbeiten von den Forschungsarbeiten skrupelloser Wissenschaftler, deren einziges Ziel darin besteht, noch wirkungsvollere biologische Waffen herzustellen, zu unterscheiden.

12. Die in der biomedizinischen Forschung tätigen Ärzte haben die moralische und ethische Pflicht, die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass ihre Forschungsergebnisse zur Realisierung böswilliger Ziele verwendet werden könnten. Durch die bewusste oder versehentliche genetische Veränderung von Mikroorganismen könnten Organismen geschaffen werden, die virulenter und antibiotikaresistent sind oder eine größere Widerstandsfähigkeit in der Umgebung haben.
Die genetische Modifizierung von Mikroorganismen könnte deren Immunogenität so verändern, dass sie in der Lage wären, die natürlichen oder durch Impfstoffe erzeugten Immunitätsbarrieren zu durchbrechen. Durch die Fortschritte in der Gentechnologie und der Gentherapie könnte das Immunreaktionssystem der Zielbevölkerung so modifiziert werden, dass die Anfälligkeit für einen Krankheitserreger erhöht oder reduziert oder die Funktionsfähigkeit der normalen Gene (*host genes*) gestört wird.

13. Jegliche Art von Forschung mit dem ausschließlichen Ziel der Herstellung biologischer Waffen muss verurteilt werden. Als Wissenschaftler und Humanisten haben Ärzte eine gesellschaftliche Verantwortung, wissenschaftliche Forschung zum Zwecke der Herstellung biologischer Waffen zu verurteilen und in aller Schärfe den Einsatz der Biotechnologie und der Informationstechnologie zu diesem Zweck abzulehnen.

14. Ärzte und Ärzteorganisationen spielen eine wichtige gesellschaftliche Rolle bei der Forderung eines weltweiten Verbots von biologischen Waffen, bei der Verurteilung ihres Einsatzes, der rigorosen Ablehnung unethischer und unerlaubter Forschung und bei der Versorgung der leidtragenden Menschen bei einem Angriff mit biologischen Waffen.

E. Empfehlungen

15. Dass der Weltärztebund und die nationalen Ärzteorganisationen auf der ganzen Welt eine aktive Rolle bei der Förderung eines internationalen Ethos übernehmen, der die Entwicklung, die Herstellung oder den Einsatz von Giftstoffen und biologischen Kampfstoffen verurteilt, für die es keine prophylaktische oder präventive Rechtfertigung gibt und die keinen friedlichen Zwecken dienen.

16. Dass der Weltärztebund, die nationalen Ärzteorganisationen und die im Gesundheitswesen Tätigen auf der ganzen Welt gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation, den Vereinten Nationen und anderen entsprechenden Organisationen die Einrichtung eines internationalen Gremiums bestehend aus führenden Persönlichkeiten aus der Medizin und dem Bereich der öffentlichen Gesundheit unterstützen, um die von den biologischen Waffen ausgehende Bedrohung zu überwachen, Maßnahmen zu ergreifen, um die Weiterverbreitung von Biowaffen zu verhindern sowie einen koordinierten Plan zur weltweiten Überwachung von Infektionskrankheiten zu entwickeln.

17. Dieser Plan sollte Folgendes beinhalten: (a) internationale Berichtssysteme zur verstärkten Überwachung und Kontrolle von Infektionskrankheiten; (b) die Entwicklung eines effektiven Verifikationsprotokolls im Rahmen der VN-Konvention über biologische und toxische Waffen; (c) Unterrichtung der Ärzte und der im Bereich der öffentlichen Gesundheit Tätigen über neue Infektionskrankheiten und neue biologische Waffen; (d) Ausbau der Laborkapazitäten zur Identifizierung biologischer Krankheitserreger; (e) Verfügbarkeit geeigneter Impfstoffe und Arzneimittel; und (f) Bereitstellung finanzieller und technischer Mittel sowie von Forschungsmitteln, um die mit dem Einsatz biologischer Waffen und anderer Krankheitserreger verbundenen Gefahren und Bedrohungen zu reduzieren.

18. Dass der Weltärztebund die Ärzte zur besonderen Wachsamkeit auffordert, wenn unerklärliche Krankheits- und Todesfälle auftreten; außerdem sollten die Ärzte über die Möglichkeiten zur Bekämpfung und Prävention von Krankheiten verfügen, um auf ungewöhnliche Krankheitsbilder und -symptome entsprechend reagieren zu können.

19. Dass der Weltärztebund Ärzte, nationale Ärzteorganisationen und andere medizinische Gesellschaften auffordert, mit lokalen, nationalen und internationalen Gesundheitsbehörden bei der Entwicklung und Implementierung von Katastrophenschutzplänen gegen bioterroristische Anschläge und natürliche Infektionskrankheiten zusammenzuarbeiten. Diese Pläne sollten als Basis für die Unterrichtung von Ärzten und der Öffentlichkeit dienen.

20. Dass der Weltärztebund alle in der biomedizinischen Forschung tätigen Ärzte auffordert, über die Folgen und möglichen Anwendungen ihrer Arbeit nachzudenken und zu gewährleisten, dass die Ziele ihrer wissenschaftlichen Forschung im Einklang stehen mit ihrer ethischen Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.

Oktober 1999 17.777
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
über

Patente auf medizinische Verfahren

verabschiedet von der
51. Generalversammlung des Weltärztebundes
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 Patienten 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 geheim zuhalten 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.

MEC/Advocacy/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Vertretung der Patienteninteressen

verabschiedet von der
45. Generalversammlung des Weltärztebundes
Budapest, Ungarn, Oktober 1993,
und revidiert von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

Ärzte haben die ethische Verpflichtung und berufliche Verantwortung, zum Wohle ihrer Patienten zu handeln, ungeachtet ihres Alters, Geschlechts, sexueller Ausrichtung, körperlicher Fähigkeit oder Behinderung, ihrer Rasse, Religion, Kultur, Überzeugungen, politischen Zugehörigkeit, finanzieller Mittel oder Nationalität.

Zu dieser Verpflichtung gehört auch die Vertretung der Patienteninteressen, sowohl von Gruppen (beispielsweise Unterstützung in Gesundheitsfragen) als auch von Einzelpersonen.

Diese Verpflichtung kann zuweilen mit anderen rechtlichen, ethischen und/oder beruflichen Pflichten eines Arztes im Widerspruch stehen und ihn in soziale, berufliche und ethische Schwierigkeiten bringen.

Die Pflicht des Arztes, sich für die Interessen seiner Patienten einzusetzen, kann zu potentiellen Konflikten in folgenden Zusammenhängen führen:

1. **Konflikt zwischen der Pflicht zur Vertretung der Patienteninteressen und zur Wahrung der Vertraulichkeit -** Ein Arzt ist ethisch und oftmals auch rechtlich verpflichtet, die persönlichen Gesundheitsinformationen eines Patienten sowie alle Informationen, die ihm der Patient im Laufe der Behandlung anvertraut, vertraulich zu behandeln. Dies kann mit der Pflicht des Arztes, die Interessen seiner Patienten zu vertreten und letztere zu schützen, in Konflikt stehen, wenn die Patienten dazu selbst nicht in der Lage sind.

2. **Konflikt zwischen Vertretung der Patienteninteressen und den Forderungen des Arbeitgebers oder Versicherungsträgers -** Oftmals gibt es einen potentiellen Konflikt zwischen der Pflicht eines Arztes, zum Wohle seiner Patienten zu handeln und den Forderungen des Arbeitgebers des Arztes oder des Versicherungsträgers, deren Entscheidungen von wirtschaftlichen oder administrativen Faktoren geprägt sind und keinen Bezug zur Gesundheit des Patienten haben. Ein Beispiel dafür könnten die Anweisungen eines Versicherers sein, nur ein bestimmtes Arzneimittel zu verschreiben, wohingegen der Arzt der Meinung ist, dass für einen bestimmten Patienten ein anderes

Arzneimittel besser wäre, oder die Weigerung eines Versicherers, die Kosten für eine Behandlung zu übernehmen, die der Arzt für notwendig hält.

3. **Konflikt zwischen der Vertretung der Interessen des einzelnen Patienten und den Interessen der Gesellschaft -** Obgleich es die oberste Pflicht des Arztes ist, zum Wohle seines Patienten zu handeln, kann der Arzt unter gewissen Umständen eine Verpflichtung gegenüber der Familie des Patienten und/oder der Gesellschaft haben. Dieser Fall könnte beispielsweise bei einem Konflikt zwischen dem Patienten und seiner Familie eintreten, bei minderjährigen oder vermindert zurechnungsfähigen Patienten oder bei begrenzten Ressourcen.

4. **Konflikt zwischen den Wünschen des Patienten und dem fachlichen Ermessen oder den moralischen Wertvorstellungen des Arztes -** Patienten können vermutlich am besten selbst ihre Interessen wahrnehmen und im allgemeinen sollte der Arzt auf die Wünsche seines Patienten eingehen. Diese Wünsche können jedoch manchmal im Widerspruch zum fachlichen Ermessen oder zu den persönlichen Wertvorstellungen des Arztes stehen.

Empfehlungen

1. Die Schweigepflicht ist von allergrößter Bedeutung und darf nur gebrochen werden, wenn der Arzt rechtlich oder ethisch verpflichtet ist, Informationen preiszugeben, um das Wohl des einzelnen Patienten, von Dritten oder der Gesellschaft zu schützen. In diesen Fällen muss der Arzt den Patienten unbedingt davon in Kenntnis setzen, dass er die Schweigepflicht aufheben muss und ihm die Gründe dafür erklären, es sei denn, davon ist stark abzuraten (beispielsweise weil dies zu einer Bedrohung führen könnte). In bestimmten Fällen, beispielsweise bei einem Gen- oder HIV-Test, sollte der Arzt vor der Durchführung des Tests mit seinem Patienten über Situationen sprechen, in denen möglicherweise eine Aufhebung der Schweigepflicht erforderlich ist.

   Ein Arzt sollte nur bei minderjährigen oder nicht geschäftsfähigen Patienten zu deren Schutz gegen die Schweigepflicht verstoßen (beispielsweise bei Missbrauch von Kindern oder älteren Menschen) und auch nur dann, wenn keine alternative Maßnahmen zur Verfügung stehen. In allen anderen Fällen darf ein Verstoß gegen die Schweigepflicht nur mit der ausdrücklichen Zustimmung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters erfolgen oder wenn dies für die Behandlung des Patienten erforderlich ist.

   Wenn die Schweigepflicht aufgehoben wird muss, dann nur in dem Maße, wie dies unbedingt erforderlich ist; die Informationen dürfen dann nur an die relevanten Personen bzw. die relevante Behörde weitergegeben werden.

2. Wenn die Verpflichtungen eines Arztes gegenüber seinem Patienten mit den administrativen Vorgaben des Arbeitgebers oder Versicherers kollidieren, dann muss der Arzt alles versuchen, damit der Arbeitgeber/Versicherungsträger die Entscheidung rückgängig macht. Die primäre Verpflichtung hat der Arzt gegenüber seinem Patienten.

Es sollten Mechanismen eingerichtet werden, um Ärzte zu schützen, die Entscheidungen von Arbeitgebern/Versicherern anfechten wollen, ohne dabei ihre Arbeitsplätze zu gefährden, und um Streitigkeiten über die Allokation von Ressourcen zwischen Ärzten und den für die Verwaltung Verantwortlichen beizulegen.

Mechanismen dieser Art sollten in den Arbeitsverträgen von Ärzten verankert sein. Aus diesen Arbeitsverträgen sollte eindeutig hervorgehen, dass die ethischen Verpflichtungen von Ärzten Vorrang haben vor rein mit dem Beschäftigungsverhältnis verbundenen vertraglichen Verpflichtungen.

3. Bevor er eine Entscheidung über die Behandlung trifft, sollte der Arzt wirtschaftliche und andere Faktoren kennen und diese berücksichtigen. Nichtsdestotrotz hat der Arzt gegenüber seinem Patienten die Verpflichtung, sich dafür einzusetzen, dass er die bestmögliche Behandlung erhält.

Bei Konflikten zwischen der Verpflichtung des Arztes gegenüber seinem Patienten und seiner Verpflichtung gegenüber der Familie des Patienten oder der Gesellschaft sollte die Verpflichtung gegenüber seinem Patienten immer Vorrang haben.

4. Zurechnungsfähige Patienten haben aufgrund ihrer Bedürfnisse, Wertvorstellungen und Präferenzen das Recht zu bestimmen, welche Behandlung unter den gegebenen Umständen für sie am besten ist.

Wenn es sich nicht um einen Notfall handelt, darf von Ärzten nicht verlangt werden, an Verfahren mitzuwirken, die im Widerspruch zu ihren persönlichen Wertvorstellungen oder ihrem fachlichen Ermessen stehen. In diesen Fällen sollte der Arzt dem Patienten erklären, warum er den Wünschen des Patienten nicht nachkommen kann. Der Patient sollte dann gegebenenfalls an einen anderen Arzt überwiesen werden.

MEC/Animal/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Biomedizinischen Forschung an Tieren

verabschiedet von der
41. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hongkong, September 1989, und
revidiert von der 57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

Präambel

1. 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. Diese gewalttätigen Angriffe werden zwar nur von einer relativ kleinen Zahl von Aktivisten durchgeführt im Vergleich zu den friedlich protestierenden Tierschützern, sie haben jedoch starke und weit reichende Folgen.

2. Die Auswirkungen dieser gewalttätigen Tierschutzaktionen, die weltweit durchgeführt werden, sind erstaunlich. Verschiedene Tierschutzgruppen haben die Verantwortung für die Bombardierung von Autos, Einrichtungen, Geschäften und Privathäusern von Forschern übernommen.

3. 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.

4. Trotz der Bemühungen vieler Gruppen, die biomedizinische Forschung vor radikalen 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.

5. Obwohl die korrekt durchgeführte 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.

6. 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. Außerdem müssen die Rechte der in der medizinischen Forschung eingesetzten Tiere sowie die Pflichten derjenigen, die die Versuche durchführen, klar formuliert sein.

Der Weltärztebund bekräftigt daher folgende Grundsätze:

7. Biomedizinische Forschung an Tieren ist für den kontinuierlichen medizinischen Fortschritt notwendig.

8. Die Deklaration des Weltärztebund von Helsinki fordert, dass der biomedizinischen Forschung am Menschen gegebenenfalls Tierversuche vorausgehen sollen, fordert aber gleichzeitig, dass das Wohlergehen der in der Forschung eingesetzten Tiere respektiert wird.

9. Humane Behandlung von Tieren, die für die biomedizinische Forschung verwandt werden, ist notwendig und Forschungseinrichtungen müssen die Hauptgrundsätze der menschlichen Behandlung von Tieren erfüllen. Diese Grundsätze müssen allen Forschern während ihrer Ausbildung vermittelt werden.

10. Tiere sollten in der biomedizinischen Forschung nur dann eingesetzt werden, wenn dies für die Erzielung eines wichtigen Ergebnisses unumgänglich ist und keine Alternative zur Verfügung steht.

11. Tierversuchen dürfen nicht wiederholt werden, es sei denn, sie sind wissenschaftlich gerechtfertigt.

12. Die Verwendung von Tieren zur überflüssigen Erprobung von Kosmetika und ihrer Ingredienzen, von Alkoholika und Tabakerzeugnissen ist abzulehnen.

13. Obwohl das Recht auf freie Meinungsäußerung nicht verletzt werden soll, muss das anarchistische Element unter den Tierschützern verurteilt werden.

14. Mittel der Bedrohung, der Einschüchterung, der Gewalt und persönlichen Belästigung von Wissenschaftlern und ihrer Familien sollte international verurteilt werden.

15. Maximale koordinierte Bemühungen internationaler Rechtsschutzorganisationen sollten angestrebt werden, um Forscher und Forschungseinrichtungen vor Aktionen terroristischer Art zu schützen.

MEC/ChildAbuse/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern

verabschiedet von der
36. Generalversammlung des Weltärztebundes
Singapur, Oktober 1984, und
revidiert von der 41. Generalversammlung des Weltärztebundes
Hongkong, September 1989, und von der 42. Generalversammlung des Weltärztebundes
Rancho Mirage, USA, Oktober 1990, und von der 44. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Marbella, Spanien, September 1992, und von der 47. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Bali, Indonesien, September 1995, und von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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:

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. Die Diagnose von Kindern, die vermutlich misshandelt worden sind, sollte von qualifizierten Pädiatern durchgeführt werden, die zudem große Erfahrungen in der Diagnose missbrauchter Kinder haben. Die ärztliche Diagnose muss auf das Alter, die Verletzungen und den Gesundheitszustand zugeschnitten sein und kann - ohne darauf beschränkt zu sein - eine Blutuntersuchung, eine Röntgenaufnahme der vorhandenen Traumen sowie einen Bericht über beobachtetes Verhalten des Kindes und einen Entwicklungsbericht enthalten. Dringend empfohlen werden weitere Röntgenaufnahmen bei Kindern, die schwerwiegende, offensichtlich auf Misshandlung zurückzuführende Verletzungen aufweisen.

9. Zur ärztlichen Diagnose und Behandlung sexuell missbrauchter Kinder gehören eine vollständige Anamnese und Untersuchung, da körperlicher und sexueller Missbrauch oftmals einhergehen; eine körperliche Untersuchung der Genitalien und des Anus; die Sammlung und Verwendung von Beweismaterial, einschließlich Photos; und die Behandlung und/oder Verhinderung von Schwangerschaften und Geschlechtskrankheiten.

10. 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.

11. Da die Symptome einer Misshandlung oftmals subtil sind, sollte die Diagnose ausführliche und behutsame Gespräche mit dem Kind, den Eltern, den Fürsorgeberechtigten und den Geschwistern umfassen. Widersprüche zwischen der/den Erklärung(en) und den charakteristischen Merkmalen der Verletzung(en) wie Schweregrad, Art und Alter, lassen in der Regel auf eine Misshandlung schließen.

12. Bei jedem Kind, das in eine medizinische Einrichtung eingeliefert wird, müssen zuallererst die akuten medizinischen und mentalen Gesundheitsprobleme behandelt werden. Besteht der Verdacht auf eine Misshandlung, müssen vor der Entlassung aus der medizinischen Einrichtung Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden. Dies können folgende Maßnahmen sein:

    a) Meldung aller Verdachtsfälle an die Kinderschutzorganisationen;

b) In der ersten Ermittlungsphase Einweisung misshandelter und schutzbedürftiger Kinder ins Krankenhaus;
c) Mitteilung der Diagnose an die Eltern, wenn sicher ist, dass letztere die Diagnose verkraften; und
d) Bericht über die Verletzungen an die Hilfsorganisationen.

13. Falls die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich wird, muss unverzüglich festgestellt werden, welche physischen, emotionalen und Entwicklungsprobleme vorliegen. Diese umfassende Untersuchung sollte von fachkundigen Ärzten oder einem multidisziplinären Team von Ärzten, die in der Behandlung misshandelter Kinder erfahren sind, vorgenommen werden.

14. 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.

15. Während der Untersuchungen müssen unbedingt Aufzeichnungen im Krankenblatt vorgenommen werden, da diese Eintragungen bei späteren Gerichtsverhandlungen von ausschlaggebender Bedeutung sein können.

16. 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.

17. Maßnahmen 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.

18. 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.

19. Ärzte sollten die Entwicklung neuartiger Programme unterstützen, die dazu dienen, ärztliches Wissen und ärztliche Zuständigkeit auf dem Gebiet der Kindesmisshandlung und Kinderverwahrlosung zu vertiefen. Ärzte sollten während ihrer ärztlichen Grundausbildung eingehendes Wissen über Kindesmisshandlung und Kinderverwahrlosung erwerben.

In Fällen von Kindesmisshandlungen muss die ärztliche Schweigepflicht im Interesse des Kindes aufgehoben werden. 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.

Erstvorlage : März 2002 MEC/Commerce/2004

Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes zum Verhältnis von Ärzten und Wirtschaftsunternehmen

verabschiedet von der
55. Generalversammlung des Weltärztebundes in
Tokio, Oktober 2004

Präambel

1. Bei der Behandlung ihrer Patienten verwenden Ärzte Arzneimittel, Instrumente, diagnostische Hilfsmittel und Geräte, die von Wirtschaftsunternehmen entwickelt und hergestellt werden. Die Industrie verfügt über die Ressourcen zur Finanzierung von kostspieligen Forschungsprojekten und Entwicklungsprogrammen, für deren Durchführung aber auch die Sachkenntnis und Erfahrung von Ärzten erforderlich ist. Darüber hinaus ermöglicht die Unterstützung der Industrie die Förderung medizinischer Forschung, wissenschaftlicher Konferenzen und ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen, was den Patienten und dem gesamten Gesundheitssystem zugute kommen kann. Durch die Verbindung von der Industrie zur Verfügung gestellter finanzieller Mittel und des medizinischen Fachwissens des einzelnen Arztes wird die Entwicklung neuer diagnostischer Verfahren, Medikamente, Therapien und Behandlungen ermöglicht, was zu großen Fortschritten in der Medizin führen kann.

2. Es gibt jedoch auch Interessenkonflikte zwischen Wirtschaftsunternehmen und Ärzten, die die Versorgung der Patienten und die Reputation der Ärzte beeinträchtigen können. Die Pflicht des Arztes ist es, objektiv zu beurteilen, was das Beste für den Patienten ist, wohingegen die Eigentümer der Wirtschaftsunternehmen von letzteren erwarten, Gewinne zu erwirtschaften, indem sie ihre Produkte verkaufen und Kunden gewinnen. Kommerzielle Überlegungen können die Objektivität des Arztes beeinträchtigen, vor allem dann, wenn der Arzt in irgendeiner Weise von dem Wirtschaftunternehmen abhängig ist.

3. Statt jegliche Art von Beziehung zwischen Ärzten und Industrie zu verbieten, sollte man vielmehr Leitlinien für derartige Beziehungen erstellen. In diesen Leitlinien müssen die Hauptgrundsätze der Aufdeckung und Vermeidung offensichtlicher Interessenkonflikte sowie die klinische Autonomie des Arztes, im besten Interesse seiner Patienten zu handeln, enthalten sein.

4. Diese Leitlinien sollten als Grundlage für die Überarbeitung bestehender und für die Entwicklung künftiger Leitlinien dienen.

5. Ärzte können an Ärztekongressen teilnehmen, die ganz oder teilweise von einem Wirtschafts-unternehmen gesponsert werden, wenn diese den folgenden Grundsätzen entsprechen:

5.1 Hauptziel des Ärztekongresses ist der Austausch beruflicher oder wissenschaftlicher Informationen.

5.2 Die Gastfreundlichkeit während des Kongresses ist dem Austausch beruflicher Informationen untergeordnet und übersteigt nicht das ortsübliche allgemein akzeptable Maß.

5.3 Ärzte nehmen keine Bezahlung direkt von einem Wirtschaftsunternehmen zur Deckung ihrer Reisekosten und ihrer Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung während des Kongresses oder als Zeitaufwandsentschädigung an, es sei denn, dies entspricht den Rechtsvorschriften und den entsprechenden Regelungen der nationalen Ärzteorganisation.

5.4 Der Name eines Wirtschaftsunternehmens, das den Kongress finanziell unterstützt, wird veröffentlicht, so dass die Ärzteschaft und die Öffentlichkeit die vorgetragenen Erkenntnisse in Kenntnis der Mittelherkunft beurteilen können. Darüber hinaus legen Kongressveranstalter und Referenten gegenüber den Kongressteilnehmern alle eventuellen finanziellen Verbindungen offen, die sie zu Herstellern von auf der Veranstaltung genannten Produkten bzw. zu Herstellern von Konkurrenzprodukten haben.

5.5 Die Präsentation von Material durch einen Arzt erfolgt wissenschaftlich genau und unvoreingenommen, stellt einen ausgewogenen Überblick möglicher Behandlungsoptionen dar und wird nicht von dem sponsernden Unternehmen beeinflusst.

5.6 Eine Konferenz kann nur als ärztliche Fortbildung/kontinuierliche berufliche Entwicklung (CME/CPD) anerkannt werden, wenn sie den folgenden Grundsätzen entspricht:

5.6.1 Gewerbliche Unternehmen, wie etwa Pharmafirmen, die als Sponsoren auftreten, haben keinerlei Einfluss auf den Inhalt, die Präsentation, die Auswahl der Vortragenden oder die Veröffentlichung von Ergebnissen.

5.6.2 Mittel für den Kongress werden nur als Beitrag zur Deckung der Allgemeinkosten der Veranstaltung angenommen.

Geschenke

6. *Ärzte dürfen ein Geschenk eines Industrieunternehmens nur annehmen, wenn dies nach den Rechtsvorschriften und den entsprechenden Regelungen der nationalen Ärzteorganisation erlaubt ist und folgende Bedingungen erfüllt sind:*

   Das Geschenk hat nur nominellen Wert.

   6.2 Es handelt sich nicht um ein Bargeldgeschenk.

   6.3 Selbst wenn ein Geschenk nur einen nominellen Wert hat, darf es nicht angenommen werden, wenn damit die Forderung an den Arzt verbunden ist, ein bestimmtes Medikament zu verschreiben, bestimmte Instrumente oder Materialien zu verwenden oder Patienten an eine bestimmte Einrichtung zu überweisen.

Forschung

7. Ein Arzt darf - entweder allein oder in einem institutionellen Rahmen - von einem Industrieunternehmen finanzierte Forschungsarbeiten durchführen, wenn dabei folgenden Grundsätzen entsprochen wird:

   7.1 Bei der Durchführung der Forschungsarbeiten untersteht der Arzt ausschließlich dem Gesetz und lässt sich von ethischen Grundsätzen und den Leitlinien der Deklaration von Helsinki sowie von seinem ärztlichem Urteilsvermögen leiten; er duldet keinerlei externen Druck hinsichtlich der Ergebnisse seiner Forschungsarbeit oder deren Veröffentlichung.

   7.2 Ein Arzt oder eine Einrichtung, der/die die Durchführung von Forschungsarbeiten plant, hat, wenn möglich, mehr als ein Unternehmen auf die Finanzierung dieser Forschungsaktivitäten anzusprechen.

   7.3 Identifizierbare Informationen über Patienten oder freiwillige Testpersonen werden dem sponsernden Unternehmen nicht ohne Zustimmung der betreffenden Personen zugänglich gemacht.

   7.4 Die Vergütung eines Arztes für seine Forschungsarbeiten erfolgt auf der Grundlage seines Zeit- und Arbeitsaufwandes und steht in keinerlei Zusammenhang mit den Forschungsergebnissen.

   7.5 Die Ergebnisse von Forschungsarbeiten werden mit dem Namen des Sponsors publiziert zusammen mit einer Erklärung, wer diese Forschungsarbeiten erbeten hat. Dies gilt ungeachtet dessen, ob die Finanzierung direkt oder indirekt erfolgt und die Forschungsarbeiten in vollem Umfange oder nur zum Teil finanziert werden.

7.6 Wirtschaftsunternehmen haben keinen Einfluss auf die Veröffentlichung von Forschungsergebnissen. Wenn Forschungsergebnisse nicht veröffentlicht werden, insbesondere wenn es sich um negative Ergebnisse handelt, kann dies dazu führen, dass Forschungsarbeiten unnötigerweise wiederholt werden und damit künftigen Testpersonen potentieller Schaden zugefügt wird.

Verbindungen zu Wirtschaftsunternehmen

8. Ein Arzt darf keine Verbindung zu einem Wirtschaftsunternehmen haben, beispielsweise als Berater oder Mitglied in einem beratendem Gremium, es sei denn, die Verbindung entspricht den folgenden Grundsätzen:

8.1 Die Verbindung stellt keine Gefährdung der Integrität des Arztes dar.

8.2 Die Verbindung hat keinerlei Auswirkungen auf die Verpflichtungen des Arztes gegenüber seinen Patienten.

8.3 Verbindungen und / oder Beziehungen zu Wirtschaftsunternehmen sind in allen relevanten Situationen, beispielsweise bei Vorträgen, in Artikeln und Berichten, offen zu legen.

