

Vom Hausarzt zum Gesundheitsteam?

Bremer Diskussionen über
„gesundheitliche Primärversorgung“,
Kooperation der Gesundheitsberufe
und „integrierte Ausbildung“

Eine anspruchsvolle Aufgabe hatten die OECD und der Bremer Gesundheits-senator einer Fachkonferenz zugeordnet: „Aus-, Fort- und Weiterbildung der Berufe des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland unter Berücksichtigung der Entwicklungstendenzen in der gesundheitlichen Versorgung – Bestandsaufnahme und internationaler Vergleich“. So der offizielle Titel. Die Tagung fand statt vom 1. bis zum 3. März 1979 im Bremer Rathaus.

Da sage bloß niemand mehr, eine internationale Tagung produziere vornehmlich Allgemeinplätze und bringe wenig für die Praxis. Die Konferenz jedenfalls, die die Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) und der Bremer Gesundheits-senator zu vielerlei Problemen der Gesundheitspolitik ausrichteten, zeigte bereits drei Tage später Wirkung. Bei einem Hearing im Bundesgesundheitsministerium wurde eine geplante Rechtsverordnung über die Ausbildung von Arzthelferinnen nämlich zu Fall gebracht mit dem Argument, soeben sei in Bremen festgestellt worden, die Gesundheitsberufe hätten sich in Zukunft weniger auf Therapie als auf Prävention einzustellen. Dem müsse auch die Arzthelferinnen-Ausbildung Rechnung tragen. So die ÖTV und die DAG in trauter Gemeinsamkeit.

Dabei war in Bremen zwar viel von Prävention und einer Umstellung der Gesundheitspolitik in diese Richtung die Rede – der Gesundheitssenator der Hansestadt, Herbert Brückner (SPD), tut das ohnehin seit Jahren, auch ohne Absicherung durch eine internationale Wirtschaftsorganisation wie die OECD –, aber viel klüger waren die Teilnehmer nach der Tagung eigentlich nicht. Die Arzthelferinnen-Funktionäre bei der ÖTV und der DAG scheinen da eine Ausnahme zu machen: sie wissen offenbar jetzt ganz genau, wo's lang geht.

Andere Beobachter waren leider ratloser denn zuvor. Immerhin, man wurde „problembewußter“. Und außerdem konnte man auf dieser Tagung, deren Ausrichtung Bremen übernommen hatte, als Brückner noch Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz war, einigen gesundheitspolitischen Trends nachspüren, die es zu beachten gilt. Handlungsanweisungen aber gab es nicht. Was nicht ausschließt, daß manche Politiker sich für die von ihnen ohnehin geplanten Handlungen mit Argumenten der OECD absichern mögen. Nach der Devise: jeder suche sich aus dem großen Tagungsangebot das Passende für sich heraus. Das kann zwar nicht im Sinne der OECD sein. Denn der liegt an einem aufeinander abgestimmten Konzept, das um die gesundheitliche Primärversorgung kreist.

Ausgangspunkt dieser Vorschläge war eine Analyse der Gesundheitssysteme der OECD-Länder. Initiator der Analyse war vor allem

Bremer OECD-Konferenz

der frühere Generaldirektor der Schwedischen Sozialversicherungsbehörde, Professor Rexed, der auch in Bremen dabei war.

In dem fünfseitigen Literaturverzeichnis dieses OECD-Berichts, das der Bremer Fachkonferenz zugrunde lag, finden sich genau zwei deutsche Titel, nämlich die Approbationsordnung für Ärzte und die 1973 erschienenen Vorschläge des Wissenschaftsrates für Modellversuche über dreijährige Studiengänge im Gesundheitswesen (das war der damals berüchtigte Vorschlag, den Beruf eines „Diplom-Mediziners“ einzuführen).

Mancher mag daraus den Schluß ziehen, die achtköpfige Experten-Gruppe der OECD, bestehend aus Vertretern Schwedens, Großbritanniens, der USA, Kanadas, der Bundesrepublik Deutschland, der Schweiz, der Niederlande und des OECD-Zentrums für Forschung und Innovation im Bildungswesen (CERI), habe die deutschen Verhältnisse nicht gerade an hervorragender Stelle berücksichtigt – ein Eindruck, den das Studium des Berichtes weitgehend bestätigt.

