

# Memorandum zur Lage der epidemiologischen Krebsforschung in der Bundesrepublik Deutschland

Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer

## Vorwort

Die Feststellung „Krebs ist eine Funktion von Disposition, Exposition und Alter“ (Schmähl 1981) charakterisiert die Mannigfaltigkeit der in diesem Bereich anliegenden Probleme. Unser Wissen um das Zusammenspiel dieser drei vorgenannten sowie möglicherweise weiterer noch unbekannter Faktoren ist herausfordernd unvollständig.

Täglich wird die Öffentlichkeit mit neuen, vermuteten oder auch nur behaupteten Krebsgefährdungen konfrontiert. Eine konsequente epidemiologische Krebsforschung ist daher national wie international ein dringendes Erfordernis. Ein wichtiges Instrument dieser Forschungen ist ein Netz gut funktionierender, bevölkerungsbezogener Krebsregister. Neben Hamburg, wo bereits 1927 ein solches regionales, personenbezogenes Register arbeitsfähig war, dem aber zur Zeit keine Aussagen über die Krebsinzidenz mehr möglich sind, besitzt nur das Saarland ein regionales personenbezogenes Krebsregister, das den Anforderungen epidemiologischer Forschung entspricht.

Das einzige für die gesamte Bundesrepublik Deutschland flächendeckende personenbezogene Krebsregister hat sich aus der seit 1980 – durch Förderung der Volkswagen-Stiftung – als „kooperative Dokumentation von Malignomen im Kindesalter“ arbeitenden Institution zu dem Mainzer Kinderkrebs-Register entwickelt. Seine Akzeptanz durch Eltern und Kinder ist hoch, denn nur weniger als ein Prozent lehnen die Übermittlung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten nach den dafür geltenden besonderen Regeln ab. Wahrscheinlich läßt sich die erwähnte hohe Akzeptanz nicht in vollem Umfang auf das Erwachsenenalter übertragen.


Das vorliegende Memorandum „Die Lage der epidemiologischen Krebsforschung in der Bundesrepublik Deutschland“ gibt eine in dreijähriger Arbeit zusammengestellte Bilanz der Probleme insbesondere auch des Datenschutzes und macht konkrete Vorschläge zum weiteren Vorge-

hen. Das Deutsche Ärzteblatt kann die Ärzteschaft – wegen des Umfangs dieser Monographie – nur über die grundsätzlichen Aussagen durch die hier mitgeteilten „Zusammenfassenden Thesen und Empfehlungen“ (des Kapitels X. der Gesamtpublikation) unterrichten. Die vollständige Monographie befindet sich im Druck und steht in wenigen Wochen zur allgemeinen Verfügung.


Die Darstellung der einschlägigen Probleme beginnt mit der allgemeinen Situation der epidemiologischen Krebsforschung in Deutschland und setzt sich fort mit den Aufgaben und dem Nutzen von Krebsregistern, der Situation der bevölkerungsbezogenen Krebsregister in der Bundesrepublik (Hamburg, Saarland, Baden-Württemberg und Münster), den Möglichkeiten der epidemiologischen Krebsforschung, der klinischen Register an den deutschen Tumorzentren, dem Nutzen und den Defiziten der amtlichen Mortalitätsstatistik für die epidemiologische Krebsforschung, den Institutionen und Projekten, den Möglichkeiten der Weiterbildung auf dem Gebiet der Epidemiologie sowie der Epidemiologie als Gegenstand im Medizinstudium. Weiter enthält das Memorandum die schon genannten Thesen und Empfehlungen, aber auch eine Übersicht der in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten oder noch laufenden Projekte im Bereich der Krebs epidemiologie und ein ausführliches Literaturverzeichnis.

