

Unfallchirurg 2008 · 111:367–370
 DOI 10.1007/s00113-008-1423-y
 Online publiziert: 5. April 2008
 © Springer Medizin Verlag 2008

Redaktion

H. Siebert, Schwäbisch Hall

R. Hoffmann¹ · F. Thielemann² · D.C. Wirtz³ · F.U. Niethard⁴ · H. Siebert⁵

¹ Berufsständischer Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am Main

² Schwarzwald-Bar-Klinikum, Villingen-Schwenningen

³ Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn

⁴ Universitätsklinikum, Aachen

⁵ Evangelisches Diakonie Klinikum, Schwäbisch-Hall

Delegation ärztlicher Leistungen

Ein trojanisches Pferd?

„Doch wir horchen allein dem Gerücht und wissen durchaus nichts“

Homer (8./7. Jh. v. Chr.) Ilias, 2. Gesang, 486

Das ärztliche Berufsbild steht unter wachsendem Druck. Staatliche Eingriffe und Reglementierungen der Sozialagenturen engen ärztliche Handlungsspielräume zunehmend ein [12]. Die Arztzahlen sinken und die Unzufriedenheit mit den Arbeits- und Vertragsbedingungen steigt [1, 8, 14, 21, 22, 23]. Versorgungsengpässe scheinen künftig vorprogrammiert [18]. Der Schwund an Medizinstudierenden beträgt bis zum Eintritt in die Patientenversorgung 41% (Erstsemester 1997). Sie wechseln in andere Berufe oder wandern ins Ausland ab. Derzeit geben 28% der Kliniken an, offene Arztstellen nicht besetzen zu können. Auch der Bereich der niedergelassenen Ärzte ist betroffen und warnt vor einem eklatanten Ärztemangel v. a. im Hausarztbereich.

Die für 2008 angekündigte Gesetzesinitiative des Bundesgesundheitsministeriums, ärztliche Arbeitsbedingungen dadurch zu verbessern, indem man Pflegekräften mehr ärztliche Kompetenzen übertragen wolle, bezeichnete der damalige Vorsitzende des Marburger Bundes, Frank Ulrich Montgomery, als „ideologiebehaftete Alibimaßnahme“. Das Gutachten „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bil-

det jedoch eine wichtige Plattform für derartige Initiativen [20, 27]. Nach den Empfehlungen sollen nichtärztliche Gesundheitsberufe stärker in die Versorgung und Verantwortung einbezogen werden und die Kooperation zwischen den Berufsgruppen verbessert werden. Bemängelt wird eine noch immer arztzentrierte Krankenversorgung. Die Neuverteilung der Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen soll dabei immer auch von einer Reform der Berufsausbildung begleitet werden.

Der Sachverständigenrat begrüßt den Akademisierungsprozess verschiedener Gesundheitsberufe (Bologna-Prozess). Jedwede Hierarchie soll aus der Gesundheitsversorgung entfernt werden. Dies soll sich auch insbesondere durch die Wahl der Berufsbezeichnungen widerspiegeln. Eine gestufte Verantwortung innerhalb und auch zwischen den Berufsgruppen räumt der Sachverständigenrat jedoch ein. Wegen der Brisanz der Veränderung der Aufgabenverteilung empfiehlt der Sachverständigenrat, mit kleinen Schritten vorzugehen. Der 1. Schritt sei über den Weg der Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Gesundheitsberufe zu gehen. Im 2. Schritt sollen regionale Modellprojekte zur Veränderung des Professionenmixes und zur größeren Eigenständigkeit nichtärztlicher Gesundheitsberufe durchgeführt und evaluiert werden. Im 3. Schritt könne dann bei bewiesener Praktikabilität eine breite Einführung der Neuerungen erfolgen.

Somit werden umfassende Änderungen des bisher bekannten und gewachsenen Arztbildes mit gravierenden Umstellungen für Ärzte, Patienten und nichtärztliche Leistungserbringer vorgeschlagen. Die Delegation ärztlicher Leistungen ist so als verdeckter erster Schritt in einen Ausstieg aus dem Arztberuf zu benennen, wie er bisher bekannt und tradiert war.

