

Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften



Prävention, Standards und zukünftige Entwicklungen in den medizinischen Spezialgebieten

zusammengestellt von
Prof. Dr. Karl-Heinz Vosteen

Der vorliegenden Zusammenstellung liegen die Voten folgender Autoren zugrunde:

Prof. Ahnefeld, Anästhesiologie und Intensivmedizin (Ulm); Prof. Allolio, Endokrinologie (Würzburg); Prof. Altwein, Urologie (München); Dr. Arens, Ophthalmologie (Leverkusen); Prof. Arnold, Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (Düsseldorf); Prof. Bamberg, Röntgengesellschaft (Tübingen); Prof. Basler, Medizinische Psychologie (Marburg); Dr. Becht, Urologie (Homburg); Frau Dr. Bell, Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (Köln); Prof. von Bernuth, Pädiatrische Kardiologie (Gießen); Prof. Bidlingmaier, Klinische Chemie (Bonn); Prof. Biersack, Nuklearmedizin (Bonn); PD Dr. Böhme, Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (Dresden); Prof. Brenneke, Sozialmedizin und Prävention (Berlin); Prof. Brodehl, Kinderheilkunde (Hannover); Prof. Bruns, Diabetes-Gesellschaft (Löhma); Prof. Christophers, Dermatologie (Kiel); Prof. Classen, Innere Medizin (München); Prof. Conradi, Physikalische Medizin und Rehabilitation (Berlin); Prof. Dick, Intensiv- und Notfallmedizin (Mainz); Prof. Dierkesmann, Pneumologie (Gerlingen); Prof. Dreikorn, Urologie (Bremen); Prof. Drings, Krebsgesellschaft (Heidelberg); Prof. Dudel, Physiologie (München); Prof. Engelmann, Urologie (Köln); Prof. Enghofer, Krebsgesellschaft (München); Prof. Fahlbusch, Neurochirurgie (Erlangen); Frau PD Dr. von Ferber, Arzneimittelanwendungsforschung und -epidemiologie (Köln); Prof. Fichsel, Neuropädiatrie (Bonn); Prof. Freigang, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Magdeburg); Prof. Ganzer, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Düsseldorf); Prof. Genth, Rheumatologie (Aachen); Prof. Goebel, Neuropathologie und -anatomie (Mainz); Prof. Göbel, Kinderheilkunde (Düsseldorf); PD Dr. Göbel, Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (Kiel); Prof. Gross, Phoniatrie und Pädaudiologie (Berlin); Dr. Günther, Urologie (München); Prof. Haller, Virologie (Freiburg); Prof. Hanefeld, Neuropädiatrie (Göttingen); Prof. Hartel, Chirurgie (München); Frau PD Dr. Hasenbring, Medizinische Psychologie (Kiel); Dr. Haupt, Urologie (Bochum); Prof. Hautmann, Urologie (Ulm); Prof. Hehrlein, Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (Gießen); Prof. Heimpel, Hämatologie und Onkologie (Ulm); Prof. Heinze, Klinische Neurophysiologie (Hannover); Prof. Hermanek, Krebsgesellschaft (Frankfurt/M); Dr. Hirsch, Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (Bonn); Prof. Hoelzer, Hämatologie und Onkologie (Frankfurt/M); Prof. Hofstetter, Urologie (München); Prof. Hohenfellner, Urologie (München); Prof. Hollmann, Sportmedizin (Köln); Prof. Huland, Urologie (Hamburg); Dr. Iversen, Ärztliche Hypnose und autogenes Training (Bad Segeberg); Prof. Jacobi, Ophthalmologie (Gießen); Prof. Jerusalem, Neurologie (Bonn); Prof. Kaiser, Thoraxchirurgie (Berlin); Prof. Kalden, Rheumatologie (Erlangen); PD Dr. Kentenich, Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie (Berlin); Prof. Kiesewetter, Transfusionsmedizin und Immunhämatologie (Homburg); Frau Dr. Klingmann, Ärzte in der Pharmazeutischen Industrie (Brüssel); Prof. Klöppel, Pathologie (Brüssel); Prof. Kreissing, Ophthalmologie (Tübingen); Prof. Kuhlmann, Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie (Wuppertal); Prof. Kühnl, Transfusionsmedizin und Immunhämatologie (Hamburg); Prof. Kuschinsky, Physiologie (Heidelberg); Prof. Lasch, Innere