Abschließend sei aus dem „Beschuß der 4. Großen Krebskonferenz“ vom 5. Dezember 1989 die auch von der Bundesärztekammer und ihrem Wissenschaftlichen Beirat vertretene Forderung zitiert: „Erweiterung der Grundlagen für die Krebs epidemiologie insbesondere durch Auf- und Ausbau eines flächendeckenden Netzes von regionalen Krebsregistern auf der Basis einheitlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen, durch Verbesserung der Bedingungen für die epidemiologische Forschung und durch Stärkung der Krebs epidemiologie in der Aus-, Weiter- und Fortbildung“.

Diesen Zielen soll auch das Memorandum dienen.



Dr. Karsten Vilmar  
Präsident der Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetages



Prof. Dr. K. D. Bachmann  
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates  
der Bundesärztekammer

## X. Zusammenfassende Thesen und Empfehlungen

Die in den vorangegangenen Kapiteln analysierte Lage der epidemiologischen Krebsforschung in der Bundesrepublik Deutschland wird im folgenden in Thesen zusammengefaßt. Aus jeder These leitet sich eine Empfehlung ab, die der Verbesserung der Situation dienen soll.

### I.

Unerläßliche Voraussetzung für eine effektive Krebsbekämpfung ist die Bereitstellung verläßlicher Angaben über die Krebserkrankungen (u. a. Neuerkrankungen, Bestand an Kranken, Mortalität). Ohne solche Angaben kommt Krebsforschung, insbesondere Krebsursachenforschung nicht aus. Die zweckmäßigste und international anerkannte Möglichkeit, solche Angaben zu sammeln, besteht in der Errichtung bevölkerungsbezogener Krebsregister.

Die Krebsregister können ihre Aufgaben nur erfüllen, wenn sie eine möglichst vollständige Erfassung der Erkrankten gewährleisten. Dazu sind sie auf personenbezogene Daten angewiesen. Die Verwendung der notwendigen personenbezogenen Daten steht hier im Spannungsfeld zwischen dem durch das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung geschützten Individualinteresse an Geheimhaltung einerseits und dem Allgemeininteresse an epidemiologischer Forschung als einer Voraussetzung effektiver Krebsbekämpfung andererseits. Diese dient der im Sozialstaatsgebot dem Staat zur Allgemeinwohlaufgabe gewordenen Sicherung der Volksgesundheit als einem wichtigen Gemeinschaftsgut.

Krebsregister-Gesetze sind eine für die Tätigkeit der bevölkerungsbezogenen epidemiologischen Krebsforschung notwendige Grundlage; die in bisher drei Bundesländern (Saarland, Hamburg und Nordrhein-Westfalen) erlassenen Krebsregister-Gesetze schaffen zum Teil aber nur ungenügende Voraussetzungen für eine wirksame Aufgabenerfüllung.

#### Empfehlung:

① Entsprechend den Beschlüssen des 92. Deutschen Ärztetages zum Datenschutz und zur Datennutzung ist darauf hinzuwirken, daß die Verwendung personenbezogener Daten für die epidemiologische Krebsforschung auf eine gesicherte berufsrechtliche und gesetzliche Grundlage gestellt wird.

Datenschutzgesetz, Ärztliche Berufsordnung und Datenschutzregelungen im Sozialgesetzbuch (vgl. § 75 SGB X) müssen so aufeinander abgestimmt werden, daß der Konflikt zwischen dem für eine effektive Krebsbekämpfung unerläßlichen Datenbedarf für epidemiologische Krebsforschung und dem Patientendatenschutz aufgelöst werden kann. Vorschläge für solche Regelungen sind vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (Dt. Ärzteblatt 78, Heft 30, [1981] S. 1441 bis 1444 und Dt. Ärzteblatt 86, Heft 40, [1989] S. A 2843 bis 2845) vorgestellt und in überarbeiteter Fassung vom 92. Deutschen Ärztetag 1989 in Berlin erneut formuliert worden. Für die Krebsregister gilt es, auch unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten eine Aufgabenerfüllung zu ermöglichen, die internationalem Standard entspricht.