Der 1960 entstandenen Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung gehören außer den westeuropäischen Staaten (einschließlich Griechenlands und der Türkei) die USA, Kanada, Japan, Australien und Neuseeland an. Mit der Begründung, daß die Gesundheitsversorgung ein Wirtschaftsfaktor von steigender Bedeutung ist, hatte das OECD-Zentrum für Forschung und Innovation im Bildungswesen 1972 mit einer Studie der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen begonnen. Das vom damaligen OECD-Generalsekretär berufene Gremium von Experten stellte sich folgende Fragen:

► In welche Richtung entwickeln sich die Gesundheitssysteme, und warum?

► Muß die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe darauf umgestellt werden?

► Gibt es dafür brauchbare Modelle auf nationaler oder internationaler Ebene?

Die 1975 veröffentlichte Studie („New Directions in Education for Changing Health Care Systems“) bejaht diese Fragen. Und zwar gehe der Trend eindeutig zur „Primary Health Care“. Dies wurde in Bremen übersetzt als „Primärversorgung“. Nach Auffassung der acht OECD-Experten besteht ein großer Unterschied zwischen „Primary Health Care“ und der „Medizin des Generalisten oder des Hausarztes von vor 50 Jahren“. Und zwar unter anderem deswegen, weil diese „Primary Health Care“, wie es in Bremen einmal eingedeutscht wurde, „Zugänglichkeit (zum Versorgungssystem), Kontinuität und Koordination“ voraussetzt.

Über den jederzeit möglichen Zugang zur ärztlichen Versorgung wird man bei dem dichten Netz der deutschen kassenärztlichen Versorgung nicht zu reden brauchen. Unter dem kontinuierlichen Kontakt mit dem Versorgungssystem verstehen die internationalen Autoren, daß nicht nur Heilbehandlung für akute Erkrankungen gegeben werden soll, sondern auch „Gesundheitserziehung, -überwachung, -vorsorge und Rehabilitation“. Und unter Koordinierung soll verstanden werden der jederzeit mögliche Einsatz anderer Zweige des primären Gesundheitswesens (also abgesehen vom stationären Bereich) für spezielle Diagnosen, spezielle Behandlungen, speziellen Bedarf (zum Beispiel Tagespflege für Alte oder chronisch Kranke) und auch die Verbindung mit paramedizinischen oder sozialen Hilfen.

Als ein wesentliches Element einer so aufgefaßten „Primary Health Care“ erscheint den OECD-Autoren die Teamarbeit. Diese Teamarbeit zu erzielen sei in erster Linie eine Frage der Ausbildung; ebenso wie die Gesundheitsversorgung selbst sei auch die Ausbildung der Gesundheitsberufe heu-

te in viele enge Spezialgebiete aufgesplittert. Deshalb sollten die Ausbildungsgänge der einzelnen Gesundheitsberufe zumindest zeitweilig miteinander integriert werden; für höhere Ebenen wird vorgeschlagen, die Gesundheits- und die Bildungspolitik zu koordinieren und zumindest aufeinander abzustimmen. Auf diesem Gebiet, heißt es in dem Bericht, seien „drastische Änderungen“ nötig, denn was jetzt geschehe, sei „Verschwendung menschlicher Arbeit und finanzieller Mittel“.

Der Expertenausschuß hatte sodann sechs „Empfehlungen“ formuliert:

① Es sollten eindeutige gesundheitspolitische Grundsätze und Programme auf staatlicher Ebene entwickelt werden, möglichst von ständigen Planungsinstanzen, in denen sowohl die Leistungsanbieter als auch die Verbraucher der Gesundheitsversorgung mitwirken.

② Gesundheitspolitische Grundsätze und Programme sollten eine Zusammenarbeit der Bereiche Bildung und Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene fördern. Die Einrichtungen auf der regionalen Ebene sollten die dafür notwendigen Mechanismen schaffen.

③ Es sollten ständige Mechanismen geschaffen werden, welche die staatlichen Einwirkungen auf die Gesundheitsversorgung und auf die Ausbildung der Gesundheitsberufe koordinieren und integrieren.

④ Der Staat, die Bildungseinrichtungen und die Berufsorganisationen sollten Innovationen und Modellversuche für alternative Wege der gesundheitlichen Versorgung fördern und Mittel für entsprechende Forschungen und ihre Auswertung bereitstellen.

⑤ Die Gesundheitssysteme und die Ausbildungssysteme sollten gemeinsam umfassende Fortbildungsprogramme für alle Gesund-

heitsberufe, auch für die Mitarbeiter der Gesundheitsverwaltungen und für die Ausbilder im Gesundheitswesen, entwickeln.