Medizin (Gießen); Prof. Lehnert, Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (Erlangen); Dr. Lorenz, Allgemeinmedizin (Pfuldingen); Prof. Lorenz, Chirurgie (Marburg); Prof. Lorenz, Wirbelsäulenforschung (Frankfurt/M); Prof. Lucke, Geriatrie (Langenhagen); Prof. Manns, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (Hannover); Prof. Melchior, Urologie (Kassel); Prof. Meyer, Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (Mainz); Prof. Michaelis, Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (Mainz); Prof. Miller, Urologie (Berlin); Prof. Mödder, Röntgengesellschaft (Düsseldorf); Prof. Molzahn, Klinische Nephrologie (Bonn); Prof. Morr, Pneumologie (Greifenstein); Prof. Mühlhölzer, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Heidelberg); Prof. Noth, Klinische Neurophysiologie (Aachen); Prof. Nüsslin, Medizinische Physik (Tübingen); Dr. Otto, Urologie (Essen); Prof. Peter, Schlafforschung und Schlafmedizin (Marburg); Prof. Pfeifer, Pathologie (Bonn); Prof. Pohlandt, Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (Ulm); Prof. Pohle, Infektiologie (Berlin); Prof. Pompino, Kinderchirurgie (Siegen); Prof. Possinger, Hämatologie und Onkologie (Berlin); Prof. Raspe, Rheumatologie (Lübeck); Prof. Reither, Pädiatrische Radiologie (Nürnberg); Prof. Reinauer, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Düsseldorf); Prof. Rübben, Urologie (Essen); Prof. Sandmann, Gefäßchirurgie (Düsseldorf); Prof. Satter, Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (Frankfurt/M); Prof. Scheld, Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (Münster); Prof. Schill, Andrologie (Gießen); Prof. Schmidt, Kinderheilkunde (Düsseldorf); Prof. Schneider, Gynäkologie und Geburtshilfe (Hannover); Dr. Schneider, Manuelle Medizin (Isny); Prof. Schubert, Urologie (Essen); Dr. Schug, Arzneimittelanwendungsforschung und -epidemiologie (Köln); Prof. Schulte, Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (Düsseldorf); Prof. Schuster, Röntgengesellschaft (Gießen); Prof. Schütz, Gerontologie und Geriatrie (Lübeck); Prof. Seifert, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Neumünster); Prof. Senf, Psychotherapie (Essen); Prof. Senge, Urologie (Bochum); Prof. Sewing, Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie (Hannover); Prof. Siegrist, Medizinische Soziologie (Düsseldorf); Prof. Sonntag, Hygiene und Mikrobiologie (Heidelberg); Prof. Speidel, Psychosomatische Medizin (Kiel); Dr. Stetter, Ärztliche Hypnose und autogenes Training (Tübingen); Frau Dr. Stoppe, Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (Göttingen); Prof. Thiel, Ophthalmologie (Tübingen); Prof. Thomas, Laboratoriumsmedizin (Frankfurt/M); Frau Dr. Thürmann, Klinische Pharmakologie u. Therapie (Frankfurt/M); Prof. Tost, Ophthalmologie (Halle); Prof. Triebig, Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (Heidelberg); Prof. Usadel, Innere Medizin (Frankfurt/M); PD Dr. Vanscheidt, Phlebologie (Freiburg); Prof. Voigt, Neuroradiologie (Tübingen); Prof. Wannemacher, Krebsgesellschaft (Heidelberg); Dr. Watzl, Suchtforschung und -therapie, (Konstanz); Prof. Weidner, Urologie (Gießen); Prof. Weißbach, Urologie (Berlin); Prof. von Wichert, Internistische Intensivmedizin (Marburg); Prof. Wolf, Röntgengesellschaft (Berlin); Dr. Wolpert, Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Darmstadt); Frau Dr. Wrbitzky, Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (Erlangen); Prof. Wurster, Wehrmedizin und -pharmazie (München); Prof. Zichner, Orthopädie und Traumatologie (Frankfurt/M); Prof. Ziegler, Urologie (Homburg); Prof. Zimmermann, Studium des Schmerzes (Heidelberg)