② Die Anonymisierung der Daten muß – wie weltweit üblich – in den Krebsregistern frühestmöglich vorgenommen werden. Inwieweit die jetzt abgeschlossene Pilotphase zur dezentralen Anonymisierung flächendeckend erhobener Daten zur Krebsregistrierung in Baden-Württemberg zu einer gesetzlichen Regelung führen wird, bleibt abzuwarten.

③ Die Möglichkeit der Übermittlung personenbezogener Daten an wissenschaftliche Forschungseinrichtungen sollte – wie in Hamburg geregelt – auch in anderen Krebsregistergesetzen vorgesehen werden.

④ Bei der Durchführung von Forschungsvorhaben mit personenbezogenen Daten muß eine Befragung Dritter, insbesondere zur Ergänzung der Schadstoffanamnese, ermöglicht werden.

### II.

Weltweit bilden bevölkerungsbezogene, epidemiologische Krebsregister eine wichtige Grundlage der epidemiologischen Krebsforschung. Bisher ist die stichprobenartige Erfassung der Krebserkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland für eine deskriptive Krebs epidemiologie nicht repräsentativ. Aktuelle Daten liegen zur Zeit nur für das Saarland vor.

#### Empfehlung:

Dem Krebsregister des Regierungsbezirks Münster sollte die Möglichkeit

gegeben werden, dem Saarland kompatible Inzidenzziffern zu erstellen. Ebenso sollten in Hamburg wieder Voraussetzungen geschaffen werden, dieses älteste deutsche Register erneut voll funktionsfähig zu machen. Die Bemühungen Baden-Württembergs um ein bevölkerungsbezogenes Krebsregister sollten weiter vorangetrieben werden. Der Aufbau weiterer Krebsregister in anderen Bundesländern ist wünschenswert, um die für repräsentative Aussagen erforderliche Einbeziehung von 15 Prozent, besser 30 Prozent der Gesamtbevölkerung zu gewährleisten.

### III.

Epidemiologische Krebsregister bedürfen der aktiven Mitarbeit der Ärzteschaft auf freiwilliger Basis. Sie kann nur erreicht werden, wenn die Ärzte ständig motiviert werden, Krebserkrankungen zu melden.

#### Empfehlung:

Die Krebsregister müssen durch laufende Veröffentlichungen ihrer Ergebnisse und durch wissenschaftliche Projekte in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft die Einsicht in die Notwendigkeit ihrer Arbeit fördern. Ein Wissenschaftlicher Beirat, in dem die ärztlichen Standesorganisationen, die Gesundheitsbehörden und die Wissenschaft vertreten sind, könnte hier von großem Nutzen sein.

### IV.

Die Leitung der epidemiologischen Krebsregister und die laufende wissenschaftliche Analyse ihrer Ergebnisse bedarf gut ausgebildeter Epidemiologen. Nur unter der Voraussetzung laufender wissenschaftlicher Begleitung ist die Einrichtung eines bevölkerungsbezogenen Krebsregisters zu rechtfertigen, unabhängig davon, welche Institution Träger des Registers ist.

#### Empfehlung:

Die Stellenpläne der Register sind so auszugestalten, daß eine epidemiologisch orientierte wissenschaftliche Datenanalyse gewährleistet ist.

### V.

Die Ergebnisse der bevölkerungsbezogenen Krebsregister können nicht isoliert – national – gewertet werden, sie bedürfen des internationalen Ver-



gleichs, entsprechend den Regeln der UICC. In den bisherigen Publikationen der UICC: „Cancer Incidence in Five Continents“ war die Bundesrepublik Deutschland mit den Zahlen der Register Hamburg und Saarland vertreten. im V. Band ist nur noch das Saarland mit aktuellen Zahlen vertreten. Die Bundesrepublik ist damit international erheblich unterrepräsentiert.

