

Wahlhilfe der Ärzte für die FDP?

„Die sechs in Westfalen-Lippe vertretenen ärztlichen Landesvereinigungen haben in den letzten Tagen massiv in den Bundestagswahlkampf eingegriffen. In Rundschreiben an die in ihrem Gebiet angesiedelten 18 862 Mediziner wurden diese mehr oder minder unumwunden aufgefordert, am 6. März die Koalition aus CDU/CSU und FDP auch in der Praxis zu unterstützen. Der Flaesheimer Kreis, ein Zusammenschluß der Verbände (u. a. Hartmann-Bund und Marburger Bund), soll laut ‚Ärzte-Zeitung‘ sogar ‚offen zu erkennen‘ gegeben haben, ‚daß er die FDP bei der Bundestagswahl voll unterstützen werde, damit die bürgerliche Koalition als Sieger aus der Wahl hervorgeht.‘ Ob die

WESTFÄLISCHE WR RUNDSCHAU

Aussage zugunsten der FDP trifft, blieb bei einer Umfrage der Westfälischen Rundschau unklar. Deutlich wurde allerdings die konkrete Wahlaussage für die jetzige Koalition. Heinz-Jürgen Thomas vom Hartmann-Bund: ‚Wir wollen die Koalition auch nach dem 6. März wiedersehen.‘ Rüdiger Fritz, Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände: ‚Wir sollten solche Parteien unterstützen, die auch unsere Forderungen unterstützen.‘ ...“

Anders der Dortmunder Arzt Dieter Tetzlaff vom Bund Praktischer Ärzte: „Über Zweitstimmen haben wir nie gesprochen. Wir werben nicht für die FDP. Als Ärzte können wir nicht Wahlpropaganda machen.“

Härter reagiert noch das Vorstandsmitglied des „Bundesgewerkschaftlicher Ärzte“ in der ÖTV, Michael Regus: „Das ist ein unzulässiger Versuch, in den Wahlkampf einzugreifen.“

Rainer Zunder

Bundesärztekammer lehnt regionale Krebsregister ab

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat das „Muster eines Gesetzes über ein Krebsregister“ vom 27. Januar 1982 unter Mitwirkung namhafter Experten aus Wissenschaft und Praxis eingehend beraten: als Ergebnis dieser Beratungen hat der Vorstand in seiner Sitzung vom 4. Februar 1983 die folgende Stellungnahme verabschiedet:

Die Stellungnahme des BÄK-Vorstands

„Nach wie vor sind die Ursachen der Krebserkrankung unbekannt. Das Zusammentreffen exogener Einflüsse und genetischer Konstellationen mag eine der Ursachen sein. Die neuesten Mitteilungen aus dem Krebsforschungszentrum Heidelberg sprechen von der Möglichkeit, daß ‚stumme Viren‘ durch chemische Stoffe in der Umwelt aktiviert werden könnten und dadurch Krebs ausgelöst wird.

Die Forschung nach Ursachen der Krebserkrankung muß also auch in Zukunft breitgefächert betrieben werden. Das bedeutet, daß auch die epidemiologische Forschung nach möglichen Ursachen der Krebserkrankung nicht vernachlässigt werden darf. Bei der Suche nach Möglichkeiten einer Intensivierung der epidemiologischen Krebsforschung muß aber zunächst alles getan werden, um Methoden zu suchen, welche den durch das Grundgesetz festgeschriebenen Schutz der Einzelpersonlichkeit respektieren und damit eine Verletzung der Schweigepflicht des Arztes vermeiden.

Der Güterabwägung zwischen dem Recht der Einzelperson und dem ‚Gesamtwohl‘ sind bewußt enge Grenzen gesetzt.

Die Weitergabe von personenbezogenen Daten von Krebskranken

an Dritte ohne Zustimmung des Patienten ist ausgeschlossen.

Auch die anerkannten Ziele der epidemiologischen Forschung sind keine Rechtfertigung für die Durchbrechung des Patientengeheimnisses. Der Vorstand der Bundesärztekammer ist aber darüber hinaus der Meinung, daß den verständlichen Wünschen der Epidemiologen, deren Aktivitäten volle Unterstützung verdienen, auf andere Weise Rechnung getragen werden kann. Eine hohe Zahl von Tumorkranken wird heute in Kliniken behandelt, die sich entweder bereits zu Tumorzentren zusammengeschlossen haben oder daran sind, diesen Schritt zu tun. Jeder Patient weiß, daß seine Angaben zur Vorgeschichte, seine Beschwerden und die von seinen Ärzten erhobenen Befunde in der Krankengeschichte dokumentiert werden. Daß dies heute zunehmend unter Verwendung der Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung geschieht, ist ebenfalls bekannt. Es darfgestellt werden, daß kein Patient, der klinisch behandelt wird, Bedenken dagegen hegt, wenn die Ärzte der Klinik unter Verwendung seiner Anamnese-, Diagnose- und Behandlungsdaten Forschung betreiben. Hier besteht auch die Möglichkeit, das Einverständnis des Patienten bei Aufnahme in die Klinik einzuholen, gleichviel, ob eine Krebserkrankung schon eindeutig diagnostiziert wurde oder nicht.

Wenn die klinischen Zentren sich auf eine einheitliche Datenerfassung einigen, wäre der nächste Schritt, nämlich die einheitliche Auswertung epidemiologischer Fragestellungen, ohne Schwierigkeiten möglich. Die Erkennung von Trendveränderungen in der Krankheitshäufigkeit müßte damit erreichbar sein. Vereinbarungen der Tumorzentren über einheitliche epidemiologische Fragestellungen und deren gemeinsame Auswertung sind bereits getroffen (ADT), Es kann darüber hinaus auch erwartet werden, daß das

NACHRICHTEN

stets wache Forschungsinteresse Schwerpunkte erkennt, die möglicherweise noch nicht in einem epidemiologischen Programm enthalten sind, für die aber dennoch von einer noch zu verabredenden Stelle aus die Alarmglocke geläutet wird.