⑥ In internationaler Zusammenarbeit sollten Erfahrungen bei der Entwicklung gesundheitspolitischer Grundsätze und Programme sowie Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der gesundheitlichen Versorgung ausgetauscht und eine solide Datenbasis über die Beschäftigten sowie die Kosten im Gesundheitswesen geschaffen werden.

Soviel also über den gewissermaßen theoretischen Ausgangspunkt der Konferenz (der vermutlich seit 1975 in vielen Bibliothekregalen Staub ansammelt).

Den praktisch-politischen fügte der Bremer Gesundheitssenator Herbert Brückner hinzu, als er bei der Eröffnung der Fachkonferenz von der „verblüffenden Aktualität“ der OECD-Studie sprach und erklärte, wir hätten es in der Bundesrepublik Deutschland mit den „gleichen Phänomenen, Trends und Problemen“ zu tun: die rapide Zunahme der im Gesundheitswesen Beschäftigten; die immer stärker werdende Spezialisierung im Gesundheitswesen; die Kostensteigerung; die Notwendigkeit, an die Stelle der „gegenwärtig praktizierten reaktiven Krankheitspolitik eine aktive, umfassende und disziplinübergreifende Präventivpolitik“ treten zu lassen.

Hier stellte Brückner weitgehende Übereinstimmung fest zwischen dem laut OECD bestehenden Trend zur Primary Health Care „und dem, was wir wollen“ (und was Brückner zum Beispiel während seiner Amtszeit als Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz wiederholt propagiert hat): Neue Strukturen, weniger theorie-lastige spezialisierte Gesundheitsberufe, mehr Gesundheitsberatung, -erziehung, -vorsorge und Früherkennung.

Brückner also schien zu glauben, derartige Empfehlungen der

OECD seien schon reif für die Anwendung. Die Tagung selbst zeigte allerdings, daß zwar gewisse Grundvorstellungen und vor allem einige Probleme des Gesundheitswesens allen Industrieländern gemeinsam sind; greifbare Ergebnisse brachte sie freilich nicht. Das wäre schon von dem Mammutprogramm her – Aus-, Weiter- und Fortbildung, und die auch noch im Rahmen neuer Strukturen des Gesundheitswesens! – nicht zu erwarten gewesen. Immerhin, es gab Anregungen und Vorahnungen gesundheitspolitischer Trends.

Was ist Primärversorgung?

Das betrifft vor allem die Primary Health Care, auf die auch die OECD-Studie weitgehend abstellt. Es wäre wert, diese Frage und ihre Bedeutung für die Bundesrepublik in einer eigenen Tagung eingehend zu behandeln. In Bremen gab es dazu nur erste bescheidene Ansätze. Zwar wurde deutlich, daß mit dieser Primärversorgung à la OECD nicht allein die hausärztliche Versorgung gemeint ist. Aber schon bei dem für hiesige Verhältnisse wichtigen „Detail“, ob der Hausarzt als Filter im Gesundheitssystem eingebaut werden soll oder ob der direkte Zugang zum Facharzt weiterhin gestattet ist, paßten die Veranstalter. Das müsse jedes Land für sich entscheiden. Der OECD gehe es um ein „funktionales Konzept“. Jedenfalls soll in diese primär-medizinische Versorgung alles, was dem Patienten medizinisch-sozial hilft, eingebaut werden: von den sozialen Diensten über Vorsorgeprogramme bis eben zur ärztlichen Versorgung. Man fühlt sich an die Idee vom medizinischen Gemeindegemeinschaftszentrum erinnert, die erst jüngst wieder von der SPD in Baden-Württemberg verkündet wurde.

Hier ist also auch in der Bundesrepublik einiges in Fluß; ein Trend zeigt sich, der international offensichtlich gestützt wird. Man wird sich auch von ärztlicher Seite damit auseinandersetzen müssen. Dabei ist unverkennbar, daß diese

Art von „Integration“ für den Patienten einige Annehmlichkeiten mit sich bringen kann. Findet er doch konzentriert all die Zuständigkeiten, die er braucht; manche Unzulänglichkeiten, beispielsweise bei der nahtlosen Rehabilitation oder der Betreuung chronisch Kranker, könnten so angegangen werden. Die heiklen Punkte eines solchen Systems wurden in Bremen nicht angesprochen, nämlich: bedeutet ein solches integriertes System die Vorstufe zu einem sozialisierten Gesundheitswesen? Was wird mit der freien Arztwahl, was mit der freien Berufstätigkeit der Ärzte? Demgegenüber steht freilich die Frage, was Integration dem Patienten bringt und ob daher nicht der Versuch gemacht werden sollte, im *Rahmen unseres Systems* für mehr Integration zu sorgen? In diesem Sinne bot auch Bundesärztekammerpräsident Dr. Karsten Vilmar „gedankliche Selbstbeteiligung“ der Ärzte an. Dem Patienten, der im Zug der Zeit technik- und spezialistengläubig geworden ist, müsse wieder klarwerden, wer die „erste Anlaufstelle“ aller Primärversorgung ist: der Hausarzt.