#### **Empfehlung:**

Alle bundesdeutschen bevölkerungsbezogenen Krebsregister müssen Mitglieder der IACR sein und ihre Ergebnisse in den Tabellenwerken „Cancer Incidence in Five Continents“ publizieren können. Nur dann kann von einer genügenden Repräsentanz der Bundesrepublik Deutschland auf internationalem Niveau gesprochen werden. Voraussetzung hierfür ist eine dem internationalen Standard entsprechende Qualität der Daten.

### **VI.**

Die an den Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten eingerichteten und in weiterem Ausbau begriffenen Klinikregister sind primär als Nachsorgeregister gegründet worden. Die Sammlung von Daten einer schon heute sehr großen Zahl von Krebspatienten in diesen Registern stellt jedoch auch ein bisher weitgehend ungenutztes Potential für die epidemiologische Krebsforschung dar. Den Klinikregistern fehlt zwar in aller Regel ein strikt definierbarer Bevölkerungsbezug, wie er für die epidemiologischen Krebsregister unabdingbar ist, die Daten können aber die Basis für vielfältige Studien, wie Fall-Kontroll-Studien, Überlebensstatistiken, Berufskrebsstudien usw. bilden.

Von seiten der Tumorzentren besteht große Bereitschaft, sich aktiv an epidemiologischer Krebsforschung zu beteiligen. Das Haupthindernis ist die ungenügende personelle Ausstattung, wobei es insbesondere an ausgebildeten Epidemiologen fehlt.

#### **Empfehlung:**

Da die von den Klinikregistern zu leistende epidemiologische Krebsforschung nicht unmittelbar der Krankenversorgung dient, muß sie auf eine selbständige Basis gestellt werden, wobei sich die Anbindung an ein Institut für Medizinische Informatik bewährt hat. Die wissenschaftliche Beratung der Klinikregister sollte durch ausgebildete Krebs-epidemiologen erfolgen.

### **VII.**

Epidemiologische Krebsforschung an Klinikregistern setzt die aktive Mitarbeit der beteiligten Kliniken voraus.

#### **Empfehlung:**

Es ist dafür zu sorgen, daß einerseits die Kliniken bei der Datenerfassung entlastet werden und andererseits eine qualitativ einwandfreie Datensammlung resultiert. Das Klinikregister muß in der Lage sein, jederzeit Ergebnisse für die einzelnen medizinischen Disziplinen zu liefern. Die Klinikregister sind mit Dokumentationskräften so auszustatten, daß diese die Daten an Ort und Stelle erheben können. Die Pathologischen Institute sind mit dem Rechner des Klinikregisters so zu verbinden, daß die bioptischen Befunde laufend dem Register übermittelt werden können. Durch eine strenge Regelung des Zugriffs ist sicherzustellen, daß das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten gewahrt ist.

### **VIII.**

In der großen Mehrzahl der Länder – einschließlich der meisten westlichen Industrienationen – ist die Statistik der Sterbefälle die einzige epidemiologisch vollständige Erhebung zur Beschreibung der Krankheitslandschaft. Trotz der genügend bekannten Schwächen ihrer Validität ist die amtliche Mortalitätsstatistik auch für die epidemiologische Krebsforschung unverzichtbar. Für eine effektive epidemiologische Krebsforschung sind beide Datensammlungen, die Mortalitäts- und die Morbiditätsstatistik der bevölkerungsbezogenen Krebsregister, notwendig. Die Nutzung der Daten der Mortalitätsstatistik leidet in der Bundesrepublik aber an einigen gravierenden Mängeln, die insbesondere den Zugang zu den Todesbescheinigungen für den epidemiologischen Forscher betreffen. Die Aufbewahrungszeit ist mit 5 bis 10 Jahren für die epidemiologische Forschung zu kurz, der Zugang zu den Todesbescheinigungen wird dem Forscher zumeist verwehrt. Der Informationswert der Todesbescheinigungen ist aber größer als das, was als Grundleiden und Todesursache von den statistischen Landesämtern verschlüsselt wird.