Herausgeber: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

Tel.: 02 11 / 31 28 28

Fax: 02 11 / 31 68 19

4. erweiterte Ausgabe, 1. Juni 1995

Epidemiologie	10
Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie	10
Pathologie	10
Allgemeinmedizin	10
Pneumologie	11
Schlafforschung und Schlafmedizin	13
Endokrinologie	13
Diabetologie	14
Sozialmedizin und Prävention	14
Rheumatologie	14
Nephrologie	14
Krebserkrankungen	14
Kardiologie	14
Chirurgie	14
Urologie	15
Gefäßchirurgie	17
Kinderchirurgie	20
Anästhesiologie	20
Kieferchirurgie	20
Phlebologie	20
Gynäkologie und Geburtshilfe	20
Psychiatrie	20
Gerontopsychiatrie	20
Neurologie	21
Psychotherapie	21
Psychoanalyse	21
Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie	21
Psychosomatische Medizin	21
Kinderheilkunde	21
Phoniatrie und Pädaudiologie	22
Neuropädiatrie	22
Röntgen-Gesellschaft	22
Arbeitsmedizin	22
Hygiene und Mikrobiologie	22
Medizinische Rehabilitation	22
Prävention	24
Allgemeinmedizin	24
Innere Medizin	26
Diabetologie	26
Pneumologie	28
Schlafforschung und Schlafmedizin	29
Endokrinologie	29
koronaren Herzerkrankung	29
ärztliche Hypnose und autogenes Training	30
Krebskrankheiten	30
Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten	31
Sportmedizin	31
Orthopädie und Traumatologie	31
Physikalische Medizin und Rehabilitation	31
Chirurgie	32
Herzchirurgie	33
Thoraxchirurgie	33
Gefäßchirurgie	34
Urologie	34
Gynäkologie	34
Anästhesiologie	35
Augenheilkunde	35
Dermatologie	35
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	35
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	36
Phoniatrie	36
Pädaudiologie	36

Arbeitsmedizin	36
Psychiatrie und Nervenheilkunde	36
Gerontopsychiatrie und -psychotherapie	36
Suchtforschung und Suchttherapie	37
Kinderheilkunde	37
Neuropädiatrie	37
Pädiatrische Kardiologie	37
Pädiatrischen Röntgenologie	37
Röntgen	38
Nuklearmedizin	38
Endokrinologie	38
Rechtsmedizin	38
Pathologie	39
Leitlinien in Diagnostik und Therapie	41
Allgemeinmedizin	41
Diabetes-Gesellschaft	42
Pneumologie	42
Schlafforschung und Schlafmedizin	43
Gastroenterologie	44
Herz- und Kreislaufforschung	44
Sportmedizin	44
Rheumatologie	44
Orthopädie	45
Medizinische Psychologie	45
Internistischen Intensivmedizin	45
Wehrmedizin	45
Endokrinologie	45
Tumorpatienten	45
Chirurgie	46
Gefäßchirurgie	47
Phlebologie	47
Herzchirurgie	47
Thoraxchirurgie	47
Kinderchirurgie	49
Onkologie	49
Urologie	49
Chirurgie	53
Herzchirurgie	53
Thoraxchirurgie	54
Anästhesie und Intensivmedizin	54
Internistischen Intensivmedizin	54
Gynäkologie	54
Ophthalmologie	55
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	55
Phoniatrie und Pädaudiologie	57
Dermatologie	57
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	57
Neurologie	57
Psychiatrie	57
Gerontopsychiatrie und -psychotherapie	57
Psychosomatischen Medizin	57
Psychotherapie	57
Suchttherapie	57
Kinderheilkunde	57
Pädiatrische Kardiologie	57
Neuropädiatrie	57
Röntgenologie	57
Pädiatrie	61
Neuroradiologie	61
Strahlentherapie	61
Nuklearmedizin	62
Röntgenologie	62

