

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

um das Volumen der rückläufigen Zahl der Krankenscheine konkurrieren.

Diese harten Zahlen und Fakten weisen alle Meldungen in das *Reich der Legende*, die auch heute noch behaupten, daß die Zahl der Behandlungen mit der Zahl der berufstätigen Ärzte steige. Erst jüngst veröffentlichten überregionale Tageszeitungen aufgrund einer Meldung der Deutschen Presseagentur (dpa) wieder diese nicht haltbare Behauptung unter Hinweis auf eine mit dem „Gesundheitsökonomie-Preis 1982“ ausgezeichnete Dissertation, die Hans Adam beim Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre (Direktor: Prof. Dr. rer. pol. Klaus-Dirk Henke) an der Universität Hannover eingereicht hat.

Bei einer ersten Überprüfung der Adamschen „Forschungsergebnisse“ aber kommt man zu der Erkenntnis, daß selbst der Autor der hochgejubelten Dissertation Diplomvolkswirt Hans Adam, diese These nicht zu stützen vermag. Die Arbeit versucht nämlich einen Zusammenhang zwischen „Arztdichte“ und „Leistungsnachfrage“ aufzudecken. Zu einer eindeutigen Erklärung kommt der Autor nicht.

Selbst wenn für zurückliegende Jahre festgestellt wird, daß eine Erhöhung der „Arztdichte“ ceteris paribus zu einem Anstieg der Pro-Kopf-Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen führte, kann, so der Autor, nicht ausgeschlossen werden, daß der Schätz-Koeffizient für die „Arztdichte“ gerade die Effekte erfaßt, die aus dem Teilabbau einer bestehenden Überschußnachfrage resultieren.

► Solange diese Möglichkeit besteht, „muß empirisch eine Antwort auf die Frage, ob und vor allem in welchem Ausmaß die These der anbieterinduzierten Nachfrage im Bereich der ambulanten kassenärztlichen Versorgung tatsächlich zutrifft, offenbleiben.“

Ihre Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unsere Zeichen / Mitglieds- / Firmennummer (bitte angeben)	Sachbearbeiter / Telefon	Datum
		Ges. Fürs. Br 0221/2099335	Frau Breidenbach	
Betr.: Erholungskuren für Kinder				
Sehr geehrtes Mitglied, sehr geehrte Damen und Herren, wir möchten Sie schnell bedienen. Bitte, haben Sie deshalb Verständnis für diese vereinfachte Korrespondenzabwicklung.				
<input type="checkbox"/> Nach Erledigung zurück	<input type="checkbox"/> Gemäß telefonischer Vereinbarung		<input type="checkbox"/> Vervollständigung	
<input type="checkbox"/> Irrläufer/Zuständigkeitshalber weitergeleitet	<input type="checkbox"/> Zur Kenntnisnahme		<input type="checkbox"/> Erledigung	
<input type="checkbox"/> Für Ihre Unterlagen	<input type="checkbox"/> Anlage(n)		<input type="checkbox"/> Unterschrift	
Mit freundlichen Grüßen		<input type="checkbox"/> Rückgabe		
<input checked="" type="checkbox"/> Sollten Sie an einer Maßnahme interessiert sein, rufen Sie uns bitte an.				

Kur-Anfrage an Versicherte: Sollten Sie interessiert sein . . .

► Die seit drei Jahren laufende Fallzahlenanalyse des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung beweist, daß eine *Überschußnachfrage* offensichtlich abgebaut worden ist. Mehr Ärzte sind offenbar trotz rückläufiger Auslastung ihrer Praxen nicht in der Lage, sich selbst die Nachfrage zu verschaffen. Die vielfach als nicht vorhandene beklagte Konsumentensouveränität ist offensichtlich doch existent.

Gerhard Brenner

Da staunste!

Bilanz zum Behindertenjahr: „ . . . besonders begehrt waren Aufkleber (2 Millionen) und Briefverschlusmarken (8 Millionen), die mit dem Symbol und Motto des Jahres in einfacher wie eindringlicher Weise das Ziel des Jahres herausstellten.“ Einfach und in „gedrängter, leicht verständlicher Form“ waren auch die 2 Millionen Faltpakete, die 400 000 Plakate, die 37millionenmal abgedruckten Anzeigen und die 191 Millionen Pressebilder, berichtet die Nationale Kommission. Aber überraschenderweise: Die Einstellung der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland zu den Behinderten hat sich dennoch „an keiner Stelle signifikant verändert, weder in positiver noch in negativer Richtung“!

Nun kurt mal recht schön . . .

„Kostendämpfung und Einsparungsmaßnahmen auch im Kurbereich“ lautet seit geraumer Zeit eine Parole der amtlichen Kostendämpfer. Und in der Tat: Nach den Buchstaben des zweiten Haushaltsstrukturgesetzes und des „Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetzes“ vom 1. Januar 1982 sind gesetzliche Vorkehrungen getroffen worden, um den „Kurlaub“ einzuschränken, und im „Haushaltsbegleitgesetz 1983“ ist erstmals eine Zuzahlungsverpflichtung von 10 DM je Tag Kur dekretiert worden. Dies hat zu einem starken Rückgang der Kuranträge (zum Teil bis zu 40 Prozent, wie etwa bei der BfA) geführt, mit allen negativen Auswirkungen auf die Wirtschaftslage und die Beschäftigungssituation der Heilbäder und Kurorte, über die jetzt lauthals geklagt wird.

Wie einige Krankenkassen über die „weithin gegebenen Ansprüche für eine Kur“ informieren und fast reklamehaft werben, dies geht aus einer „Offerte“ hervor, die die mitgliederstärkste Ersatzkasse jenen Mitgliedern unaufgefordert frei Haus zusandte, die Familienmitglieder (Kinder) mitversichert haben (vgl. Abbildung oben). Frage eines Adressaten: Ist dies im Sinne der Erfinder der Kostendämpfung?

HC