#### **Empfehlung:**

Es muß Sorge getragen werden, daß die Todesbescheinigungen bundeseinheitlich gestaltet und langfristig aufbe-

wahrt werden. Es wird deshalb eine Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren vorgeschlagen. Den forschenden Institutionen muß die Möglichkeit eröffnet werden, sämtliche Informationen, die in den Todesbescheinigungen enthalten sind, auszuwerten. Entsprechend den Regelungen der Krebsregister-Gesetze Hamburg und Nordrhein-Westfalen ist daher den Wissenschaftlern an Hochschulen, wissenschaftlichen Instituten sowie Behörden des Bundes und der Länder, soweit sie durch Ärzte vertreten sind, der Zugang zu den individuellen Todesbescheinigungen unter Wahrung der Schweigepflicht zu gewähren. Die Validität der Todesbescheinigungen ist durch wissenschaftliche Begleitstudien ständig zu überprüfen. Daraus abgeleitete Erkenntnisse und Empfehlungen sollten in entsprechende Gesetze und Verordnungen der Länder umgesetzt werden.

### **IX.**

Kartographische Darstellungen der Krebsmortalität und Krebsmorbidität sind geeignet, den Sachverständigen einen bildhaften und raschen Überblick über die „Krebslandschaft“ auch größerer Regionen zu verschaffen. Krebsatlanten können so Denkanstöße und Hinweise auf notwendige analytische Studien geben. Die Krebsatlanten für die Bundesrepublik Deutschland (Mortalitätsdaten), für Niedersachsen (Mortalität) und für das Saarland (Morbidität) sind geeignete Beispiele für solche Bemühungen, bedürfen aber der Interpretation durch sachverständige Epidemiologen.

#### **Empfehlung:**

Die bevölkerungsbezogenen Krebsregister sollen Atlanten der Krebsmorbidität und -mortalität ihrer Region entwickeln. Da Krebsrisiken nicht an Ländergrenzen haltmachen, ist die Entwicklung eines europäischen Krebsatlas, wie er zur Zeit von der IARC in Lyon erarbeitet wird, zu unterstützen.

### **X.**

Auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin kommt der epidemiologischen Krebsforschung zunehmend größere Bedeutung zu. Die Zahl chemischer und physikalischer Faktoren im Arbeitsleben, die als mögliche Kanzerogene in Betracht gezogen werden müssen, wächst stetig. In der Bundesrepublik sind eine

Reihe von Kommissionen, Forschungsinstituten und Behörden mit der Frage des Krebsrisikos am Arbeitsplatz ständig beschäftigt. Die von der „Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft jährlich herausgegebene Liste von Stoffen mit erwiesener oder vermuteter kanzerogener Wirkung ist Ausdruck dieser vielfältigen Bemühungen.

Dem steht jedoch gegenüber, daß epidemiologische Untersuchungen im arbeitsmedizinischen Bereich in der Bundesrepublik nur in einem völlig unzureichenden Umfang durchgeführt werden und daß das Instrumentarium, das für solche Untersuchungen eingesetzt werden kann, unzureichend ist. Eine Zusammenführung von Daten aus Verwaltungen, Versicherungen und Betrieben und ihr Abgleich mit den Daten von Krebsregistern ist in der Bundesrepublik aus datenschutzrechtlichen Gründen zur Zeit nicht möglich. Damit ist auch eine vorausschauende Kontrolle potentieller Gefährdungen mit Hilfe prospektiver Forschungsansätze weitgehend ausgeschlossen. Demgegenüber ist festzustellen, daß Konzepte für ein prospektives Überwachungssystem (epidemiological monitoring), die geeignet sind, berufsbedingte Krebserkrankungen betriebsbezogen frühzeitig zu identifizieren, entwickelt wurden. Grundlage hierfür sind betriebseigene Informationssysteme mit systematischer Zusammenführung aller Daten, sowohl der Konzentrationsmessungen von Stoffen an den einzelnen Arbeitsstätten als auch der individuellen Arbeitsanamnesen und der Erkrankungsfälle. Es ist unverständlich, wenn die der Krankheitsverhütung dienende epidemiologische Forschung behindert wird, während die gesetzlichen Krankenversicherungen für ihr Abrechnungssystem in der Sammlung und Auswertung personenbezogener Daten keinen Beschränkungen unterliegen (siehe Beschluß des 92. Deutschen Arzttages „Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz in der ärztlichen Berufsausübung und der medizinischen Forschung“).