Der Vorstand der Bundesärztekammer sieht durchaus, daß solche Erkenntnisse noch nicht in eine exakte zahlenmäßige Relation zur Gesamtbevölkerung gebracht werden können, wie dies vielleicht von einem regionalen, also flächendeckenden Krebsregister erwartet wird. Es muß dabei aber darauf hingewiesen werden, daß es ein vollständiges Krebsregister weder durch Melderecht noch durch Meldepflicht, also mit Erfassung aller Tumorkranken, jemals geben wird. Es muß davon ausgegangen werden, daß nicht alle Ärzte bereit sind, das Melderecht in Anspruch zu nehmen, insbesondere, wenn die Meldung nur unter Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht erfolgen kann. Die Ergebnisse klinischer Krebserhebungen – kooperativ und selbstverständlich anonym zusammengeführt – würden qualitativ und quantitativ den regionalen Krebsregistern nicht nachstehen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer ist deshalb der Meinung, daß zunächst einmal die vorhandenen Möglichkeiten der Erweiterung und des Ausbaus klinischer Dokumentationen voll ausgeschöpft und – vor allem durch die Einbeziehung einheitlicher epidemiologischer Fragestellungen – erweitert werden sollten.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat dabei auch folgende Überlegungen berücksichtigt:

Bei aller Würdigung der Bedeutung der Krebserkrankung kann nicht übersehen werden, daß es auch andere Krankheiten gibt, die tief in das Schicksal der Menschen eingreifen und deren Ursache bisher nicht bekannt ist. Es wäre verständlich – und Ansatzpunkte da-

für sind vorhanden – wenn auch Wissenschaftler, die auf diesen anderen Gebieten arbeiten, die epidemiologische Erfassung Erkrankter fordern würden, um vielleicht neue Erkenntnisse zu gewinnen. Sie würden mit Recht geltend machen, daß das, was für den Krebs eingeführt wurde, auch für andere Krankheiten möglich sein muß, und zwar nach den gleichen Grundsätzen, also mit Melderecht der Ärzte, auch wenn es der Patient nicht weiß und möglicherweise auch nicht einwilligen würde. Die Schweigepflicht des Arztes, eine entscheidende Grundlage des Vertrauensverhältnisses Patient – Arzt, würde damit zur Farce.

Der Vorstand der Bundesärztekammer kommt somit zu dem Ergebnis, daß der epidemiologischen Forschung, bei aller Würdigung ihrer Ziele, der bequeme Weg über das Melderecht des Arztes unter Mißachtung seiner Schweigepflicht nicht geöffnet werden darf. Der Einrichtung regionaler Krebsregister, wie sie der Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums vorsieht, muß deshalb nachdrücklich widersprochen werden.“ **BÄK**

Arbeitsmedizin: 334 zur Weiterbildung ermächtigte Ärzte

Am 1. September 1982 gab es in der Bundesrepublik Deutschland 334 zur Weiterbildung im Gebiet Arbeitsmedizin ermächtigte Ärzte. Dies geht aus einer Umfrage der Bundesärztekammer unter allen Landesärztekammern hervor. Danach sind im Bereich der Ärztekammer Nordrhein 72 Ärzte zur Weiterbildung ermächtigt und in Baden-Württemberg 60.

Die Zahlen für die anderen Ärztekammern lauten: Bayern 51, Westfalen-Lippe 44, Hessen 36, Niedersachsen 17, Hamburg 15, Rheinland-Pfalz 11, Berlin 9, Saarland 7, Bremen und Schleswig-Holstein je 6. **BÄK**

DER KOMMENTAR

Mit Fakten gegen eine Legende

Die Krankheitsfälle gehen zurück. Dies konstatieren gemeinsam das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO), Bonn-Bad Godesberg, und das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI), Köln. Für das erste Halbjahr 1982 ermittelten beide Institute in ausgewählten repräsentativen Bereichen der RVO-Krankenkassen einen Rückgang der Behandlungsfälle um 1,5 Prozent. Noch ausgeprägter war der Rückgang mit 2,0 Prozent im ersten Quartal 1982 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum.

Dieser absolute Rückgang der Fallzahlen steigerte sich wegen der zunehmenden „Arztdichte“ auf – 2,9 Prozent je Arzt. Ein Rückgang der Behandlungsfälle trotz steigender Arztdichten ist mithin ein deutliches Signal für eine offensichtlich inzwischen im Gesundheitswesen eingetretene Kostenwende.

Ungeklärt sind zur Zeit noch die Ursachen für diesen *neuen Trend*. Wahrscheinlich aber wirken sowohl die anhaltend schwache Wirtschaftslage in der Bundesrepublik als auch die allmählich greifenden Bremsen der „Kostendämpfung“ zusammen.

Die Freude über die Stabilisierung der Finanzen in der gesetzlichen Krankenversicherung geht indes mit ersten Sorgen über mangelnde Kapazitätsauslastung der Praxen einer erheblichen Zahl niedergelassener Ärzte einher. Der augenblickliche Trend trifft insbesondere neu sich niederlassende Ärzte besonders hart, weil sie mit Eröffnung ihrer Praxis nicht mehr davon ausgehen können, eine bisher nicht gedeckte Nachfrage nach ärztlichen Leistungen zu befriedigen. Statt dessen müssen sie mit den bereits Niedergelassenen