Pathologie	62
Rechtsmedizin	63
arbeitsmedizinische Diagnostik	64
Physikalische Therapie	64
Entwicklungen, Defizite und überholte Verfahren	65
Allgemeinmedizin	65
Pathologie	66
Innere Medizin	67
Endokrinologie	67
Diabetologie	68
Kardiologie	69
Sportmedizin	70
Herzchirurgie	70
Pneumologie	70
Schlafforschung und Schlafmedizin	72
Rheumatologie	73
Orthopädie	73
Physikalische Medizin	73
Gastroenterologie	74
Krebskrankheiten	74
Sozialmedizin und Prävention	75
Geriatric	75
Gerontopsychiatrie	76
Arbeitsmedizin	76
Chirurgie	76
Herzchirurgie	78
Thoraxchirurgie	79
Urologie	79
Anästhesiologie und Intensivmedizin	83
Internistische Intensivmedizin	85
Gefäßchirurgie	85
Kinderchirurgie	85
Gynäkologie und Geburtshilfe	86
Kieferchirurgie	86
Augenheilkunde	87
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	88
Phoniatrie/Pädaudiologie	88
Dermatologie	89
Andrologie	89
Psychiatrie und Nervenheilkunde	90
Neurologie	90
Medizinische Psychologie	91
Psychosomatik	91
Psychotherapie	91
ärztliche Hypnose und autogenes Training	91
Medizinische Psychologie	91
Kinderheilkunde	92
Neuropädiatrie	92
Kinderkardiologie	92
Neonatologie	93
Pädiatrischen Intensivmedizin	93
Röntgen	94
Pädiatrische Radiologie	94
Strahlentherapie	95
Nuklearmedizin	96
Neuroradiologie	96
Virologie	97
Hygiene und Mikrobiologie	97
Laboratoriumsmedizin	97
Rechtsmedizin	97
Klinische Pharmakologie	97
Arbeitsmedizin	98

Transfusionsmedizin	99
Infektiologie	99
Forschung	101
allgemeinmedizinische Forschung	101
Inneren Medizin	101
Endokrinologie	101
Diabetologie	101
Pneumologie	102
Schlafforschung und Schlafmedizin	104
Thoraxchirurgie	105
Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie	105
Geriatric und Gerontologie	105
Gerontopsychiatrie	106
Medizinische Psychologie	106
Sozialmedizin	106
Gastroenterologie	106
Ernährungsmedizin	106
Rheumatologie	107
Sportmedizin	107
Krebserkrankungen	107
Kardiologie	107
Internistische Intensivmedizin	107
Sportmedizin	108
Herzchirurgie	108
Chirurgie	108
Herz- und Thoraxchirurgie	110
Orthopädie	110
Gefäßchirurgie	110
Kinderchirurgie	110
Urologie	110
Anästhesiologie und Intensivmedizin	112
Internistischen Intensivmedizin	113
Gynäkologie und Geburtshilfe	113
Kinderheilkunde	114
Neuropädiatrie	114
Pädiatrische Kardiologie	114
Dermatologie	114
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	114
Phoniatrie und Pädaudiologie	115
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	115
Augenheilkunde	115
Psychiatrie und Nervenheilkunde	116
Neurologie	116
Klinische Neurophysiologie	117
Psychosomatik und Psychotherapie	117
Röntgen	117
Strahlentherapie	118
Nuklearmedizin	118
Hygiene und Mikrobiologie	118
Virologie	119
Neuropathologie	119
Rechtsmedizin	119
arbeitsmedizinischen Forschung	119
Experimentelle u. Klinische Pharmakologie	119
Zusammenfassende Bemerkungen	121