Eine Versorgungsverbesserung oder Kostenersparnis durch mit Bachelor- und Masterstudiengängen weithin akademisierten, nichtärztlichen Gesundheitsanbieter ist spekulativ und eher fraglich. Ein wesentlicher Motivationsgrund für derartige Initiativen mag daher die Umverteilung von vermeintlichen Prestige- und Einkommensvorteilen des Arztberufs sein. Ob unter kontinuierlich verschlechternden Arbeitsbedingungen und einem der Erosion preisgegebenen Arztbild ein sich ankündigender Ärztemangel wird verhindern lassen ist zumindest fraglich [11].

Die politische Motivation von Delegation ärztlicher Leistungen entpuppt sich somit als ein trojanisches Pferd mit den Zielen: Zerschlagung angeblicher ärztlicher Macht über die Heilkunde und Umverteilung vermuteter materieller Pfründe.

Delegation ärztlicher Leistungen

An vielen Stellen hat die Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliches Personal bereits begonnen [2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 13,

15, 16, 25]. Teilweise handelt es sich um eine begrüßenswerte Rückdelegation von Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben [10, 13]. Der Rhön-Konzern hat Assistenzkräfte im Patientenmanagement (AAP) zur Entlastung der Ärzte von nichtärztlichen Tätigkeiten eingeführt. Hier geht es um eine Entlastung von einfachen Routinen (Blutentnahmen, Verweilkanülen) und bürokratischer Tätigkeit [10]. Als Vorbild gilt der „physician assistant“ der USA. Bei diesen Maßnahmen handelt es sich zweifellos um Schritte, die von der Ärzteschaft unterstützt werden können. Andernorts werden Studienprogramme mit weit reichenden Eingriffen in ärztliche Tätigkeiten aufgelegt. Hierbei handelt es sich um Studienprogramme zu einer erweiterten OP-Assistenz auf privat universitärer Ebene oder um Projekte einzelner medizinischer Fachgesellschaften [5, 6, 7, 15, 25, 26].

In einer zunehmend öffentlich geführten Diskussion über die Delegation ärztlicher Leistungen sind die medizinischen Fachgesellschaften gefordert, eindeutig Stellung zu beziehen [26]. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) hat hierzu ein Positionspapier veröffentlicht [11]. Die Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in chirurgische Behandlungsteams mit unterschiedlichem Kompetenzlevel kann auch als Chance für einzelne chirurgische Fachgebiete gesehen werden. Dieses Assistenzpersonal, das immer nur arztunterstützend und nicht arzt ersetzend tätig werden kann, ist dem ärztlichen Dienst zuzuordnen, die ärztliche Supervision muss sichergestellt sein.

Auf eine Anfrage zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Bundesärztekammer zur Delegation ärztlicher Leitungen vom 01.10.2007 wurde eine gemeinsame Stellungnahme der Union Orthopädie/Unfallchirurgie verfasst. Hierbei wurden Tätigkeiten definiert, die unter Arztvorbehalt stehen oder delegierbar erscheinen. Juristische Aspekte wurden berücksichtigt [4, 9, 17, 19].

Definitionskritisch sind die juristische Festlegung des Arztvorbehalts, der Delegierbarkeit und der Substitution.

Arztvorbehalt

Ärztlich vorbehalten sind Tätigkeiten, deren Erledigung (allgemein oder im Einzel-

fall) gerade einem Arzt eigene Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen voraussetzen.

Hierzu gehören nach allgemeiner Meinung z. B.:

- körperliche Untersuchung, Diagnose- und Indikationsstellung,
- Therapieplanung,
- Indikation, Auswahl, Dosierung von Medikamenten,
- Operationsaufklärung,
- Operationsführung und Narkose,
- Behebung von Komplikationen,
- Bluttransfusionen.

Delegierbarkeit

Eine Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist grundsätzlich möglich. Dabei ist zwischen *nichtdelegierbar*, *delegierbar*, *im Einzelfall delegierbar* (bei individuell dokumentierter Qualifikation des nichtärztlichen Mitarbeiters) zu unterscheiden. Bei delegationsfähigen Tätigkeiten ist weiterhin zu definieren, ob direkte und unmittelbare *Arztpräsenz* zusätzlich erforderlich ist.

