

Das Leser-Forum

Beiträge im Deutschen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über jeden Leserbrief. Wir müssen aus der Vielzahl der Zuschriften aber auswählen und uns Kürzungen vorbehalten. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. E-Mails richten Sie bitte an leserbriefe@aerzteblatt.de, Briefe an das Deutsche Ärzteblatt, Ottostraße 12, 50859 Köln.

VERTRAGSÄRZTE



Grüne kritisieren zu geringe Fallzahlen bei einem Teil der Vertragsärzte (DÄ 18/2012: „Arbeitsumfang in Praxen: Grüne kritisieren Fallzahl-Statistik“ von Sabine Rieser).

Schwarze Schafe

Die „Ärztenschaft“ wird wieder einmal seitens der Politik, speziell der Grünen, pauschal kritisiert. Eine Pseudodiskussion, geführt wegen vier bis 9,4 Prozent der Kollegen, die angeblich zu wenig arbeiten? Es wird keine Diskussion geführt über die Arbeit der durchschnittlich

restlichen 93 Prozent – keine Zahlen angeführt, wie viele Kollegen überdurchschnittlich viel arbeiten. Eine Diskussion wird angestoßen von einem Berufsstand, der ein Vertrauensmaß genießt, das gerade mal knapp über dem der Versicherungsvertreter liegt!

Deren Anwesenheit unter 60 Prozent pro Bundtagssitzung liegt, ohne dass ich behaupte, unsere Bundtagsabgeordneten arbeiten zu wenig! Die Regulierungswut im Gesundheitswesen ist aber gerade deshalb entartet, weil es immer um die zehn Prozent „Schwarze Schafe“ im System ging – nie um die 90 Prozent, die aufopferungsvolle und solide Arbeit leisten ...

Dr. Markus Quintela Schneider, 74076 Heilbronn

gesetzliche Neuregelungen auf Länderebene geplant.

Zwischen dem Gemeinsamen Krebsregister der neuen Bundesländer und den Klinischen Krebsregistern besteht seit jeher eine enge Verknüpfung. Die Meldungen von den niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern erfolgen zunächst an die Klinischen Register, wo der epidemiologische Variablensatz extrahiert und in aufbereiteter elektronischer Form an das Gemeinsame Krebsregister weitergeleitet wird. Mehr als 90 Prozent aller Meldungen erhält das GKR über die Tumorzentren, und das Meldungsaufkommen hat sich insgesamt kontinuierlich verbessert. Vergleichbar wird in Bayern vorgegangen, und ein ähnliches Verfahren wurde ebenfalls 2006 durch das Landeskrebsregistergesetz in Baden-Württemberg eingerichtet.

Mit dem Gesetz über das Zentrale Klinische Krebsregister Mecklenburg-Vorpommern (Klinisches Krebsregistergesetz – KlinKrebsRG M-V vom 06. Juli 2011) wurde in Mecklenburg-Vorpommern eine Meldepflicht der behandelnden Ärzte und Pathologen an die KKR eingeführt (§ 3 [4] und [6] KlinKrebsRG). Demgegenüber ist die Meldung an die KKR in den weiteren Bundesländern des GKR weiterhin an die Einwilligung der Patienten gebunden.

Die regionalen KKR sind verpflichtet, die bei ihnen erhobenen klinischen und Melderdaten einschließlich der in der Treuhandstelle gebildeten Pseudonyme zur landesweiten Datenzusammenführung quartalsweise an das Zentrale Klinische Krebsregister (§ 3 [2] KlinKrebsRG M-V) zu übermitteln. Zu den Hauptaufgaben des Zentralen

KREBSREGISTER



An die Stelle des Nationalen Krebsregisters der DDR trat vor 20 Jahren das Gemeinsame Krebsregister der neuen Bundesländer (DÄ

15/2012: „Ostdeutscher Sonderweg“ von Norbert Jachertz).

Aktive Datennutzung

In dem Artikel wurde die Entwicklung des Gemeinsamen Krebsregisters der neuen Bundesländer (GKR) aus dem Nationalen Krebsregister der DDR beschrieben. Dabei wurde jedoch eine wichtige Besonderheit außer Acht gelassen: Die Meldung an das GKR erfolgt in aller Regel über die Klinischen Krebsregister (KKR) in den beteiligten Bundesländern („bevorzugter Meldeweg“). Dieses in den neuen Bundesländern

schon seit der Wiedervereinigung erfolgreich umgesetzte Konzept könnte jetzt bundesweit zum Vorbild werden. Der Nationale Krebsplan (NKP) empfiehlt mit hoher Priorität den flächendeckenden Ausbau von Klinischen Krebsregistern und deren verstärkte Nutzung für die Qualitätssicherung in der Onkologie. Der Nationale Krebsplan wurde im Juni 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit, der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft initiiert. Das Bundesministerium für Gesundheit bereitet auf dieser Basis derzeit eine gesetzliche Regelung für eine flächendeckende Einführung Klinischer Krebsregister vor. Als erstes Bundesland hat Mecklenburg-Vorpommern die Empfehlungen des NKP in einer gesetzlichen Neuregelung umgesetzt. Perspektivisch sind weitere

Klinischen Krebsregisters Mecklenburg-Vorpommerns gehören 1. die registerübergreifende Qualitäts- und Vollständigkeitssicherung der Daten der lokalen Tumorzentren sowie 2. die registerübergreifende Datenauswertung zu onkologisch relevanten Fragestellungen im Auftrag von Akteuren im Kontext der onkologischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Durch die durch den Nationalen Krebsplan geforderte enge Einbindung der epidemiologischen Krebsregistrierung in den Behandlungskontext der Tumorzentren und Klinischen Krebsregister wird sich die Vollständigkeit der Meldungen auch an

das GKR in der Zukunft noch weiter verbessern. Ihr Autor schreibt, dass die Meldepflicht nicht mehr strafbewehrt ist wie noch in der DDR. Aufgrund der gesetzlichen Regelung für Mecklenburg-Vorpommern ist dies nur noch teilweise zutreffend.