Dieses Problem hängt eng mit einer weiteren, in Bremen des längeren erörterten Frage zusammen: der Kooperation der Gesundheitsberufe, vor allem der in der Primärversorgung Tätigen. Auch hier steckt der Teufel im Detail. So wurde die Gretchenfrage jeder Kooperation, wer dieses System einer kooperativen medizinischen Betreuung koordinieren soll, direkt nicht beantwortet. Indirekt gab es jedoch einige Aufschlüsse. So kam zum Beispiel in einer Arbeitsgruppe, die sich speziell mit der Kooperation der Gesundheitsberufe beschäftigte, auf die Frage, wer denn nun die Verantwortung für den Patienten letztendlich übernehmen müsse, ganz eindeutig heraus, daß das nur der Arzt sein kann. Ein den Teilnehmern geschildertes Modellbeispiel aus London, The Abbey Medical Center, zeigte schließlich auch, daß auch dort bei

Bremer OECD-Konferenz

aller liberal gehandhabten Zusammenarbeit niemand dem Arzt die Verantwortung abnimmt. Das Londoner Modell war im übrigen auch deshalb von einigem Interesse, als sich darin zeigte, daß ein medizinisches Gemeindezentrum (oder wie immer das Ding heißen soll) keineswegs in öffentlicher Hand geführt sein muß. Dr. Lotte Newman schilderte nämlich eine ärztliche Gruppenpraxis, in der neben den Ärzten etwa 25 Vertreter anderer Gesundheitsberufe tätig sind. Bemerkenswert war, daß in dieser, von 5 niedergelassenen Ärzten betriebenen Praxis auch staatliche Kräfte angesiedelt sind; solche Mischformen sind also möglich.

Was in Bremen über Kooperation gesagt wurde, betraf zumeist nicht solche Systeme einer fernerer Zukunft, sondern Sorgen des heutigen Alltags. Professor Jochheim, Köln, und andere beklagten, daß Ärzte und Assistenzberufe viel zu wenig voneinander wissen. Dieses Informationsdefizit scheint – diese Feststellung wurde allenthalben unterstützt – vor allem beim Arzt zu bestehen. Während die meisten Assistenzberufe in der Ausbildung sehr viel über das, was der Arzt tue, lernten, wüßten die Ärzte hingegen herzlich wenig über Aufgabengebiete der Assistenzberufe. Doch offensichtlich handelt es sich hier nicht allein um ein Defizit in der Ausbildung. In einem der Bremer Arbeitskreise, dem über Fortbildung, bei dem selbstverständlich festgestellt wurde, die gegenseitige Information sei vor allem auch qua Fortbildung zu verbessern, stellte sich schließlich heraus, daß es beispielsweise den Pflegeberufen nicht so sehr um die bloße Information zu tun ist, sondern um das regelmäßige Einüben kooperativer Verhaltensweisen.

Diese Forderungen nach Zusammenarbeit haben, das wurde in Bremen ganz deutlich, übrigens wenig mit Abbau von Hierarchien (sofern Hierarchie rein funktional gesehen und nicht mit Dünkel gleichgesetzt wird) zu tun; hier

geht es wirklich um besseres menschliches Verhalten untereinander, Akzeptieren von Partnerschaft. Von den Assistenzberufen, die in der Praxis stehen, wird jedenfalls dem Arzt seine – begründbare – Rolle nicht streitig gemacht, im Gegenteil, der Arzt hat gesundheitspolitisch in den Assistenzberufen eher einen Verbündeten gegenüber rein ideologisch motivierten Angriffen.