Auch muss die Nachvollziehbarkeit des Facharztstandards für alle Tätigkeiten und Maßnahmen gewährleistet sein. Solches ist jedenfalls im Ergebnis sicherzustellen. Schriftliche Arbeits- und Verfahrensanweisungen für delegierte Tätigkeiten sind zu fordern. Eine strukturierte Ausbildung der nichtärztlichen Mitarbeiter ist ebenso erforderlich wie eine arbeitsvertragliche Aufgabendefinition und Festschreibung. Eine Aufklärung der Patienten über Art und Umfang der delegierten Maßnahmen ist unabdingbar. Das Primat der ärztlichen Beurteilung, Entscheidung und Anordnungsbefugnis wird hierdurch nicht beeinträchtigt. Alle delegationsfähigen Tätigkeiten müssen ärztlicherseits angeordnet, überwacht und dokumentiert werden.

Delegation vs. Substitution

Während es sich bei der Delegation um eine vorübergehende Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten handelt, stellt die Substitution eine dauerhafte Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten dar. Bei der Delegation verbleibt die juristische Endverantwortung beim Arzt. Bei der Substitution

müsste sie auf den Empfänger übergehen. Bei fehlender „Letztentscheidungsbefugnis“ ist auch eine „Letztverantwortlichkeit“ des Arztes nicht akzeptabel.

Nichtdelegierbare Tätigkeiten

Nichtdelegierbare Tätigkeiten sind grundsätzlich ärztlich vorbehaltene Tätigkeiten (Arztvorbehalt). In Anlehnung und Ergänzung daran werden aufgeführt:

- körperliche Untersuchung,
- Befunderhebung und -bewertung,
- Diagnose- und Indikationsstellung,
- Planung, Festlegung und Durchführung von Diagnostik und operativen Therapiemaßnahmen,
- Durchführung von Operationen (vom Schnitt bis zur Naht), Frakturpositionierung, Röntgendurchleuchtung, Operationsbericht,
- 1. Assistenz bei allen operativen Eingriffen,
- zentralvenöse Zugänge, Thoraxdrainagen,
- Beurteilung komplexer, kritischer und schwieriger Wunden incl. Verband- und Wundmanagement,
- Indikation und Festlegung und Überwachung der medikamentösen Therapie,
- Indikation und Durchführung von Bluttransfusionen/Körperersatzstoffen/Hormonen u. ä.,
- Patienten und Angehörigenaufklärungsgespräche prä-, peri- und postoperativ,
- Konsilmanagement und fallgebundene Kommunikation mit anderen ärztlichen Fachdisziplinen und niedergelassenen Ärzten (inklusive Arztbriefe),
- Management medizinischer Komplikationen,
- ärztliche Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen,
- Dokumentationen *medizinischer* Sachverhalte,
- notärztliche Tätigkeit,
- Planung, Indikation und Überwachung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen,
- Planung, Indikation und Überwachung von immobilisierenden (Gips-)Verbänden, Funktionsorthesen, und Prothesen/Epithesen,

- medizinische, fachorthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung.

Delegierbare Tätigkeiten

Delegierbare Tätigkeiten sind:

- vorbereitende Anamnese (Dokumentation), vorbereitende Operationsaufklärung (Standardeingriffe), Befunddokumentation, vorbereitende Standardarztbriefe,
- einfache Verbandswechsel,
- Wundmanagement (bei Vorliegen eines Wundleitfadens und einer Kursausbildung),
- Anlegen immobilisierender Verbände und Orthesen,
- Blutentnahmen, Legen peripher venöser Zugänge, Infusionsanlage,
- Sicherstellung der Umsetzung angeordneter medizinischer Maßnahmen, Untersuchungen und Konsile,
- Medikamentengaben (oral, i. v., i. m., s. c., oral) einschließlich Umsetzung in Äquivalenzdosen,
- Bilanzierung,
- Organisation von Nachsorge in Kooperation mit Angehörigen und Sozialdienst,
- Verwaltungs-/Dokumentationsaufgaben,
- Standardpatientenlagerung, Operationsfelddesinfektion und Abdeckung,
- OP-Assistenz (2. Assistenz),
- Wundverband, Lagerungsschienen,
- OP-Verwaltungs-/Dokumentationsaufgaben,
- qualitätssichernde Maßnahmen [Ausfüllen von Evaluationsbögen, von Behandlungsergebnissen (Scoring) u. ä.],
- Fall- und Belegungsmanagement.