Einleitung

In der Absicht, mittel- und langfristige Ziele für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens festzulegen, hat die Bundesregierung den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beauftragt, hierbei vorbereitend tätig zu werden. Die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sollen in diesem Zusammenhang zukünftige Aufgaben und Schwerpunkte ihrer Fächer darstellen. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen an die Mitgliedsgesellschaften der AWMF ausgesandt, der folgende Fragen enthält:

1. Welche wissenschaftlich gesicherten präventiven Maßnahmen empfiehlt Ihre wissenschaftliche Fachgesellschaft?
2. Welche Richtlinien hat Ihre wissenschaftliche Fachgesellschaft zu diagnostischen Verfahren ("Konsensusrichtlinien") abgefaßt?
3. Welche standardisierten therapeutischen Verfahren empfiehlt Ihre Fachgesellschaft für die Patientenversorgung in Ihrem Fach?
4. Welche wissenschaftlich gesicherten epidemiologischen Informationen über die Häufigkeit bestimmter Krankheiten Ihres Faches liegen Ihnen vor?
5. Welche mittelfristigen (ca. 10 Jahre) Entwicklungen sehen Sie für Ihre Fachdisziplin, insbesondere unter Berücksichtigung des Wandels in der demographischen Struktur der Bevölkerung
 - auf dem Gebiet der Prävention,
 - auf dem Gebiet der Diagnostik,
 - auf dem Gebiet der Therapie?
6. Welche Defizite in der Prävention, Diagnostik und Therapie sehen Sie derzeit in Ihrem Fachgebiet, insbesondere für den Bereich der neuen Bundesländer?
7. Welche heute noch regelmäßig praktizierten Verfahren der Diagnostik und Therapie Ihres Faches sind aus heutiger wissenschaftlicher Sicht obsolet?
8. Welche zukünftigen Aufgaben und Schwerpunkte bestehen in Ihrem Fachgebiet in der Forschung?
 - in der Grundlagenforschung:
 - in der klinischen Forschung:

Der Fragebogen wurde von folgenden Fachgesellschaften beantwortet:

DGf Allgemeinmedizin
 DGf Anästhesiologie und Intensivmedizin
 DGf Andrologie
 DGf Arbeitsmedizin und Umweltmedizin
 DGf Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel epidemiologie
 DGf Biologische Psychiatrie
 DGf Chirurgie
 Dt. Dermatologische Gesellschaft
 Dt. Diabetes-Gesellschaft
 DGf Endokrinologie
 DGf Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie
 DGf Gefäßchirurgie
 DGf Geriatrie
 DGf Gerontologie und Geriatrie
 DGf Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
 DGf Gynäkologie und Geburtshilfe
 DGf Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie
 DGf Hämatologie und Onkologie
 DGf Hygiene und Mikrobiologie
 DGf ärztliche Hypnose und autogenes Training
 DGf Infektiologie
 DGf Innere Medizin
 DGf Internistische Intensivmedizin

DGf Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung
DGf Kinderchirurgie
DGf Kinderheilkunde
DGf Klinische Chemie
Dt. Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie
DGf Klinische Neurophysiologie (vormals EEG-Gesellschaft)
DGf Klinische Pharmakologie und Therapie
Dt. Krebsgesellschaft
DGf Laboratoriumsmedizin
DGf Luft- und Raumfahrtmedizin
DGf Manuelle Medizin
DGf Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)
DGf Medizinische Physik
DGf Medizinische Psychologie
DGf Medizinische Soziologie
Dt. Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft
DGf Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
DÖGf Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin
DGf Neurochirurgie
DGf Neurologie
DGf Neuropädiatrie
DGf Neuropathologie und -anatomie
DGf Neuroradiologie
DGf Nuklearmedizin
Dt. Ophthalmologische Gesellschaft
DGf Orthopädie und Traumatologie
DGf Pädiatrische Kardiologie
DGf Pädiatrische Radiologie
DGf Pathologie
Fachgesellschaft der Ärzte in der Pharmazeutischen Industrie
DGf Phlebologie
DGf Phoniatrie und Päaudiologie
DGf Physikalische Medizin und Rehabilitation
Dt. Physiologische Gesellschaft
DGf Plastische und Wiederherstellungschirurgie
DGf Pneumologie
DGf Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGf Psychoanalyse, -therapie, -somatik und Tiefenpsychologie
DGf Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie
Dt. Kollegium für Psychosomatische Medizin
Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie
DGf Rechtsmedizin
DGf Rheumatologie
Dt. Röntgengesellschaft
DGf Schlafforschung und Schlafmedizin
DGf Sozialmedizin und Prävention
DGf Sportmedizin
Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
DGf Suchtforschung und -therapie
DGf Thoraxchirurgie
DGf Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
DGf Transfusionsmedizin und Immunhämatologie
DGf Urologie
DGf Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
Gesellschaft für Virologie
DGf Wehrmedizin und -pharmazie
Ges. für Wirbelsäulenforschung