September 2003 MEC/Denounce Torture/Oct2007
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
über die

Verantwortung der Ärzte für die Dokumentation und Anzeige von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung

verabschiedet von der 54. Generalversammlung des Weltärztebundes in Helsinki, Finnland, September 2003 und geändert von der 58. Generalversammlung des Weltärztebundes in Kopenhagen, Dänemark, Oktober 2007

Der Weltärztebund,

1. in Anbetracht der Präambel der Charta der Vereinten Nationen vom 26. Juni 1945 mit ihrer feierlichen Verkündung des Glaubens der Völker der Vereinten Nationen an die grundlegenden Menschenrechte, die Würde und den Wert des Menschen,

2. in Anbetracht der Präambel der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948 mit ihrer Aussage, dass Verkennung und Missachtung der Menschenrechte zu Akten der Barbarei führten, die das Gewissen der Menschheit tief verletzt haben,

3. in Anbetracht von Artikel 5 dieser Erklärung, wonach niemand der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung unterworfen werden darf,

4. in Anbetracht der Amerikanischen Menschenrechtskonvention, die von der Organisation amerikanischer Staaten am 22. November 1969 verabschiedet wurde und am 18. Juli 1978 in Kraft trat sowie der Interamerikanischen Konvention zur Verhütung und Bestrafung der Folter, die am 28. Februar 1987 in Kraft trat,

5. in Anbetracht der Deklaration von Tokio, die der Weltärztebund 1975 verabschiedete und in der das Verbot jeder Form ärztlicher Beteiligung oder der Anwesenheit eines Arztes bei Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung bekräftigt wird,

6. in Anbetracht der Deklaration von Hawaii, die die World Psychiatric Association 1977 verabschiedete,

7. in Anbetracht der Deklaration von Kuwait, die die International Conference of Islamic Medical Associations 1981 verabschiedete,

8. in Anbetracht der Grundsätze der medizinischen Ethik in Bezug auf die Rolle von Gesundheitspersonal, insbesondere Ärzten, beim Schutz von Gefangenen und Häftlingen vor Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe, wie sie am 18. Dezember 1982 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurden und namentlich von Grundsatz 2, in dem es heißt: „Es handelt sich um einen schweren Verstoß gegen die medizinische Ethik…, wenn Gesundheitspersonal, insbesondere Ärzte, sich aktiv oder passiv zu Handlungen hergeben, die eine Beteiligung, Komplizenschaft, Anstiftung oder den Versuch darstellen, Folter oder eine andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung vorzunehmen…“,

9. in Anbetracht des Übereinkommens gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, das im Dezember 1984 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurde und am 26. Juni 1987 in Kraft trat,

10. in Anbetracht des Europäischen Übereinkommens zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe, das am 26. Juli 1987 vom Europarat verabschiedet wurde und am 1. Februar 1989 in Kraft trat,

11. in Anbetracht der Resolution über Menschenrechte, die im Oktober 1990 in Rancho Mirage vom Weltärztebund auf der 42. Generalversammlung verabschiedet und von der 45., der 46. und der 47. Generalversammlung geändert wurde,

12. in Anbetracht der Deklaration von Hamburg, die im November 1997 vom Weltärztebund auf der 49. Generalversammlung verabschiedet wurde und die Ärzte zum individuellen Protest gegen Misshandlung und die internationalen medizinischen Organisationen zur Unterstützung der Ärzte bei derartigen Maßnahmen aufruft,

13. in Anbetracht des Protokolls von Istanbul (Handbuch für die effektive Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe), das am 4. Dezember 2000 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurde,

14. in Anbetracht des Übereinkommens über die Rechte des Kindes, das im November 1989 von den Vereinten Nationen verabschiedet wurde und am 2. September 1990 in Kraft trat sowie

15. in Anbetracht der WMA-Deklaration von Malta über Hungerstreikende, die im November 1991 von der 43. Weltärzteversammlung auf Malta verabschiedet und im Oktober 2006 von der WMA-Generalversammlung in Pilanesberg (Südafrika) geändert wurde,

In der Erkenntnis,

16. dass eine sorgfältige und konsistente Dokumentation und Anzeige durch Ärzte von Fällen der Folter und der dafür Verantwortlichen zum Schutz der körperlichen und geistigen Integrität der Opfer sowie ganz allgemein zum Kampf gegen eine schwer wiegende Verletzung der Menschenwürde beiträgt,

17. dass Ärzte durch Ermittlung der Folgen und Behandlung von Folteropfern, ob nun frühzeitig oder erst lange nach dem Vorfall, vorrangige Zeugen für eine derartige Menschenrechts¬verletzung darstellen,

18. dass die Opfer wegen der psychischen Folgen, unter denen sie leiden oder des auf sie ausgeübten Drucks oft nicht in der Lage sind, gegen die Personen selbst Klagen vorzubringen, die für die von ihnen erlittenen Misshandlungen verantwortlich sind,

19. dass das Unterlassen einer Dokumentation und einer Anzeige von Folter als Form der Duldung und der unterlassenen Hilfeleistung gegenüber den Opfern betrachtet werden kann,

20. dass in Berufsordnungen die medizinische Ethik und die Gesetzestexte jedoch keinen konsistenten und ausdrücklichen Hinweis auf die Verpflichtung der Ärzte enthalten, ihnen bekannte Fälle von Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung zu dokumentieren, zu melden oder anzuzeigen,

Empfiehlt den nationalen Ärzteorganisationen

1. den Versuch, sicherzustellen, dass Häftlinge oder Opfer von Folter oder Grausamkeit oder Misshandlung Zugang zu unverzüglicher und unabhängiger Gesundheitsversorgung erhalten; den Versuch, sicherzustellen, dass Ärzte eine Bewertung und Dokumentation von Folter- oder Misshandlungssymptomen in die Patientenunterlagen aufnehmen; unter Berücksichtigung von Schutzmaßnahmen, die eine Gefährdung von Häftlingen vermeidet.

2. die Förderung des Bewusstseins für das Istanbul Protokoll und seine Grundsätze zur effektiven Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung; dies sollte unter Anwendung verschiedener Methoden der Informationsverbreitung, einschließlich Schulungen, Veröffentlichungen und Internetdokumenten, erfolgen;

3. die Verbreitung des Istanbul Protokolls in der Ärzteschaft;

4. die Förderung der Schulung von Ärzten in der Ermittlung verschiedener Formen der Folter, der Erkennung physischer und psychischer Symptome im Anschluss an spezifische Formen der Folter und in der Anwendung der in dem Protokoll von Istanbul vorgesehenen Dokumentationstechniken zur Erstellung einer Dokumentation, die in Gerichts- oder Verwaltungsverfahren als Beweismittel genutzt werden kann;

5. die Förderung des Bewusstseins für den Zusammenhang zwischen den Untersuchungsbefunden, dem Verstehen der Foltermethoden und dem von den Patienten behaupteten Missbrauch;

6. die Unterstützung der Erstellung qualitativ hochwertiger ärztlicher Berichte in Bezug auf Folteropfer zur Vorlage bei Gericht und bei Verwaltungsstellen;

7. den Versuch, sicherzustellen, dass Ärzte das Prinzip des Informed Consent (Einwilligung nach Aufklärung) befolgen und es vermeiden, bei der Bewertung oder Dokumentation von Anzeichen von Folter und Misshandlung Personen in Gefahr zu bringen;

8. den Versuch, sicherzustellen, dass Ärzte zur Vermeidung einer Gefährdung von Häftlingen die erforderlichen Schutzmaßnahmen beachten, wenn sie eine Bewertung und Dokumentation von Folter- oder Misshandlungssymptomen in die Patientenunterlagen aufnehmen;

9. die Unterstützung der Annahme ethischer Vorschriften und gesetzlicher Bestimmungen in ihrem Land

9.1 mit dem Ziel, die ethische Verpflichtung für Ärzte zu bekräftigen, ihnen bekannte Folterungen oder grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung zu melden oder anzuzeigen; je nach den Umständen wird der Bericht oder die Anzeige ärztlichen, gerichtlichen, inländischen oder internationalen Stellen, Nichtregierungsorganisationen oder dem Internationalen Strafgerichtshof zugesandt. Ärzte sollten dabei eingedenk der Ziffer 68 des Istanbul Protokolls nach eigenem Ermessen handeln;

9.2 dazu wird eine ethische und gesetzliche Befreiung von der beruflichen Schweigepflicht eingeführt, die es dem Arzt gestattet, Missbrauchsfälle – nach Möglichkeit mit Einwilligung des Betroffenen – zu melden, dies aber auch unter bestimmten Umständen, wenn das Opfer sich nicht frei äußern kann, ohne dessen ausdrückliche Einwilligung zu tun;

9.3 die Ärzte sind davor zu warnen, Personen in Gefahr zu bringen, indem sie ein Opfer mit Namen nennen, das sich in Haft befindet, Einschränkungen oder Bedrohungen unterliegt oder sich in einer psychisch belastenden Situation befindet;

10. die Bereitstellung aller zweckdienlichen Informationen über Meldeverfahren, insbesondere in Bezug auf die nationalen Behörden, Nichtregierungsorganisationen und den Internationalen Strafgerichtshof.

[1] Istanbul Protokoll, Ziffer 68: „In manchen Fällen stehen zwei ethische Verpflichtungen miteinander in Konflikt. Internationalen Kodizes und ethischen Prinzipien zufolge müssen Informationen über Folter oder Misshandlung einer zuständigen Stelle gemeldet werden. In manchen Rechtssystemen ist dies auch gesetzlich vorgeschrieben. In anderen Fällen lehnen Patienten es jedoch unter Umständen ab, sich für solche Zwecke untersuchen zu lassen oder den Untersuchungsbefund anderen offen legen zu lassen. Sie fürchten möglicherweise Repressalien gegenüber sich selbst oder ihren Angehörigen. In solchen Situationen tragen Gesundheitsarbeiter eine doppelte Verantwortung: gegenüber dem Patienten wie auch der Gesamtgesellschaft, der daran gelegen ist, dass der Gerechtigkeit Genüge getan wird und Täter von Missbrauchshandlungen vor Gericht gestellt werden. Der Grundsatz der Schadensvermeidung muss bei einem Dilemma dieser Art im Vordergrund stehen. Heilberufler sollten Lösungen anstreben, die zu mehr Gerechtigkeit beitragen, ohne dem Anspruch des Einzelnen auf Vertraulichkeit Abbruch zu tun. Hier sollten verlässliche Stellen um Rat angegangen werden. Bisweilen können das die nationale medizinische Vereinigung oder eine Nichtregierungsorganisation sein. Ersatzweise stimmen zögernde Patienten, wenn sie dazu ermutigt werden, unter Umständen doch einer Offenlegung innerhalb eines vereinbarten Rahmens zu.“

MEC/Disasters/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Ärztlichen Ethik im Katastrophenfall

verabschiedet von der 46. Generalversammlung
des Weltärztebundes
Stockholm, Schweden, September 1994, und revidiert von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

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, einer großen Zahl von Opfern und/oder zu erheblichen gesellschaftlichen Unruhen führen kann. Diese Definition 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 Überlebenden, die verletzt sind oder deren Gesundheit in Gefahr ist.

2. Ungeachtet ihrer Ursache sind Katastrophen durch mehrere Merkmale gekennzeichnet:

   a)ihr plötzliches und unerwartetes Auftreten, das sofortige Maßnahmen erfordert;

   b) Natur- oder Sachschäden, die den Zugang zu den Überlebenden erschweren und/oder gefährlich machen;

   c) Gesundheitsschäden durch die entstehende Umweltbelastung, das Seuchenrisiko und emotionale und psychologische Faktoren;

   d) ein Umfeld der Unsicherheit, das zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung die Präsenz der Polizei oder des Militärs erforderlich macht;

   e) Berichterstattung in den Medien.

   Katastrophen erfordern vielfältige Reaktionen und viele verschiedene Arten von Hilfsmaßnahmen vom Transport und der Versorgung mit Lebensmitteln bis hin zur medizinischen Versorgung. Neben Sicherheitskräften sind wahrscheinlich auch Ärzte in

diese koordinierten Operationen eingebunden. Diese Operationen erfordern eine effektive Zentralstelle zur Koordination von öffentlichen und privaten Maßnahmen. Rettungshelfer und Ärzte sind mit einer Ausnahmesituation konfrontiert, in der sie ihre Berufsethik der Situation anpassen müssen, um zu gewährleisten, dass die Behandlung der Überlebenden den ethischen Grundprinzipien entspricht und nicht durch andere Motivationen beeinflusst wird. 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 besondere ethische Herausforderungen dar.

Der Weltärztebund empfiehlt deshalb die folgenden ethischen Grundsätze und Verhaltensweisen in Bezug auf die Rolle des Arztes bei Katastrophen.

3. TRIAGE

3.1 Triage ist eine medizinische Entscheidung über Behandlungs- und Versorgungsprioritäten auf der Grundlage einer schnellen Diagnose und Prognose für jeden Patienten. Die Triage muss systematisch erfolgen, und zwar unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit, der Möglichkeit ärztlichen Eingreifens und der verfügbaren Ressourcen. Lebensnotwendige Wiederbelebungsmaßnahmen und Triage müssen möglicherweise gleichzeitig erfolgen. Aufgrund der begrenzten sofort zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten bezogen auf die große Zahl von Überlebenden mit unterschiedlich schweren Verletzungen kann die Triage ein ethisches Problem sein.

3.2 Idealerweise sollte die Triage bevollmächtigten, erfahrenen Ärzten oder einem Ärzteteam übertragen werden, die kompetenten Mitarbeiter zur Seite stehen.

3.3 Der Arzt sollte die Patienten in Gruppen unterteilen und sie anschließend auf der Grundlage nationaler Leitlinien nach der folgenden Präferenzreihenfolge behandeln:

a) Patienten in unmittelbarer Lebensgefahr, deren Leben gerettet werden kann, sollten sofort oder innerhalb der nächsten Stunden vorrangig behandelt werden;

b) Patienten, die sich nicht in unmittelbarer Lebensgefahr befinden und die dringende, aber nicht sofortige ärztliche Versorgung benötigen, sollten als nächstes behandelt werden;

c) Verletzte, die nur eine geringfügige Behandlung benötigen, können zu einem späteren Zeitpunkt oder von Rettungshelfern behandelt werden;

d) Personen mit psychischen Traumata müssen zwar nicht körperlich versorgt werden, benötigen jedoch möglicherweise Beruhigung oder Sedierung, wenn sie akut verstört sind;

e) Patienten, 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. Diese Patienten können als Fälle "jenseits der rettungsmedizinischen Möglichkeiten" klassifiziert werden.

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 Folgende Aussagen gelten für Fälle "jenseits der rettungsmedizinischen Möglichkeiten":

a) Es ist ethisch, wenn ein Arzt nicht darauf besteht, Patienten "jenseits der rettungsmedizinischen Möglichkeiten" unter allen Umständen zu behandeln und dabei vergeblich knappe Ressourcen verschwendet, die anderswo benötigt werden. Die Entscheidung, einen Verletzten nicht zu behandeln 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 Menschen zu retten. Dennoch muss der Arzt Mitleid für diese Patienten aufbringen und ihre Würde respektieren, indem er sie beispielsweise von anderen trennt und ihnen angemessene Schmerz- und Beruhigungsmittel verabreicht.

b) Das Handeln des Arztes muss sich nach den Bedürfnissen der Patienten und den verfügbaren Ressourcen richten. Er sollte versuchen, eine Reihenfolge der Prioritäten für die Behandlung aufzustellen, die die Rettung der größtmöglichen Zahl von Menschenleben und die Begrenzung der Morbidität auf ein Minimum ermöglicht.

4. VERHALTEN DEN PATIENTEN GEGENÜBER

4.1 Bei der Auswahl der zu rettenden Patienten sollte der Arzt nur die medizinischen Kriterien berücksichtigen und jegliche nichtmedizinische Überlegungen ausschließen.

4.2 Überlebenden einer Katastrophe muss der gleiche Respekt entgegengebracht werden wie anderen Patienten und sie sollten mit ihrer Zustimmung die bestmögliche zur Verfügung stehende Versorgung erhalten. Man sollte sich jedoch der Tatsache bewusst sein, dass die Einholung einer aufgeklärten Zustimmung im Katastrophenfall aufgrund des Zeitmangels eher unrealistisch ist.

5. UNMITTELBAR NACH DER KATASTROPHE

5.1 Unmittelbar nach der Katastrophe muss auf die Bedürfnisse der Überlebenden Rücksicht genommen werden. Viele haben vielleicht Familienangehörige verloren und stehen unter enormer psychischer Belastung. Die Würde der Überlebenden und ihrer Familien muss respektiert werden.

5.2 Der Arzt muss die Sitten und Gebräuche sowie die Religion der Patienten respektieren und in völliger Unvoreingenommenheit handeln.

5.3 Wenn möglich, sollten die entstandenen Schwierigkeiten und die Identifikation der Patienten gemeldet werden, um medizinische Nachuntersuchungen zu ermöglichen.

6. VERHALTEN GEGENÜBER DEN MEDIEN UND ANDEREN DRITTEN

Der Arzt ist jedem Patienten gegenüber verpflichtet, im Umgang mit 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. Dies bedeutet, dass Ärzte befugt sind, Reportern den Zugang zu Behandlungsräumen zu verweigern. Der Kontakt zu den Medien sollte immer von entsprechend geschultem Personal wahrgenommen werden.

7. PFLICHTEN DES ÄRZTLICHEN HILFSPERSONALS

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

8. AUSBILDUNG

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

9. HAFTUNG

Der Weltärztebund ruft die Regierungen und Versicherungsgesellschaften dazu auf, 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) die Anwesenheit von ausländischen Ärzten und bei entsprechender Qualifikation auch deren Hilfe zu akzeptieren ohne sie aufgrund von Faktoren wie ihrer Zugehörigkeit (Rotes Kreuz, Roter Halbmond, IKRK (Internationales Komitee vom Roten Kreuz) und andere anerkannte Organisationen), ihrer Rasse oder Religion zu diskriminieren;

b) der medizinischen Versorgung Vorrang vor Besuchen von Amtsträgern einzuräumen.

September 2003 MEC/EthicsDay/Sept2003
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zur

Festlegung eines einmal im Jahr stattfindenden Tags der ärztlichen Ethik

verabschiedet von der
54. Generalversammlung des Weltärztebundes
Helsinki, September 2003

In Anbetracht der Tatsache, dass die ärztliche Ethik seit der ersten Generalversammlung am 18. September 1947 ein Haupttätigkeitsbereich des Weltärztebundes ist, wird beschlossen, die nationalen Ärzteorganisationen darin zu bestärken, alljährlich den 18. September als "Tag der ärztlichen Ethik" zu feiern.

MEC/Genetics/Oct2005
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Genetik und Medizin

verabschiedet von der
56. Generalversammlung des Weltärztebundes
Santiago, Chile, 2005

A. Präambel

1. In den letzten Jahren hat es in der Genetik rapide Entwicklungen und Veränderungen gegeben. Die Gentherapie, die Gentechnologie und die Entwicklung neuer Technologien haben Möglichkeiten aufgezeigt, die noch vor Jahrzehnten unvorstellbar waren.

2. Das Projekt der Analyse des menschlichen Genoms hat neue Forschungsmöglichkeiten eröffnet. Auch in der medizinischen Versorgung konnte das Projekt erfolgreich angewendet werden; so können Ärzte ihre Kenntnisse über das menschliche Genom für die Diagnose einer künftigen Krankheit und für die individuelle Abstimmung einer medikamentösen Therapie (Pharmakogenomik) einsetzen.

3. Aus diesem Grund ist die Gentechnik zu einem integralen Bestandteil der Primärversorgung geworden. Während sich die Genetik einstmals ausschließlich mit relativ seltenen genetischen Störungen befasste, hat das Projekt der Analyse des menschlichen Genoms einen genetischen Beitrag für die Behandlung der verschiedensten Krankheiten geleistet. Aus diesem Grund sollten alle Ärzte über ausreichende Kenntnisse auf diesem Gebiet verfügen.

4. Die Genetik ist ein Bereich der Medizin mit enormen medizinischen, sozialen, ethischen und rechtlichen Auswirkungen. Der Weltärztebund hat diese Erklärung formuliert, um einige dieser Folgen aufzuzeigen und den Ärzten eine Orientierungshilfe zu geben. Diese Orientierungshilfen sollten in Übereinstimmung mit den Entwicklungen auf dem Gebiet der Genetik aktualisiert werden.

Wichtige Punkte:

Gentests

5. Die Identifikation von krankheitsrelevanten Genen hat zu einem Anstieg der Zahl der zur Verfügung stehenden Gentests geführt, mit denen eine Krankheit entdeckt oder das Risiko eines Menschen, an dieser Krankheit zu erkranken, festgestellt werden kann. Da Anzahl und Art dieser Tests und die dadurch entdeckten Krankheiten zunehmen, stellt sich die Frage nach der Zuverlässigkeit dieser Tests, eventueller Beschränkungen sowie die Folgen der Weitergabe der Testergebnisse. Außerdem steht die Fähigkeit von Ärzten, Testergebnisse zu interpretieren und ihre Patienten zu beraten, durch die Wissensproliferation vor großen Herausforderungen.

6. Gentests können vor der Eheschließung oder der Geburt eines Kindes durchgeführt werden, um das Vorhandensein von Genvektoren festzustellen, die die Gesundheit der Nachkommen beeinträchtigen könnten. Ärzte sollten Menschen mit einem erhöhten Risiko für genetische Krankheiten über die Möglichkeit von vorehelichen oder vorgeburtlichen Tests informieren und die genetische Beratung sollte Einzelpersonen oder Paaren angeboten werden, die diese Tests in Erwägung ziehen..

7. Genetische Beratung und Gentests während der Schwangerschaft sollten als Option angeboten werden. In Fällen, in denen nach der Diagnose ein medizinischer Eingriff nicht möglich ist, sollte dies dem Ehepaar vor ihrer Entscheidung für einen Test erklärt werden.

8. In den letzten Jahren sind Gentests mit dem Aufkommen der In-vitro-Fertilisation (IVF) auf genetische Präimplantationsdiagnosen von Embryonen (PGD) ausgeweitet worden. Dies kann eine sinnvolle Methode für ein Ehepaar sein, bei dem das Risiko, ein Kind mit einer genetischen Krankheit zu bekommen, sehr hoch ist.

9. Da das Ziel der Medizin die Behandlung ist, sollten genetische Untersuchungen, wenn keine Krankheit oder Behinderung vorliegt, nicht zur Erzeugung von Kindern mit zuvor festgelegten Merkmalen angewendet werden. Beispielsweise sollten genetische Untersuchungen nicht zur Bestimmung des Geschlechts eingesetzt werden, es sei denn, es liegt eine geschlechtsspezifische Krankheit vor. Desgleichen sollten Ärzte von der Anwendung dieser Untersuchungen absehen, wenn es darum geht, gesundheitlich nicht relevante Merkmale zu fördern.

10. Gentests sollten nur mit der aufgeklärten Zustimmung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden. Gentests zur Prädisposition für die Erkrankung sollten nur mit Zustimmung von Erwachsenen durchgeführt werden, es sei denn, es gibt eine Behandlung für die Krankheit und aufgrund der Testergebnisse könnte mit der Behandlung früher begonnen werden.

11. Die aufgeklärte Zustimmung zu Gentests sollte folgende Faktoren beinhalten:

    a. Die Grenzen von Gentests, einschließlich der Tatsache, dass das Vorhandensein eines spezifischen Gens zwar die Prädisposition für eine Krankheit, nicht aber die Krankheit selbst anzeigen kann und definitiv nicht als Anzeichen für die Entwicklung einer bestimmten Krankheit zu werten ist, insbesondere bei multifaktoriellen Störungen.

b. Die Tatsache, dass eine Krankheit in einer von mehreren Formen und in unterschiedlichen Schweregraden auftreten kann.

c. Informationen über die Art und Aussagekraft der aus den Testergebnissen resultierenden Informationen.

d. Die Vorteile von Gentests, einschließlich der Beseitigung der Unsicherheit und der Möglichkeit, aufgeklärte Entscheidungen zu treffen einschließlich der eventuellen Notwendigkeit, regelmäßige Untersuchungen und Check-ups zu erhöhen oder zu reduzieren und Maßnahmen zur Risikoreduktion zu implementieren.

e. Die Folgen eines positiven Ergebnisses sowie Prävention, Screening und/oder Behandlungsmöglichkeiten.

f. Die möglichen Folgen für die Familienangehörigen des betroffenen Patienten.

12. Hat ein positives Testergebnis Auswirkungen auf Dritte, beispielsweise enge Familienangehörige, sollte der Untersuchte darin bestärkt werden, mit seinen Familienangehörigen über die Testergebnisse zu sprechen. Falls die Nichtbekanntgabe der Ergebnisse zu einer direkten und unmittelbaren Bedrohung für das Leben oder die Gesundheit eines Menschen führt, kann der Arzt die Ergebnisse an Dritte weitergeben, er sollte aber in der Regel zuerst mit dem Patienten darüber sprechen. Steht der Arzt in Kontakt zu einem Ethikausschuss, sollte erst dieser Ethikausschuss konsultiert werden, bevor die Ergebnisse an Dritte weitergegeben werden.

Genetische Beratung

13. Eine genetische Beratung wird im Allgemeinen angeboten: vor der Empfängnis, um die Wahrscheinlichkeit der Missbildung eines Kindes vorherzusagen, während der Schwangerschaft, um den Zustand des Fötus festzustellen oder einem Erwachsenen, um die Anfälligkeit für eine bestimmte Krankheit festzustellen.

14. Frauen, die ein höheres Risiko haben, ein Kind mit einer bestimmten Krankheit zu bekommen, sollte eine genetische Beratung vor der Empfängnis oder während der Schwangerschaft angeboten werden. Erwachsene mit einem höheren Risiko für verschiedene Krankheiten wie beispielsweise Krebs, geistige Krankheit oder neurodegenerative Krankheiten, das getestet werden kann, sollten über die Möglichkeit einer genetischen Beratung informiert werden.

15. Aufgrund der mit Gentests verbundenen wissenschaftlichen Komplexität sowie der praktischen und emotionalen Folgen der Ergebnisse hält der Weltärztebund es für außerordentlich wichtig, Medizinstudenten und Ärzte in genetischer Beratung zu unterrichten und auszubilden, und zwar insbesondere in der vorsymptomatischen Diagnose von Krankheiten. In diesem Zusammenhang haben auch unabhängige genetische Berater eine wichtige Aufgabe. Der Weltärztebund ist sich darüber im Klaren, dass es sehr komplexe Situationen geben kann, in denen Experten auf dem Gebiet der medizinischen Genetik hinzugezogen werden müssen.

16. Jede genetische Beratung sollte freiwillig sein und das Recht des Patienten, einen Test abzulehnen, sollte respektiert werden.

17. Bei einer Beratung vor oder während der Schwangerschaft sollten die werdenden Eltern ausreichende Informationen erhalten, um eine aufgeklärte Entscheidung in Bezug auf eine Elternschaft treffen zu können; dabei sollten sie nicht von der persönlichen Einstellung des Arztes beeinflusst werden, d.h. Ärzte sollten nicht versuchen, ihre persönlichen moralischen Wertvorstellungen den werdenden Eltern zu eigen zu machen. Wenn Ärzte aus moralischen Gründen gegen eine Empfängnisverhütung oder Abtreibung sind, können sie grundsätzlich von einer genetischen Beratung oder Behandlung Abstand nehmen; sie sollten die werdenden Eltern jedoch darauf aufmerksam machen, dass ein potentielles genetisches Problem vorhanden ist und auf die Möglichkeit der Empfängnisverhütung oder Abtreibung sowie auf alternative Behandlungen, Gentests und genetische Beratungen hinweisen.

Vertraulichkeit der Ergebnisse

18. Wie alle medizinischen Unterlagen sollten auch die Ergebnisse von Gentests streng vertraulich behandelt werden und nicht ohne Einwilligung des Untersuchten an Dritte weitergegeben werden. In Punkt 12 werden Dritte genannt, die unter bestimmten Bedingungen über die Ergebnisse informiert werden können.

19. Ärzte sollten das Grundrecht unterstützen, demzufolge niemand aufgrund seiner genetischen Veranlagung von Arbeitgebern und Versicherungen diskriminiert werden darf.

Gentherapie und Genforschung

20. Die Gentherapie ist eine Kombination von Techniken zur Korrektur von defekten Genen, die Krankheiten verursachen, insbesondere im Bereich Onkologie, Hämatologie und Immunstörungen. Die Gentherapie ist noch keine aktive angewendete Therapie, sondern befindet sich noch im Stadium der klinischen Prüfung. Mit der kontinuierlichen Entwicklung dieses Gebietes werden jedoch auch auf der Grundlage der folgenden Leitlinien Fortschritte einhergehen:

    a. Für Gentherapien zum Zwecke der Forschung gilt die *Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki*, während Therapien zu Behandlungszwecken den Standards der ärztlichen Praxis und der ärztlichen Verantwortung entsprechen müssen.

    b. Es sollte stets die aufgeklärte Zustimmung des Patienten eingeholt werden, der sich der Therapie unterzieht. In dieser aufgeklärten Zustimmung sollten alle Risiken der Gentherapie genannt werden, einschließlich der Tatsache, dass sich der Patient eventuell mehreren Gentherapien unterziehen muss, das Risiko einer Immunreaktion sowie potentieller Probleme, die sich aus der Anwendung von Viralvektoren ergeben könnten.

    c. Eine Gentherapie sollte nur nach einer sorgfältigen Analyse der damit verbundenen Risiken und Vorteile und einer Evaluierung der vermuteten Wirksamkeit der Therapie im Vergleich zu den Risiken, Nebenwirkungen, der Verfügbarkeit und Wirksamkeit anderer Behandlungsmethoden durchgeführt werden.

21. Es ist derzeit möglich, einen Embryo zu screenen, damit bei einem Bruder/eine Schwester mit einer genetischen Störung eine Stammzelltherapie oder andere Therapien vorgenommen werden können. Dies kann als akzeptable medizinische Praxis betrachtet werden, wenn es keinerlei Anzeichen dafür gibt, dass der Embryo ausschließlich für diesen Zweck erzeugt worden ist.

22. Möglichst alle genetischen Entdeckungen sollten zwischen den Ländern ausgetauscht werden, damit alle Menschen davon profitieren und Doppelarbeit in der Forschung sowie das mit diesem Bereich der Forschung verbundene Risiko reduziert wird.

23. Wird genetische Forschung an großen Bevölkerungsgruppen vorgenommen, dann muss alles getan werden, um eine potentielle Stigmatisierung zu vermeiden.

Klonierung

24. Die neuesten Fortschritte in der Wissenschaft haben zur Klonierung eines Säugetieres geführt und eröffnen die Möglichkeit, diese Klonierungstechniken auch beim Menschen einzusetzen.

25. Klonierung umfasst einerseits das therapeutische Klonen, d.h. die Klonierung einzelner Stammzellen, um eine gesunde Kopie eines kranken Gewebes oder Organs für die Transplantation herzustellen, und andererseits das reproduktive Klonen, d.h. die Klonierung eines lebenden Säugetieres mit dem Ziel, ein Duplikat dieses Säugetieres herzustellen. Der Weltärztebund lehnt derzeit das reproduktive Klonen ab und in vielen Ländern werden ethische Probleme weniger mit dem therapeutischen Klonen, als vielmehr mit dem reproduktiven Klonen in Verbindung gebracht.

26. Ärzte, die sich mit Klonierung befassen, sollten in Übereinstimmung mit den Rechtsvorschriften und ärztlichen Berufsordnungen in ihren Ländern handeln.

MEC/HIV-AIDS/Oct2006

Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zu

HIV/AIDS und die Ärzteschaft

verabschiedet von der 57. Generalversammlung des Weltärztebundes,
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

Einleitung

1. HIV/AIDS ist eine globale Pandemie, die Ärzte und die medizinischen Infrastrukturen vor beispiellose Herausforderungen stellt. HIV/AIDS ist nicht nur eine schwere Krise für die öffentliche Gesundheit, sondern auch ein menschenrechtliches Problem. Viele Faktoren fördern die Ausbreitung der Krankheit, beispielsweise Armut, Obdachlosigkeit, Analphabetismus, Prostitution, Menschenhandel, Stigmatisierung, Diskriminierung und geschlechtsspezifische Benachteiligung. Bemühungen, die Krankheit in den Griff zu bekommen, werden durch fehlende oder unzureichende Humanressourcen und finanzielle Ressourcen in den Gesundheitssystemen erschwert. Diese sozialen, wirtschaftlichen, rechtlichen und menschenrechtsrelevanten Faktoren wirken sich nicht nur auf die öffentliche Gesundheit aus, sondern auch auf die einzelnen Ärzte, medizinische Helfer und Patienten, ihre Entscheidungen und Beziehungen.