#### **Empfehlung:**

Für die epidemiologische Forschung auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin ist die Verwendung personenbezogener Daten unerlässlich. Es müssen daher gegebenenfalls bereichsspezifische – gesetzliche Regelungen geschaffen werden, die es gestatten, von den maßgeblichen Stellen wie Betrieben, Krankenkassen, Gesundheitsämtern

u. a. personenbezogene Daten bei betriebsärztlichen Diensten zusammenzuführen. Die Betriebsärzte müssen vom Gesetzgeber die Aufgabe übertragen bekommen, diese Daten zu sammeln und für ihren Bereich ein prospektives Überwachungssystem zum Schutze der ihr anvertrauten Belegschaft einzuführen. Dazu sind die betriebsärztlichen Dienste personell und materiell so auszustatten, daß sie in die Lage versetzt werden, diese Aufgabe einer präventiven Medizin wahrzunehmen. Die mit epidemiologischer Forschung auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin befaßten Wissenschaftler müssen verstärkt dem Gesetzgeber, den Behörden, den Unternehmern und Gewerkschaften praktikable Modelle für prospektive Überwachungssysteme vorstellen, die den jeweiligen Betriebsstrukturen angepaßt werden können.

### **XI.**

Die Weiterbildung für Ärzte auf dem Gebiet Epidemiologie ist in der Bundesrepublik beschränkt auf die Amtsarzturse an den beiden Akademien für das öffentliche Gesundheitswesen in München und Düsseldorf, sowie auf Epidemiologiekurse, wie sie zum Beispiel an der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin und an wenigen anderen Orten in der Bundesrepublik veranstaltet werden. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist in der Bundesrepublik das Angebot zur Weiterbildung in Epidemiologie quantitativ ganz ungenügend, obwohl es hervorragend qualifizierte Vertreter der epidemiologischen Forschung gibt.

#### **Empfehlung:**

Der Bedarf an Epidemiologen im öffentlichen Gesundheitsdienst, in den Zentralen der ärztlichen Körperschaften und Verbänden, im betriebsärztlichen Dienst, an den Universitäten und Tumorzentren sowie in den Krebsregistern ist groß, wenn die im vorliegenden Memorandum aufgezeigten Defizite abgebaut werden sollen. Die Impulse zur Ausbildung von Epidemiologen, die dem Standard etwa der angelsächsischen Länder entsprechen, müssen von den Einrichtungen kommen, die auf solche Epidemiologen angewiesen sind.

Die Universitäten sollen in die Lage versetzt werden, die Institute für Medizinische Statistik und Epidemiologie sowie die Arbeitsmedizinischen und Sozialmedizinischen Institute so auszu-

bauen, daß sie Studiengänge für Epidemiologen einrichten können und über Weiterbildungsstellen für angehende Epidemiologen verfügen. An den Fakultäten, an denen bisher keine Institute für Epidemiologie und Medizinische Statistik bestehen, sind diese einzurichten. Gerade die bevorstehenden Umwälzungen der Universitätslandschaft sind hervorragend geeignet, die für unsere Industriegesellschaft notwendige Epidemiologie zu fördern.