Die Antworten auf diese Fragen sollen hiermit geordnet und im Zusammenhang wiedergegeben werden, in der Hoffnung, aus der Zusammenstellung schließlich ein Gesamtbild der zukünftigen Entwicklung und auch der zukünftigen Probleme der einzelnen Fachdisziplinen ablesen zu können.

Natürlich kann eine Aufzählung der verschiedenen Punkte nur sehr lückenhaft und exemplarisch erfolgen, weil sonst, bei enzyklopädischem Charakter einer solchen Aufstellung, der Umfang eines lückenlosen Kataloges jedes vertretbare Maß sprengen würde. Zudem muß darauf hingewiesen werden, daß schon eine ganze Reihe von medizinischen Spezialgebieten Leitlinien (Chirurgie), Beschreibung von Standards (Österreichische Gesellschaft für Chirurgie) oder Checklisten (Kardiologie, Traumatologie, Pneumologie, Neurologische Notfälle, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde) fertiggestellt haben oder dabei sind, solche Leitlinien zu verfassen (Innere Medizin). Es muß aber immer dabei bedacht werden, daß alle diese Standards und Leitlinien von der Entwicklung in vielen Punkten ständig wieder überholt werden und deshalb auch regelmäßig nachzubessern sind.

Es ist kein Zufall, daß auch hier die Frage nach präventiven Maßnahmen in den einzelnen Fächern vorangestellt wird, steht doch die Bedeutung der Prävention schon seit langem im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Überlegungen.

Allerdings wird gleichzeitig dabei berücksichtigt, daß Prävention ohne ausreichende Epidemiologie ihr Ziel verfehlt und daß andererseits in den meisten Fällen wissenschaftlich gesicherte epidemiologische Informationen noch nicht vorliegen.

Selbstverständlich soll dabei immer der Wandel in der demographischen Struktur der Bevölkerung berücksichtigt werden. Die Frage nach standardisierten technischen Verfahren und auch nach Richtlinien zu diagnostischen Verfahren zeigt in einzelnen Beispielen, daß trotz grundsätzlicher Vorbehalte hier doch durch Standardisierung noch Rationalisierungspotential vorhanden sein kann.

Die unterschiedliche Ausführlichkeit der Antworten ist natürlich zum Teil dadurch bedingt, daß die einzelnen Fächer von verschiedenen Fragen auch in unterschiedlicher Weise betroffen sind. Keinesfalls darf aus der Ausführlichkeit der Antworten in jedem Fall auch auf das Gewicht des entsprechenden Spezialfaches geschlossen werden.