Diskriminierung

2. Diskriminierung von HIV/AIDS-Patienten durch Ärzte muss aus der ärztlichen Berufsausübung verbannt werden.

   (a) Alle mit HIV/AIDS infizierten oder daran erkrankten Personen haben Anspruch auf adäquate Unterstützung, Behandlung und Versorgung mit Engagement und dem Respekt für die menschliche Würde.

   (b) Ein Arzt darf aus ethischen Gründen keine Behandlung eines Patienten verweigern, dessen Befinden zu seinem Zuständigkeitsbereich gehört, nur weil dieser seropositiv ist.

   (c) Nationale Ärzteorganisationen sollten mit Regierungen, Patientenverbänden und relevanten nationalen und internationalen Organisationen zusammenarbeiten um sicherzustellen, dass die nationale Gesundheitspolitik klar und ausdrücklich die Diskriminierung von Personen, die mit HIV/AIDS infiziert oder daran erkrankt sind, verbietet.

Angemessene / kompetente medizinische Versorgung

3. HIV/AIDS-Patienten müssen in allen Phasen der Krankheit kompetent und angemessen medizinisch versorgt werden.

4. Ein Arzt, der nicht in der Lage ist, die erforderliche Betreuung und Beistand für einen HIV/AIDS-Patienten 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.

5. Ärzte und andere geeignete Stellen sollten sicherstellen, dass die Patienten genaue Informationen über die Übertragungswege von HIV/AIDS und über Möglichkeiten, wie sie sich gegen eine Infektion schützen können, haben. Es sollten proaktive Maßnahmen getroffen werden um sicherzustellen, dass die gesamte Bevölkerung und vor allem Risikogruppen diesbezüglich aufgeklärt werden.

6. Im Hinblick auf die Patienten, die seropositiv 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; und (c) über die Notwendigkeit, alle vergangenen und derzeitigen Kontaktpersonen, mit denen Sexualverkehr bestand und besteht (bei Drogenabhängigen vergangene und bestehende "Needle Sharing-Kontakte), sowie andere relevante Kontakte (beispielsweise medizinisches und zahnmedizinisches Personal) auf die Gefahr ihrer möglichen HIV-Infektion aufmerksam zu machen.

7. Ärzte müssen sich der Tatsache bewusst sein, dass viele Menschen glauben, dass eine HIV/AIDS-Erkrankung automatisch mit einem Todesurteil gleichzusetzen ist und sich deshalb nicht testen lassen. Ärzte müssen sicherstellen, dass Patienten genaue Informationen über die ihnen zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen haben. Die Patienten sollten verstehen, dass die antiretrovirale Behandlung (ART) nicht nur ihren Gesundheitszustand, sondern auch ihre Lebensqualität verbessern kann. Eine effektive antiretrovirale Behandlung kann deutlich den Zeitraum verlängern, indem die Patienten ein gesundes und produktives Leben führen, am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, arbeiten und ihre Unabhängigkeit bewahren können. HIV/AIDS wird in zunehmendem Maße als beherrschbare chronische Krankheit betrachtet.

8. Zwar setzen sich Ärzte nachdrücklich für die antiretrovirale Behandlung als beste Behandlungsmethode für HIV/AIDS-Patienten ein, sie müssen aber auch sicherstellen, dass ihre Patienten vollständige und genaue Informationen über alle Aspekte der antiretroviralen Behandlung haben, einschließlich potentieller Toxizität und Nebenwirkungen. Ärzte müssen Patienten auch aufrichtig über die Möglichkeit des Scheiterns einer ersten antiretroviralen Behandlung beraten sowie über die anschließenden Optionen im Falle eines Scheiterns. Es sollte betont werden, dass es wichtig ist, sich an die Behandlungsvorschriften zu halten und damit die Gefahr eines Scheiterns zu verringern.

9. Ärzte sollten sich der Tatsache bewusst sein, dass Fehlinformationen in Bezug auf die negativen Aspekte der antiretroviralen Behandlung bei einigen Patienten schon dazu geführt haben, dass sie die Behandlung abgelehnt haben. Wenn Fehlinformationen über die antiretrovirale Behandlung verbreitet werden, müssen Ärzte und Ärzteorganisationen unverzüglich die Quelle der Fehlinformation ausfindig machen und in Zusammenarbeit mit der HIV/AIDS-Gemeinschaft den negativen Folgen der Fehlinformation entgegenwirken.

10. Ärzte sollten sich für die Einbeziehung von Selbsthilfenetzwerken einsetzen, um Patienten bei der Adhärenz in Bezug auf antiretrovirale Therapien zu unterstützen. Mit der Zustimmung des Patienten sollten Familienmitglieder beraten und geschult werden, um ihnen bei der häuslichen Versorgung des Patienten zu helfen. Ärzte müssen Familienmitglieder und andere Selbsthilfenetzwerke als wichtige Partner bei Adhärenzstrategien anerkennen und vielerorts sind sie die einzige Möglichkeit zur Ausweitung des Versorgungssystems, damit den Patienten die notwendige Beachtung zuteil wird.

11. Ärzte müssen sich der diskriminierenden Einstellungen gegenüber HIV/AIDS bewusst sein, die in der Gesellschaft und auf lokaler Ebene weit verbreitet sind. Da Ärzte die ersten und manchmal die einzigen sind, die über die HIV-Erkrankung ihrer Patienten informiert sind, sollten sie sie über ihre Rechte und Pflichten aufklären oder sie an Berater verweisen, die sich auf die Rechte von HIV-Patienten spezialisiert haben.

HIV-Test

12. Eine Pflichtuntersuchung auf HIV ist erforderlich bei: Blutspenden und fraktionierten Blutbestandteilen, die für die Blutspende gesammelt oder zur Herstellung von Blutprodukten verwendet werden; Organen und Geweben, die zur Transplantation verwendet werden; und Samen oder Ova, die für die assistierte Reproduktion gesammelt werden.

13. Einen Patienten gegen seinen Willen auf HIV zu testen verstößt gegen die ärztliche Ethik und gegen die Menschenrechte. Ausnahmen sind nur in äußersten Notfällen zulässig und sollten von einem Ethikausschuss bzw. juristisch geprüft werden.

14. Ärzte müssen klar und deutlich über den Zweck und die Gründe eines HIV-Tests sowie über die Folgen eines positiven Testergebnisses informieren. Vor der Durchführung eines Tests sollte der Arzt einen Aktionsplan vorbereitet haben für den Fall eines positiven Testergebnisses. Vor dem Test muss die aufgeklärte Zustimmung des Patienten eingeholt werden.

15. Zwar gibt es einige Hochrisikogruppen, jedoch ist jeder, der ungeschützten Geschlechtsverkehr hatte, gefährdet. Ärzte müssen Patienten proaktiver von der Notwendigkeit von HIV-Tests überzeugen, und zwar auf der Grundlage gegenseitigen Verständnisses in Bezug auf die Risiken und die Vorteile eines Tests. Schwangeren Frauen sollte routinemäßig ein Test angeboten werden.

16. Beratung und freiwillige, anonyme HIV-Tests sollten allen Personen, die dies wünschen, zur Verfügung stehen ebenso wie adäquate Unterstützungsmechanismen nach dem Test.

Schutz vor einer HIV-Infektion im medizinischen Versorgungsbereich

17. Ärzte und alle medizinischen Helfer haben das Recht auf eine sichere Arbeitsumgebung. Insbesondere in den Entwicklungsländern hat das Problem, sich bei der beruflichen Arbeit mit HIV anzustecken, zu einem hohen Personalabgang in der gesundheitlichen Versorgung geführt. In einigen Fällen haben sich die Beschäftigten mit HIV infiziert und in anderen Fällen haben die in der Patientenversorgung Beschäftigten ihre Arbeitsplätze aus Angst vor HIV freiwillig aufgegeben. Die Angst vor einer Infektion mit HIV kann auch dazu führen,

dass die in der Patientenversorgung Beschäftigten die Behandlung von HIV/AIDS-Patienten ablehnen. Desgleichen haben die Patienten ein Recht auf größtmöglichen Schutz vor einer Ansteckung mit HIV durch Angehörige der Gesundheitsberufe und in Gesundheitseinrichtungen.

(a) Geeignete Verfahren zur Infektionskontrolle und universelle Vorsichtsmaßnahmen in Übereinstimmung mit den meisten geltenden nationalen und internationalen Standards sollten in allen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung implementiert werden. Dazu gehören auch Verfahren für den Einsatz von antiretroviralen Behandlungstherapien bei Angehörigen der Gesundheitsberufe, die der Gefahr einer HIV-Infektion ausgesetzt waren.

(b) Wenn keine geeigneten Sicherungsmaßnahmen zum Schutz von Ärzten oder Patienten gegen eine Infektion vorhanden sind, dann sollten Ärzte und nationale Ärzteorganisationen Maßnahmen ergreifen, um diesen Zustand zu ändern.

(c) Ärzte, die mit HIV infiziert sind, sollten alles vermeiden, was ein Übertragungsrisiko der Krankheit auf andere darstellt. Im Zusammenhang mit einer Ansteckungsgefahr von HIV ist die Tätigkeit, die der Arzt ausüben will, der entscheidende Faktor. Ob eine Behandlung vorgenommen werden darf oder nicht, sollte von einem medizinischen Expertengremium für Infektionskrankheiten entschieden werden.

(d) Wenn das Risiko einer 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.

(e) Wenn kein Ansteckungsrisiko besteht, ist es nicht sinnvoll, die Patienten über den Gesundheitszustand des Arztes zu informieren.

Schutz der Privatsphäre der Patienten und meldungsrelevante Fragen

18. Die Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung ist eine treibende Kraft bei der Verbreitung von HIV/AIDS. Die sozialen und wirtschaftlichen Folgen eines HIV-Infizierten, dessen Krankheit bekannt geworden ist, können verheerend und mit Gewalt, Ablehnung durch die Familie und Freunde, Verlust der Wohnung und des Arbeitsplatzes verbunden sein, um nur einige wenige zu nennen. Die einzige Möglichkeit, um diskriminierende Verhaltensweisen und Praktiken zu reduzieren, ist die Normalisierung von HIV/AIDS in der Gesellschaft durch Aufklärung der Öffentlichkeit. Solange dieses Ziel noch nicht erreicht bzw. ein Heilmittel entwickelt worden ist, werden potentiell Infizierte einen HIV-Test ablehnen, um die o.g. Folgen zu vermeiden. Die Folgen für den Einzelnen, der seinen HIV-Status nicht kennt, sind nicht nur im persönlichen Bereich verheerend insofern, als er keine Behandlung erhält, sondern können auch zu hohen vermeidbaren Übertragungsraten der Krankheit führen. Auch die Angst vor unautorisierter Offenlegung von Informationen ist ein abschreckender Faktor, an HIV/AIDS-Forschung teilzunehmen und konterkariert in der Regel die Effektivität von Präventionsprogrammen. Mangelndes

Vertrauen in Bezug auf den Schutz persönlicher medizinischer Informationen über den HIV-Status ist weltweit eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit und ein entscheidender Faktor für die Weiterverbreitung von HIV/AIDS. Gleichzeitig muss unter gewissen Umständen das Recht auf Privatsphäre gegen das Recht der Partner (Sexualpartner und Needle Sharing) der HIV/AIDS-Erkrankten abgewägt werden, über ihre potentielle Infektion informiert zu werden. Das Nichtinformieren der Partner stellt nicht nur eine Verletzung ihrer Rechte dar, sondern führt auch zu den gleichen Gesundheitsproblemen einer vermeidbaren Übertragung und zu einer Behandlungsverzögerung.

19. Alle in der *Deklaration des Weltärztebundes von Lissabon zu den Rechten des Patienten* dargelegten ethischen Grundsätze und Pflichten in Bezug auf Vertraulichkeit und Schutz der patientenbezogenen Gesundheitsinformationen gelten gleichermaßen für HIV/AIDS. Darüber hinaus sollten nationale Ärzteorganisationen und Ärzte die (nachstehend aufgeführten) mit der Behandlung von HIV/AIDS-Patienten verbundenen besonderen Umstände und Pflichten beachten.

    (a) Nationale Ärzteorganisationen und Ärzte müssen als Priorität sicherstellen, dass öffentliche Aufklärung, Prävention und Beratungsprogramme zu HIV/AIDS ausdrückliche Informationen über den Schutz von Patienteninformationen enthalten, nicht nur aus Gründen der ärztlichen Ethik, sondern auch wegen des Menschenrechts auf Schutz der Privatsphäre.

    (b) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind erforderlich, wenn die Versorgung von HIV/AIDS-Patienten durch ein lokal verstreutes Versorgungsteam erfolgt, zu denen Pflegedienste, Familienmitglieder, Berater, Fürsorgehelfer oder andere gehören, die für eine umfassende Versorgung und die Unterstützung bei der Adhärenz in Bezug auf Behandlungsmethoden medizinische Informationen benötigen. Neben der Implementierung von Schutzmechanismen in Bezug auf den Informationstransfer sollten alle Teammitglieder eine Ethikschulung über die Privatsphäre des Patienten erhalten.

    (c) Ärzte müssen alle Anstrengungen unternehmen, um ihre HIV/AIDS-Patienten davon zu überzeugen, dass sie all ihre Partner (Sexualpartner und/oder Needle Sharing) über ihre potentielle Infektion unterrichten müssen. Ärzte müssen Patienten kompetent über die Optionen in Bezug auf die Benachrichtigung von Partnern beraten können. Folgende Optionen gibt es:

        - Benachrichtigung des Partners/der Partner durch den Patienten. In diesem Fall sollte der Patient eine Beratung erhalten in Bezug auf die Informationen, die dem Partner übermittelt werden müssen sowie über Strategien, diese Informationen mit Feingefühl und in verständlicher Weise zu vermitteln. Es sollte ein Zeitplan für die Benachrichtigung aufgestellt werden und der Arzt sollte beim Patienten nachfassen um sicherzustellen, dass die Benachrichtigung auch erfolgt ist.

        - Benachrichtigung des Partners/der Partner durch einen Dritten. In diesem Fall muss der Dritte alles tun, um die Identität des Patienten zu schützen.

    (d) Wenn alle Strategien, den Patienten davon zu überzeugen, die o.g. Maßnahmen zu ergreifen, ausgeschöpft sind und dem Arzt die Identität des Partners/der Partner des Patienten bekannt ist, dann ist der Arzt moralisch oder gesetzlich verpflichtet, den/die Partner über ihre potentielle Infektion zu informieren. Der Arzt wird die gefährdete Person entweder direkt benachrichtigen oder den Fall der zuständigen Behörde melden.

Wenn ein Arzt die Information über eine Ansteckungsgefahr weitergeben muss, dann muss der Arzt:

- den Patienten über seine Absichten informieren;
- weitestgehend sicherstellen, dass die Identität des Patienten geschützt wird;
- die entsprechenden Maßnahmen zum Schutz des Patienten treffen, insbesondere bei einer Patientin, die der häuslichen Gewalt ausgesetzt sein könnte.

(e) Ganz gleich, ob die Benachrichtigung durch den Patienten, den Arzt oder einen Dritten erfolgt, sollte der Person, die von ihrer potentiellen Infektion erfährt, Unterstützung und Hilfe angeboten werden, damit sie sich einem HIV-Test unterzieht und behandelt werden kann.

(f) Nationale Ärzteorganisationen sollten Leitlinien entwickeln, um Ärzte bei der Entscheidungsfindung in Bezug auf Benachrichtigung zu unterstützen. Mit Hilfe dieser Leitlinien sollten Ärzte die Rechtsvorschriften und rechtlichen Folgen ihrer Entscheidungen, HIV-Fälle zu melden, verstehen sowie die medizinischen, psychologischen, sozialen und ethischen Aspekte.

(g) Nationale Ärzteorganisationen sollten mit Regierungen zusammenarbeiten um sicherzustellen, dass Ärzte, die ihrer ethischen Verpflichtung nachkommen und gefährdete Personen benachrichtigen und Vorsichtsmaßnahmen zum Schutz ihres Patienten treffen, adäquaten Rechtsschutz erhalten.

Schulung von Ärzten

20. Nationale Ärzteorganisationen sollten mithelfen, dass die Schulung und Unterweisung von Ärzten in den modernsten Präventionsstrategien und medizinischen Behandlungen für alle Stadien der HIV/AIDS-Infektion, einschließlich Prävention und Unterstützung, sichergestellt ist.

21. Nationale Ärzteorganisationen sollten darauf drängen und gegebenenfalls mithelfen, dass Ärzte über die relevanten psychologischen, rechtlichen, kulturellen und sozialen Aspekte von HIV/AIDS informiert werden.

22. Nationale Ärzteorganisationen sollten die Bemühungen von Ärzten voll unterstützen, die ihren Sachverstand auf die Versorgung von HIV/AIDS-Patienten konzentrieren wollen, selbst dort, wo HIV/AIDS in den Weiterbildungsordnungen nicht als Fachgebiet oder Subspezialität anerkannt ist.

23. Der Weltärztebund ermutigt seine nationalen Mitgliedsorganisationen, die Aufnahme umfassender HIV/AIDS-Kurse in die Lehrpläne der ärztlichen Grundausbildung und der ärztlichen Weitebildung sowie in der ärztlichen Fortbildung zu fördern.

April 2002 MEC/HIV/Trans/Oct2002
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zum

Recht von Frauen auf medizinische Versorgung und deren Zusammenhang mit der Prävention der HIV-Infektion von der Mutter auf das Kind

verabschiedet von der
53. Generalversammlung des Weltärztebundes
Washington, 2002

Präambel

1. In weiten Teilen der Welt breitet sich die HIV-Infektion in zunehmendem Maße und immer schneller aus.

2. HIV/AIDS ist eine Krankheit, von der in erster Linie junge Menschen betroffen sind.

3. In einigen Teilen der Welt zählen Männer, die sexuell mit Männern verkehren sowie Konsumenten intravenöser Drogen zu den Hauptrisikogruppen für eine HIV-Infektion. Aber in vielen Teilen der Welt stellt diese Seuche in zunehmendem Maße auch für Frauen eine Gefahr dar.

4. Nach Ansicht des Weltärztebundes ist der Zugang zur medizinischen Versorgung ein Menschenrecht. Deshalb muss sowohl von staatlicher als auch von nicht staatlicher Seite sichergestellt werden, dass die Menschenrechte von Frauen in vollem Umfang respektiert und geschützt werden und dass geschlechtsspezifische Diskriminierungen, sowohl im Privat- als auch im Berufsleben, der Vergangenheit angehören müssen.

5. Die Förderung und der Schutz der sexuellen und reproduktiven Rechte der Frauen ist ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Bekämpfung der HIV/AIDS-Seuche.

Empfehlungen

6. Aus diesem Grund fordert der Weltärztebund seine Mitgliedsorganisationen auf, sich bei ihren Regierungen dafür einzusetzen, dass

   6.1 Frauen aller Altersstufen keinerlei Diskriminierung mehr befürchten müssen und uneingeschränkten Zugang zur Schulbildung, sexuellen Aufklärung und zur Berufsausbildung haben;

6.2 Frauen dergestalt gleichgestellt werden, dass sie gerechten Zugang zur Berufswahl (wirtschaftliche Unabhängigkeit), zu Gesundheitsinformationen und Gesundheitsleistungen sowie zu den Errungenschaften des wissenschaftlichen Fortschritts haben;

6.3 Kampagnen in den Medien gestartet werden, um Vorurteile, Stigmatisierungen und Stereotype zu beseitigen, die zu einer Entwürdigung oder Entmenschlichung von Frauen führen könnten;

6.4 Rechtsvorschriften und politische Entscheidungen und Praktiken dahingehend überprüft und revidiert werden, dass die Menschenrechte und Grundfreiheiten von Frauen in vollem Umfang anerkannt und respektiert werden;

6.5 Frauen, die vergewaltigt wurden sowie Frauen, die kurz vor der Geburt stehen und HIV-positiv sind, zumindest eine prophylaktische Behandlung erhalten, obgleich die Behandlung dieser Patienten idealer weise so früh wie möglich in der Schwangerschaft beginnen sollte; mit all diesen Maßnahmen sollen Leben zu gerettet und das Infektionsrisiko zu reduziert werden.

November 1983 MEC/IntCode/Oct2006
Original: Französisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zum

Internationalen Kodex für Ärztliche Ethik

verabschiedet von der 3. Generalversammlung des Weltärztebundes
London, Großbritannien, Oktober 1949,
revidiert von der 22. Generalversammlung des Weltärztebundes, Sydney, Australien, August 1968,
von der 35. Generalversammlung des Weltärztebundes, Venedig, Italien, Oktober 1983 und
der Generalversammlung des Weltärztebundes, Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

ALLGEMEINE PFLICHTEN DES ARZTES

DER ARZT SOLL stets sein unabhängiges berufliches Urteil abgeben und die höchsten Anforderungen an sein berufliches Verhalten stellen.

DER ARZT SOLL das Recht eines kompetenten Patienten achten, eine Behandlung anzunehmen oder abzulehnen.

DER ARZT SOLL sich in seinem Urteil nicht von persönlichem Gewinnstreben oder unfairer Diskriminierung leiten lassen.

DER ARZT SOLL bemüht sein, voller Mitgefühl und in Ehrfurcht vor der menschlichen Würde in völliger beruflicher und ethischer Unabhängigkeit eine sachkundige ärztliche Leistung zu erbringen.

DER ARZT SOLL im Umgang mit Patienten und Kollegen Ehrlichkeit walten lassen und Ärzte die unethisch oder inkompetent handeln, sowie Irreführung und Betrug den zuständigen Behörden melden.

DER ARZT SOLL für die bloße Überweisung von Patienten oder die Verschreibung bestimmter Präparate keine finanziellen Vorteile oder andere Anreize entgegennehmen.

DER ARZT SOLL die Rechte der Patienten, der Kollegen und der anderen Angehörigen der Heilberufe achten.

DER ARZT SOLL sich über seine wichtige Rolle bei der Aufklärung der Öffentlichkeit im Klaren sein, bei der Bekanntgabe von Entdeckungen oder neuer Methoden oder Therapien über berufsfremde Kanäle jedoch äußerste Vorsicht walten lassen.

DER ARZT SOLL nur bescheinigen, was er selbst überprüft hat.

DER ARZT SOLL sich zum Nutzen der Patienten und ihres Umfelds um die bestmögliche Verwendung der Gesundheitsressourcen bemühen.

DER ARZT SOLL eine angemessene Versorgung und Betreuung in Anspruch nehmen wenn er/sie an einer seelischen oder körperlichen Erkrankung leidet.

DER ARZT SOLL die örtlichen und die einzelstaatlichen Ethikvorschriften beachten.

PFLICHTEN DES ARZTES GEGENÜBER DEN PATIENTEN

DER ARZT SOLL stets die Verpflichtung bedenken, das menschliche Leben zu achten.

DER ARZT SOLL bei der medizinischen Versorgung im besten Interesse des Patienten handeln.

DER ARZT SOLL seinen Patienten mit uneingeschränkter Loyalität begegnen und alle ihm verfügbaren wissenschaftlichen Möglichkeiten nutzen. Übersteigt eine Untersuchung oder Therapie die Fähigkeiten des Arztes, sollte er einen anderen Arzt, der über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt, konsultieren oder den Patienten an diesen überweisen.

DER ARZT SOLL den Anspruch eines Patienten auf Vertraulichkeit achten. Es ist moralisch vertretbar, vertrauliche Informationen offenzulegen, wenn der Patient darin einwilligt oder wenn eine reale und unmittelbare Schädigung des Patienten oder anderer Personen droht, die sich nur durch Aufhebung der Vertraulichkeit abwenden lässt.

DER ARZT SOLL als humanitäre Pflicht eine Notfallversorgung gewährleisten, es sei denn er ist sicher, dass andere zu dieser Versorgung bereit und in der Lage sind.

DER ARZT SOLL in Situationen, in denen er für einen Dritten tätig wird, sicherstellen, dass der Patient sich über diese Situation voll im Klaren ist.

DER ARZT SOLL keine sexuellen Beziehungen mit seinen Patienten oder irgendeine andere missbräuchliche oder ausbeuterische Beziehung unterhalten.

PFLICHTEN DES ARZTES GEGENÜBER SEINEN KOLLEGEN

DER ARZT SOLL sich gegenüber seinen Kollegen verhalten, wie sie sich ihm gegenüber verhalten würden.

DER ARZT SOLL nicht das Arzt-Patienten-Verhältnis von Kollegen untergraben, um Patienten für sich zu gewinnen.

DER ARZT SOLL sich, wenn dies medizinisch notwendig ist, mit Kollegen in Verbindung setzen, die denselben Patienten betreuen. Diese Kontaktaufnahme sollte die Vertraulichkeit der Patientendaten beachten und sich auf notwendige Angaben beschränken.

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.

Oktober 2001 MEC/LivWills/Sept2003
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
über

Patientenverfügungen („Patiententestamente“)

verabschiedet von der
54. Generalversammlung des Weltärztebundes
September 2003

Präambel

1. Eine Patientenverfügung ist ein schriftliches und unterschriebenes Dokument oder eine bezeugte mündliche Erklärung, womit eine Person ihren Willen bezüglich der ärztlichen Versorgung bekundet, die sie erhalten will oder nicht will, wenn sie bewusstlos wird oder anderweitig ihren Willen nicht mehr zum Ausdruck bringen kann.

2. Dieses Dokument hat je nach Land verschiedene Namen (z. B. "Patiententestament" oder "biologisches Testament"). Die Akzeptanz und der Rechtsstatus dieser Verfügungen kann aus sozialen, kulturellen, religiösen oder anderen Gründen von einem Land zum anderen unterschiedlich sein.

3. Die meisten Menschen, die diese Verfügungen verfassen, befürchten vor allem die in der Endphase des Lebens praktizierte übertriebene und unwirksame Therapieverbissenheit bei einer offenkundigen und irreversiblen physischen oder geistigen Degeneration.

4. In der *Deklaration des Weltärztebundes von Lissabon über die Rechte des Patienten* heißt es: "Wenn der Patient bewusstlos und ein gesetzlicher Vertreter nicht erreichbar, ein medizinischer Eingriff aber dringend erforderlich ist, kann die Einwilligung des Patienten unterstellt werden, es sei denn, dass es auf Grund vorheriger, eindeutiger Erklärung oder Überzeugung des Patienten offensichtlich und ohne Zweifel ist, dass er seine Zustimmung zu einem Eingriff in dieser Situation verweigern würde."

Empfehlungen:

5. Eine rechtsgültig verfasste Patientenverfügung sollte respektiert werden, es sei denn, es gibt berechtigte Gründe zu der Annahme, dass sie nicht rechtswirksam ist, weil sie nicht mehr dem Willen des Patienten entspricht oder weil der Patient bei der Formulierung der Verfügung nicht mehr im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte war. Wenn die Patientenverfügung den Überzeugungen des Arztes entgegensteht, sollten Maßnahmen getroffen werden, die Behandlung des Patienten einem anderen der Behandlung zustimmenden Arzt zu übertragen.

6. Wenn der Arzt die Rechtsgültigkeit einer Patientenverfügung, eine lebensverlängernde Behandlung einzustellen, anzweifelt, dann sollte er Familienmitglieder oder gesetzliche Vertreter des Patienten konsultieren und mindestens einen Kollegen oder den zuständigen Ethikausschuss zurate ziehen. Die Familienmitglieder bzw. die gesetzlichen Vertreter werden in der Patientenverfügung aufgeführt; sie müssen vertrauenswürdig und bereit sein, den vom Unterzeichner der Patientenverfügung geäußerten Willens zu bezeugen. Der Arzt sollte alle relevanten Rechtsvorschriften in Bezug auf die Entscheidung durch Bevollmächtigte für geschäftsunfähige Patienten berücksichtigen.

7. Die Patienten sollten ihre Patientenverfügungen in regelmäßigen Abständen überprüfen.

8. Liegt keine Patientenverfügung vor oder ist. kein gesetzlicher Vertreter, der eine Entscheidung treffen könnte, zugegen, dann sollte der Arzt die Behandlung vornehmen, die seines Erachtens im besten Interesse des Patienten ist.

MEC/Malta/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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, und revidiert von der 57. Generalversammlung des Weltärztebundes in Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

PRÄAMBEL

1. Hungerstreiks finden zwar in verschiedenen Umgebungen statt, sie führen jedoch vor allem in Einrichtungen zu Konfliktsituationen, in denen Menschen eingesperrt sind (Strafanstalten, Gefängnisse und Auffanglager für Immigranten). Sie sind oftmals eine Form des Protests von Menschen, die keine anderen Möglichkeiten haben, um ihren Forderungen Ausdruck zu verleihen. Durch die Nahrungsverweigerung für eine signifikante Zeitspanne und die damit verbundenen negativen Schlagzeilen für die Behörden hoffen sie in der Regel, einige ihrer Forderungen durchsetzen zu können. Kurzfristige oder simulierte Nahrungsverweigerungen führen selten zu ethischen Problemen. Ernstgemeinte und lang anhaltende Hungerstreiks können zum Tod oder zu Dauerschäden bei den Hungerstreikenden führen und Ärzte in eine Konfliktsituation bringen. Hungerstreikende wollen zwar in der Regel nicht sterben, manche sind aber bereit, zur Erreichung ihrer Ziele den Tod in Kauf zu nehmen. Ärzte müssen die wahre Absicht des Hungerstreikenden in Erfahrung bringen, insbesondere bei Kollektivstreiks oder in Situationen, in denen Gruppenzwang ein Faktor sein kann. Eine ethische Konfliktsituation entsteht, wenn Hungerstreikende, die klare Anweisungen erteilt haben, sie nicht wiederzubeleben, ein Stadium der kognitiven Schädigung erreichen. Zwar fühlen sich Ärzte aufgrund der Grundsätze der Barmherzigkeit verpflichtet, sie wiederzubeleben, aber der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des einzelnen hält Ärzte davon ab, wenn eine valide und aufgeklärte Ablehnung vorliegt. Ein weiteres Problem gibt es in Haftanstalten, weil nicht immer klar ist, ob die zuvor erteilten Anweisungen des Hungerstreikenden freiwillig und nach entsprechender Aufklärung über die Konsequenzen des Hungerstreiks gemacht wurden. Mit diesen schwierigen Situationen befassen sich diese Leitlinien und das Hintergrundpapier[1].