Von diesen delegierbaren Tätigkeiten sind:

1. grundsätzlich delegierbar an folgende Fachberufe:
 - Krankenpflege und Arzthelfer/-innen (sowie neue Berufsfelder wie CTA, OTA, „physician assistant“):
 - vorbereitende Anamnese (Dokumentation), vorbereitende Operationsaufklärung (Standardeingriffe), Befunddokumentation, vorbereitende Standardarztbriefe,
 - einfache Verbandswechsel,

- Wundmanagement unkomplizierte Wunden (bei Wundleitfaden),
- Bilanzierung,
- Sicherstellung der Umsetzung ärztlicher Anordnungen (Untersuchungen, Konsile etc.),
- Standardpatientenlagerung, Operationsfelddesinfektion und Abdeckung,
- Wundverband, Lagerungsschienen,
- OP-Verwaltungs-/Dokumentationsaufgaben,
- technische Assistenz (Arthroskopietürme, Navigationsgeräte u. ä.),
- Organisation von Nachsorge in Kooperation mit Angehörigen und Sozialdienst,
- Verwaltungs-/Dokumentationsaufgaben.
- Medizinische Kodierassistenten:
- OP-Verwaltungs-/Dokumentationsaufgaben,
- qualitätssichernde Maßnahmen [Ausfüllen von Evaluationsbögen, von Behandlungsergebnissen (Scoring) u. ä.],
- Organisation von Nachsorge in Kooperation mit Angehörigen und Sozialdienst,
- Verwaltungs-/Dokumentationsaufgaben,
- Fall- und Belegungsmanagement.

2. Im Einzelfall delegierbar:
 - Blutentnahmen, Infusionsanlage, Medikamentenverabreichung,
 - OP-Assistenz (2. Assistenz), Wundverschluss,
 - Anlegen immobilisierender Verbände, Orthesen an dokumentiert qualifizierte und erfahrene Mitarbeiter von Krankenpflege, OTA, CTA.
3. Mit notwendiger Überwachung durch den Arzt:
 - Punkte unter 1. in der Anfangsphase (ca. 1/2 Jahr), Punkte unter 2. mittelfristig (ca. 1 Jahr).
4. Mit notwendiger Präsenz des Arztes:
 - Wundverschluss einfacher Wunden (ca. 1 Jahr).

Nichtärztliche Tätigkeiten, die zzt. von Ärzten ausgeführt werden und daher im Sinne einer Substitution abgegeben werden müssen sind Schreibearbeiten

Zusammenfassung · Abstract

Unfallchirurg 2008 · 111:367–370
DOI 10.1007/s00113-008-1423-y
© Springer Medizin Verlag 2008

R. Hoffmann · F. Thielemann · D.C. Wirtz · F.U. Niethard · H. Siebert

Delegation ärztlicher Leistungen. Ein trojanisches Pferd?

Zusammenfassung

Eine Delegation ärztlicher Leistungen und Verantwortung an nichtärztliches Personal wird besonders von der Politik zunehmend gefordert. Dargestellt wird die Stellungnahme der Union Orthopädie und Unfallchirurgie. Tätigkeiten, die unter Arztvorbehalt stehen, werden einem möglichen, differenzierten Delegationsspektrum gegenüber gestellt. In erster Linie müssen Ärzte von nichtärztlichen Tätigkeiten entlastet werden. Eine potentielle Delegation einzelner ärztlicher Leistungen darf nicht das Arztbild und die Versorgungsqualität der Patienten beeinträchtigen. Chancen und Risiken einer Delegation ärztlicher Tätigkeiten werden bewertet.

Schlüsselwörter

Delegation · Ärztliche Leistungen · Arztvorbehalt · Arztbild

The delegation of medical services. Is it a Trojan horse?