Ausbildung „vor Ort“

Die grundsätzliche Forderung in dem OECD-Bericht, Ausbildung für die primär-medizinische Versorgung müsse am Ort der Versorgung erfolgen, leuchtet zwar unmittelbar ein. Was das aber für die Praxis bedeutet, machte Dr. Eckart Sturm am Beispiel der Ausbildung in Allgemeinmedizin deutlich. Dabei erwies sich, welche Hemmnisse es gibt, eine solche auf den ersten Blick banale Forderung zu realisieren. Lehraufträge allein genügen jedenfalls nicht. Die Praxen einzubeziehen, hält jedoch nach den bisherigen Erfahrungen schwer; die Verantwortlichen für die Ausbildung werden sich aber mehr und mehr mit der Forderung konfrontiert sehen, wirklich praxisnah auszubilden. Und die Praktiker, die ja selbst immer wieder nach einer Förderung der Allgemeinmedizin rufen, werden sich der Forderung zu stellen haben, mehr und persönlich etwas für die Ausbildung des Nachwuchses zu tun. Andernfalls dürften interessierte Politiker hier eine willkommene Lücke ausmachen und Allgemeinmedizin an noch einzurichtenden Polikliniken an Lehrkrankenhäusern vermitteln.

Die Einbeziehung der Praxen funktioniert im Ausland allerdings auch nicht viel besser als hierzulande. Jedenfalls kann das, was in Bremen bekannt wurde, allenfalls als Famulatur oder Praktikum in Praxen gewertet werden, nicht als eine systematische allgemeinmedizinische Ausbildung vor Ort. Mit einer Ausnahme vielleicht, der Mc Master University in Hamilton, On-

tario. Hier wird jedem Studenten ein praktischer Arzt als Betreuer schon gleich zu Beginn des Studiums zugeteilt. Aber mit Mc Master liegt ein idealer Ausnahmefall vor.

Da uns gerade diese Universität und auch ansonsten nordamerikanische Zustände vielfach als vorbildlich vorgehalten werden, machte die Schilderung von Professor Bloch von Mc Master neugierig. Hier gibt es wirklich eine Ausbildung in kleineren Gruppen. Das ist dort wie auch an anderen nordamerikanischen Medical Schools schon deshalb ungleich einfacher, als sie nicht mit den großen Studentenmassen fertig zu werden haben wie die deutschen Hochschulen. Das wird leider oft übersehen. Mc Master zum Beispiel zählt jährlich nur einhundert neue Studenten (deutsche Hochschulen haben mit dem Vier- bis Sechsfachen fertig zu werden), ausgewählt aus 2500 Bewerbungen! Um objektive Auswahlkriterien braucht sich in Kanada niemand zu sorgen, kein Studienplatz kann eingeklagt werden, und niemand scheint sich über einen so rigorosen Numerus clausus wie bei Mc Master aufzuregen.

Ideale Verhältnisse dieser Art gibt es auch in der Schweiz, einem weiteren, in Bremen vorgezeigten Beispiel. Dr. Noack von der Universität Bern verwandte sich in einem Referat für eine individuell gestaltete, mündliche Prüfung, bei der vor allem der Patientenbezug des Kandidaten geprüft werden soll. Wie immer man das machen will, in einem hat es die Schweiz einfach: sie hat nicht so viele Studenten. Zwar ist die Medizinstudentenzahl in Relation zur Bevölkerung der unseren vergleichbar; doch für 1000 Studienanfänger stehen in der Schweiz immerhin sieben Fakultäten zur Verfügung.

Soviel zu lobenswerten Modellen aus dem Ausland. Halten wir hier nur fest, daß in der Bundesrepublik über 11 000 Studienanfänger gezählt werden. Diese Zahl wurde in Bremen von einem Vertreter des

Wissenschaftsministeriums noch einmal bestätigt, und derselbe Vertreter ließ auch keinen Zweifel daran, daß man mit diesen Zahlen leben muß. Das heißt auch, leben mit weiteren Stimulanzien für den Bedarf an „Medizin“. Denn jeder zusätzliche Arzt weckt weiteren Bedarf. Doch diese Überlegung scheint ein Tabu zu berühren, über das nicht so gern geredet wird. Auch nicht in Bremen. Immerhin wurde von den OECD-Vertretern unumwunden anerkannt, daß mit Kostensenkungen im Gesundheitswesen nicht zu rechnen ist.

Auch eine Umstellung der Gesundheitspolitik auf Vorsorge bringt keinen kostendämpfenden Effekt, wurde festgestellt. Gleichwohl – der Trend geht in Richtung Vorsorge, Politiker wie Brückner müssen sich allerdings langsam fragen lassen, was sie darunter konkret verstehen und wie sie die Vorsorge nun wirklich an erste Stelle zu setzen gedenken. Sie können nicht dabei bleiben, lediglich immer wieder den Ruf nach Vorsorge auszustoßen. Den haben wir jetzt alle gehört, wir möchten jetzt wissen, wie es weitergeht.