---

[1] Dieses Hintergrundpapier und ein Glossar wurde im World Medical Journal (Juni 2006) veröffentlicht und kann auf der Website des Weltärztebundes abgerufen werden unter:www.wma.net

GRUNDSÄTZE

2. Die Pflicht, ethisch zu handeln. Alle Ärzte sind in ihrem beruflichen Kontakt zu schutzbedürftigen Menschen der ärztlichen Ethik verpflichtet, auch wenn keine Behandlung vorgenommen wird. Welche Funktion sie auch immer ausüben, Ärzte müssen versuchen, Nötigung oder Misshandlung von Inhaftierten zu verhindern und sie müssen protestieren, wenn sie davon erfahren.

3. Respekt der Autonomie des Patienten. Ärzte müssen die Autonomie des Hungerstreikenden respektieren. Das kann jedoch problematisch sein, wenn die wahren Intentionen des Hungerstreikenden nicht so klar sind, wie es scheint. Jeder Entscheidung fehlt die moralische Grundlage, wenn sie unfreiwillig durch Anwendung von Drohungen, Gruppenzwang oder Nötigung herbeigeführt wurde.

Hungerstreikende dürfen nicht zwangsweise behandelt werden, wenn sie dies ablehnen. Zwangsernährung verstößt gegen eine aufgeklärte und freiwillige Ablehnung und ist daher nicht zu rechtfertigen. Eine mit der ausdrücklichen oder impliziten Zustimmung des Hungerstreikenden durchgeführte künstliche Ernährung ist ethisch vertretbar.

4. "Fürsorge" und "Schaden". Ärzte müssen ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zum Wohle ihrer Patienten einsetzen. Das ist das Prinzip der "Fürsorge", das ergänzt wird durch das Prinzip der "Schadensvermeidung" oder *primum non nocere*. Diese beiden Prinzipien müssen im Gleichgewicht sein. "Fürsorge" bedeutet, die Wünsche der Patienten zu respektieren und ihr Wohlergehen zu fördern. "Schadensvermeidung" bedeutet nicht nur, Gesundheitsschäden möglichst gering zu halten, sondern auch, entscheidungskompetenten Menschen keine Behandlung aufzuzwingen oder sie zu nötigen, den Hungerstreik zu beenden. Fürsorge bedeutet nicht unbedingt, das Leben unter allen Umständen, ungeachtet anderer Werte, zu verlängern.

5. Loyalitätskonflikt. Ärzte, die sich um Hungerstreikende kümmern, können in einen Konflikt in Bezug auf ihre Loyalität gegenüber ihrem Arbeitgeber (beispielsweise die Gefängnisverwaltung) und ihrer Loyalität gegenüber den Patienten geraten. Ärzte mit doppelter Loyalität unterliegen den gleichen ethischen Grundsätzen wie andere Ärzte, d.h. ihre oberste Verpflichtung gilt dem einzelnen Patienten.

6. Klinische Unabhängigkeit. Ärzte müssen bei ihren Beurteilungen objektiv bleiben und dürfen Dritten nicht erlauben, ihre ärztliche Beurteilung zu beeinflussen. Sie dürfen sich nicht unter Druck setzen lassen, um gegen ethische Grundsätze zu verstoßen, beispielsweise ärztliches Eingreifen aus nichtklinischen Gründen.

7. Vertraulichkeit. Die ärztliche Schweigepflicht ist zwar wichtig für die Vertrauensbildung, aber nicht absolut. Sie kann aufgehoben werden, wenn durch die Nichtweitergabe von Informationen andere Menschen schweren Schaden nehmen. Wie bei anderen Patienten sollte auch bei Hungerstreikenden das Gebot der Vertraulichkeit respektiert werden, es sei denn, sie stimmen einer Weitergabe der vertraulichen Informationen zu oder die Weitergabe von Informationen ist erforderlich, um schweren Schaden zu verhindern. Wenn die Betroffenen zustimmen, sollten deren Angehörige und Rechtsberater über die Situation auf dem laufenden gehalten werden.

8. Vertrauensgewinnung. Die Förderung des Vertrauens zwischen Ärzten und Hungerstreikenden ist oftmals der Schlüssel für eine Lösung, bei der sowohl die Rechte der Hungerstreikenden respektiert als auch die Gesundheitsschäden für die Hungerstreikenden möglichst gering gehalten werden. Durch die Gewinnung von Vertrauen können Möglichkeiten geschaffen werden, um schwierige Situationen zu lösen. Ärzte sind auf Vertrauen angewiesen, wenn sie medizinischen Rat geben und offen mit Hungerstreikenden über die Grenzen dessen, was sie tun und nicht tun können, sprechen, einschließlich über Situationen, in denen sie die Vertraulichkeit nicht garantieren können.

LEITLINIEN FÜR DIE BEHANDLUNG VON HUNGERSTREIKENDEN

9. Ärzte müssen eine Beurteilung der geistigen Fähigkeiten der Patienten vornehmen. Dabei wird überprüft, ob ein Patient, der in einen Hungerstreik treten will, nicht an einer psychischen Störung leidet, die seine Fähigkeit, Entscheidungen über seine Gesundheit zu treffen, sehr stark beeinträchtigen würde. Patienten mit starken psychischen Störungen können nicht als Hungerstreikende betrachtet werden. Vielmehr müssen ihre psychischen Gesundheitsprobleme behandelt werden als dass man ihnen erlauben sollte, mit einem Hungerstreik ihre Gesundheit zu gefährden.

10. Ärzte sollten so früh wie möglich eine detaillierte Krankengeschichte des Patienten erheben, der in einen Hungerstreik treten will. Dabei sollten ihm die medizinischen Folgen aller eventuell vorhandenen Krankheiten erklärt werden. Ärzte sollten sicherstellen, dass Hungerstreikende die potentiellen gesundheitlichen Folgen eines Hungerstreiks verstehen und sie vorher in verständlicher Sprache vor den gesundheitlichen Nachteilen warnen. Ärzte sollten auch erklären, wie Gesundheitsschäden möglichst gering gehalten oder hinausgezögert werden können, beispielsweise durch verstärkte Flüssigkeitsaufnahme. Da die Entscheidung eines Patienten in Bezug auf einen Hungerstreik folgenschwer sein kann, ist es von entscheidender Bedeutung sicherzustellen, dass der Patient die gesundheitlichen Folgen eines Hungerstreiks auch wirklich versteht. Auf der Grundlage bewährter Verfahren für die Einwilligung nach Aufklärung in der Gesundheitsversorgung sollte der Arzt sicherstellen, dass der Patient die übermittelten Informationen versteht, indem er ihn bittet, das zu wiederholen, was er verstanden hat.

11. Bei der Aufnahme des Hungerstreiks sollte eine gründliche Untersuchung des Hungerstreikenden durchgeführt werden. Mit dem Hungerstreikenden sollte über die Behandlung künftiger Symptome, einschließlich der, die mit dem Hungerstreik nichts zu tun haben, gesprochen werden. Außerdem sollten die Vorstellungen und Wünsche des Hungerstreikenden in Bezug auf die medizinische Behandlung im Falle eines länger andauernden Hungerstreiks festgehalten werden.

12. Manchmal akzeptieren Hungerstreikende intravenöse Salzlösungen oder andere Formen medizinischer Behandlung. Die Weigerung, bestimmte Eingriffe zu akzeptieren, darf keinen anderen Aspekt der gesundheitlichen Versorgung beeinträchtigen, beispielsweise die Behandlung von Infektionen oder Schmerzen.

13. Ärzte sollten mit Hungerstreikenden unter vier Augen sprechen, d.h. außer Hörweite anderer Personen, einschließlich anderer Inhaftierter. Eine klare Verständigung ist wichtig und gegebenenfalls sollten externe, d.h. nicht von der Haftanstalt beauftragte Dolmetscher, hinzugezogen werden, die ebenfalls die Schweigepflicht respektieren müssen.

14. Ärzte müssen sich vergewissern, dass es die freiwillige Entscheidung des Hungerstreikenden ist, die Nahrungsaufnahme oder eine ärztliche Behandlung zu verweigern. Hungerstreikende sollten vor Zwangsmaßnahmen geschützt werden. Ärzte können oftmals zur Erreichung dieses Ziels beitragen und sollten sich der Tatsache bewusst sein, dass die Nötigung von der Peer Group, den Behörden oder anderen, beispielsweise von Familienangehörigen, ausgehen kann. Ärzte oder andere Angehörige der Gesundheitsberufe 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.

15. Wenn ein Arzt aus Gewissensgründen nicht in der Lage ist, die Entscheidung des Hungerstreikenden, ärztliche Behandlung oder künstliche Ernährung zu verweigern, zu akzeptieren, dann sollte der Arzt dies gleich zu Beginn klar zum Ausdruck bringen und den Hungerstreikenden an einen anderen Arzt überweisen, der bereit ist, die Entscheidung des Hungerstreikenden zu akzeptieren.

16. Die ständige Kommunikation zwischen Arzt und Hungerstreikendem ist von entscheidender Bedeutung. Der Arzt sollte sich täglich davon überzeugen, ob sein Patient den Hungerstreik fortsetzen will und was getan werden soll, wenn der Hungerstreikende seinen Willen nicht mehr in verständlicher Weise zum Ausdruck bringen kann. Diese Ergebnisse müssen in angemessener Weise schriftlich festgehalten werden.

17. Wenn ein Arzt die Betreuung übernimmt, ist der Hungerstreikende vielleicht nicht mehr in der Lage, seinen Willen zum Ausdruck zu bringen, so dass es keine Möglichkeit mehr gibt, mit dem Hungerstreikenden über seine Wünsche in Bezug auf eine medizinische Intervention zur Lebenserhaltung zu sprechen. Zu beachten sind daher alle vom Hungerstreikenden zuvor erteilten Anweisungen. Zuvor erteilte Anweisungen in Bezug auf die Ablehnung einer medizinischen Behandlung müssen respektiert werden, wenn sie den freiwilligen Wunsch des entscheidungskompetenten Hungerstreikenden widerspiegeln. Bei zuvor erteilten Anweisungen in Haftanstalten muss berücksichtigt werden, dass diese möglicherweise unter Druck zustande gekommen sind. Hat ein Arzt ernsthafte Zweifel an der Intention des Hungerstreikenden, dann müssen alle Anweisungen mit äußerster Vorsicht behandelt werden. Wenn zuvor erteilte Anweisungen freiwillig und nach ausreichender Aufklärung gemacht wurden, können sie in der Regel nur aufgehoben werden, wenn sie unwirksam werden, weil sich die Situation, in der die Entscheidung getroffen wurde, grundlegend geändert hat, da der Betroffene seine Entscheidungskompetenz verloren hat.

18. Wenn ein Gespräch mit dem Hungerstreikenden nicht möglich ist und es keine zuvor erteilten Anweisungen gibt, dann muss der Arzt das tun, was er im Interesse seines Patienten für das Beste hält. Dies bedeutet, dass der Arzt bei seiner Entscheidung die vom Hungerstreikenden zuvor zum Ausdruck gebrachten Wünsche, persönlichen und kulturellen Wertvorstellungen sowie den physischen Gesundheitszustand berücksichtigen muss. Gibt es keinerlei Hinweise auf zuvor vom Hungerstreikenden geäußerten Wünsche, dann sollte der Arzt ohne die Einbeziehung Dritter entscheiden, ob der Hungerstreikende ernährt werden soll oder nicht.

19. Ärzte können es für vertretbar halten, zuvor erteilte Anweisungen in Bezug auf die Ablehnung einer Behandlung zu ignorieren, wenn sie beispielsweise glauben, dass die Entscheidung zur Ablehnung einer Behandlung unter Druck herbeigeführt wurde. Wenn Hungerstreikende, nachdem sie wiederbelebt worden sind und ihre geistigen Fähigkeiten

wiedererlangt haben, ihre Absicht zur Fortsetzung des Hungerstreiks wiederholen, dann sollte diese Entscheidung respektiert werden. Es ist ethisch, einem zum Hungerstreik Entschlossenen zu erlauben, in Würde zu sterben; es wäre aber unethisch, ihn gegen seinen Willen wiederholten Interventionen zu unterziehen.

20. Künstliche Ernährung kann ethisch vertretbar sein, wenn der entscheidungskompetente Hungerstreikende dem zustimmt. Sie ist auch akzeptabel, wenn entscheidungsinkompetente Hungerstreikende keine zuvor ohne Zwang erteilten Anweisungen in Bezug auf die Ablehnung einer künstlichen Ernährung abgegeben haben.

21. Zwangsernährung ist niemals ethisch vertretbar. Selbst wenn damit eine Heilwirkung erzielt werden soll, ist die mit Drohungen, Nötigung, Zwang und Anwendung physischer Gewalt verbundene Ernährung eine Form der unmenschlichen und entwürdigenden Behandlung. Gleichermaßen abzulehnen ist die Zwangsernährung einiger Inhaftierter, um andere Hungerstreikende einzuschüchtern oder zu zwingen, ihren Hungerstreik abzubrechen.

MEC/MentalIllness/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zu den

Ethischen Problemen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen

verabschiedet von der 47. Generalversammlung
des Weltärztebundes
Bali, Indonesien, September 1995, revidiert von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

Präambel

1. Früher wurden Patienten mit psychischen Erkrankungen von vielen Gesellschaften 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.

2. Heute ist durch den Fortschritt in der psychiatrischen Therapie eine bessere Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen möglich. Durch wirksame Arzneimittel und andere Behandlungsmaßnahmen können bei Patienten Ergebnisse erzielt werden, die von der vollständigen Linderung der Symptome bis zu lang anhaltenden Remissionen bei schwereren Fällen reichen.

3. Patienten mit psychischen Erkrankungen sollten die gleiche Beachtung, Behandlung und medizinische Versorgung erfahren wie alle anderen Patienten. Das reicht jedoch oftmals nicht aus, da Patienten mit psychischen Erkrankungen vielleicht nicht wissen, wann sie ihre somatischen Probleme behandeln lassen sollten. Deshalb sollte der behandelnde Arzt diese Patienten gegebenenfalls an andere Ärzte überweisen.

4. Ein Arzt hat gegenüber Patienten mit psychischen Erkrankungen die gleichen Pflichten wie gegenüber allen anderen Patienten.

5. Die vorrangige Aufgabe des Arztes, seine Patienten zu heilen, darf nicht durch die Rolle als Vermittler der Gesellschaft unterminiert werden, außer in Fällen, die eine Gefahr für die Allgemeinheit darstellen.

6. Tatsache ist, dass ein Großteil der Patienten mit psychischen Erkrankungen von Ärzten behandelt wird, die keine Psychiater sind. Auch für diese Ärzte gelten die gleichen ethischen Pflichten.

Ethische Grundsätze

7. Der mit der Psychiatrie und den psychisch Kranken verbundenen Diskriminierung sollte ein für alle Mal ein Ende zu bereitet werden. Dieses Stigma hält Menschen in Not häufig davon ab, die Hilfe von Psychiatern in Anspruch zu nehmen, wodurch sich ihre Situation noch verschlimmert und sie Gefahr laufen, emotionalen oder psychischen Schaden zu nehmen.

8. Der Arzt versucht in seiner Therapie zu seinem Patienten eine Beziehung gegenseitigen Vertrauens aufzubauen. Er sollte den Patienten über dessen gesundheitlichen Zustand, die therapeutischen Standardmethoden (einschließlich mögliche Alternativen und jeweilige Risiken) und über die erhofften Ergebnisse der zu Verfügung stehenden therapeutischen Methoden informieren.

9. Liegt keine gerichtliche Entscheidung über die rechtliche Unzurechnungsfähigkeit vor, dann müssen psychisch Kranke so behandelt werden, als ob sie rechtlich zurechnungsfähig sind. Ihr Urteil sollte in Bereichen respektiert werden, in denen sie Entscheidungen treffen können, es sei denn, sie stellen eine ernste Gefahr für sich selbst oder andere dar. Ein Patient mit einer psychischen Erkrankung, der rechtlich unzurechnungsfähig ist, sollte wie jeder andere Patient behandelt werden, der vorübergehend oder ständig unzurechnungsfähig ist. Wenn der Patient 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.

10. Zwangseinweisungen von Patienten mit psychischen Erkrankungen sind in ethischer Hinsicht sehr umstritten. In Anbetracht der Tatsache, dass die Rechtsvorschriften in Bezug auf Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen weltweit unterschiedlich sind, wird allgemein anerkannt, dass für diese Behandlungsentscheidung Folgendes vorliegen muss: (a) eine schwere psychische Erkrankung, die den Patienten daran hindert, seine eigenen Behandlungsentscheidungen zu treffen; und/oder (b) die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient sich selbst oder anderen Schaden zufügt. Ärzte sollten Zwangseinweisungen nur in Ausnahmefällen vornehmen und auch nur, wenn dies medizinisch erforderlich ist; die Dauer der Zwangseinweisung sollte dann so kurz wie eben möglich sein.

11. Jeder Arzt sollte seinem Patienten die nach seinem Kenntnisstand bestmögliche Therapie zuteil werden lassen und den Patienten mit dem alle Menschen gebührenden Respekt behandeln. Ärzte, die in einer psychiatrischen Anstalt, beim Militär oder in Gefängnissen praktizieren, können in einen Konflikt geraten bezüglich ihrer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und ihrer Verantwortung gegenüber dem Patienten. Der Arzt muss sich in erster Linie gegenüber dem Patienten loyal verhalten. Der Arzt sollte sicherstellen, dass der Patient über den Konflikt informiert wird, damit dieser sich nicht hintergangen fühlt und dem Patienten Gelegenheit geben, die von den Behörden vorgeschriebenen Maßnahmen zu verstehen.

12. Die ärztliche Schweigepflicht und die Privatsphäre aller Patienten sollte geschützt werden. Wenn es das Gesetz verlangt, sollte der Arzt nur die erforderlichen relevanten Informationen bekannt geben und diese Informationen nur an die Stelle weiterleiten, die rechtlich befugt ist, eine Anfrage dieser Art zu machen. Dabei können Datenbanken, durch die der Zugang zu oder der Transfer von Informationen von einer zur anderen Behörde möglich ist, benutzt werden, vorausgesetzt, die ärztliche Schweigepflicht bleibt gewahrt und der Zugang oder Transfer entspricht in vollem Umfang den geltenden Rechtsvorschriften.

13. Ein Arzt 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 Arzt keinen Vorteil aus seiner beruflichen Position oder aus der Verletzlichkeit eines Patienten ziehen, wodurch er seine Autorität missbrauchen würde.

Empfehlung

14. Die Nationalen Ärzteorganisationen sollten diese Erklärung veröffentlichen und als Basis zur Bekräftigung der ethischen Grundlagen für die Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen verwenden.

September 2003 MEC/Missing/Sept2003
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
über

Forensische Untersuchungen von Vermissten

verabschiedet von der
54. Generalversammlung des Weltärztebundes
September 2003

Präambel

1. In den letzten zwei Jahrzehnten haben forensische Untersuchungen der Opfer von Kriegen, Bürgerkriegen und totalitären Regimen in hohem Maße zur internationalen Gerechtigkeit und zur Wahrheitsfindung des Geschehenen beigetragen. Diese Untersuchungen werden oftmals von Nichtregierungsorganisationen oder zwischenstaatlichen Organisationen finanziell unterstützt. Obgleich diese forensischen Untersuchungen in bester Absicht und unter Einbeziehung des Sachverstands von engagierten Einzelpersonen erfolgen, gibt es doch manchmal Unklarheiten in Bezug auf ihre Funktion, ihren Aufgabenbereich und ihre ethische Basis.

2. Die Initiative "The Missing" des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz (IKRK), an der Experten aus aller Welt teilnehmen, hat die wissenschaftlichen, ethischen und rechtlichen Grundsätze festgelegt, die auf forensische Untersuchungen dieser Art anzuwenden sind. Den nationalen Ärzteorganisationen fällt dabei die Aufgabe zu, für die Einhaltung der höchstmöglichen ethischen und wissenschaftlichen Standards zu sorgen.

3. In vielen Ländern spielen nationale Ärzteorganisationen bei der Zertifizierung der Qualifikationen und Erfahrungen der Gerichtsmediziner zwar keine Rolle, sie können sie jedoch auf die vom IKRK, Amnesty International, Interpol und den Vereinten Nationen erarbeiteten Ratschläge hinweisen und die Einhaltung dieser Standards empfehlen oder fordern.

Empfehlungen

4. Der Weltärztebund fordert alle nationalen Ärzteorganisationen auf sicherzustellen, dass, wenn ihre Mitglieder an forensischen Untersuchungen, insbesondere außerhalb ihres eigenen Landes, mitwirken, die Untersuchungen mit dem klaren Auftrag durchgeführt werden, die höchstmöglichen ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Standards einzuhalten.

5. Der Weltärztebund fordert die nationalen Ärzteorganisationen auf, ihren Sachverstand in den von den verschiedenen für forensische Untersuchungen zuständigen Behörden formulierten Grundsätzen einzubringen, einschließlich der, die in den Empfehlungen des Projekts "The Missing" des IKRK aufgeführt sind, sowie ihre Mitglieder zu unterstützen

um sicherzustellen, dass diese Grundsätze bei allen internationalen forensischen Untersuchungen angewendet werden.

6. Der Weltärztebund fordert die nationalen Ärzteorganisationen auf sicherzustellen, dass Ärzte die Standards, die auf Untersuchungen dieser Art anzuwenden sind, kennen und die Teilnahme an Untersuchungen, die in ethischer oder anderer Hinsicht nicht zu akzeptieren sind, ablehnen.

7. Der Weltärztebund fordert die nationalen Ärzteorganisationen auf, zu gewährleisten, dass ihre Mitglieder nur an Untersuchungen mitwirken, die ordnungsgemäß aufgezeichnet und dokumentiert werden und von der Untersuchungsbehörde in rechtlicher und anderer relevanter Hinsicht abgesichert sind.

8. Der Weltärztebund fordert die nationalen Ärzteorganisationen auf, sicherzustellen, dass die aus der Untersuchung gewonnen Informationen den Familien der Vermissten sowie den relevanten Gerichten bei der Suche nach Wahrheit und Gerechtigkeit zur Verfügung gestellt werden.

MEC/Oslo/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Deklaration des Weltärztebundes
von Oslo 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, und der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

1. Der Weltärztebund verlangt vom Arzt**,** dass er dem menschlichen Leben die höchste Achtung entgegenbringt.

2. Umstände, die eine Konfliktsituation zwischen den Interessen der Mutter und den 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 solche Situationen resultieren zum Teil 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 aus Gewissengründen nicht zu einer Schwangerschaftsunterbrechung raten oder eine solche durchführen kann, möge er davon Abstand nehmen, jedoch die Fortdauer der ärztlichen Versorgung durch einen qualifizierten Kollegen sicherstellen.

Oktober 2001 MEC/PatSafety/Oct2002
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Deklaration des Weltärztebundes
zur

Patientensicherheit

verabschiedet von der
53. Generalversammlung des Weltärztebundes
Washington, 2002

Präambel

1. Ärzte sind bestrebt, den Patienten eine medizinische Versorgung auf höchstem Qualitätsniveau zu bieten. Die Sicherheit des Patienten ist eines der wichtigsten Elemente in Bezug auf die Qualität der medizinischen Versorgung.

2. Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft und Technologie sowie in für die Medizin relevanten Wissenschaften und Technologien haben die moderne Medizin zu einem hochentwickelten und komplexen System werden lassen.

3. In der klinischen Medizin hat es schon seit jeher inhärente Risiken gegeben. Entwicklungen in der modernen Medizin haben zu neuen und manchmal auch größeren Risiken geführt - einige sind vermeidbar, andere inhärent.

4. Die Ärzte sollten versuchen, diese Risiken im voraus zu erkennen und bei der Behandlung der Patienten zu kontrollieren.

Grundsätze

5. Die Ärzte müssen sicherzustellen, dass die Patientensicherheit bei der ärztlichen Entscheidungsfindung immer berücksichtigt wird.

6. Einzelpersonen und Verfahren sind selten allein dafür verantwortlich, dass Fehler gemacht werden. Vielmehr wirken einzelne Elemente zusammen und verursachen dann eine Hochrisikosituation. Aus diesem Grund sollte die vertrauliche Meldung von medizinischen Fehlern im Rahmen einer straffreien Kultur erfolgen, die sich auf die Prävention und Korrektur von Systemfehlern und nicht auf die Schuldzuweisung an Einzelpersonen oder Organisationen konzentriert.

7. Auf der Grundlage eines realistischen Verständnisses der der modernen Medizin inhärenten Risiken müssen Ärzte über die beruflichen Grenzen der medizinischen Versorgung hinausgehen und mit allen relevanten Parteien zusammenarbeiten, einschließlich dem Patienten, und ein offensives Systemkonzept für die Sicherheit des Patienten entwickeln.

8. Für die Entwicklung eines Systemkonzepts dieser Art ist es erforderlich, dass sich die Ärzte kontinuierlich über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse informieren und ständig bestrebt sind, die medizinische Versorgung zu verbessern.

9. Alle Informationen, die die Sicherheit des Patienten betreffen, müssen allen relevanten Parteien, einschließlich dem Patienten, zugänglich gemacht werden. Das Prinzip der vertraulichen Behandlung von Patientendaten muss jedoch weiterhin uneingeschränkt gelten.

Empfehlungen

10. Daher empfiehlt der Weltärztebund den nationalen Ärzteorganisationen Folgendes:

    10.1 Die nationalen Ärzteorganisationen sollten allen Ärzten in ihren Ländern die für die Sicherheit des Patienten relevanten Informationen zukommen lassen;

    10.2 die nationalen Ärzteorganisationen sollten die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Ärzten, Angehörigen medizinischer Berufe, den Patienten und anderen relevanten Einzelpersonen und Organisationen fördern mit dem Ziel, die für die Sicherheit des Patienten erforderlichen Systeme zu entwickeln;

    10.3 die nationalen Ärzteorganisationen sollten die Entwicklung effektiver Modelle zur Förderung der Patientensicherheit unterstützen, und zwar durch die ärztliche Fortbildung und die kontinuierliche berufliche Entwicklung;

    10.4 die nationalen Ärzteorganisationen sollten miteinander kooperieren und Informationen über ernste Zwischenfälle, einschließlich Fehler, Lösungen und "daraus zu ziehende Lehren (lessons learned)" austauschen, um produktive Ergebnisse für die Patientensicherheit zu erzielen.

Oktober 2001 MEC/SafeInject/Oct2002
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Sicherheit von Injektionen in der medizinischen Versorgung

verabschiedet von der
53. Generalversammlung des Weltärztebundes
Washington, 2002

Präambel

1. Der Weltgesundheitsorganisation zufolge werden jährlich weltweit 12 Milliarden Injektionen verabreicht. Millionen dieser Injektionen sind gefährlich, insbesondere die, die mit wieder verwendeten Spritzen und / oder Nadeln ausgeführt werden.

2. Die häufigsten Krankheiten, die durch diese unsicheren Injektionen hervorgerufen werden, sind: Hepatitis B, Hepatitis C und Aids. Man schätzt die Zahl neuer Infektionsviren weltweit

   - auf 8 bis 16 Millionen bei Hepatitis B
   - auf 2,3 bis 4,7 Millionen bei Hepatitis C
   - auf 80.000 bis 160.000 bei Aids

3. In den Gesundheitseinrichtungen vieler Länder gehören Einwegspritzen zur Standardausrüstung und das größte Problem ist die sichere Verwendung und Entsorgung von Spritzen und Nadeln.

4. In der Regel werden Injektionen von Ärzten verschrieben und / oder verabreicht. Aus diesem Grund können vor allem Ärzte eine Verhaltensänderung herbeiführen, die zu einer sicheren und geeigneten Verwendung der Injektionen führt.

5. Eine wesentliche Komponente für die HIV-Prävention ist die sichere und angemessene Verwendung von Injektionen. Die Sicherheit dieser Präventionsmethoden bietet im übrigen Vorteile, die weit über die HIV-Prävention hinausgehen, beispielsweise für andere Infektionen wie Hepatitis B und C.

Wesentliche Grundsätze

6. Die Unsicherheit bei Injektionen ist auf die übermäßige Verwendung therapeutischer Injektionen sowie auf unsichere Injektionsmethoden zurückzuführen. Hierzu gehört vor allem die Verwendung nicht sterilisierter oder unzureichend sterilisierter Spritzen, die Wiederverwendung von Spritzen und die unsachgemäße Entsorgung von Spritzen und Nadeln.

7. Sichere Injektionen verhindern, dass dem Empfänger, dem Leistungserbringer und der Allgemeinheit Schaden zugefügt wird. Unsichere Injektionen schaden anderen, weil sie Krankheitserreger in großem Umfang verbreiten.

8. In bestimmten Ländern können die Einstellung des Arztes sowie ungeeignete Standards in der Praxis entscheidend dafür sein, dass zu viel "therapeutische" Injektionen durchgeführt werden. Dies ist eine Folge der Annahme, dass einige Patienten nur mit der Behandlung zufrieden sind, wenn sie eine Injektion beinhaltet. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass diese Annahme falsch ist. Die Patienten ziehen eine gute Verständigung mit ihrem Arzt einer Verabreichung von Injektionen vor. Darüber hinaus sind in einigen Gesundheitssystemen die Vergütungssysteme wahrscheinlich dergestalt strukturiert, dass der unnötige Gebrauch von Injektionen auch noch honoriert wird.

9. Die meisten nicht injiziierbaren Medikamente sind genauso wirksam wie injiziierbare Medikamente.

10. Unsichere Injektionen sind eine Verschwendung wertvoller Ressourcen der gesundheitlichen Versorgung und können leicht durch integrierte Maßnahmen vermieden werden. Für eine effektive Strategie zur Förderung der Sicherheit von Injektionen auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene müssen drei Bedingungen erfüllt werden:

    10.1 Injektionen sollten nur von geschultem medizinischen Personal und von entsprechend geschulten Laien verabreicht werden;

    10.2 eine Veränderung des Verhaltens der Patienten und der in der medizinischen Versorgung Tätigen, um den übermäßigen Einsatz von Injektionen zu reduzieren und die Sicherheit von Injektionen zu gewährleisten;

    10.3 ausreichende Verfügbarkeit der erforderlichen Geräte und Materialien, nach Möglichkeit Verwendung von Einwegspritzen;

    10.4 die sachgemäße und sichere Entsorgung von Spritzen und Nadeln.