### **XII.**

Im Rahmen der ärztlichen Ausbildung wird die Epidemiologie und speziell die Krebs epidemiologie immer im Schatten der theoretischen und praktisch-klinischen Medizin stehen. Der Gegenstandskatalog für den 2. klinischen Studienabschnitt (GK 3) verankert die Lehre von der Epidemiologie im Fach Sozialmedizin sowie im Fach Medizinische Statistik und Informationsverarbeitung. Wichtiger als diese formale Festsetzung ist es, wie die Studenten mit der Epidemiologie vertraut gemacht werden. Es erscheint wenig sinnvoll, sie detailliert die mathematischen Methoden der analytischen Epidemiologie zu lehren. Wichtiger ist es, ihnen die Vielfalt epidemiologischer Fragestellungen vor Augen zu führen, die sich unsere Industriegesellschaft stellen, die aber ebenso – wenn auch ganz anders geartet – für die Völker der Dritten Welt von lebensentscheidender Bedeutung sein können. Eine wichtige Aufgabe wird sowohl in Zukunft dem Postgraduiertenstudiengang „Öffentliche Gesundheit (Public Health)“ sowie der Weiterbildung in Sozialmedizin zukommen.

#### **Empfehlung:**

In der Ausbildung des Arztes muß es das Anliegen der Vertreter der Arbeits- und Sozialmedizin sowie der Medizinischen Epidemiologie und Statistik sein, ein allgemeines Verständnis für die Bedeutung epidemiologischer Fragestellungen beim Studenten zu wecken und ihm zu zeigen, welche Lösungsmöglichkeiten der epidemiologischen Forschung zur Verfügung stehen. Es gilt daher auch, das Interesse für die Bedeutung einer präventiven Medizin zu wecken. Diese Aufgabe kann von den Vertretern der zuständigen Fachgebiete allein nicht gelöst werden. Vielmehr sollten die klinischen Fächer (auch die Pathologie als Grundlagenfach) mehr als bisher die Bedeutung epidemiologischer präventiv-me-



dizinischer Fragen in ihre Ausbildungspläne einbringen. Gerade am Beispiel der Krebserkrankungen können die beteiligten klinischen Disziplinen die Bedeutung der epidemiologischen Ursachenforschung einsichtig machen.

Dies setzt voraus, daß die Vertreter der klinischen Fächer selbst der epidemiologischen Forschung aufgeschlossene Kooperation, wie sie heute an den deutschen Tumorzentren weitgehend verwirklicht ist, sollte ein guter Nährboden für einen hier manchmal notwendigen Bewußtseinswandel sein. Voraussetzung dafür ist, daß die Fachvertreter, die an den Fakultäten und Tumorzentren für epidemiologische Fragen zuständig sind, an dieser interdisziplinären Kooperation teilnehmen.

#### Mitglieder der Arbeitsgruppe

Prof. Dr. G. Dhom (federführend)  
Vorsitzender des Tumorzentrums  
Homburg/Saar

Prof. Dr. E. Grundmann  
ehem. Direktor des Instituts für Pathologie der Universität Münster

Prof. Dr. L. Horbach  
Direktor des Instituts für Medizinische Statistik und Dokumentation der Universität Erlangen-Nürnberg

Prof. Dr. H. J. Lange  
Direktor des Instituts für Medizinische Statistik und Epidemiologie der Technischen Universität München

Prof. Dr. V. Weidtmann  
ehem. Direktor des Instituts für Medizinische Dokumentation und Statistik der Universität zu Köln

Prof. Dr. G. Wagner  
ehem. Direktor des Instituts für Dokumentation, Information und Statistik im Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Prof. Dr. H.-J. Weitowitz  
Leiter des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Giessen

Frau Ass. U. Wollersheim  
Rechtsabteilung der Bundesärztekammer, Köln

H. D. Schirmer, Justitiar  
Rechtsabteilung der Bundesärztekammer, Köln

#### Korrespondenzanschrift:

Wissenschaftlicher Beirat  
der Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Straße 1  
5000 Köln 41

## BUNDESÄRZTEKAMMER

ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT

### Durchsicht des Ärztemusterbestandes

#### **Rengasil/Rengasil mite – Einstellung des Vertriebs**

Die Dr. Christian Brunnengräber GmbH wird den Vertrieb von Rengasil und Rengasil mite (Wirkstoff: Pirprofen) zum 31. 3. 1990 einstellen.