Abstract

Delegation of medical treatment and responsibility from doctors to nonphysicians are being advocated more and more by public health politicians. The opinion of the German Union of Orthopaedic and Trauma Surgery is outlined. Definitions for treatment areas that cannot or may be delegated are presented. Physicians must be spared from overloading of administrative work. Delegating must not result in deterioration of patient care or destruction of the medical profession. Options and risks of delegation are discussed.

Keywords

Delegation · Medical treatment · Physician assistant · Medical profession

(Schreibdienst), Kodierungsarbeiten (Kodierassistenten), Organisation, Sortieren, archivieren medizinischer Unterlagen/ Krankenakten (Verwaltungsmitarbeiter, Archivare).

Tätigkeiten nichtärztlicher Berufe in Eigenverantwortung sind nach ärztlicher Indikationsstellung: Physiotherapie, Ergotherapie u. ä. nach Erstverordnung, Wundmanagement bei Dekubitus. Tätigkeiten ohne ärztliche Indikationsstellung sind Physiotherapie, Ergotherapie etc. (Folgeverordnungen) und paramedizinische „Wellness-Verfahren“.

Folgeabschätzung einer Delegation oder Übertragung in nichtärztliche Verantwortung

Die Folgen einer Delegation ärztlicher Leistungen auf neue Leistungserbringer und Patienten sind noch schwer abzuschätzen. Auch potentielle Kostenersparnisse sind derzeit eher vermutet und keinesfalls bewiesen.

Nicht akzeptabel wären Qualitätseinbußen in der medizinischen Behandlung für den Patienten.

— Potentielle Vorteile:

- Entlastung des Arztes von nicht-ärztlichen oder delegierbaren Tätigkeiten,
- steigende Berufszufriedenheit der Ärzte, mehr Zeit für „Arbeit am Patienten“,
- Fokussierung von ärztlicher Arbeitskraft und Qualität,
- Standardisierung bestimmter medizinischer Leistungen,
- Motivation, Teambildung, Mitarbeiterbindung.

— Potentielle Nachteile:

- Stellenabbau im ärztlichen Bereich,
- Kompetenz- und Qualifikationswanderung,
- umfangreiche Aufklärungspflicht, Haftungsunklarheiten, juristische „Grauzonen“,
- Verunschärfung und Beeinträchtigung des Arzt-Patientenverhältnisses,
- Status- und Kompetenzverlust des Arztberufs mit resultierend schlechterer Bezahlung und Nachwuchsmangel, da suggeriert wird,

die ärztliche Versorgung im bisherigen Sinne sei insuffizient,

- wirtschaftliches Einsparpotential bei zunehmender Akademisierung der nichtärztlichen Berufe eher fraglich,
- Koordinations-, Kommunikations-, Schnittstellenprobleme durch zusätzliche neue, professionalisierte Berufsgruppen mit eigenem „Expertentum“.

Fazit für die Praxis

Entscheidend bei der Frage der Delegation ärztlicher Leistungen ist die Qualität der medizinischen Behandlung für den Patienten. Hierzu gehört ganz wesentlich nicht nur eine technisierte, prozess-optimierte medizinische Leistung sondern auch die menschlich ärztliche Zuwendung. Die medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände sind gefordert, eindeutig Position zu beziehen und ihre Führungsposition in dieser Diskussion um Qualität und Leistungserbringung gemeinsam mit der Bundesärztekammer zu reklamieren. Sie sollten die Deutungshoheit nicht Politik und Kostenträgern überlassen. Eine schleichende Einführung von „Barfußärzten“ oder „Ärzten light“ erscheint politisch hilflos und durchschaubar. Die Ärzteschaft muss daher um den Erhalt des ärztlichen Leitbildes kämpfen und sich gegen die Fremdbestimmung durch Gesetzgeber und Teile der Gesellschaft zur Wehr setzen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. R. Hoffmann

Berufsständischer Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am Main
Friedberger Landstraße 430,
60389 Frankfurt/Main
aerztlicher.direktor@bgu-frankfurt.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Baur U (2007) Die Disziplinierung der Chefärzte schreitet voran. Dtsch Arztl B 104: 2499–2500
2. Bauer H (2007) Nichtärztliche Assistenz durch chirurgisch technische Assistenten (CTA). Workshop der DGCH zur Delegation ärztlicher Aufgaben in der Chirurgie. DGU-Mitteilungen 1: 50–60
3. Bauer H (2007) Die ärztliche Rolle im multiprofessionellen Team. Berlin Medical, Klinik, S 5–6