11. Durch eine vermehrte Verfügbarkeit von einwandfreiem Injektionsmaterial, nach Möglichkeit Verwendung von Einwegspritzen, kann die Sicherheit der Injektionen verbessert werden, ohne die Zahl unnützer Injektionen erhöhen zu müssen.

Empfehlungen

12. Die nationalen Ärzteorganisationen arbeiten mit ihren nationalen Regierungen oder anderen entsprechenden Behörden zusammen, um wirksame Maßnahmen zur geeigneten und gefahrlosen Verwendung von Injektionen zu entwickeln. Dafür ist ein entsprechender Kostenrahmen erforderlich einschließlich der Bewertung der derzeit angewendeten Injektionsmethoden sowie die Entwicklung eines integrierten Aktionsplans. Im Rahmen dieses Plans sollte die Bereitstellung ausreichender für die Injektionen erforderlicher Materialien, gegebenenfalls Maßnahmen zur Durchsetzung geeigneter Standards für die Sterilisation, die sachgemäße und sichere Entsorgung von Spritzen und Nadeln sowie die Durchführung von Schulungsprogrammen zur Vermeidung unnötiger Injektionen und zur Förderung sicherer Injektionsmethoden unterstützt werden.

13. Die Ärzte werden weltweit nachdrücklich aufgefordert:

13.1 anstelle von initiierbaren Medikamenten möglichst nichtinitiierbare Medikamente zu verordnen und den Einsatz nichtinjizierbarer Medikamente bei den Patienten und ihren Kollegen zu fördern;

13.2 injizierbare Medikamente nur zu verwenden, wenn sie sicher und zweckdienlich sind und Injektionen so zu verabreichen, dass weder dem Empfänger, dem Leistungserbringer noch der Gemeinschaft Schaden zufügt wird;

13.3 sicherzustellen, dass für die sichere Entsorgung gebrauchter chirurgischer Materialien (z.B. Nadeln, Klingen etc.) ausschließlich speziell dafür vorgesehene Container benutzt werden und dass die Hüllen von scharfen Instrumenten nicht wiederverwendet werden;

13.4 Patienten und Gesundheitsberufe für die Risiken zu sensibilisieren, die von unsicheren Injektionen ausgehen, und sie aufzufordern, ihr Verhalten zu ändern, um sich für die Sicherheit von Injektionen einzusetzen. Bei der Schulung auf diesem Gebiet sollte betont werden, dass Nadeln nicht wiederverwendet werden sollten.

MEC/Sydney/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Deklaration des Weltärztebundes von Sydney
über die

Feststellung des Todes und die Entnahme von Organen

verabschiedet von der 22. Generalversammlung des Weltärztebundes
Sydney, Australien, August 1968; und revidiert von der 35. Generalversammlung,
Venedig, Italien, Oktober 1983 und der 57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

1. Die Feststellung des Todes kann auf Basis des irreversiblen Verlusts aller Funktionen des gesamten Gehirns, einschließlich des Hirnstamms, oder des irreversiblen Versagens der Kreislauf- und Atmungsfunktionen erfolgen. Die Todesfeststellung basiert auf der klinischen Beurteilung anhand anerkannter Kriterien ergänzt, falls notwendig, durch standardisierte Diagnoseverfahren und wird von einem Arzt vorgenommen.

2. Nach der Feststellung des Todes ist es möglich, die Zell-, Organ- und Gewebeaktivität auch ohne Reanimation weiterhin für eine Zeit lang im Körper nachzuweisen. Der Ausfall aller Lebensfunktionen auf der zellulären Ebene ist kein notwendiges Kriterium für die Feststellung des Todes.

3. Durch die Verwendung von Organen von Verstorbenen für Transplantationen ist es für Ärzte wichtig geworden, dass sie festzustellen können, wann künstlich am Leben gehaltene Patienten verstorben sind.

4. Nachdem der Tod eingetreten ist, besteht die Möglichkeit, durch mechanische Aufrechterhaltung der Zirkulation Körpergewebe und Organe für Transplantationszwecke zu erhalten.

5. Wenn die Verpflanzung eines Organs beabsichtigt ist, sollte die Feststellung des Todes von einem Arzt getroffen werden, der keinesfalls unmittelbar mit der Durchführung der Transplantation selbst zu tun hat.

6. Nach der Feststellung des Todes können alle Behandlungen und Wiederbelebungsversuche eingestellt und Spenderorgane entnommen werden, vorausgesetzt, dass die bestehenden Erfordernisse der Einwilligung und anderer relevanter ethischer und gesetzlicher Erfordernisse berücksichtigt worden sind.

MEC/Telemedicine/Oct2007
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Ethik in der Telemedizin

verabschiedet von der 58. Generalversammlung des Weltärztebundes
Kopenhagen, Dänemark, Oktober 2007

DEFINITION

Die Telemedizin ist eine Form der Ausübung der Medizin aus der Entfernung, bei der Eingriffe, diagnostische und therapeutische Entscheidungen und Empfehlungen auf Daten, Dokumenten und anderen Informationen beruhen, die über Telekommunikationssysteme übertragen werden.

PRÄAMBEL

Die Entwicklung und Umsetzung der Informations- und Kommunikationstechnologie bietet neue Möglichkeiten der Patientenversorgung. Diese Systeme ermöglichen verschiedene Methoden der ärztlichen Berufsausübung. Die Übernahme der Telemedizin ist aufgrund ihrer Schnelligkeit und ihrer Fähigkeit gerechtfertigt, Patienten zu erreichen, die sonst nur begrenzten Zugang zu ärztlicher Hilfe haben und wird mit ihrer Leistungsfähigkeit bei der Verbesserung der medizinischen Versorgung begründet.

Die nachstehenden ethischen Leitlinien sind von Ärzten bei der Ausübung der Telemedizin zu befolgen.

GRUNDSÄTZE

Arzt-Patienten-Beziehung

Die Arzt-Patienten-Beziehung sollte auf einer persönlichen Begegnung und ausreichendem Wissen über die Vorgeschichte des Patienten beruhen. Telemedizin sollte in erster Linie in Situationen angewandt werden, in denen nicht innerhalb eines sicheren und annehmbaren Zeitraums ein Arzt persönlich anwesend sein kann.

Die Arzt-Patienten-Beziehung in der Telemedizin muss auf gegenseitigem Vertrauen und Respekt beruhen. Es kommt darum entscheidend darauf an, dass Arzt und Patient einander bei der Anwendung der Telemedizin eindeutig zu identifizieren vermögen.

Im Idealfall sollte die Telemedizin nur in Fällen angewandt werden, in denen zwischen dem Patienten und einem Arzt, der an der Veranlassung oder Erbringung der telemedizinischen Dienstleistung beteiligt ist, schon vorher eine persönliche Beziehung besteht.

Der Arzt muss bemüht sein sicherzustellen, dass die Vertraulichkeit und die Integrität der Patientendaten nicht gefährdet werden. Während einer telemedizinischen Konsultation gewonnene Daten sind durch Verschlüsselung zu sichern, und zur Verhinderung des Zugriffs Unbefugter sind weitere vorbeugende Sicherungsmaßnahmen zu ergreifen.

Aufgaben des Arztes

Ein unter Nutzung der Telemedizin um Rat gebetener Arzt sollte detaillierte Aufzeichnungen über die von ihm erteilten Ratschläge sowie über die erhaltenen Informationen führen, auf denen diese Ratschläge beruhten.

Der Arzt hat sicherzustellen, dass der Patient oder die den Patienten betreuenden Familienangehörigen fähig sind, das erforderliche Telekommunikationssystem und benötigte Geräte zu verwenden. Der Arzt muss bemüht sein sicherzustellen, dass der Patient den erteilten Rat und die Behandlungsvorschläge verstanden hat und dass eine kontinuierliche Versorgung gewährleistet ist.

Der Arzt, der einen anderen Arzt um Rat oder ein Zweitgutachten bittet, bleibt für die Therapie und andere dem Patienten vorgetragene Entscheidungen und Empfehlungen verantwortlich.

Ein Arzt sollte sich über die besonderen Schwierigkeiten und Unsicherheiten, die auftauchen können, im Klaren sein und sie beachten, wenn er auf dem Wege der Telekommunikation mit einem Patienten Kontakt aufnimmt. Ein Arzt muss bereit sein, einen direkten Arzt-Patienten-Kontakt zu empfehlen, wenn er den Eindruck gewinnt, dies sei situationsgemäß notwendig.

Versorgungsqualität

Durch regelmäßige Qualitätsbewertungen ist in der Telemedizin für die bestmögliche Diagnostik und Therapie zu sorgen.

Die Möglichkeiten und Schwächen der Telemedizin in Notfällen sind zur Kenntnis zu nehmen. Wenn in einem Notfall auf Telemedizin zurückgegriffen werden muss, werden die Ratschläge und die Therapievorschläge dadurch beeinflusst, wie sehr der Patient gefährdet ist und welches Know-how und welche Fähigkeiten die Betreuer des Patienten aufweisen.

EMPFEHLUNGEN

Der Weltärztebund und die nationalen Ärzteorganisationen sollten die Erarbeitung nationaler Rechtsvorschriften und internationaler Übereinkommen zu Themen der Telemedizin wie z.B. elektronischen Verordnungen, der Ärzteregistrierung, der Haftung und der Rechtsstellung elektronischer Patientenunterlagen fördern.

MEC/TissueTransplantation/Oct2007
Original: Deutsch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zu

Menschlichem Gewebe für Transplantationen

verabschiedet von der 58. Generalversammlung des Weltärztebundes
Kopenhagen, Dänemark, Oktober 2007

EINFÜHRUNG

Die Verwendung von menschlichen Zellen und Geweben zu therapeutischen Zwecken in der Medizin umfasst ein breites Spektrum. Um den unterschiedlichen Anforderungen der verschiedenen Bereiche der Gewebemedizin gerecht zu werden, ist eine differenzierte Betrachtung notwendig.

Die Verwendung so genannter „Gewebetransplantate", wie z.B. Augenhornhäute, Knochen, Blutgefäße und Herzklappen stellt ein in der Medizin etabliertes Behandlungsverfahren dar. Gewebetransplantate werden entnommen, konserviert, gelagert und dann in unterschiedlichem zeitlichem Abstand auf Patienten übertragen. Sie sollten daher grundsätzlich wie Organe zur Transplantation behandelt werden (vgl. WMA Erklärung zur Spende und Transplantation von Organen und Geweben, Edinburgh, 2000).

Bei so genannten „Advanced Therapies" wie „Tissue Engineering" und anderen Techniken der regenerativen Medizin wird hingegen menschliches Gewebe als Ausgangsmaterial für die Herstellung eines prozessierten Endproduktes genutzt. Auch wenn es bereits etablierte Therapieoptionen gibt, ist zu erwarten, dass die therapeutische Bedeutung dieser Verfahren weiter zunehmen wird, und dass es in der Zukunft viele Entwicklungen in diesem Bereich geben wird. Bedingt durch die Weiterverarbeitung der Gewebe, die oft industrielle Ausrichtung der herstellenden Einrichtungen und die Möglichkeit des Poolings von Gewebe bedarf es für diesen Teil der Gewebemedizin anderer Regelungen als für die Gewebetransplantation.

Der WMA beschränkt diese Erklärung auf Gewebe im Sinne von Gewebetransplantaten und spricht für diesen Bereich der Gewebemedizin folgende Empfehlungen aus:

1. Es besteht grundsätzlich eine ärztliche Verpflichtung, Patienten nach bestem Wissen und gewissen zu therapieren. Diese Verpflichtung darf aber nicht so weit gehen, dass z.B. für die Therapie notwendige Gewebe auf unethische oder illegale Weise gewonnen werden. Die Gewinnung von Gewebe muss grundsätzlich unter Berücksichtigung von Menschenrechten, ethischen Prinzipien und medizinischer Ethik erfolgen.

2. Um die Versorgung der Patienten mit Gewebetransplantaten sicherzustellen, sollten Ärzte potentielle Spender bzw. deren Angehörige über die Möglichkeit zur Gewebespende aufklären. Im Falle einer kombinierten Organ- und Gewebeentnahme sollten Aufklärung und Einholung des Einverständnisses einzügig erfolgen.

3. Die Freiwilligkeit der Gewebespende ist sicherzustellen; für jede Verwendung von menschlichem Gewebe zur Transplantation bedarf es der nach umfassender Aufklärung und ohne Ausübung von Zwang erteilten Zustimmung des Spenders und/oder seiner Familienangehörigen. Da Häftlinge und andere in Gewahrsam befindlichen Personen nicht in der Lage sind, ihre Einwilligung frei zu erteilen und Zwang ausgesetzt sein können, dürfen ihre Gewebe nur bei ihren nächsten Angehörigen für Transplantationszwecke verwendet werden.

4. Wirtschaftliche Anreize, wie beispielsweise Direktbezahlung zur Spende von Gewebetransplantaten sind - ebenso wie für Organtransplantate - abzulehnen. Auch alle weiteren Schritte wie die Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von Gewebetransplantaten sollen nicht kommerzialisiert werden.

5. Können bei einem potentiellen Spender sowohl Organe als auch Gewebe zur Transplantation entnommen werden, ist die Organspende gegenüber der Gewebespende zu priorisieren.

6. Eine auf einen bestimmten Empfänger ausgerichtete postmortale Spende (gerichtete über die direkte Familie hinaus) ist abzulehnen; für die gerichtete Lebensspende müssen

   a) ein direkter persönlicher Bezug zwischen Spender und Empfänger (z.B. Blutsverwandtschaft, Ehegatten) nachgewiesen und

   b) materielle Interessen ausgeschlossen werden.

7. Der WMA fordert für die postmortale Gewebespende, eine Todesfeststellung gemäß seiner Deklaration von Sydney zur Feststellung des Todes.

8. Das Risiko einer Übertragung von Krankheiten (beispielsweise Infektionen, Malignome) durch Gewebe zu Transplantationszwecken muss durch entsprechende Testung, die nicht nur den Mindeststandards genügt sondern darüber hinaus dem jeweiligen national implementierten Stand der Wissenschaft und Technik entspricht, minimiert werden.

9. Wird bei dem Spender im Nachhinein eine Infektionskrankheit oder ein Malignom festgestellt, sollten alle Gewebeempfänger umgehend gewarnt werden, damit geeignete Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden können.

10. Bei der Entnahme, der Lagerung, der Verarbeitung und der Transplantation von Geweben muss eine Kontamination vermieden werden.

11. Unethische Verteilungskonzepte für Gewebetransplantate sind abzulehnen. Die Allokation sollte nach medizinischer Indikation, Dringlichkeit und Erfolgsaussicht vorgenommen werden.

12. Um neue Therapieverfahren zu etablieren, sind experimentelle und klinische Studien sowie ergebnisoffen geführte Diskussionen zu ethischen und moralischen Grundsätzen in der Gesellschaft wichtig. Die experimentellen und klinischen Studien sind gemäß der

Deklaration von Helsinki durchzuführen. Wissenschaftler und Ärzte sollen die Öffentlichkeit fortlaufend über die Entwicklungen der Gewebemedizin und ihrer Therapieoptionen informieren.

13. Der internationale Austausch von Gewebe für Transplantationszwecke sollte nach vereinbarten Standards sachgerecht geregelt werden.

14. Informationen über Gewebespender sollten von nationalen Transplantationsorganisationen gespeichert, auf dem aktuellen Stand gehalten und nur dann bereitgestellt werden, wenn der lebende Spender oder die Angehörigen des verstorbenen Spenders nach Aufklärung freiwillig darin einwilligen.

MEC/Transplantation/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zur

Spende und Transplantation von Organen

verabschiedet von der 52. Generalversammlung des Weltärztebundes
Edinburgh, Schottland, Oktober 2000 und revidiert von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

A. Einleitung

1. Die Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft, insbesondere bei den Operationstechniken, der Gewebetypisierung und den immunsuppressiven Medikamenten haben zu einer deutlichen Erhöhung der Erfolgsquoten bei der Transplantation von Organen geführt. In Anbetracht dieser Entwicklungen ist eine erneute Diskussion der ethischen Fragen in Bezug auf die Spende und die Transplantation von Organen sowie über die für die Lösung dieser Fragen relevanten Grundsätze erforderlich. Aus diesem Grund hat sich der Weltärztebund mit den Fragen und Grundsätzen in Bezug auf die Transplantationsproblematik befasst und die folgenden Leitlinien für Ärzteorganisationen, Ärzte und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen sowie für diejenigen, die auf diesem Gebiet tätig sind, entwickelt.

2. Diese Leitlinien basieren auf Grundsätzen der allgemeinen und beruflichen Ethik. Dabei sind Konflikte hinsichtlich der Wertvorstellungen und Grundsätze nicht zu vermeiden; es gibt zum Beispiel ein Spannungsfeld zwischen dem Wunsch, Organe für wichtige medizinische Behandlungen zu beschaffen einerseits und der Achtung bzw. dem Schutz der Entscheidung und persönlichen Freiheit des einzelnen andererseits. In diesen Leitlinien werden geeignete Grundsätze aufgezeigt und zwar dort, wo sie zu einer Klärung und ausführlichen Begründung einer abgegebenen Erklärung beitragen können.

B. Berufliche Pflichten des Arztes

3. Die oberste Verpflichtung haben Ärzte gegenüber ihren Patienten, ob es sich nun um potentielle Spender oder Empfänger von transplantierten Organen handelt. Verbunden mit dieser Verpflichtung tragen Ärzte außerdem eine Verantwortung gegenüber den Familienangehörigen und engen Freunden ihrer Patienten, so sollten sie beispielsweise deren Meinung über die Entnahme von Organen ihres Angehörigen oder Freundes in Erfahrung bringen. Jedoch hat die Verpflichtung gegenüber ihren Patienten immer Vorrang vor jedweden anderen Verpflichtungen, die eventuell gegenüber den Familienangehörigen bestehen. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine absolute Verpflichtung; zum Beispiel rechtfertigt die Verantwortung des Arztes für das

Wohlbefinden eines Patienten, der ein Transplantat benötigt, nicht die unethische oder illegale Beschaffung von Organen.

4. Ärzte haben eine Verantwortung gegenüber der Gesellschaft, dazu zählt der gerechte Einsatz von Ressourcen, die Abkehr von Schaden und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung; das kann auch die Förderung von Organspenden beinhalten.

5. Transplantationschirurgen sollten versuchen sicherzustellen, dass die Organe, die sie transplantieren, in Übereinstimmung mit den in dieser Erklärung dargelegten Bestimmungen beschafft wurden und keine Organe transplantieren, von denen sie wissen oder vermuten, dass sie nicht auf legale und ethische Art und Weise beschafft worden sind.

C. Organbeschaffung: Gesellschaftliche Aspekte

6. Der Weltärztebund fordert seine Mitgliedsorganisationen auf, die Entwicklung umfassender, koordinierter nationaler Strategien für die Organbeschaffung in Absprache und Kooperation mit allen Beteiligten zu unterstützen. Bei der Entwicklung dieser Strategien sollten Menschenrechte, ethische Grundsätze und die ärztliche Ethik entsprechende Berücksichtigung finden. Die im Zusammenhang mit dieser Strategie und mit der Organspende und -transplantation im allgemeinen auftretenden ethischen, kulturellen und gesellschaftlichen Probleme sollten, wann immer dies möglich ist, in einem öffentlichen mit sachlichen und fundierten Argumenten geführten Dialog gelöst werden.

7. Einige Formen der Organtransplantation sind zu etablierten und wichtigen Gesundheitsleistungen geworden. In dem Maße, wie der Organmangel ein Hindernis für die Bereitstellung der notwendigen medizinischen Behandlung darstellt, müssen die Ärzte politische mit den gesellschaftlichen Wertvorstellungen und der medizinischen Versorgung im Einklang stehende Maßnahmen zur Beschaffung von Organen für die notwendige Behandlung unterstützen.

8. Es ist wichtig, dass die Menschen über die Möglichkeit der Organspende aufgeklärt werden und wissen, dass sie sich für oder gegen eine Organspende entscheiden können (Entscheidungserleichterung). Aufklärung und Entscheidungsfreiheit sollten im Rahmen eines koordinierten vielschichtigen Konzepts durch die verschiedensten Teilnehmer und Mittel, einschließlich der Sensibilisierung der Medien und öffentliche Kampagnen, gefördert werden. Ärzte sollten ihre Patienten über die Möglichkeit, sich für eine Organspende zu entscheiden, informieren, idealerweise im Rahmen einer länger anhaltenden Beziehung zu dem Patienten und bevor es zu einer Situation kommt, die eine sofortige Entscheidung erforderlich macht.

9. Der Weltärztebund unterstützt die aufgeklärte Entscheidung des Spenders. Nationale Ärzteorganisationen, in deren Ländern es eine Politik der "vorausgesetzten Zustimmung", bei der angenommen wird, dass die Zustimmung erteilt worden ist, wenn keine Anzeichen für Gegenteiliges vorliegen, oder der "obligatorischen Entscheidung" gibt, bei der alle Personen gebeten werden zu erklären, ob sie Organe spenden möchten, sollten alles tun, um sicherzustellen, dass die aufgeklärte Entscheidung des Spenders einschließlich das Recht des Patienten, eine Organspende abzulehnen, durch diese Politik nicht beeinträchtigt wird.

10. In Betracht gezogen werden sollte auch die Einrichtung nationaler Spendenregister, in denen die Daten der Personen zusammengetragen und gepflegt werden, die sich zur Organspende bereit erklärt haben. All diese Register müssen die Privatsphäre des einzelnen schützen und sicherstellen, dass dieser die Zusammenstellung, Verwendung, Bekanntgabe sowie den Zugang zu seinen Gesundheitsinformationen zu Zwecken, die nichts mit der Registrierung zu tun haben, jederzeit kontrollieren kann. Es müssen Vorkehrungen getroffen werden um zu gewährleisten, dass die Entscheidung nach angemessener Aufklärung erfolgt ist und dass sich die registrierten Personen ohne strafrechtliche Konsequenzen aus dem Register streichen lassen können.

D. Organ- und Gewebebeschaffung auf institutioneller und individueller Ebene

11. Die Bereitschaft zur Organspende kann durch lokalpolitische Aktionen gefördert werden. Nach Ansicht des Weltärztebundes sollten Organbeschaffungsprogramme, Krankenhäuser und andere Institutionen, in denen die Beschaffung erfolgt:

    a) Zur Förderung der Beschaffung von Organen Leitlinien und Protokolle entwickeln, die mit den Aussagen dieser Erklärung in Einklang stehen. Diese Leitlinien sollten mit den beruflichen Pflichten des Arztes und seinen gesellschaftlichen Wertvorstellungen, der freien und aufgeklärten Entscheidungsfindung, der Privatsphäre und dem gerechten Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung im Einklang stehen.

    b) Diese Leitlinien und Protokolle den Koordinatoren der Transplantation, den Ärzten und dem in dieser Einrichtung tätigen medizinischen Fachpersonal zur Kenntnis bringen;

    c) Sicherstellen, dass ausreichende Ressourcen zur reibungslosen Umsetzung dieser Leitlinien und Protokolle zur Verfügung stehen.

Spende nach dem Tod

12. Ärzte müssen gewährleisten, dass Interaktionen am Krankenbett, einschließlich der Gespräche über Organspende, einfühlsam und in Übereinstimmung mit den ethischen Grundsätzen und ihren fiduziarischen Pflichten gegenüber ihren Patienten erfolgen. Insbesondere die Bedingungen am Krankenbett sterbender Patienten sind nicht ideal, um eine freie und aufgeklärte Entscheidung herbeizuführen. In den Protokollen sollte festgelegt werden, dass, wer auch immer mit dem Patienten, seiner Familie oder einem anderen Bevollmächtigten ein Gespräch über eine Organspende führt, sowohl über die entsprechenden Fachkenntnisse als auch über die erforderliche Sensibilität verfügen sollte. Medizinstudenten und Ärzte sollten für diese Aufgabe über die erforderliche Ausbildung verfügen und die zuständigen Behörden sollten die Ressourcen für diese Ausbildung zur Verfügung stellen. Die Person, die mit dem Patienten oder seiner Familie ein Gespräch über eine Organspende führt, darf auf keinen Fall Mitglied des Transplantationsteams sein.

F. Freiwillige Entscheidung nach Aufklärung über Organspende

13. Für den Weltärztebund stehen die Wünsche des potentiellen Spenders an erster Stelle. Falls die Einstellung des potentiellen Spenders zur Organspende nicht bekannt ist und der potentielle Spender verstorben ist, ohne zuvor eine klare Aussage für oder gegen eine Organspende gemacht zu haben, dann kann die Familie oder eine andere ermächtigte

Person stellvertretend für den Patienten diese Entscheidung treffen und hat das Recht, die Erlaubnis zur Organspende zu erteilen oder zu verweigern, es sei denn, dies widerspricht dem zuvor vom Patienten geäußerten Wunsch.

14. Bevor eine Organentnahme erfolgen kann muss sichergestellt sein, dass die freiwillige Entscheidung nach Aufklärung des potentiellen Spenders oder, falls dies rechtlich erforderlich ist, des entsprechenden ermächtigten Vertreters vorliegt. In Ländern, in denen die vorausgesetzte Zustimmung rechtlich die Regel ist, sollte der Organbeschaffungsprozess angemessene Maßnahmen enthalten um festzustellen, ob sich der potentielle Spender gegen eine Spende entschieden hat.

15. Erfolge bei der Beschaffung von Organen zum Zwecke der Transplantation sollten nicht als Kriterium zur Beurteilung der Qualität des Prozesses der freien und aufgeklärten Entscheidungsfindung konstruiert werden. Die Qualität dieses Prozesses hängt davon ab, ob der Entscheidung eine ausreichende Aufklärung vorausging und keinerlei Druck ausgeübt wurde und nicht davon, ob das Ergebnis die Entscheidung zur Organspende ist.

16. Voraussetzung für den Prozess der freiwilligen Entscheidung nach Aufklärung ist der Austausch und das Verstehen von Informationen sowie der Verzicht auf jegliche Art von Zwangsausübung. Da Gefängnisinsassen und Untersuchungsgefangene nicht in der Lage sind, ihre freiwillige Zustimmung zu geben und Zwang ausgesetzt sein können, dürfen deren Organe - außer für ihre engsten Angehörigen - nicht für Transplantationen verwendet werden.

17. Damit die Entscheidung zur Spende von Organen nach ausreichender Aufklärung erfolgt, sollten potentielle Spender oder ihre ermächtigten Vertreter, wenn sie dies wünschen, alle erforderlichen und relevanten Informationen erhalten. Dazu zählen in der Regel Informationen über:

    a) bei Lebendspendern, Nutzen und Gefahren der Transplantation;

    b) bei verstorbenen Spendern, Verfahren und Definitionen zur Feststellung des Todes;

    c) Prüfung der Organe auf ihre Transplantierbarkeit, wodurch unvermutete Gesundheitsrisiken für die potentiellen Spender und ihre Familien festgestellt werden können;

    d) bei verstorbenen Spendern Maßnahmen, die zur Erhaltung der Organfunktion erforderlich sind, bis der Tod festgestellt ist und die Transplantation vorgenommen werden kann;

    e) bei verstorbenen Spendern, was mit dem Körper geschieht, wenn der Tod festgestellt worden ist;

    f) auf welche Organe bezieht sich ihre Spendenbereitschaft;

    g) das Protokoll, das über die Familie angefertigt wird für den Fall, dass die Familie die Organspende ablehnt; und

    h) bei Lebendspendern, welche Auswirkungen die Organspende auf ihr weiteres Leben hat.

18. Potentielle Spender sollten darüber informiert werden, dass Familien manchmal eine Organspende ablehnen; die Spender sollten deshalb darin bestärkt werden, zur Vermeidung eines späteren Konflikts ihre Entscheidung mit ihrer Familie zu diskutieren.

19. Potentielle Spender oder ihre ermächtigten Vertreter sollten Gelegenheit erhalten, Fragen zur Organspende zu stellen und diese Fragen sollten in einer einfühlsamen und verständlichen Weise beantwortet werden.

20. Wenn die Wünsche des Patienten bekannt sind und es keinen Grund zu der Annahme gibt, dass die Entscheidung zur Organspende erzwungen wurde, die Aufklärung unzureichend war oder der Patient seine Meinung geändert hat, sollte diesen Wünschen entsprochen werden. Dies sollte auf gesetzlicher und politischer Ebene sowie in Protokollen klargestellt werden. Unter diesen Umständen sollten Familien darin bestärkt werden, den ausdrücklichen Wunsch des Patienten zu respektieren.

21. Wenn die Wünsche des Patienten nicht bekannt oder ungewiss sind, sollte das geltende nationale Recht Anwendung finden.

22. Protokolle in Bezug auf die freiwillige Entscheidung nach Aufklärung sollten auch bei Organempfängern angefertigt werden. Diese sollten in der Regel. folgende Informationen enthalten:

    a) die Risiken des Verfahrens;

    b) die voraussichtlichen kurz-, mittel- und langfristigen Aussichten in Bezug auf Überlebenschance, Morbiditätsrisiko und Lebensqualität;

    c) Alternativen zur Transplantation;

    d) wie Organe beschafft werden.

23. Bei lebenden Organspendern sollten besondere Anstrengungen unternommen werden um zu gewährleisten, dass die Entscheidung auf absolut freiwilliger Basis erfolgt. Finanzielle Anreize für die Beschaffung von Organen zum Zwecke der Transplantation können ein Zwangsmittel sein und sollten verboten werden. Personen, die nicht in der Lage sind, eine Entscheidung nach Aufklärung zu treffen, beispielsweise Minderjährige oder geistig Unzurechnungsfähige, sollten, außer in Ausnahmesituationen und in Übereinstimmung mit dem Ethikausschuss und anerkannten Protokollen, nicht als potentielle Organspender berücksichtigt werden. Um einen Interessenkonflikt zu vermeiden, sollte der Arzt, der die aufgeklärte Zustimmung des Lebendspenders eingeholt hat, nicht Mitglied des Transplantationsteams sein.