Qualitätssicherung jeder Art bedarf der Erstellung von Standards, damit die mittlere Leistungsbreite als Vergleichsgrundlage schließlich eine Qualitätsverbesserung ermöglicht. *Der derzeitige Trend zur Ökonomisierung der Medizin könnte aber geeignet sein, die Qualitätssicherung zur Wirtschaftlichkeitskontrolle der ärztlichen Arbeit werden zu lassen. Behutsame Vorsicht ist also gerade an diesem Punkt geboten.*

Epidemiologie

Die Frage nach der gesicherten Epidemiologie ist vor allem vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung von Präventionsmaßnahmen wichtig. Jedoch muß bei Durchsicht der aus den verschiedenen Fachgesellschaften eingegangenen Antworten festgestellt werden, daß gerade diese Frage sehr unterschiedlich "behandelt" wurde. Gewissermaßen vom Fach her kompetent ist hier die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie. Sie weist darauf hin, daß aus dieser Fachgesellschaft eine Reihe von Stellungnahmen zur methodischen Arbeit in der GMDS-Schriftenreihe im Schattauer-Verlag erschienen ist:

Mit Heft Nr. 1 ist hier bereits im Jahre 1978 das Memorandum zur Planung und Durchführung kontrollierter klinischer Therapiestudien erschienen, in dem wichtige Grundlagen der therapeutischen Forschung fixiert wurden, die heute bereits weitestgehend in die deutsche und europäische Gesetzgebung für die Arzneimittelzulassung eingeflossen sind.

Mit Heft Nr. 10 ist 1989 das Memorandum zur Evaluierung diagnostischer Maßnahmen erschienen und als Heft Nr. 11 ist ein Manual für die Planung und Durchführung epidemiologischer Studien im Jahre 1991 erschienen.

In Deutschland werden auch in der Pathologie die Möglichkeiten der epidemiologischen Forschung derzeit nicht in wünschenswertem Ausmaße genutzt. Gute Ergebnisse haben zwar einzelne regionale Krebsregister, so im Saarland oder in Münster und Hamburg, vorzuweisen. Zu nennen ist hier auch das Mesotheliomregister in Bochum als ein Beispiel für die Bedeutung der Pathologie in einer arbeitsmedizinisch orientierten Epidemiologie. Möglichkeiten einer epidemiologischen Krebsforschung bestehen im Rahmen der Tumorzentren bzw. der onkologischen Schwerpunkte. Voraussetzung wäre, daß entsprechende gesetzliche Grundlagen (Krebsregister-Gesetz) geschaffen und erforderliche Ressourcen bereitgestellt werden.

Für den Bereich der Allgemeinmedizin sind die häufigsten Behandlungsanlässe in Tabelle 1 wiedergegeben und nach Schweregrad aufgegliedert. Aus kleineren Studien aus Deutschland wissen wir, daß die Behandlungsanlässe hierzulande denen aus Großbritannien ähneln, dort diese Frage aber systematischer und intensiver untersucht worden ist. Dabei erscheint folgendes besonders festhaltenswert:

1. Der Allgemeinarzt hat es häufiger mit Patienten zu tun, die unter sog. banalen Erkrankungen leiden. Dies entlastet den Arzt jedoch nicht, weil sich hinter der Symptomatik einer "banalen" Erkrankung immer auch die ernste Erkrankung verbergen kann.
2. Zu nicht unwesentlichen Teilen sind chronische Erkrankungen und psychosoziale Probleme im ambulanten Bereich von großer Bedeutung.