4. Bock RW (2007) Delegation ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter juristische Aspekte. DGU-Mitteilungen 1: 62–63
5. Boucsein M, Ludwig C (2007) Bachelor-Studiengang für Assistenz im OP. Gesundheitswirtschaft 1: 64–66
6. Conzen P, Peter K, Larsen R (2007) Die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal. Anaesthesist 56: 311
7. Diegeler A, Dehong B, Hacker R, Warnecke H (2007) Nichtärztliche Chirurgieassistenten. Bessere Qualität durch mehr Routine. Dtsch Arztl B 103: 1802–1804
8. Flintrop J (2007) Perspektiven im Arztberuf. Die Stimmung ist schlechter als die Lage. Dtsch Arztl B 104: 2701–2702
9. Heberer J (2007) Delegationsfähigkeit von ärztlichen Leistungen an nicht nichtärztliches Personal. Chirurg 4: 114–115
10. Heese C, Wiederer R (2007) Neue Rollenverteilung in der Arztassistenten. Der Röhn-Konzern führt Assistenzkräfte im Patientenmanagement ein. f&w Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 5: 500–502
11. Hoffmann R (2007) Chirurgisch-Technischer-Assistent (CTA). DGU-Mitteilungen 56: 20–22
12. Jachertz N (2007) Arztberuf: Staatsmedizin, Marktmedizin. Dtsch Arztl B 104: 2446
13. Kaiser R, Stüwe U, Happel S (2005) Klinikassistenten zur „administrativ-organisatorischen“ Unterstützung von Krankenhausärzten. Anaesthesist 54: 57–60
14. Marburger Bund (2007) Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. Analyse der beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland. Allgemein-Präsentation Presse 18.09.07. Marburger Bund, Berlin
15. Physician Assistant (2007) Wir kommen. Kma Magazin für Gesundheitswirtschaft 8: 13
16. Polonius MJ (2007) Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliches Assistenzpersonal. Chirurg 4: 111–112
17. Rabatta S (2007) Hauptversammlung des Hartmannsbundes: „Ärztliche Verantwortung ist nicht teilbar“. Dtsch Arztl B 104: 2634
18. Richter-Kuhlmann E (2007) Arztzahlentwicklung: Mehr als eine Rechenaufgabe. Dtsch Arztl B 104: 2842
19. Roßbruch R (2003) Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegepersonal auf Allgemeinstationen unter Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte. 1. Teil. PFLR – Z Rechtsfragen der stationären und ambulanten Pflege 3: 95–102
20. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn
21. Stüwe H (2007) Berufsperspektiven: Viele Ärzte sind schon in jungen Jahren ausgebrannt. Dtsch Arztl B 104: 2388
22. v Aken H, Hiddemann W, Steinau HU (2007) Schlechte Zeiten für gute Medizin. DGU-Mitteilungen 3: 239–241
23. v Aken H, Hiddemann W, Steinau HU, Encke A (2007) Die universitäre Medizin zwischen Exzellenzinitiative und „Brain Drain“. Offener Brief der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in der Bundesrepublik Deutschland an die verantwortlichen Politiker. September 2007
24. VLK (2007) VLK modernisiert das Leitbild für den Chirurgen 2000. Arzt und Krankenhaus 5: 131–134
25. Weiterbildung Gefäßassistent/DGG (2007) Weiterbildung Gefäßassistent. (<http://www.gefaesschirurgie.de>). DGG, Hannover
26. Wienke A (2007) Der Arzt am Beginn des 21. Jahrhunderts Zwischen Hippokrates und Staatsmedizin: Einbecker Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e.V., GMS Mitt AWMF 4: 28
27. Wienke A, Janke K (2007) Zum Gutachten des Sachverständigenrats zur Kooperation und Verantwortung im Gesundheitswesen: Die Kernaussagen zur Zusammenarbeit von ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen. GMS Mitteilung aus der AWMF 4: 21