G. Feststellung des Todes

24. Der Weltärztebund vertritt die Ansicht, dass die Feststellung des Todes eine ärztliche Aufgabe ist, die entsprechend der von medizinischen Sachverständigen aufgestellten allgemein anerkannten Leitlinien durchgeführt werden sollte; die Leitlinien sollten auf der *Deklaration des Weltärztebundes von Sydney über die Feststellung des Todes und die Entnahme von Organen* basieren.

25. Protokolle und Verfahren sollten entwickelt werden, um Patienten und Familien über Verfahren zur Feststellung des Todes und über Möglichkeiten der Organspende nach dem Tod aufzuklären.

26. Um einen Interessenkonflikt zu vermeiden, sollte der Arzt, der den Tod eines potentiellen Organspenders feststellt und/oder bescheinigt, weder bei der Organentnahme oder der anschließenden Transplantation einbezogen werden noch für die Versorgung potentieller Organempfänger verantwortlich sein.

H. Gerechtigkeit bei der Zuteilung von Organen

27. Der Weltärztebund ist der Ansicht, dass es eine klare von der Öffentlichkeit zu kontrollierende Politik zur Regelung aller Aspekte der Spende und Transplantation von Organen einschließlich der Verwaltung der Wartelisten für Organe geben sollte, damit ein faires und angemessenes Verteilungsverfahren gewährleistet wird.

28. Eine Politik zur Regelung der Verwaltung der Wartelisten sollte effizient und fair sein. Zu den Kriterien, die bei der Zuteilung von Organen berücksichtigt werden sollten, zählen Dringlichkeit des medizinischen Eingriffs, Länge der Wartezeit, medizinische Erfolgsaussichten in Abhängigkeit von Faktoren wie Art der Krankheit, andere Komplikationen und Gewebekompatibilität. Es darf keine Diskriminierung aufgrund der sozialen Stellung, des Lebensstils oder des Verhaltens geben.

29. Bei konkreten Aufrufen zur Spende von Organen für einen bestimmten Empfänger ist es zur Beurteilung des potentiellen Einflusses auf die Gerechtigkeit der Zuteilung erforderlich, eine weitere Untersuchung und ethische Prüfung vorzunehmen.

30. Der Kauf von Organen zum Zwecke der Transplantation sollte verboten werden. Ein finanzieller Anreiz gefährdet die freiwillige Entscheidung zur und die altruistische Grundlage für die Spende von Organen. Außerdem ist der auf die Zahlungsfähigkeit basierende Zugang zur medizinischen Behandlung nicht mit den Grundsätzen der Gerechtigkeit vereinbar. Organe, bei denen der Verdacht besteht, dass sie durch kommerzielle Transaktionen beschafft wurden, dürfen nicht zur Transplantation verwendet werden. Darüber hinaus sollte das Anbieten von Organen gegen Geld verboten werden. Die angemessene Erstattung der für die Beschaffung, den Transport, die Bearbeitung, Konservierung und die Implantation entstehenden Kosten wird jedoch unterstützt.

31. Ärzte, die gebeten werden, ein Organ zu transplantieren, das durch eine kommerzielle Transaktion beschafft worden ist, sollten dies ablehnen und dem Patienten erklären, warum ein solches Vorgehen unethisch wäre: weil die Person, die das Organ spendet und damit ein Gesundheitsrisiko eingeht, in erster Linie aus finanziellen und nicht aus altruistischen Gründen handelt und weil diese Transaktionen nicht mit den Grundsätzen der Gerechtigkeit bei der Zuteilung von Organen für die Transplantation vereinbar sind.

I. Experimentelle Verfahren und in der Entwicklung befindliche Transplantationsverfahren

32. Der Weltärztebund vertritt die Ansicht, dass, obwohl viele Transplantationsverfahren mittlerweile für eine Reihe von Krankheitsfällen zur medizinischen Standardbehandlung geworden sind, befinden sich andere jedoch erst im Versuchsstadium und/oder sind in

moralischer Hinsicht umstritten, was weitere Anstrengungen im Bereich der Forschung, der Erstellung von Sicherheitsmaßnahmen und Leitlinien sowie die Ingangsetzung einer öffentlichen Diskussion erforderlich macht.

33. Für experimentelle Verfahren ist die Anfertigung von Protokollen, einschließlich einer ethischen Überprüfung, erforderlich, die sich von den Protokollen für standardmäßige medizinische Verfahren unterscheiden und strengeren Vorschriften unterliegen.

34. Bei der Xenotransplantation treten besondere Probleme bzw. Risiken auf, insbesondere die Übertragung von Viren und anderen Krankheitserregern. Eine intensive öffentliche Diskussion über die Xenotransplantation ist dringend erforderlich um sicherzustellen, dass die Entwicklungen auf diesem Gebiet mit den gesellschaftlichen Wertvorstellungen zu vereinbaren sind. Zur Regelung dieser Verfahren sollten internationale Leitlinien entwickelt werden.

35. Die Transplantation von Organen unter Verwendung von Zellkernersatztechnologien kann nur als Behandlung akzeptiert werden, wenn zuvor eine wissenschaftliche Überprüfung und eine öffentliche Diskussion stattgefunden haben und entsprechende Leitlinien entwickelt worden sind.

MEC/Venice/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Deklaration des Weltärztebundes
von Venedig zum

Todkranken Patienten

verabschiedet von der 35. Generalversammlung
des Weltärztebundes
Venedig, 1983 und revidiert von der 57. Generalversammlung
des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

Vorwort

1. Bei der Diskussion ethischer Probleme im Zusammenhang mit der Betreuung todkranker Patienten tauchen unweigerlich Fragen zur Euthanasie und zur ärztlichen Hilfe zum Selbstmord auf. Der Weltärztebund verurteilt sowohl Euthanasie als auch ärztliche Hilfe zum Selbstmord als unethisches Verhalten. Es sollte noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die Stellungnahmen des Weltärztebundes zu diesen Themen in vollem Umfang im Kontext dieser Deklaration anzuwenden sind.

Präambel

2. Wenn die medizinische Diagnose eines Patienten die Hoffnung ausschließt, dass seine Gesundheit wiederhergestellt wird oder erhalten bleibt und der Tod des Patienten nicht zu vermeiden ist, dann stehen Arzt und Patient oftmals vor einer Reihe komplexer Entscheidungen über zu ergreifende medizinische Maßnahmen. Durch die Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft können sich Ärzte heute besser mit vielen Fragen in Bezug auf die Betreuung todkranker Patienten auseinandersetzen. Hier handelt es sich jedoch um einen Bereich der Medizin, dem seit jeher nie die Aufmerksamkeit zuteil wurde, die er verdient hat. Zwar ist die vorrangige Aufgabe der Forschung, Krankheiten zu heilen, nach wie vor unbestritten, jedoch sollte der Entwicklung palliativer Behandlungen und der Verbesserung der Fähigkeit von Ärzten, die medizinischen~~,~~ und psychologischen Komponenten der Symptome von todkranken Patienten zu beurteilen und zu behandeln, größere Bedeutung beigemessen werden. Die Sterbephase muss anerkannt und als ein wichtiger Teil des Lebens eines Menschen respektiert werden. Da in vielen Ländern der Druck der Öffentlichkeit stärker wird, die ärztliche Hilfe zum Selbstmord und Euthanasie als akzeptable Möglichkeiten zur Beendigung des Leidens todkranker Patienten zu betrachten, rückt die ethische Pflicht zur Verbesserung der palliativen Behandlung in der Endphase des Lebens immer stärker in den Brennpunkt.

3. Der Weltärztebund erkennt an, dass sich die Einstellungen und Ansichten gegenüber dem Tod in den einzelnen Kulturen und in den verschiedenen Religionen stark voneinander unterscheiden. Darüber hinaus können viele palliative und lebenserhaltende Maßnahmen ohne die entsprechenden Technologien und/oder finanziellen Mittel, die vielerorts einfach nicht zur Verfügung stehen, nicht durchgeführt werden. Da die medizinische Versorgung von todkranken Patienten von diesen Faktoren entscheidend beeinflusst wird, ist der Versuch, detaillierte Leitlinien für die Versorgung todkranker Patienten zu entwickeln, die universell angewendet werden können, weder praktikabel noch ratsam. Aus diesem Grund hat der Weltärztebund die nachfolgenden Grundsätze formuliert, die Ärzten und nationalen Ärzteorganisationen bei der Entscheidungsfindung in Bezug auf die Versorgung todkranker Patienten als Hilfestellung dienen sollen.

Grundsätze

4. Es ist die Pflicht des Arztes zu heilen und, wo es möglich ist, das Leiden zu lindern und die Interessen seines Patienten zu wahren.

5. Bei der Behandlung todkranker Patienten besteht die oberste Pflicht des Arztes darin, dem Patienten bei der Erhaltung einer bestmöglichen Lebensqualität durch die Kontrolle von Symptomen und das Eingehen auf psychosoziale Notwendigkeiten zu helfen und dafür zu sorgen, dass der Patient in Würde und schmerzfrei sterben kann. Ärzte sollten Patienten über die Verfügbarkeit, den Nutzen sowie anderer potentieller Auswirkungen einer palliativen Versorgung informieren.

6. Das Recht des Patienten auf Autonomie bei der Entscheidungsfindung muss respektiert werden in Bezug auf Entscheidungen in der Endphase des Lebens. Dazu gehört das Recht, eine Behandlung abzulehnen und um palliative Maßnahmen zur Schmerzlinderung zu bitten, die jedoch als Nebeneffekt die Beschleunigung des Sterbevorgangs haben. Es ist Ärzten jedoch aus ethischen Gründen untersagt, Patienten aktiv beim Selbstmord beizustehen. Das schließt die Verabreichung aller Behandlungen ein, deren palliativer Nutzen nach Meinung des Arztes die Nebeneffekte nicht rechtfertigt.

7. Der Arzt darf keinerlei Mittel anwenden, die sich als nutzlos für den Patienten erweisen würden.

8. Der Arzt sollte das Recht der Patienten anerkennen, schriftliche Patientenverfügungen zu verfassen, in denen sie ihren Willen zum Ausdruck bringen für den Fall, dass sie nicht mehr in der Lage sind, sich zu äußern, und in denen ein Familienmitglied oder gesetzlicher Vertreter bestimmt wird, um Entscheidungen zu treffen, die in der Patientenverfügung nicht zum Ausdruck gebracht werden. Vor allem sollte der Arzt mit dem Patienten über seine Einstellung zur Anwendung von lebenserhaltenden Maßnahmen und auch palliativen Maßnahmen sprechen, die auch als Nebeneffekt zur Beschleunigung des Sterbevorgangs führen können. Wenn irgend möglich sollte ein Familienmitglied oder der gesetzliche Vertreter des Patienten in diese Gespräche einbezogen werden.

9. Der Arzt sollte sich bemühen, die psychosozialen Bedürfnisse seiner Patienten zu verstehen und auf diese einzugehen, insbesondere, wenn sie sich auf physische Symptome der Patienten beziehen. Der Arzt sollte dafür sorgen, dass die Patienten und ihre Familien psychologischen und religiösen Beistand erhalten, damit sie mit ihren durch die Krankheit verursachten Ängsten und Sorgen besser fertig werden.

10. Die klinische Beherrschung der Schmerzen von todkranken Patienten ist für die Linderung des Leidens von größter Bedeutung. Ärzte und nationale Ärzteorganisationen sollten die Verbreitung und den Austausch von Informationen über Schmerzmanagement fördern um sicherzustellen, dass alle Ärzte, die todkranke Patienten versorgen, Zugang zu den Leitlinien der besten Praxis haben und über die effektivsten Behandlungsmethoden verfügen. Der Arzt sollte in der Lage sein, eine klinisch angemessene aggressive Schmerzbehandlung vorzunehmen, ohne unangebrachte Furcht vor aufsichtsrechtlichen oder gesetzlichen Konsequenzen.

11. Nationale Ärzteorganisationen sollten Regierungen und Forschungsinstitute dazu ermutigen, zusätzliche Mittel zur Entwicklung von Behandlungsmethoden zur Verbesserung der Versorgung von todkranken Patienten bereitzustellen. Die palliativmedizinische Versorgung sollte Bestandteil der Lehrpläne der medizinischen Fakultäten sein. Wo dies nicht der Fall ist, sollte überlegt werden, Palliativmedizin als Fachgebiet einzurichten.

12. Nationale Ärzteorganisationen sollten sich zur Förderung der Kommunikation und Zusammenarbeit für den Aufbau eines Netzes von Einrichtungen und Organisationen, die sich mit palliativer Versorgung befassen, einsetzen.

13. Wenn der Patient keine Chance hat, die Vitalfunktionen zu erhalten, so darf der Arzt durch künstliche Mittel Organe zur Transplantation am Leben erhalten, vorausgesetzt, er handelt entsprechend den in der Erklärung des Weltärztebundes zur Spende und Transplantation von Organen und Gewebe dargelegten ethischen Leitlinien.

MEC/Weapons/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zu

Kriegswaffen und deren Auswirkungen auf Leben und Gesundheit

verabschiedet von der 48. Generalversammlung des Weltärztebundes Somerset West, Republik Südafrika, Oktober 1996, und sprachlich überarbeitet auf der 174. Vorstandssitzung, Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

PRÄAMBEL

1. Wenn Staaten in den Krieg eintreten oder Waffen entwickeln denken sie in der Regel weder an die unmittelbaren noch an die langfristigen Folgen des Einsatzes dieser Waffen auf die Gesundheit der Zivilbevölkerung und auf die Volksgesundheit im Allgemeinen.

2. Dessen ungeachtet muss sich die Ärzteschaft sowohl mit den unmittelbaren als auch mit den langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen von Kriegshandlungen befassen und insbesondere mit den Folgen verschiedener Waffenarten.

3. 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. Dazu zählt die Entwicklung von Waffen, deren Ziel anatomische oder physiologische Funktionen, beispielsweise die Sehkraft, sind oder die das Wissen um humangenetische Ähnlichkeiten und Unterschiede nutzen, um Waffen gezielt einzusetzen.

4. Es gibt zurzeit keine allgemein verbindlichen Kriterien, anhand derer die gesundheitlichen 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.

5. Ärzte können dazu beitragen, Kriterien für Waffen zu entwickeln, die extreme Verletzungen oder Leiden verursachen und damit gegen das Internationale Völkerrecht verstoßen.

6. 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 von Verstößen gegen das Gesetz, wenn dies erst einmal verabschiedet ist, ermöglichen.

7. 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.

EMPFEHLUNGEN:

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

   a) unterstützt der Weltärztebund 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;

   b) 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.

   c) 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.

Oktober 1990 20.1/90

Original: Englisch

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 Dosierungsstärke 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

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

Oktober 1998 20.1/96
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung 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 verfügen[1].

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 Kopenhagen[2] verabschiedeten "20/20-Initiative" werden nationale Regierungen und internationale Geber aufgefordert, 20 Prozent ihrer Ausgaben für dringend erforderliche Sozialprogramme und für die medizinische Primärversorgung[3] 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 Niveau[4] 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 mitzuwirken[5];

7. In der Erkenntnis, dass Wirtschaftspolitiken 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 Entscheidungs-findungsverfahren 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).

Oktober 1998 20.1/98
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 Weltärztebund

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.

September 1988 20.2/88
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

September 1995 20.2/90
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung 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.

November 1991 20.2/91
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung 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 gesundheitliche 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 Entschließung zum "Rauchverbot auf allen internationalen Flügen" beruht.

September 1994 20.2/94
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zum

Ärztlichen Verhalten bei Organtransplantationen

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

Es wird festgestellt, dass Anlass 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

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

Oktober 1998 20.2/98
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung 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.

Entschließung

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

W E L T Ä R Z T E B U N D

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

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung 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.

Mai 2001 20.3/2001
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zur

Euthanasie

verabschiedet von der
53. Generalversammlung des Weltärztebundes
Washington, 2002

In der Deklaration des Weltärztebundes zur Euthanasie, die auf der 38. Generalversammlung des Weltärztebundes im Oktober 1987 in Madrid, Spanien, verabschiedet wurde, heißt es:

"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."

Und in der Erklärung des Weltärztebundes über die ärztliche Hilfe zum Selbstmord, die auf der 44. Generalversammlung des Weltärztebundes im September 1992 in Marbella, Spanien, verabschiedet wurde, heißt es:

"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."

Der Weltärztebund hat zur Kenntnis genommen, dass die aktive Sterbehilfe mit ärztlicher Hilfe in einigen Ländern legalisiert worden ist.

ES WIRD BESCHLOSSEN:

Der Weltärztebund bekräftigt erneut seine feste Überzeugung, dass Euthanasie in keinster Weise mit den ethischen Grundsätzen der ärztlichen Berufsausübung zu vereinbaren ist, und

Der Weltärztebund fordert alle nationalen Ärzteorganisationen und Ärzte auf, die Mitwirkung bei der Sterbehilfe abzulehnen, auch wenn sie aufgrund nationaler Rechtsvorschriften erlaubt ist oder unter bestimmten Bedingungen nicht strafrechtlich verfolgt wird.

September 1988 20.4/88
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung

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 Urteilskraft 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.

November 1997 20.4/97
Original: deutsch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 "Menschenrechtskatastrophe" 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 zusammenzubrechen 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

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung 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

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

Mai 2001 20.05/2001
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zum

Missbrauch der Psychiatrie

verabschiedet von der
53. Generalversammlung des Weltärztebundes in
Washington, 2002

1. Der Weltärztebund hat mit Besorgnis Berichte aus verschiedenen Ländern erhalten, denen zufolge politische Dissidenten und Bürgerrechtler in psychiatrische Anstalten eingeliefert und als Bestrafung einer unnötigen psychiatrischen Behandlung unterzogen wurden.

2. Der Weltärztebund

   2.1 verurteilt diese menschenverachtende Inhaftierung und Behandlung;
   2.2 fordert alle Ärzte und insbesondere Psychiater auf, die Mitwirkung an diesem Missbrauch psychiatrischer Behandlungen abzulehnen;
   2.3 fordert die nationalen Mitgliedsorganisationen auf, ihre Ärzte, die die Mitwirkung an diesem Missbrauch psychiatrischer Behandlungen ablehnen, zu unterstützen; und
   2.4 fordert die Regierungen dieser Länder auf, diesem Missbrauch der Medizin und der Psychiatrie Einhalt zu gebieten und bittet Nichtregierungsorganisationen und die Weltgesundheitsorganisation, diese Initiative zu unterstützen.

August 2000 20.6/81
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
über

die Beteiligung von Ärzten an der Vollstreckung von Todesurteilen

verabschiedet von der
34. Generalversammlung des Weltärztebundes
in Lissabon, Portugal, 28. September - 2. Oktober 1981
und revidiert von der
52. Generalversammlung des Weltärztebundes in
Edinburgh, Schottland, im Oktober 2000

ES WIRD BESCHLOSSEN zu erklären,

dass die Teilnahme an der Vollstreckung eines Todesurteils in irgendeiner Weise oder in irgendeiner Phase des Exekutionsprozesses gegen die ärztliche Ethik verstößt.

W E L T Ä R Z T E B U N D

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

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung 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.

November 1983 20.8

Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Erklärung des Weltärztebundes
zum

Einsatz von Computern in der Medizin

Die folgende Erklärung basiert auf einer
Entschließung 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.

Oktober 1998 20.8/98

Original: Französisch/Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 zugebilligt werden müssen, um den physischen und psychologischen Gesundheitszustand von Asylbewerbern beurteilen zu können.

Oktober 1998 20.9/98

Original: Französisch/Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

Oktober 1986 20.10/I
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

Oktober 1986 20.10/II
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

Oktober 1986 20.10/III
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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.

November 1983 20.30
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

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 nichtmedizinischen 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.

Okotber 2006 Council/CombatingHIV/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
über die

Bekämpfung von HIV/AIDS

verabschiedet von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

IN ANBETRACHT der Verabschiedung der WMA-Stellungnahme zu HIV/AIDS und der Ärzteschaft auf der WMA-Generalversammlung am 14. Oktober 2006 in Pilanesberg, Republik Südafrika, und

ANGESICHTS der alarmierenden Statistiken von UNAIDS, wonach weltweit gut 37 - 38 Millionen Menschen mit HIV infiziert sind, diese Zahl mit jedem Tag steigt und 60% der Betroffenen im Afrika südlich der Sahara lebt und

FESTSTELLEND, dass es evidenzbasierte Methoden zur Verhütung der Ausbreitung der Infektion sowie für eine lebensverlängernde Therapie gibt;

fordert der WMA die Regierungen nachdrücklich auf, eng mit Heilberuflern und den diese vertretenden Organisationen zusammenzuarbeiten, um die entscheidenden Maßnahmen zu ermitteln und umzusetzen, mit denen sichergestellt werden kann,

1) dass alle Anstrengungen unternommen werden, um der Ausbreitung von HIV/AIDS vorzubeugen;
2) dass die Diagnose, Beratung und Therapie von Patienten mit HIV/AIDS nur von ausreichend geschulten Ärzten und anderen Heilberuflern nach etablierten evidenzbasierten Grundsätzen vorgenommen wird;
3) dass die Patienten zutreffende, relevante und umfassende Informationen erhalten, um sachkundige Entscheidungen über ihre medizinische Behandlung treffen zu können;
4) dass Schranken, die Menschen daran hindern, sich testen und behandeln zu lassen, ermittelt und beseitigt werden.

Der WMA ruft die nationalen Ärzteverbände auf, diese Entschließung bei ihrem Auftritt gegenüber ihren Regierungen, ihren Patienten und der Öffentlichkeit geltend zu machen.

Oktober 2006 Council/NuclearTesting/Oct2006
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zu den

Nordkoreanischen Kernwaffentests

verabschiedet von der
57. Generalversammlung des Weltärztebundes
Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

UNTER NOCHMALIGEM HINWEIS auf die WMA-Deklaration über Kernwaffen, die im Oktober 1998 auf der WMA-Generalversammlung in Ottawa, Kanada, verabschiedet wurde,

beschließt der WMA

1) die Missbilligung der nordkoreanischen Kernwaffenversuche, die in einer Zeit gesteigerter weltweiter Wachsamkeit im Hinblick auf nukleare Tests und Arsenale durchgeführt wurden;
2) die Forderung nach der unverzüglichen Einstellung der Kernwaffentests und
3) das Ersuchen an alle ihm angehörenden nationalen Ärzteverbände, ihre Regierungen nachdrücklich aufzufordern, sich die schädlichen Folgen der Erprobung und des Einsatzes von Kernwaffen für Gesundheit und Umwelt klar zu machen.

Oktober 2007 Council/LatinAmerica/Oct2007
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zur

Unterstützung der Ärzteorganisationen in Lateinamerika und der Karibik

verabschiedet von der
58. Generalversammlung des Weltärztebundes
Kopenhagen, Dänemark, Oktober 2007

Es liegen glaubwürdige Berichte vor, wonach Regelungen zwischen der kubanischen Regierung und bestimmten lateinamerikanischen und karibischen Regierungen in Bezug auf die Bereitstellung kubanischer Gesundheitsarbeiter als Ärzte für diese Staaten eine Umgehung von Systemen bedeuten, die zum Schutze der Patienten errichtet wurden und zur Überprüfung der Qualifikation und des Sachverstands der Ärzte dienen.

Der Weltärztebund ist ernsthaft besorgt, dass Patienten durch nicht geregelte medizinische Behandlungen gefährdet werden könnten.

In der Region bestehen bereits ordnungsgemäß gegründete und gesetzlich zugelassene ärztliche Organisationen, die mit der Zulassung von Ärzten beauftragt sind und von dem jeweiligen Gesundheitsministerium konsultiert werden sollten.

Deshalb fasst der Weltärztebund die nachstehenden Beschlüsse. Er

1) verurteilt alle politischen und praktischen Handlungen von Regierungen, mit denen die anerkannten Standards der ärztlichen Qualifikationsprüfung und der medizinischen Versorgung untergraben oder umgangen werden;

2) ruft die Regierungen in Lateinamerika und der Karibik zur Zusammenarbeit mit den ärztlichenOrganisationen in allen mit der Zulassung von Ärzten und der Ausübung der Medizin zusammenhängenden Fragen wie auch zur Achtung der Rolle und der Rechte dieser ärztlichen Organisationen und der Autonomie des Arztberufs auf;

3) fordert die Regierungen in Lateinamerika und der Karibik tief besorgt mit größtem Nachdruck auf, den Internationalen Kodex für ärztliche Ethik des Weltärztebundes und die Deklaration von Madrid zu beachten, die als Richtschnur für die medizinische Praxis von Ärzten überall auf der Welt dienen.

September 2003 GA/SARS/Sept2003
Original: Englisch

W E L T Ä R Z T E B U N D

Entschließung des Weltärztebundes
zu

SARS
(Schweres Akutes Atemnotsyndrom)

verabschiedet von der
54. Generalversammlung des Weltärztebundes
September 2003

1. Das Schwere Akute Atemwegsyndrom (SARS), eine Epidemie, die die Menschen 2003 erschüttert hat, hat weltweit zu alarmierend hohen Morbiditäts- und Mortalitätsraten geführt. Diese Epidemie unterstrich die Notwendigkeit globaler Strategien zur Bekämpfung von Epidemien und offenbarte einige grundlegende Schwächen in den Systemen der öffentlichen Gesundheit.

Aus diesem Grund wird beschlossen, dass:

2. Der Weltärztebund die Weltgesundheitsorganisation nachdrücklich dabei unterstützt, ihr Katastrophenschutzprogramm auszuweiten, damit Ärzte weltweit frühzeitig und effektiv in dieses Programm einbezogen werden; dazu zählt auch die Einleitung einer sofortigen Diskussion über die Einrichtung eines Realzeit-Instruments für die Übermittlung zuverlässiger, evidenzbasierter Informationen an die Helfer an vorderster Front sowie die Bereitstellung zuverlässiger Ausrüstungen und Hilfsmittel, die für den Schutz der Gesundheit der medizinischen Helfer an vorderster Front und ihrer Patienten notwendig sind.