Bekanntlich wurde Ende 1989 die Dosierung für Pirprofen zur Vermeidung unerwünschter hepatischer Arzneimittelwirkungen eingeschränkt. Darüber hinaus sind weitere Indikationseinschränkungen zur Risikoverminderung gegenwärtig im Gespräch.

Die damit verbundenen Veränderungen der therapeutischen Position von Rengasil/Rengasil mite rechtfertigen seinen weiteren Vertrieb nicht, da ausreichende Alternativen zur Verfügung stehen.

*(Anmerkung der Redaktion:  
Die Arzneimittelkommission der  
deutschen Ärzteschaft hatte schon  
in Heft 9/1990, „Bekanntmachungen“,  
eine Information zur „Hepatotoxizität“  
von Pirprofen veröffentlicht.)*

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker informierte die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft über Mitteilungen pharmazeutischer Hersteller, die Rückrufe und andere wichtige Änderungen von Fertigarzneimitteln betreffen. Der Bestand an Ärztemustern ist entsprechend durchzusehen, und erforderli-

chenfalls sind die nicht mehr verkehrsfähigen Fertigarzneimittel bzw. deren genannte Chargen auszusondern und zu vernichten.

#### **Rückruf von Heilit Gel**

Die Firma Heilit Arzneimittel GmbH teilt mit: „Ab 15. März 1990 bringen wir Heilit Gel in veränderter Zusammensetzung in den Verkehr. Citronenöl, Citronellöl und Rosmarinöl wurden eliminiert. Der Name des Präparates ändert sich nicht. Wir bitten um Durchsicht der vorhandenen Lagerbestände. Chargen mit der Ch.-B.: 50374 bis 91594 und ältere Packungen (Anfangsziffer unter 6) sind aus dem Ärztemusterbestand zu entfernen.“

#### **Rückruf von Biomorphol Kapseln**

Die Firma Dr. Winzer, Chem.-Pharm. Fabrik, teilt mit: „Ab 2. April 1990 werden Biomorphol Kapseln in geänderter Zusammensetzung, ohne die Bestandteile Cholinhydrogentartrat und Riboflavin, ausgeliefert. Da die Bezeichnung des Präparates beibehalten wird, ist aus arzneimittelrechtlichen Gründen ein Rückruf des Arzneimittels in der bisherigen Zusammensetzung erforderlich. Betroffen sind Altbestände in den Packungsgrößen 30 Kapseln und 100 Kapseln.“ AkdÄ

### Fortbildungsfilme

**Wenn Wunden heilen;** Videosystem: VHS; Laufzeit: ca. 28 Min.; Herstellungsjahr: 1987; Hersteller: Video u. Filmabteilung, Kinikum Berlin-Steg-

### 93. Deutscher Ärztetag in Würzburg vom 15. bis zum 19. Mai 1990

Bei den in Heft 9/1990 („Bekanntmachungen“) angekündigten Veranstaltungen ärztlicher Verbände haben sich einige Termine geändert:

#### **Berufsverband der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands (BPA) e. V.**

Samstag, 9.00 Uhr, Landesschatzmeister-  
12. Mai besprechung, Congress-Centrum  
Würzburg, Raum Petrini, Pleichertorstraße 5, 8700 Würzburg

Samstag, 10.00 Uhr, Delegiertenversamm-  
12. Mai lung, Congress-Centrum Würzburg, Raum Echter, Pleichertorstraße 5, 8700 Würzburg

Sonntag, 15.00 Uhr, Sitzung des Geschäfts-  
13. Mai führenden Vorstands, Dorint Hotel Würzburg

Dienstag, 10.00 Uhr, Praktikertreffen, Do-  
15. Mai rint Hotel Würzburg

Dienstag, 14.00 Uhr, Pressekonferenz,  
15. Mai Congress-Centrum Würzburg, Raum Main, Pleichertorstraße 5, 8700 Würzburg □