Dazu hat leider auch die OECD nichts Greifbares vorgebracht. Ihr Vorschlag, die medizinische Primärversorgung auf Prävention auszurichten, ist auch nicht mehr als eine Forderung. Das einzige konkrete Beispiel lieferte in Bremen Professor Kahlke, Hamburg, der von einem Modellversuch mit Übergewichtigen berichtete; dabei wurden unter Beteiligung eines Psychologen, eines Internisten und eines Ernährungsberaters die Kandidaten, die abnehmen sollten, in jeder Woche zu einer Gruppensitzung zusammengeholt. Kahlke wußte von Erfolgen zu berichten: Durchschnittlich betrug die Abnahme 15 kg, und zwar auch noch nach einem Jahr.

Das war also der konkreteste Vorschlag zur Prävention. Für eine Präventionspolitik reicht das natürlich nicht: Kahlkes Modell kam nur 14 Hamburgern zugute. gb/NJ

Forschungsprojekt zur Qualitätssicherung in der Chirurgie

Die Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, hat 750 000 DM für ein Forschungsprojekt „Verfahrensentwicklung und Verfahrenserprobung zur Qualitätssicherung in der chirurgischen Krankenhausversorgung“ bewilligt.

Dieses Pilot-Projekt, das im März 1979 beginnt und das mehr als zwei Jahre laufen soll, wird gemeinsam vom Deutschen Krankenhausinstitut (Leitung: Prof. Dr. Siegfried Eichhorn), dem Ausschuß für Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Schega, Krefeld) sowie dem Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik der Universität München (Leitung: Prof. Dr. Karl Überla) durchgeführt.

Ziel des Forschungsprojektes ist es, Verfahren der Qualitätsbeurteilung und der Qualitätssicherung für die chirurgische Krankenhausversorgung zu entwickeln, empirisch zu erproben und für einen routinemäßigen Einsatz auf breiter Basis vorzubereiten.

Nach Auswertung der im Ausland – vor allem in den USA – vorliegenden Erkenntnisse und Erfahrungen werden in 10 bis 12 Krankenhäusern detaillierte Daten über zwei beispielhafte chirurgische Krankheitsbilder erfaßt und für die Qualitätsbeurteilung aufbereitet.

Das ausgewertete Material wird den beteiligten chirurgischen Fachabteilungen für eine systematische Selbstkontrolle unter Einschaltung einer Beraterkommission von Fachkollegen zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen einer begleitenden Studie wird die Akzeptanz der vorgeschlagenen Verfahren untersucht. Ferner werden die Voraus-

setzungen überprüft, um die Grundsätze des erarbeiteten Qualitätssicherungs-Modells eventuell auf andere ärztliche Fachgebiete zu übertragen. WZ

Für kanzerogene Stoffe Anzeigepflicht geplant

Die Bundesregierung bereitet zur Zeit eine Erweiterung der Verordnung über gefährliche Arbeitsstoffe vor, die besondere Vorschriften über den Umgang mit etwa 40 krebserzeugenden Arbeitsstoffen einschließlich Asbest vorsieht. Wie der Parlamentarische Staatssekretär des Bundesarbeitsministeriums, Hermann Buschfort, auf Anfragen der Bundestagsabgeordneten Willi Müller (SPD) und Dr. Ulrich Steger (CDU/CSU) mitteilte, sieht der Verordnungsentwurf gemäß dem Gefährdungsrisiko eine Genehmigungs- oder Anzeigepflicht für kanzerogene Stoffe vor. Weitere Bestimmungen beziehen sich auf arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, Arbeitszeitbeschränkungen und gewisse Beschäftigungsverbote. In einer ergänzenden Unfallverhütungsvorschrift sollen bestimmte technische Schutzmaßnahmen beim Umgang mit krebserzeugenden Stoffen vorgeschrieben werden.

Die Erweiterungsverordnung soll für etwa 40 namentlich in einer Tabelle aufgeführte krebserzeugende Stoffe gelten, die entsprechend ihrem Gefährdungsrisiko in drei Gruppen eingeteilt sind. Grundlage für diese Liste ist die von der Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) herausgegebene Liste der Maximalen Arbeitsplatz-Konzentrationen (MAK-Werte-Liste) 1978, die in ihrem Abschnitt III „Krebserzeugende Arbeitsstoffe“ die bisher bekannten potentiell krebserzeugenden Stoffe enthält (sog. A-1- und A-2-Stoffe). F