Dokumente und Schlagwörter

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, Gesundheit der Frau, Kinderhilfsprogramm, Weltärztebund Kinder-Gesundheitsprogramm, Centers for Disease Control (CDC), American Medical Association, United States Agency for International Development (USAID), Immunisierung, Rehydrationstherapie bei Diarrhoe, Geburtenkontrolle, Bruststillen der Neugeborenen, Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsgewicht, Prävention

10.24 Verstümmelung weiblicher Genitalien, Erklärung
(*Condemnation of female genital mutilation)*
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)
ältere Menschen, Senioren, Alterserkrankungen, Fürsorge, Pflege, Misshandlung, Vernachlässigung, Familie, freie Arztwahl, Meldung von Verdachtsfällen, Gewalt in der Familie

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

10.50 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

10.90 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
(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

10.160 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

10.180 Ärztedichte, Entschließung
(Resolution on the medical workforce)
Arztzahlen, Ärztedichte, ärztliche Ausbildung, Ausbildung, Kapazitäten

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

10.300 Haftbedingungen und die Ausbreitung von Tuberkulose und anderen übertragbaren Krankheiten, Deklaration von Edinburgh
(Prision conditions and the spread of tuberculosis and other communicable diseases, declaration of Edinburgh)
Tuberkulose, TB, übertragbare Krankheiten, Haftbedingungen, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, HIV-Infektion, medizinische Versorgung in Haftanstalten

10.310 Selbstmedikation, Erklärung
(Self medication, statement)
Selbstmedikation, Medikamente, Arzneimitte, Medikation, Rezept, Arzneimittelabgabe, Gebrauchsanleitung, Abhängigkeit von Medikamenten, Toxizität, Nebenwirkungen, Beipackzettel, Selbstbehandlung, Apotheker

SMAC/Access/Oct2006
Zugang zur medizinischen Versorgung, Erklärung
(Statement on Access to Healthcare)
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

SMAC/AdolSuicide/Oct2006
Selbstmord bei Jugendlichen, Erklärung
(Statement on adolescent suicide)
Jugendliche, Todesursache, Heranwachsende, Selbstmord, Unfall, Trauma, Prävention, Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch, Selbstwertgefühl, Waffen, biopsychosoziale Entwicklung, Ausbildung, Weiterbildung, psychosoziale Entwicklung, Risikofaktoren

SMAC/Afghan/Oct2002
Medizinische Versorgung in Afghanistan, Entschließung
(Provision of health care services in Afghanistan, resolution)
Afghanistan, Frauen, Flüchtlinge, medizinische Versorgung, Gesundheitssystem, Diskriminierung, Gleichstellung, Menschenrechte

SMAC/AirTravel/Oct2006
Ärztliche Hilfe bei Flugreisen, Entschließung
(Resolution on Medical Assistance in Air Travel)
Flugreisen, ärztliche Hilfe, medizinische Ausrüstunge

SMAC/Alcohol/Oct2005
Reduzierung der globalen Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Gesundheit und die Gesellschaft, Erklärung
(Statement on Reducing the Global Impact of Alcohol on Health and Society)
Alkohol, Alkoholkonsum, öffentliche Gesundheit, Prävention, Gesellschaft

SMAC/Amend1750/Oct2004
Richtlinien des Weltärztebundes für den Fall bewaffneter Konflikte
(Regulations in time of armed conflict)
Diskriminierung, Ethik, Genfer Konvention, bewaffnete Konflikte, Schweigepflicht

SMAC/ChildAirTravel/Oct2006
Sicherheit von Kindern bei Flugreisen, Entschließung
(Resolution on Child Safety in Air Travel)
Kinder, Kleinkinder, Flugreisen, Sicherheitsmaßnahmen,

SMAC/Databases/Oct2002

Ethische Aspekte in Bezug auf medizinische Datenbanken, Deklaration
(Ethical considerations regarding health databases, declaration)
Arzt-Patienten-Verhältnis, Forschung am Menschen, Gesundheitsdaten, ärztliche Schweigepflicht, Patientenrechte, Patientenschutz, Vertraulichkeit, Aufklärung, Deklaration von Lissabon, Deklaration von Genf, Deklaration von Helsinki, Datenbank, Datenschutz, verschlüsselte Daten, Zustimmung; Anonymisierung, Pseudoanonymisierung

SMAC/DrugAbuse/Oct2006

Missbrauch von Opiaten und Psychotropen Substanzen
(Treating Opiate and Psychotropic Drug)
Opiatabhängigkeit, Ersatzdroge, Ambulante Drogensubstitution, Drogenabhänigkeit, Heroinsubstitution, Methadon, AIDS, Hepatitis B, Hepatitis C, Substitution, Sucht, Betäubungsmittel, Drogen

SMAC/Emerg/May2004

Kommunikation und Koordinierung bei medizinischen Ausnahmesituationen
(Statement on health emergencies communication and coordination)
GOARN, Katastrophen, Kommunikation, schweres akutes Atemnotsyndrom, Überwachungssysteme

SMAC/Environment/Oct2006

Aufgaben des Arztes im Umweltschutz, Erklärung
(Statement on the Role of Physicians in Environmental Issues)
Umweltschutz, Lebensbedingungen, Umweltverschmutzung, Bevölkerungsentwicklung, Familienplanung, Selbstbestimmung, Ressourcen-Allokation, internationale Koordination

SMAC/EthRecruit/Sept/2003

Ethische Richtlinien für die internationale Rekrutierung von Ärzten, Erklärung
(Statement on ethical guidelines for the international recruitment of physicians)
Austausch, Migration, Ärztemangel, Rekrutierung, Ärztebedarf, Ethik

SMAC/FamilyPlanning/Oct2007

Familienplanung und dem Recht der Frau auf Kontrazeption, 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

SMAC/InjuryControl/Oct2006

Unfallverhütung, Erklärung
(Statement on injury control)
Unfall, Unfallursache, Erfassungssystem, Trauma, Todesursache, Sicherheitsmaßnahmen, Prävention, Aufklärung, Arbeitsplatz, öffentliche Gesundheit, Kinder, Haupttodesursache, Jugendliche, Rehabilitation, Invalidität, Produkt-Design, Rettungswesen, ärztliche Ausbildung

SMAC/KViolence/Sept2003

Gewalt und Gesundheit, Erklärung
(Statement on Violence and Health)
Gewalttätigkeit, Forschung, Prävention, Datenerfassung

SMAC/Liablity/Oct2005
Reform zur Arzthaftung, Erklärung
(Statement on Medical Liability Reform)
Arzthaftung

SMAC/MedEd/May2006
Ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung, Erklärung
(Statement on Medical Education)
Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung, Qualitätssicherung, Hochschule, Ausbildungsziel, Primärversorgung, Praxisbezug der Ausbildung, Ethik, Fortbildungspflicht, Berufsausübung, Selbstverwaltung, Finanzierung der Aus-, Weiter- und Fortbildung, Qualitätssicherung der Lehre, Gesundheitspolitik, Fortschritt

SMAC/NoisePollution/Oct2007
Umweltbelastung druch Lärm, Erklärung
(Statement on Noise Pollution)
Lärm, Umweltlärmbelastung

SMAC/Obesity/Oct2006
Rolle des Arztes bei, Erklärung
(Statement on Noise Pollution)
Fettleibigkeit, Gesundheitsprobleme

SMAC/PAHO/Oct2002
Panamerikanische Gesundheitsorganisation, Entschließung
(Panamerican Health Organization, resolution)
panamerikanische Gesundheitsorganisation, PAHO, Epidemien

SMAC/Pandemic/Oct2006
Vogelgrippe und Influenzapandemie, Erklärung
(Statement on Avian and Pandemic Influenza)
Vogelgrippe, Influenzapandemie

SMAC/PublicHealth/Oct2006
Ärzte und öffentliche Gesundheit, Erklärung
(Statement on Physicians and Public Health)
Gesundheitsförderung, Gesundheitsamt, Öffentliche Gesundheit, Aufklärung, Prävention, Grundversorgung, Gesundheitsschutz, Patientenwahl

SMAC/ReproMaterial/Sept/2003
Nichtkommerzialisierung von menschlichem Reproduktionsmaterial, Entschließung
(Resolution on the non-commercialisation of human reproductive material)
In-vitro-Fertilisation, Reproduktionsmedizin, Kommerzialisierung

SMAC/RoadSafety/Oct2006
Alkohol und Sicherheit im Straßenverkehr, Erklärung
(Statement on alcohol and road safety)
Unfall, Alkohol, Todesursache, Straßenverkehr, Straßenverkehrssicherheit, Blutalkoholkonzentration, Verkehrserziehung, Sicherheitsmaßnahmen, Prävention, Aufklärung, Arbeitsplatz, öffentliche Gesundheit, Jugendliche, Rehabilitation

SMAC/Standards/Oct2006
Verantwortung des Arztes hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung, Erklärung
(Statement on Professional Responsibility for Standards of Medical Care)
Qualität der medizinischen Versorgung, medizinische Versorgung, Standesordnung, Patientenrecht, Ethikausschuss, Prüfungsauschuss, berufliche Autonomie, Selbstkontrolle, Eigenverantwortung, Verantwortung, Qualitätssicherung

SMAC/Substitution/Oct2005
Arzneimittelsubstitution, Erklärung
(Statement on Drug Substitution)
Arzneimittelsubstitution, Arzneimittel

SMAC/Tobacco/Oct2007
Gesundheitsrisiken von Tabakerzeugnissen, Erklärung
(Statement on Health Hazard of Tobacco Products)
Passivrauchen, FCTC, Tabakerzeugnisse

SMAC/TrafficInjury/Oct2006
Verletzungen bei Verkehrsunfällen, Erklärung
(Statement on traffic injury)
Unfall, Straßenverkehr, Straßenverkehrssicherheit, Verkehrsplanung, Verkehrserziehung, Sicherheitsmaßnahmen, Prävention, öffentliche Gesundheit, Jugendliche, Haupttodesursache, Rettungswesen

SMAC/Tuberculosis/Oct2006
Tuberkulose, Entschließung
(Resolution on Tuberculosis)
Tuberkulose, TB, WHO, Arzneimittelresistenz, Resistenz, Seuche, Antibiotika, Epidemie

SMAC/Violence/Oct2006
Gewalt in der Familie, Erklärung
(Statement 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

SMAC/Water/May/2003
Erklärung des Weltärztebundes über Wasser und Gesundheit
(Statement on water and health care)
Wasser, Gesundheitsschutz

SMAC/WFME/September/2003
Entschließung des Weltärztebundes über die globalen Standards der WFME zur Qualitätsverbesserung der ärztlichen Ausbildung
(Resolution on WFME global standards for quality improvement of medical education)
ärztliche Ausbildung, Weiterbildung, CPD, Standard, Qualität, WFME

SMAC/Zimbabwe/Oct2007
Verletzung des Rechts auf Gesundheit und der Menschenrechte in Simbabwe, Entschließung

(Resolution on Health and Human Rights abuses in Zimbabwe)
Menschenrechte, Simbabwe

17.C Ethische Grundsätze für die Medizinische Forschung am Menschen, Deklaration von Helsinki
(Ethical principals for medical research involving human subjects, 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, Nicht-Einwilligungsfähige

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)
Leibeshöhlenvisitation, Rektaluntersuchungen, Pelvisuntersuchungen, Haft, Gefangene, Waffen, Drogen, Assistenzpersonal, Ausbildung, Menschenwürde

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.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, Art-Patient-Verhältnis, Nicht-einwilligungsfähiger Patientenschutz

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.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, Leihmutterschaft, Leihelternschaft, Verbot der Kommerzialisierung

17.N/3 Ethische Aspekte der Embryonenreduktion, Erklärung
(Ethical aspects of embryonic reduction, statement)
Embryonenreduktion, Reproduktionsmedizin, Mehrlingsschwangerschaften, In-vitro-Fertilisation, Oozytnreduktion, selektiver Fetozid, 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.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.S Gentherapie und Gentechnologie, Erklärung
(Genetic counseling and genetic engeneering, 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, Organentnahme, Gewebetransplantation, Diabetes Mellitus, Morbus Parkinson, Forschung, Deklaration von Helsinki

17.V Dauerkoma (Persistent Vegetative State), Erklärung
(Persistent vegetative state, statement)
vegetatives Syndrom, Intensivmedizin, Ressourcen-Allokation, Koma, Rehabilitation, persistent vegetative state, Prognose, Behandlungsabbruch

17.Y Biologische und chemische Waffen, Deklaration
(Chemical and biological weapons, declaration)
Waffen, Krieg, Umwelt, Genfer Deklaration, Deklaration von Helsinki, Ächtung biologischer und chemischer Waffen

17.35 Häusliche medizinische Überwachung, "Telemedizin" und ärztlichen Ethik, Erklärung
(Home medical monitoring,"tele-medicine" and medical ethics, statement)
chronische Erkrankung, Kommunikationstechnik, Selbstbehandlung, Langzeitkontrolle, 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 telemedicine)
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

17.170 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

17.210 Berufszulassung von Ärzten, die sich der Strafverfolgung wegen schwerwiegender strafbarer Handlungen entziehen, Erklärung
(Statement on licensing of physicaians 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 ot health professionals)
ärztliche Autonomie, Autonomie, Vereinte Nationen, Menschenrecht, Berichterstatter

17.270 Nuklearwaffen, Deklaration
(Declaration on nuclear weapons)
Waffen, Nuklearwaffen, Krieg, Völkerrecht, Internationaler Gerichtshof, Abrüstung

17.280 Abtreibung weiblicher Foeten, Entschliessung
(Female foeticide, resolution)
Abtreibung, Frauen, Geburtenkontrolle, Gesundheit der Frau, Diskriminierung, Fetus, Reproduktionsmedizin

17.290 Ärztliche Ethik und hochentwickelte medizinische Technologie, Deklaration
(Medical ethics and advanced medical technology, declaration)
Ethik, Technologiefolgen, Patientenschutz, Zugang zur Versorgung

17.400 Biologische Waffen, Deklaration
(Biological weapons, declaration)
Waffen, Epidemien, Biotechnologie, biologische Waffen, Deklaration von Washington, öffentliche Gesundheit, Infektionskrankheiten, Forschung, Impfstoffe

17.777 Patente auf medizinische Verfahren, Erklärung
(Statement on medical process patents)
Patentierung, Ethik, Forschung, Entwicklung neuer medizinischer Verfahren, Patientenschutz, Ressourcenverteilung, Kommerzialisierung, geistiger Eigentum

MEC/Advocacy/Oct 2006
Vertretung der Patientinteressen, Erklärung
(Statement on Patient Advocacy)
Professionelle Autonomie, Beschäftigungsverhältnis, Patientenrechte, Patienteninteresse, Therapiefreiheit, Ressourcen-Allokation, Kostendämpfung, öffentliche Gesundheit, Psychische Erkrankung, Psychiater, Psychiatrie, Diskriminierung, Unzurechnungsfähigkeit, Zwangsbehandlung, Zwangseinweisung, Ärztiche Schweigepflicht

MEC/Animal/Oct 2006
Biomedizinische Forschung an Tieren, Erklärung
(Statement on Animal Use in Biomedical Research)
Forschung, Tierversuche, Tierschützer, Gewalttätigkeit, Versuchstiere, Deklaration von Helsinki

MEC/ChildAbuse/Oct 2006

Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern, Erklärung
(Statement on Child Abuse and Neglect)
Kinder, Misshandlung, Vernachlässigung, Festellung, Primärversorgung, Dokumentation, Weiterbildung, Fortbildung, Betreuung, Behandlung, Objektivierbarkeit, Verjährung

MEC/Commerce/2004

Erklärung des Weltärztebundes zum Verhältnis von Ärzten und Wirtschaftsunternehmen
(Statement concerning the relationship between physicians and commercial enterprises)
Autonomie, Geschenke, Industrie, Interessenskonflikte, pharmazeutische Industrie, Sponsoring

MEC/DenounceTorture/Oct2007

Verantwortung der Ärzte für die Dokumentation und Anzeige von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung, Entschließung
(Resolution on the responsibility of physicians in the documentation and denunciation of acts of torture or cruel or inhuman or degrading treatment)
Menschenrechte, Verletzung der Menschenrechte, Folter, Deklaration von Tokio, Deklaration von Hawaii, Deklaration von Kuwait, Deklaration von Hamburg, Ethik, Istanbul-Protokoll

MEC/Disasters/Oct2006

Ärztlichen Ehtik im Katastrophenfall, Erklärung
(Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters)
Katastrophen, Ressourcen-Allokation, Rettungswesen, Umwelt, Seuchen, Koordination, Triage, Prioritäten, Kinder, Arztgeheimnis, Schweigepflicht, Menschenwürde, medizinisches Assistenzpersonal, Ausbildung, Weiterbidlung, Haftung, grenzüberschreitende Tätigkeit

MEC/EthicsDay/Sept2003

Festlegung eines einmal im Jahr stattfindenden Tags der ärztlichen Ethik, Entschliessung
(Resolution on the designation of an annual medical ethics day)
Ethik, Tag der ärztlichen Ethik

MEC/Genetics/Oct2005

Genetik und Medizin, Erklärung
(Statement on Genetics and Medicine)
Genetik

MEC/HIV-AIDS/Oct2006

HIV/AIDS und die Ärzteschaft, Erklärung
(Statement on HIV/AIDS and the Medical Profession)
AIDS, HIV-Infektion, nationale Strategien, Aufklärungsprogramme, Prävention, Aufklärung, Pflichtuntersuchung, Risikogruppen, Schwangere, anonyme Meldung, Behandlung HIV-positiver Patienten, Arztgeheimnis, Schweigepflicht, Schutz Dritter, Epidemiologie, HIV-positive Ärzte, Arbeitsschutz, Forschung, HIV-Test, Weiterbildung, Kinder, Gesundheit der Frau, Drogentherapie

MEC/HIVTrans/Oct2002

Recht der Frauen auf medizinische Versorgung und deren Zusammenhang mit der Prävention der HIV-Infektion von der Mutter aufs Kind, Entschließung
(Resolution on Women's rights to health care and how that relates to the prevention of mother to child HIV infection)
AIDS, HIV, HIV-Infektion, Frauen, Recht der Frau, Diskriminierung

MEC/IntCode/Oct2006

Internationaler Kodex für Ärztliche Ethik, Erklärung
(Statement on the International Code of Medical Ethics)
Internationaler Kodex, Ärztliche Ethik, Arztgeheimnis, Patienteninteresse, Schweigepflicht, Internatonale Berufsordung, Diskriminierungsverbot, Menschlichkeit, Menschenwürde, Werbeverbot, Provisionsverbot, Gewissenhaftigkeit, wissenschaftliche Sorgfaltspflicht, gutachterliche Tätigkeit, Konsultationspflicht, Kollegialität

MEC/LivWills/Sept2003

Patientenverfügungen ('Patiententestamente'), Erklärung
(Statement on advance directives (‚Living Wills')
Patientenverfügung, Patiententestament, Patientenwille, Deklaration von Lissabon, Einwilligung nach Aufklärung, Patientenrechte, Rechtsschutz, Behandlung

MEC/Malta/Oct2006

Hungerstreik, Deklaration von Malta
(Declaration of Malta on Hunger Strikers)
Haft, Gefangene, Hungerstreik, Nahrungsverweigerung, Patientenautonomie, Selbstbestimmung, Zustimmung zur Behandlung, Schweigepflicht, Arztgeheimnis, Nötigung, Rehydratation, Absonderung von Hungerstreikenden

MEC/MentalIllness/Oct2006

Ethische Probleme bei Patienten mit psychischen Erkrankungen, Erklärung
(Statement on Ethical Issues concerning Patients with Mental Illness)
Ethik, psychische Erkrankungen

MEC/Missing/Sept2003

Forensische Untersuchungen von Vermissten, Erklärung
(Statement on forensic investigations of the missing)
Krieg, Kriegsverbrechen, Kriegsfolgen, forensische Untersuchung, Vermisste, Rotes Kreuz

MEC/Oslo/Oct2006

Therapeutischer Schwangerschaftsabbruch, Deklaration von Oslo
(Delcaration of Oslo on Therapeutic Abortion)
Schwangerschaftsabbruch, Abtreibung, Schutz des ungeborenen Lebens, Gewissensentscheidung

MEC/PatSafety/Oct2002

Patientensicherheit, Deklaration
(Patient safety, declaration)
Sicherheitsmaßnahmen, Sicherheitsvorsorge, Qualität der medizinischen Versorgung, Qualitätssicherung, Risikoabschätzung, Patientenschutz, Datenschutz, Patientensicherheit

MEC/SafeInject/Oct2002
Sicherheit von Injektionen in der Medizinischen Versorgung, Erklärung
(Save injections in health care, statement)
Injektionen, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, HIV-Infektion, Prävention, Hygiene

MEC/Sydney/Oct2006
Feststellung des todes und die Entnahme von Organen, Deklaration von Helsinki
(Declaration of Helsinki on Determination of Death and the Recovery of Organs)
Tod, Todeszeitpunkt, Feststellung des Todes, Organerhaltung, Organtransplantation, Organentnahme, Einwilligung zur Organentnahme, künstliche Beatmung, Hirnfunktionen, irreversibler Verlust

MEC/Telemedicine/Oct2007
Ethik in der Telemedizin, Erklärung
(Statement on the Ethics of Telemedicine)
Telemedizin, Telekommunikationssysteme, Arzt-Patienten-Verhältnis

MEC/TissueTransplantation/Oct2007
Menschlichem Gewebe für Transplantationen, Erklärung
(Statement on human tissue for transplantation)
Gewebetransplantate, Transplantation, Gewebespende

MEC/Transplantation/Oct2006
Spende und Transplantation von Organen, Erklärung
(Statement on human organ Donation and Transplantation)
Aufklärung, Transplantation, Organspende, Gewebespende, Organspende von Häftlinge, Hirntod, Arzt-Patientenbeziehung, Lebendspende

MEC/Venice/Oct2006
Todkranken Patienten, Deklaration von Venedig
(Declaration of Venice on Terminal Illnesss)
Sterbehilfe, Euthanasie, Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Schmerztherapie, lebensverlängernde Maßnahmen, Selbstbestimmungsrecht, Patientenautonomie, Organspende, Organtransplantation

MEC/Weapons/Oct2006
Kriegswaffen und deren Auswirkungen auf Leben und Gesundheit, Erklärung
(Statement on weapons of Warfare and their Relation to Life and Health)
Krieg, Waffen, Kriegsfolgen, öffentlice Gesundheit, Arzt und Waffen, Internationales Recht

20.1/90 Therapeutischer Ersatz, Entschließung
(Therapeutic substitution, resolution)
Arzneitherapie, aut simile, Substitution, Pharmakotherapie, Apotheker, Nebenwirkungen, generischer Ersatz, Therapiefreiheit, Verantwortung für Therapie

20.1/95 Atomwaffentest, Entschließung
(Testing of nuclear weapons, resolution)
Waffen, Atomwaffentest, Atomwaffenversuch

20.1/96 Verstärkte Investitionen in die gesundheitliche Versorgung, Entschließung
(Resolution on improved investment in health care)
gesundheitliche Versorgung, Armut, Frauen, Entwicklungsländer, Zugang zur medizinischen Versorgung, SAP, Grundbedürfnisse

20.1/98 SIRUS Projekt, Entschließung
(Resolution on the SIRUS PROJEKT "Towards a determination of which wapons 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, Entschließung
(Human rights, resolution)
Menschenrechte, Verletzung der Menschenrechte, Strafvollzug, Diskriminierungsverbot

20.2/91 Verbot des Rauchens auf internationalen Flügen, Entschließung
(Prohibit smoking on international flights, resolution)
Tabak, Rauchen, Flugverkehr, ICAO, Rauchverbot, Abkommen über Rauchverbote auf internationalen Flügen

20.2/94 Ärztliches Verhalten bei Organtransplantationen, Entschließung
(Physicians conduct concerning human organ transplantation, rsolution)
Organtransplantation, Organspende, Selbstbestimmung, Zustimmung, Behinderte, Todesstrafe, Hinrichtungen, Ausbeutung, Dritte Welt, Organhandel, Lebendspende, Kinder, Entführung, Verbot der Kommerzialisierung

20.2/97 Klonierung, Entschließung
(Resolution on cloning)
Klonierung, Wissenschaft, Forschung, Ethik, Reproduktionsmedizin, Genetik

20.2/98 Haager Friedensappell 1999
(Resolution of the Hague appeal for peace 1999)
Den Haag, Friedensappell, Völkerrecht, Abrüstung, Waffen, Genfer Konvention

20.3/88 Ärztliche Gruppenpraxis, Entschließung
(Medical group practice, resolution)
Gesundheitssysteme, Gruppenpraxis

20.3/96 Dr. Radovan Karadzic, Entschließung
(Resolution concerning Dr. Radovan Karadzic)
Karadzic, Kriegsverbrechen, Jugoslawien, Internationaler Gerichtshof

20.3/2001 Euthanasie, Entschließung
(Euthanasie, resolution)
Euthanasie, Ethik, Selbstmord, Sterbehilfe, Sterbebegleitung

20.4/88 Entschließung (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, Entschließung
(Resolution on the prohibition of access of women to health care and the prohibition of practice by female doctros 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, Entschließung
(Inclusion of medical ethics and human rights in the curriculum of medical schools word-wide, resolution)
Menschenrechte, ärztliche Ausbildung, medizinische Fakultät, Ethik

20.5/97 Wirtschaftsembargos und Gesundheit, Entschließung
(Economic embargoes and health)
Wirtschaftsembargo, medizinische Versorgung, Arzneimittel, humanitäre Hilfe, Nahrungsmittel

20.5/2001 Missbrauch der Psychiatrie, Entschließung
(Abuse of psychiatry)
Menschenrechte, Verletzung der Menschenrechte, Menschenwürde, Psychiatrie, Haft

20.6/81 Beteiligung von Ärzten an der Vollstreckung von Todesurteilen, Entschließung
(Physician participation in capital punishment, resolution)
Todesstrafe, Verbot der Teilnahme

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 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 for refugees)
Menschenrechte, Flüchtlinge, Asyl, medizinische Versorgung, Abschiebung

20.9/98 Berichte über Menschrechtsverletzungen im Gesundheitssektor im Kosovo
(Resolution on reported violations of health related human rights in Kosova)
Menschrechte, 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

Council/CombatingHIV/Oct2006
Bekämpfung von HIV/AIDS, Entschließung
(Resolution on Combating HIV/AIDS)
Bekämpfung, HIV, AIDS

Council/NuclearTesting/Oct2006
Nordkoreanische Kernwaffentests, Entschließung
(Resolution on North Korean Nuclear Testing)
Nordkorea, Kernwaffen, Kernwaffentests

Council/LatinAmerica/Oct2007
Unterstützung der Ärzteorganisationen in Lateinamerika und der Karibik, Entschließung
(Resolution in support of the Medical Associations in Latin America and the Caribbean)
Lateinamerika, Karibik

GA/SARS/Sept2003 SARS
Schweres Akutes Atemnotsyndrom, Entschließung
(Resolution on SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)
SARS, schweres akutes Atemnotsyndrom, Epidemie, öffentliche Gesundheit, Katastrophen

Schlagwörter in alphabetischer Reihenfolge

A	
Abhängigkeit von Medikamenten	10.310, 20.30
Abkommen über Rauchverbote auf internationalen Flügen	20.2/91
Abrüstung	17/270, 20.2/98
Abschiebung	20.8/98
Absonderung von Hungerstreikenden	MEC/Malta/Oct2006
Abtreibung	17.S, 17.T, 17.N/3, 17.280, MEC/Oslo/Oct2006
Ächtung biologischer und chemischer Waffen	17.Y
Afghanistan	20.4, SMAC/Afghan/Oct2002
AIDS	MEC/HIVTrans/Oct2002, SMAC/DrugAbuse/Oct2006, Council/CombatingHIV/Oct2006
Alkohol	SMAC/Alcohl/Oct2005, SMAC/RoadSafety/Oct2006, SMAC/FamilyViolence/Oct2006
Alkoholkonsum	SMAC/Alcohol/Oct2005
Alkoholmissbrauch	SMAC/AdolSuicide/Oct2006
Ältere Menschen	10.25, SMAC/FamilyViolence/Oct2006
Alterserkrankungen	10.25
Ambulante Drogensubstitution	SMAC/DrugAbuse/Oct2006
American Medical Association	10.20
anonyme Meldung	MEC/HIV-AIDS/Oct2006
Anonymisierung von Daten	20.8, SMAC/Databases/Oct2002
Antibiotika	10.120, SMAC/Tuberculosis/Oct2006
Antipersonenminen	20.7/98
Apotheker	10.210, 10.310, 20.1/90, 20.4/88
Arbeitslosigkeit	SMAC/FamilyViolence/Oct2006
Arbeitsmedizin	10.55, 17.I., 17.S/1, SMAC/NoisePollution/Oct2007
Arbeitsplatz	17.S/1, SMAC/RoadSafety/Oct2006, SMAC/NoisePollution/Oct2007, SMAC/InjuryControl/Oct2006
Arbeitsschutz	10.55, 17.R/1
Armut	20.1/96, SMAC/FamilyViolence/Oct2006
Arzneimittel	10.40, 10.210, 10.310, 20.5, SMAC/Substitution/Oct2005
Arzneimittelabgabe	10.210, 10.310
Arzneimittelresistenz	SMAC/Tuberculosis/Oct2006
Arzneimittelsubstitution	SMAC/Substitution/Oct2005
Arzneitherapie	20.1/90, 20.4/88, 20.30
Arzt-Patienten-Verhältnis	17.H, 17.36, SMAC/Databases/Oct2002, MEC/Transplantation/Oct2006
Arz und Waffen	MEC/Weapons/Oct2006

Ärztebedarf	SMAC/EthRecruit/Sept2003
Ärztedichte	10/180
Ärztemangel	SMAC/EthRecruit/Sept2003
Ärzteschwemme	20.10/I
Arztgeheimnis	10.90, 17.A, 17.H, 17.I, 17.N, 17.35, 17.50, 20.8, MEC/Malta/Oct2006, MEC/HIV-AIDS/Oct2006, MEC/Disasters/Oct2006
Arzthaftung	10.C, 10.40
Arztzahlen	10/180
ärztliche Ausbildung	10.B, 10.C, 10.55, SMAC/MedEd/May2006, 10/180, 17.L, 20.4/99, 20.10/II, 20.10/III, SMAC/WFME/Sept/2003, SMAC/AdolSuicide/Oct2006, SMAC/MedEd/May2006, MEC/Disasters/Oct2006
ärztliche Autonomie	17.250
ärztliche Hilfe	SMAC/AirTravel/Oct2006
ärztliche Schweigepflicht	SMAC/Databases/Oct2002
Assistenzpersonal, Ausbildung	17.FF
Asyl	20.8/98
Atemnotsyndrom, schwer akut	GA/SARS/Sept2003
Atomwaffentest	20.1/95
Atomwaffenversuch	20.1/95
Aufklärung	10.C, 10.30, 10.210, 17.N, SMAC/Databases/Oct2002, SMAC/RoadSafety/Oct2006, SMAC/InjuryControl/Oct2006, SMAC/Access/Oct2006, MEC/HIV-AIDS/Oct2006, MEC/Transplantation/Oct2006
Aufklärung, gesundheitliche	17.I, SMAC/PublicHealth/Oct2006
Aufklärungsprogramme	MEC/HIV-AIDS/Oct2006
Ausbeutung und Organhandel	20.2/94
Ausbildung	10.B, 10.C, 10.55, SMAC/MedEd/May2006, 10/180, 17.L, 20.4/99, 20.10/II, 20.10/III, SMAC/WFME/Sept/2003, SMAC/AdolSuicide/Oct2006, SMAC/MedEd/May2006, MEC/Disasters/Oct2006
Ausbildungsziel	SMAC/MedEd/May2006
Austausch	SMAC/EthRecruit/Sept2003
Auswirkungen von Waffen	20.1/98
Autonomie	17.250, MEC/Commerce/2004
Autonomie des Patienten	17/170
aut simile	20.1/90
B	
Behandlung	MEC/LivWills/Sept2003, MEC/ChildAbuse/Oct2006
Behandlung HIV-positiver Patienten	MEC/HIV-AIDS/Oct2006
Behandlungsabbruch	17.V

Behandlungsfehler	10.C
Behandlungsfolgen	10.C
Behinderte	20.2/94
Beipackzettel	10.310
Bekämpfung	Council/CombatingHIV/Oct2006
Berichterstatter	17.250
Berufliche Autonomie	s. professionelle Autonomie, 17.FFFF
Berufsaufsicht	17.210
Berufsausübung	10.C, 10.10, SMAC/MedEd/May2006
Berufsfeld	10.210
Berufsordnung	10.10, 17.210
Berufsverbot	20.4
Berufszulassung	17.210
Beschäftigungsverhältnis	MEC/Advocacy/Oct2006
Beschneidung	10.24
Betäubungsmittel	SMAC/DrugAbuse/Oct2006
Betreuung	MEC/ChildAbuse/Oct2006
Bevölkerungsentwicklung	SMAC/Environment/Oct2006
Bewertungsmaßstäbe	10.10
Biologische Waffen	17.400
Biopsychosoziale Entwicklung	SMAC/AdolSuicide/Oct2006
Biotechnologie	17.400
Bioäquivalenz	10.40
Bioverfügbarkeit	10.40
Blutalkoholkonzentration	SMAC/RoadSafety/Oct2006
Boxen	17.K
Boxregister, Verletzungsstatistik	17.K
Bruststillen der Neugeborenen	10.20
C	
Centers for Disease Control (CDC)	10.20
Chancengleichheit	17.L
chronische Erkrankung	17.35
CPD	SMAC/WFME/Sept/2003
D	
Datenbank	SMAC/Databases/Oct2002
Datenerfassung	SMAC/KViolence/Sept2003
Datenschutz	10.160, 17.S/1, 17.35, 20.8, SMAC/Databases/Oct2002, MEC/PatSafety/Oct2002
Dauerkoma	17.V
Defensive Medizin	10.C
Deklaration von Genf	17.A, 17.Y, SMAC/Databases/Oct2002
Deklaration von Hamburg	MEC/DenounceTorture/Oct2007
Deklaration von Hawaii	MEC/DenounceTorture/Oct2007
Deklaration von Helsinki	10.10, 17.C, 17.Q, 17.S, 17.T, 17.Y, 17.50, SMAC/Databases/Oct2002
Deklaration von Hong Kong	10.25
Deklaration von Kuwait	MEC/DenounceTorture/Oct2007
Deklaration von Lissabon	17.H, MEC/LivWills/Sept2003
Deklaration von Madrid	10.10
Deklaration von Malta	MEC/Malta/Oct2006
Deklaration von Oslo	MEC/Oslo/Oct2006