In der Rechtsverordnung des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 15. Februar 2012 ... wurde das Institut für Community Medicine in Greifswald mit der Führung des Zentralen Klinischen Krebsregisters Mecklenburg-Vorpommern und der Unabhängigen Treuhandstelle des Zen-

tralen Klinischen Krebsregisters beauftragt.

Die aktuellen Entwicklungen ... verdeutlichen, dass sich der Fokus der Krebsregistrierung in Deutschland derzeit von der reinen Datensammlung hin zur aktiven Nutzung der Daten verschiebt. Die von dem Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern initiierte gesetzliche Neuregelung zum Zentralen Klinischen Krebsregister hat hierzu einen wichtigen Beitrag geleistet.

Literatur bei den Verfassern

Dipl.-Psych. Ulrike Siewert,
Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH,
Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, 17487 Greifswald

KINDERÄRZTE



Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen gibt es akute Probleme (DÄ 13/2012: „Kinderärztliche Versorgung: Weites Land, wenig Ärzte“ von Falk Osterloh).

Die Chance vergeben

... Der Kleinunternehmer Arzt soll das wirtschaftliche Risiko mit einer eigenen Praxis allein tragen, und das ist es natürlich klar, dass kein jüngerer Arzt das unkalkulierbare Risiko des demografischen Wandels betreffend der Anzahl der Kinder in solchen Regionen auf sich nehmen wird. Da die Kleinunternehmer sehr träge und zum Teil unkooperativ in der Planung einer Zusammenarbeit sind – es hat Gesprächsversuche der Kinderärzterverbände mit den Hausärzterverbänden über eine Zusammenarbeit gegeben, die gescheitert sind, da letztere eine Versorgung von der Wiege bis zur Bahre beanspruchen (siehe auch diverse Hausarztverträge) –, ist eine kinderärztliche Versorgung einer größeren Region zum Beispiel in den Räumlichkeiten bestehender Praxen mit daraus folgender größerer pädiatrischer Patientenzahl ... nicht möglich. Denn um dies als heutiger Kleinunternehmer zu gewährleisten, wären ja viele Zweigstellen mit den entsprechen-

den Kosten für Räumlichkeiten und Personal nötig. So verliert Deutschland die Chance einer flächendeckenden pädiatrischen Versorgung, wie es in anderen Ländern möglich ist (zum Beispiel Italien), in denen der Pädiater stunden- oder tageweise in bestehenden Praxen vor Ort tätig wird, ohne eigene Räumlichkeiten vorhalten zu müssen. Dies ist dann auch wieder wirtschaftlich mit einem angemessenen Risiko tragbar.

Dr. med. Peter Nau, Kinder- und Jugendarzt,
38228 Salzgitter

GERIATRIE



Der geriatrische Patient an den Schnittstellen zwischen hausärztlicher Versorgung, Krankenhaus, Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation (DÄ 15/2012: „Vermeidung des Drehtüreffekts“ von Anne Rummer und Ralf-Joachim Schulz).

habilitation (DÄ 15/2012: „Vermeidung des Drehtüreffekts“ von Anne Rummer und Ralf-Joachim Schulz).

Unzureichendes Honorar

Der Beitrag von Dr. Rummer und Prof. Schulz ist aus Sicht des niedergelassenen Arztes unbedingt zu ergänzen. Ich selbst habe seit mehr als 25 Jahren eine Praxis mit geriatrischem Schwerpunkt und auch die Anerkennung „hausärztliche Geriatrie“. Aufgrund meiner langen Er-

fahrung muss ich feststellen, dass der Geriatrie im niedergelassenen Bereich der (finanzielle) Boden unter den Füßen weggezogen wurde. Während ich 2001 noch 100 DM für die Behandlung eines Rentners bekam, liegt jetzt bekanntermaßen das Regelleistungsvolumen bei 36 Euro. Für meinen hohen Altersdurchschnitt im Patientenstamm erhalte ich einen Zuschlag von gerade mal 1 000 Euro pro Quartal!

Mit 33 DM pro Monat war das Honorar damals schon alles andere als üppig, für zwölf Euro pro Monat heute kann niemand mehr einen geriatrischen Patienten auch nur annähernd adäquat behandeln.

Mein Rat an neu niedergelassene Kolleginnen und Kollegen: Finger weg von der Geriatrie.

Mein Rat an Politik und Kassen: Macht endlich die Augen auf, bevor unser Gesundheitssystem endgültig kaputtgespart ist!

Dr. med. Henning Fischer, 32052 Herford

Berichtigung

Im DÄ 19/2012 wurde im Artikel „Boehringer Ingelheim: Auf Erfolgskurs“ versehentlich falsch berichtet, dass der Vitamin-K-Antagonist Warfarin intravenös verabreicht werden muss. Richtig ist, dass Warfarin, ebenso wie der neu entwickelte Wirkstoff Pradaxa, oral eingenommen wird. DÄ