Deklaration von Sao Paulo	17.G
Deklaration von Sydney	SMAC/InjuryControl/Oct2006
Deklaration von Tokio	17.F, MEC/DenounceTorture/Oct2007
Deklaration von Venedig	MEC/Venice/Oct2006
Deklaration von Washington	17.400
Den Haag	20.2/98
Diabetes Mellitus	17.T
Diskriminierung	17.S/1, 17.90, 17.280, 20.2/88, SMAC/Afghan/Oct2002, MEC/HIVTrans/Oct2002, SMAC/Amend1750/Oct2004, MEC/Advocacy/Oct2006
Diskriminierungsverbot	17.A, 17.L, 17.50, 20.2/90
Dokumentation	10.160
Doping	17.I.
Dritte Welt	17.M, 20.2/94
Drogen	SMAC/DrugAbuse/Oct2006, 17.FF
Drogenabhängigkeit	SMAC/DrugAbuse/Oct2006
Drogentherapie	MEC/HIV-AIDS/Oct2006
E	
Ehe	SMAC/FamilyViolence/Oct2006
EDV	20.8
Eigenverantwortung	10.55, SMAC/Access/Oct2006, SMAC/Standards/Oct2006
Eignungsprüfung	17.I.
Einwilligung nach Aufklärung	17.C, MEC/LivWills/Sept2003
Eltern	17/170
Embryonenreduktion	17.N/3
Empfängnisverhütung	17.S, SMAC/FamilyPlanning/Oct2007
Engagement	17.G
Entführung und Organhandel	20.2/94
Entschädigung	10.C
Entwicklung gesetzlicher Vorschriften	10.55
Entwicklung neuer medizinischer Verfahren	17/777
Entwicklungsländer	20.1/96, SMAC/FamilyPlanning/Oct2007
Epidemie	17.400, SMAC/PAHO/ Oct2002, GA/SARS/Sept2003
Epidemiologie	20.8, MEC/HIV-AIDS/Oct2006
Erbkrankheiten	17.S, 17.S/1
Ersatzdroge	SMAC/DrugAbuse/Oct2006
Ethik	17.A, 17.C, 17.50, 17.290, 17.777, 20.2, 20.3/2001, 20.4/99, MEC/EthicsDay/Sept2003, SMAC/EthRecruit/Sept/2003, SMAC/Amend1750/Oct2004, SMAC/MedEd/May2006, MEC/MentalIllness/Oct2006, MEC/DenounceTorture/Oct2007
Ethik, Tag der ärztlichen	MEC/EthicsDay/Sept2003
Ethikausschuss	10.160
Ethikkommission	17.C
Eugenik	17.S/1

Euthanasie	17.P, 17.PP, 20.3/2001, MEC/Venice/Oct2006
F	
Familie	10.25, SMAC/FamilyViolence/Oct2006
Familienplanung	SMAC/FamilyPlanning/Oct2007
FCTC	SMAC/Tobacco/Oct2007
Fertilitätskontrolle	SMAC/FamilyPlanning/Oct2007
fetales Gewebe	17.T
Fettleibigkeit	SMAC/Obesity/Oct2006
Fetus	17.280
Finanzierung der Aus-, Weiter- und Fortbildung	10.81
Flüchtlinge	20.8/98, 20.9/98, SMAC/Afghan/Oct2002
Flugreisen	SMAC/AirTravel/Oct2006, SMAC/ChildAirTravel/Oct2006
Flugverkehr	20.2/91
Folter	17.F, 17.FFFF, 17.210, MEC/DenounceTorture/Oct2007
Forensische Untersuchung	MEC/Missing/Sept2003
Forschung	10.120, 17.S, 17.T, 17/170, 17.400, 17.777, 20.2, 20.8, SMAC/KViolence/Sept2003, MEC/HIV-AIDS/Oct2006, MEC/Animal/Oct2006
Forschung am Menschen	17.C, SMAC/Databases/Oct2002
Fortbildung	10.C, SMAC/MedEd/May2006, 10.160, 17.L, MEC/ChildAbuse/Oct2006, MEC/HIV-AIDS/Oct2006
Fortbildungspflicht	SMAC/MedEd/May2006
Fortschritt	SMAC/MedEd/May2006
Fötenmortalität	17.N/3
Frauen	20.1/96, 20.4, SMAC/Afghan/Oct2002, 17.280, MEC/HIVTrans/Oct2002
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
G	
Gametenspende	17.N
Gebrauchsanleitung	10.310
Geburtenkontrolle	10.20, 17.280, SMAC/FamilyPlanning/Oct2007
Geburtsgewicht	10.20
Gefangene	17.F, 17.FF,
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.A, 17.Y
Genfer Konvention	20.1/98, 20.2/98, SMAC/Amend1750/Oct2004
Genitalien	10.24
Genkartierung	17.S/1
Genomanalyse	17.S/1
Gentechnik	17.S
Gentherapie, genetische Diagnostik	17.S
Geschäftsfähigkeit	17.C
Geschenke	MEC/Commerce/2004
Geschlechtsmerkmale	10.24
Gesellschaft	17.C, SMAC/Alkohol/Oct2005
Gesetzlicher Vertreter	17/170
Gesundheit der Frau	10.20, 10.24, 17.280, SMAC/FamilyPlanning/Oct2007
Gesundheitliche Versorgung	20.1/96
Gesundheitsberufe, Ausbildung, Zusammenarbeit	10.50
Gesundheitsberufe, Arbeitskräftepotential	10.70, 10.90
Gesundheitsdaten	SMAC/Databases/Oct2002
Gesundheitspolitik	SMAC/MedEd/May2006
Gesundheitsprobleme	SMAC/Obesity/Oct2006
Gesundheitsschutz	SMAC/Water/May2003
Gesundheitssysteme	20.3.88, SMAC/Afghan/Oct2002
Gesundheitssysteme private und öffentliche Finanzierung	10.90
Gewalt in der Familie	10.25, SMAC/FamilyViolence/Oct2006
Gewalttätigkeit	SMAC/KViolence/Sept2003, MEC/Animal/Oct2006
Gewebespende	MEC/TissueTransplantation/Oct2007
Gewebetransplantate	MEC/TissueTransplantation/Oct2007
Gewebetransplantation	17.T, MEC/TissueTransplantation/Oct2007
Gewissenhaftigkeit	17.A
Gewissensentscheidung	MEC/Oslo/Oct2006
Gleichstellung	SMAC/Afghan/Oct2002
GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network)	SMAC/Emerg/May2004
Grausame Bestrafung	17.F
Grenzüberschreitende Tätigkeit	17.I., MEC/Disasters/Oct2006
Grundbedürfnisse	20.1/96
Grundversorgung	SMAC/PublicHealth/Oct2006
Grundlagenforschung	17.C
Gruppenpraxis	20.3/88
H	
Haft	17.FF, 20.5/2001, MEC/Malta/Oct2006
Haftbedingungen	10.300
Haftung	17.36
Handel mit Tabakwaren	10.31

Hepatitis B	10.300, MEC/SafeInject/Oct2002, SMAC/DrugAbuse/Oct2006
Hepatitis C	10.300, MEC/SafeInject/Oct2002, SMAC/DrugAbuse/Oct2006
Heroinsubstitution	SMAC/DrugAbuse/Oct2006
Hetererloger Gametentransfer	17.N
Hilfe zum Selbstmord	17.PP
Hinrichtungen	20.2/94
HIV	10.300, MEC/HIVTrans/Oct2002, MEC/SafeInject/Oct2002, MEC/HIV-AIDS/Oct2006, Council/CombatingHIV/Oct2006
HIV-Infektion	MEC/HIVTrans/Oct2002, MEC/SafeInject/Oct2002
HIV-positive Ärzte	MEC/HIV-AIDS/Oct2006
HIV-Test	MEC/HIV-AIDS/Oct2006
Hochschule	SMAC/MedEd/May2006
Humanexperimente, Qualifikation für	17.C
Humanexperimente, Veranwortung für	17.C
Humanitäre Hilfe	20.5, 20.9/98
Hungerstreik	17.F, MEC/Malta/Oct2006
Hygiene	MEC/SafeInject/Oct2002
I	
ICAO	20.2/91
Immunisierung	10.20
Impfstoffe	10.120, 17.400
Industrie	MEC/Commerce/2004
Infektionskrankheiten	17.400
Infibulation	10.24
Influenzapandemie	SMAC/Pandemic/Oct2006
In-vitro-Fertilisation	17.N, 17.N/3, SMAC/ReproMaterial/Sept/2003
Injektion	MEC/SafeInject/Oct2002
Innovative Antibiotika	10.120
Intensivmedizin	17.V
Interessenskonflikte	MEC/Commerce/2004
Internationale Berufsordnung	17.A
Internationaler Austausch	17.S/1
Internationaler Gerichtshof	17/270, 20.3/96
Islam	20.4
Istanbul-Protokoll	MEC/DenounceTorture/Oct2007
IVFT	17.N, 17.N/3
J	
Jugendliche	17.C, 17.I, SMAC/RoadSafety/Oct2006, SMAC/Tobacco/Oct2007,
Jugendliche, Haupttodesursache	SMAC/TrafficInjury/Oct2006, SMAC/InjuryControl/Oct2006
Jugendliche, Todesursache	SMAC/AdolSuicide/Oct2006
Jugoslawien	20.3/96, 20.9/98
K	
Karadzic	20.3/96
Kapazitäten	10/180

Karibik	Council/LatinAmerica/Oct2007
Katastrophen	GA/SARS/Sept2003, SMAC/Emerg/May2004, MEC/Disasters/Oct2006
Kernwaffen	Council/NuclearTesting/Oct2006
Kernwaffentests	Council/NuclearTesting/Oct2006
Kinder	10.24, 17.I., 17.R/2, 17/170, 20.2/94, 20.4, SMAC/ChildAirTravel/Oct2006 SMAC/FamilyPlanning/Oct2007, SMAC/Tobacco/Oct2007
Kinder, Kindersterblichkeit, Mortalität, Morbidität	10.20
Kinderhilfsprogramm	10.20
Kind und Sport	17.I
Klagen	10.C
Kleinkinder	SMAC/ChildAirTravel/Oct2006
Klinische Versuche	17.C
Klonierung	20.2
Kollegialität	17.A
Koma	17.V
Kommerzialisierung	17.777, SMAC/ReproMaterial/Sept/2003
Kommunikation	SMAC/Emerg/May2004
Kommunikationstechnik	17.35
Komplikationen	10.24
Konflikte, bewaffnete	SMAC/Amend1750/Oct2004
Konsultationspflicht	17.A
Kontrazeption	SMAC/FamilyPlanning/Oct2007
Kontrollgruppe	17.C
Konvention von Ottawa	20.7/98
Koordination	MEC/Disasters/Oct2006
Kosovo	20.9/98
Kostenbewusstsein	10.10
Kostendämpfung	17.O, MEC/Advocacy/Oct2006
Kostenkontrolle	10.C
Krankenhaus	17/170
Krieg	17.Y, 17.50, 17.270, 20.5/94, MEC/Missing/Sept2003, MEC/Weapons/Oct2006
Kriegsfolgen	MEC/Missing/Sept2003, MEC/Weapons/Oct2006
Kriegsverbrechen	17.210, 20.3/96, MEC/Missing/Sept2003
Kunstfehler	10.C
Künstliche Beatmung	MEC/Sydney/Oct2006
L	
Laborversuche	17.C
Ländliche Gebiete	10.50, SMAC/Access/Oct2006
Langzeitkontrolle	17.35
Lärmbelastung	SMAC/NoisePollution/Oct2007
Lärmschutz	SMAC/NoisePollution/Oct2007
Landminen	20.7/98
Lateinamerika	Council/LatinAmerica/Oct2007
Lebendspende	17.M, 20.2/94, MEC/Transplantation/Oct2006

Lebensbedingungen	SMAC/Environment/Oct2006
Lebensverlängernde Maßnahmen	MEC/Venice/Oct2006
Leibeshöhlenvisitation	17.FF
Leihelternschaft	17.N
Leihmutterschaft	17.N
Leistungsport	17.I
Leistungssteigerung	17.I
Literaturstudium	17.C
Leitlinie	10.160
M	
Mädchen	10.24
Massenvernichtungswaffen	20.1/98
Medien	10.C
Medikamente	10.310
Medikation	10.310
Medizinische Ausrüstung	SMAC/AirTravel/Oct2006
Medizinische Fakultät	20.4/99
Medizinische Versorgung	20.5, 20.8/98, SMAC/Afghan/Oct2002, SMAC/Standards/Oct2006
Medizinische Versorgung in Haftanstalten	10.300
Medizinisches Assistenzpersonal	10.50, 17.FF, MEC/Disasters/Oct2006
Mehrfachuntersuchungen	10.C
Mehrlingsschwangerschaften	17.N/3
Meldung von Verdachtsfällen (Misshandlungen)	10.25, SMAC/FamilyViolence/Oct2006
Menschenrechte	17.FFFF, 17.250, 20.2/90, 20.4/99, 20.8/98, 20.9/98, SMAC/Afghan/Oct2002, SMAC/Zimbabwe/Oct2007, MEC/DenounceTorutre/Oct2007
Menschenrechte, Verletzung der	17.F, 20.2/90, 20.5/2001, MEC/DenounceTorture/Oct2007, SMAC/Zimbabwe/Oct2007
Menschenwürde	17.A, 17.FF, 20.5/2001, MEC/Disasters/Oct2006
Menschlichkeit	17.A, 17.F
Methadon	SMAC/DrugAbuse/Oct2006
Minderjährige	17.C
Migration	17.I, 17.210, SMAC/EthRecruit/Sept2003
Missbrauch von Antibiotika	10.120
Misshandlung	10.25, 17.F, SMAC/FamilyViolence/Oct2006, MEC/DenounceTorture/Oct2007
Morbus Parkinson	17.T
N	
Nahrungsmittel	20.5
Nahrungsmittelprodukte	10.120
Nahrungsverweigerung	17.F, MEC/Malta/Oct2006
Nationale Strategien	MEC/HIV-AIDS/Oct2006
Nebenwirkungen	10.40, 10.310, 20.1/90,
Nicht-Einwilligungsfähige	17.C, 17.H
Nordkorea	Council/NuclearTeting/Oct2006

Notfallmaßnahmen	17.K
Nötigung	MEC/Malta/Oct2006
Nuklearwaffen	17/270
O	
Objektivierbarkeit	MEC/ChildAbuse/Oct2006
Öffentliche Gesundheit	10.31, 10.50, 17.G, 17.400, GA/SARS/Sept2003, SMAC/Alcohol/Oct2005, MEC/Advocacy/Oct2006, MEC/Weapons/Oct2006, SMAC/FamilyViolence/Oct2006, SMAC/PublicHealth/Oct2006, SMAC/TrafficInjury/Oct2006, SMAC/RoadSafety/Oct2006, SMAC/InuryControl/Oct2006, SMAC/NoisePollution/Oct2007, SMAC/Tobacco/Oct2007
Oozytenreduktion	17.N/3
Opiatabhängigkeit	SMAC/DrugAbuse/Oct2006
Opiate	MEC/Venice/Oct2006
Organentnahme, Einwilligung zur	17.Q, 17.T, MEC/Sydney/Oct2006
Organerhaltung	MEC/Sydney/Oct2006
Organhandel	17.M, 20.2/94
Organspende	20.2/94, MEC/Venice/Oct2006, MEC/Transplantation/Oct2006
Organtransplantation	17.M, 17.Q, 20.2/94, MEC/Sydney/Oct2006, MEC/Venice/Oct2006
Ottawa	17/170, 20.7/98
P	
PAHO	SMAC/PAHO/ Oct2002
Panamerikanische Gesundheitsorganisation	SMAC/PAHO/ Oct2002
Passivrauchen	SMAC/Tobacco/Oct2007
Patentierung	10.210, 17.S/1
Patientenautonomie	17.N, 17.P, 17.PP, 17.S, MEC/Malta/Oct2006, MEC/Venice/Oct2006
Patienteninformation	10.210
Patienteninteresse	17.A, 17.O, MEC/Advocacy/Oct2006
Patientenrechte	10.210, 17.H, 17.O, 17/170, SMAC/Databases/Oct2002, MEC/LivWills/Sept2003, MEC/Advocacy/Oct2006
Patientenschutz	17.H, 17.290, 17.777, SMAC/Databases/Oct2002, MEC/PatSafety/Oct2002
Patientensicherheit	MEC/PatSafety/Oct2002
Patiententestament	MEC/LivWills/Sept2003
Patientenverfügung	MEC/LivWills/Sept2003
Patientenversorgung	10.10
Patientenwahl	SMAC/PublicHealth/Oct2006
Patientenwille	MEC/LivWills/Sept2003

Peer Review	10.160
Pelvisuntersuchungen	17.FF
persistent vegetative state	17.V
Persönlichkeitsrecht	17.S/1
Pflege	10.25
Pflichtuntersuchung	MEC/HIV-AIDS/Oct2006
Pharmakotherapie	20.1/90, 20.4/88, 20.30
Pharmazeuten	10.210
Pharmazeutische Industrie	10.120, MEC/Commerce/2004
Plethora	20.10/I
Prävention	10.20, 10.24, 10.31, 20.30, MEC/SafeInject/Oct2002, SMAC/KViolence/Sept2003, SMAC/Alcohol/Oct2005, SMAC/TrafficInjury/Oct2006, SMAC/RoadSafety/Oct2006, SMAC/InjuryControl/Oct2006, SMAC/AdolSuicide/Oct2006, SMAC/Access/Oct2006, SMAC/PublicHealth/Oct2006, MEC/HIV-AIDS/Oct2006, SMAC/Tobacco/Oct2007
Praxisbezug der Ausbildung	SMAC/MedEd/May2006, 20.10/II, 20.10/III
Primärversorgung	SMAC/MedEd/May2006, MEC/ChildAbuse/Oct2006
Prioritäten	17.50, MEC/Disasters/Oct2006
Private und öffentliche Finanzierung	SMAC/Access/Oct2006
Produkt-Design	SMAC/InjuryControl/Oct2006
Professionelle Autonomie	10.C, 10.55, 10.90, 17.F, 17.H, 17.L, 17.O, 17.50, 17.90, MEC/Advocacy/Oct2006, SMAC/Standards/Oct2006
Prognose	17.V
Provisionsverbot	17.A
Prüfungsausschuß	10.150
Pseudoanonymisierung	SMAC/Databases/Oct2002
Psychiatrie	20.5/2001, MEC/Advocacy/Oct2006
Psychiater	MEC/Advocacy/Oct2006
Psychische Erkrankung	MEC/Advocacy/Oct2006, MEC/MentalIllness/Oct2006
Psychotrope Medikamente	20.30
Psychosoziale Entwicklung	SMAC/AdolSuicide/Oct2006
Q	
Qualität der medizinischen Versorgung	MEC/PatSafety/Oct2002, SMAC/Standards/Oct2006,
Qualitätssicherung	10.10, 10.50, 10.160, 17.35, 17.36, MEC/PatSafety/Oct2002, SMAC/MedEd/May2006, SMAC/Access/Oct2006, SMAC/Standards/Oct2006
Qualitätssicherung der Lehre	SMAC/WFME/Sept/2003, SMAC/MedEd/May2006,

R	
Rauchen	10.31, 20.2/91, SMAC/Tobacco/Oct2007
Rauchverbot während Fügen	20.2/91
Rauchverbot während Sitzungen	SMAC/Tobacco/Oct2007
Rauchverbote	SMAC/Tobacco/Oct2007
Recht auf gesundheitliche Versorgung	10.C
Recht der Frau	MEC/HIVTrans/Oct2002, SMAC/FamilyPlanning/Oct2007
Recht des Kindes	17/170
Rechtsschutz	10.C, MEC/LivWills/Sept2003
Rehabilitation	17.V, SMAC/RoadSafety/Oct2006, SMAC/InjuryControl/Oct2006
Rehydration bei Hungerstreikenden	MEC/Malta/Oct2006
Rehydrationstherapie bei Diarrhoe	10.20
Rektaluntersuchungen bei Gefangenen	17.FF
Rekrutierung	SMAC/EthRecruit/Sept2003
Religion	10.24, 20.4, SMAC/FamilyPlanning/Oct2007
Reproduktionsmedizin	17.N/3, 17.280, 20.2, SMAC/ReproMaterial/Sept/2003
Resistenz	SMAC/Tuberculosis/Oct2006
Resistenz gegen Antibiotika	10.120
Ressourcen-Allokation	10.50, 10.90, 17.O, 17.S/1, 17.V, 20.10/I, SMAC/Access/Oct2006, SMAC/Environment/Oct2006, MEC/Advocacy/Oct2006, MEC/Disasters/Oct2006
Ressourcenverteilung	17.777
Rettungswesen	SMAC/TrafficInjury/Oct2006, SMAC/InjuryControl/Oct2006, MEC/Disasters/Oct2006
Rezept	10.310
Ringarzt	17.K
Risikoabschätzung	17.C, MEC/PatSafety/Oct2002
Risikofaktoren	SMAC/AdolSuicide/Oct2006
Risikogruppen	MEC/HIV-AIDS/Oct2006
Rotes Kreuz	20.1/98, MEC/Missing/Sept2003
S	
SAP	20.1/96
SARS	GA/SARS/Sept2003
Säuglinge	10.20
Säuglingssterblichkeit, Mortalität, Morbidität	
Schlichtung	10.C
Schmerztherapie	MEC/Venice/Oct2006
Schutz Dritter	MEC/HIV-AIDS/Oct2006
Schwangere	MEC/HIV-AIDS/Oct2006
Schwangerschaft	17.T, SMAC/FamilyPlanning/Oct2007
Schwangerschaftsabbruch	17.T, MEC/Oslo/Oct2006
Schwangerschaftsvorsorge	10.20

Schweigepflicht	17.A, 17.H, 17.I, 17.N, 17.S/1, 17.35, 17.50, 17/170, SMAC/Amend1750/Oct2004, MEC/Malta/Oct2006, MEC/HIV-AIDS/Oct2006, MEC/Disasters/Oct2006
Schweres Akutes Atemnotsyndrom	GA/SARS/Sept2003, SMAC/Emerg/May2004
Selbstbehandlung	10.310, 17.35
Selbstbestimmung	20.2/94, SMAC/Environment/Oct2006, SMAC/Malta/Oct2006
Selbstbestimmungsrecht	17.P, 17.PP, 17.S, 17.S/1, MEC/Venice/Oc2006
Selbstkontrolle	10.10, SMAC/Standards/Oct2006
Selbstmedikation	10.310
Selbstmord	20.3/2001, SMAC/AdolSuicide/Oct2006
Selbstverwaltung	10.10, 10.90, SMAC/MedEd/May2006, SMAC/Access/Oct2006
Selbstwertgefühl	SMAC/AdolSuicide/Oct2006
Selektion	10.120, 17.S/1
Selektiver Fetozid	17.N/3
Senioren	10.25
Seuchen	MEC/Disasters/Oct2006, SMAC/Tuberculosis/Oct2006
Sexualität	10.24
Sexueller Missbrauch	SMAC/FamilyViolence/Oct2006
Sicherheitsmaßnahmen	MEC/PatSafety/Oct2002, SMAC/ChildAirTravel/Oct2006, SMAC/TrafficInjury/Oct2006, SMAC/RoadSafety/Oct2006, SMAC/InjuryControl/Oct2006
Sicherheitsvorkehrungen	17.K, MEC/PatSafety/Oct2002
Sicherstellung ärztlicher Versorgung	20.10/I
Simbabwe	SMAC/Zimbabwe/Oct2007
SIRUS-Projekt	20.1/98
Solidaritätsfonds	10.C
Soziale Faktoren für Gewalt in der Familie	SMAC/FamilyViolence/Oct2006
Sozialer Schutz	10.90, SMAC/Access/Oct2006
Sponsoring	MEC/Commerce/2004, SMAC/Tobacco/Oct2007
Sport	17.I, 17.K
Sportarzt	17.I
Sportärztliche Betreuung	17.K
Sportmedizin	17.I, 17.K
Standard	10.C, 10.160, SMAC/WFME/Sept/2003
Standesordnung	10.150
Sterbebegleitung	17.P, 20.3/2001, MEC/Venice/Oct2006
Sterbebeistand	MEC/Venice/Oct2006
Sterbehilfe	17.P, 17.PP, 20.3/2001, MEC/Venice/Oct2006
Sterilisation	17.S
Sterilität	17.N

Strafrecht	10.24
Strafvollzug	20.2/90
Straßenverkehr	SMAC/TrafficInjury/Oct2006, SMAC/RoadSafety/Oct2006
Studentenzahlen	20.10/II, 20.10/III
Studium	20.10/II, 20.10/III
Substitution	10.40, 20.4/88, 20.1/90, SMAC/DrugAbuse/Oct2006
T	
Tabak	10.31, 20.2/91, SMAC/Tobacco/Oct2007
Tabakerzeugnisse	SMAC/Tobacco/Oct2007
Tabaksubventionen	SMAC/Tobacco/Oct2007
TB	10.300, SMAC/Tuberculosis/Oct2006
Technologiefolgen	10.C, 17.290
Telemedizin	17.36, MEC/Telemedicine/Oct2007
Teleassistenz	17.36
Telekommunikationssysteme	MEC/Telemedicine/Oct2007
Telekonsultation	17.36
Telemonitoring	17.36
Therapie	10.210
Therapiefreiheit	10.10 , 10.90, 17.C, 17.O, 20.1/90
Tierschützer	MEC/Animal/Oct2006
Tierversuche	MEC/Animal/Oct2006
Tierzucht	10.120
Tod	MEC/Venice/Oct2006
Tod, Sterbebeistand	17.H
Tod, Todeszeitpunkt	MEC/Sydney/Oct2006
Todesfeststellung	17.Q, MEC/Sydney/Oct2006
Todesstrafe	20.2/94
Todesstrafe, Verbot der Teilnahme	20.6.81
Todesursache	SMAC/RoadSafety/Oct2006, SMAC/InjuryControl/Oct2006
Toxizität	10.310
Tradition	10.24
Training	17.I
Transplantation	MEC/Transplantation/Oct2006, MEC/Tissue Transplantation/Oct2007
Trauma	SMAC/InjuryControl/Oct2006, SMAC/AdolSuicide/Oct2006
Triage	MEC/Disasters/Oct2006
Tuberkulose	10.300, SMAC/Tuberculosis/Oct2006
U	
Übertragbare Krankheiten	10.300
Überversorgung	10.10
Überwachungssysteme	SMAC/Emerg/May2004
Umwelt	17.C, 17.Y, MEC/Disasters/Oct2006
Umwelt und Gesundheit	17.G
Umweltschutz	SMAC/Environment/Oct2006
Umweltverschmutzung	SMAC/Environment/Oct2006, SMAC/NoisePollution/Oct2007
Umweltverschmutzung, Gesundheitsgefahren	17.G
unerlaubte Leistungssteigerung	17.I.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	10.40
Unfall	SMAC/TrafficInjury/Oct2006, SMAC/RoadSafety/Oct2006, SMAC/InjuryControl/Oct2006, SMAC/AdolSuicide/Oct2006
Ungewollte Schwangerschaft	SMAC/FamilyPlanning/Oct2007
UNICEF	10.24
United States Agency for International Development (USAID)	10.20
Unzurechnungsfähigkeit	MEC/Advocacy/Oct2006
V	
Vegitatives Syndrom	17.V
Verantwortung	SMAC/Standards/Oct2006
Verantwortung für Therapie	20.1/90, 20.4/88,
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	MEC/ChildAbuse/Oct2006
Verkehr	SMAC/NoisePollution/Oct2007
Verkehrserziehung	SMAC/TrafficInjury/Oct2006, SMAC/RoadSafety/Oct2006
Verkehrsplanung	SMAC/TrafficInjury/Oct2006
Vermisste	MEC/Missing/Sept2003
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, MEC/Animal/Oct2006
Vertragsfreiheit	10.90
Verschlüsselte Daten	SMAC/Databases/Oct2002
Vertraulichkeit	17.36, SMAC/Databases/Oct2002
Vertriebene	20.9/98
Völkerrecht	17/270, 20.2/98
Vogelgrippe	SMAC/Pandemic/Oct2006
Vorbildfunktion des Arztes	SMAC/Tobacco/Oct2007
W	
Waffen	17.FF, 17.Y, 17/270, 17.400, 20.1/95, 20.1/98, 20.2/98, SMAC/AdolSuicide/Oct2006, MEC/Weapons/Oct2006
Wasser	SMAC/Water/May2003
Weigerung der Teilnahme	17.C

Weiterbildung	10.C, 17.L, 17.N, 17.Q, SMAC/WFME/Sept/2003, SMAC/MedEd/May2006, SMAC/AdolSuicide/Oct2006, MEC/HIV-AIDS/Oct2006, MEC/ChildAbuse/Oct2006, MEC/Disasters/Oct2006
Weltärztebund Kinder-Gesundheitsprogramm	10.20
Werbeverbot	17.A
Werbung	SMAC/Tobacco/Oct2007
Werbung für Tabakwaren	10.31
WFME	SMAC/WFME/Sept/2003
WHO	10.24, 10.120, SMAC/Tuberculosis/Oct2006
Wirtschaftsembargo	20.5
Wissenschaft	20.2
wissenschaftliche Experimente	10.10
wissenschaftliche Sorgfaltspflicht	17.A, 17.C
Wissenstransfer	17.S/1
Z	
Zugang zu Fortbildungsveranstaltungen	10.90, 17.90, 20.2/88
Zugang zur gesundheitlichen Versorgung	10.50, 10.90, SMAC/Access/Oct2006
Zugang zur medizinischen Versorgung	17/170, 17.290, 20.1/96,
Zustimmung	20.2/94, SMAC/Databases/Oct2002
Zustimmung zur Behandlung	MEC/Malta/Oct2006
Zwangsbehandlung	MEC/Advocacy/Oct2006
Zwangseinweisung	MEC/Advocacy/Oct2006