Tabelle 1: Behandlungsanlässe in der englischen Allgemeinpraxis

Patienten, die den Arzt konsultieren - pro Jahr und 2500 eingeschriebenen Patienten	
I. Leichtere Erkrankungen:	
Infekte der oberen Luftwege	600
Hauterkrankungen	325
Psychische Probleme	300
Magen-Darm-Erkrankungen	300
Unfälle, Verletzungen	200
Spezielle Erkrankungen:	
Akute Tonsillitis	100
Otitis media	75
Cerumen	50
Harnwegsinfekte	50
Rückenschmerzen	50
Kopfschmerzen	25
Allergische Rhinitis	25
Präventive Maßnahmen:	
Impfungen, Durchuntersuchungen, pränatale Vorsorge usw.	300
II. Schwerwiegende Erkrankungen:	
Akute Bronchitis	100
Lungenentzündung	20
Schwere Depression	10
Selbstmordversuch	3
Selbstmord	alle 4 Jahre 1
Akuter Herzinfarkt	8
Akuter Schlaganfall	5
Appendizitis	5
Neu aufgetretene Karzinome:	5
davon: Bronchien	2
Mamma	1
Dickdarm	alle 3 Jahre 1
Magen	alle 2 Jahre 1
Prostata	alle 2 Jahre 1
Zervix	alle 4 Jahre 1
Gehirn	alle 10 Jahre 1
Malignes Lymphom	alle 15 Jahre 1
Schilddrüse	alle 20 Jahre 1
III. Chronische Erkrankungen:	
Rheumatischer Formenkreis	100
Chronisch-psychiatrische Erkrankungen	60
Hochdruck	50
Übergewicht	40
Chronische Bronchitis	35
Herzinsuffizienz	30
Karzinomleiden (alt und neu)	30
Asthma	25
Peptisches Ulkus	20
Koronare Herzerkrankung	20
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	15
Zerebrales Krampfleiden	10
Diabetes mellitus	10
Schilddrüsenerkrankungen	7
Morbus Parkinson	3
Multiple Sklerose	1
Schwere chronische Niereninsuffizienz	1
IV. Soziale Behandlungsanlässe:	
Armut	150
Probleme des hohen Alters	460
Schwere Behinderungen, Erblindungen, Hörstörungen	70
Geistige Behinderungen	15
Alkoholkrankheit	20
Arbeitslosigkeit	30
Alleinerziehende	30
Jugenddelinquenz	7
Erwachsenenkriminalität	4
Ehescheidungen	5
Uneheliche Geburten	3

In der Inneren Medizin wird von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie der umfangreichste epidemiologische Katalog angeboten. Es geht daraus hervor, daß mit Ausnahme der exogenen-allergischen Alveolitis alle quantitativ relevanten Lungen- und Atemwegserkrankungen im Zunehmen begriffen sind. Im internationalen Vergleich ist jedoch immer noch bezüglich der Erforschung von individuell prädisponierenden und exogenen Risikofaktoren ein erheblicher epidemiologischer Nachholbedarf unübersehbar. Im einzelnen sind hier die folgenden Erkrankungsformen dargestellt:

- Obstruktive Atemwegserkrankungen: Neuere Zusammenstellungen verdeutlichen die enorme sozialmedizinische Bedeutung der obstruktiven Atemwegserkrankungen: so liegt die Zahl der hierdurch bedingten jährlichen Beratungen bei 9.600, die der stationären Heilbehandlungen bei 37.000, die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage bei 7,8 Millionen, die der Krankenhaustage bei 1,4 Millionen. Die hierdurch bedingten volkswirtschaftlichen Gesamtkosten werden auf 7 bis 10 Milliarden DM geschätzt.
- Asthma bronchiale: Mit einer Asthma-Mortalitätsrate von etwa 9 auf 100.000 steht Deutschland im internationalen Vergleich im Spitzenbereich. Eine Unterschätzung der Erkrankungsschwere gilt aufgrund internationaler Studien als wichtigster Risikofaktor für die Mortalität. Die Prävalenz der Erkrankung wird auf etwa 5 % geschätzt. Verwertbare Studien zum zeitlichen Trend liegen aus Deutschland nicht vor, alle weltweit durchgeführten Studien zeigen jedoch eine im Zeitverlauf steigende Häufigkeit. Faktoren der Innenraumbelastung wird aufgrund epidemiologischer Befunde eine steigende Bedeutung beigemessen.
- Chronische Bronchitis: Die Mortalitätsrate der chronischen Bronchitis ist in der Allgemeinbevölkerung etwa zweimal so hoch wie die des Asthma bronchiale. Zu den epidemiologisch gesicherten Risikofaktoren zählen vor allem das Rauchen, ferner Umweltschadstoffe und genetische Faktoren. Die Prävalenz der Erkrankung liegt wahrscheinlich höher als die des Asthma und zeigt einen deutlichen Altersgang.
- Lungenemphysem: Das Lungenemphysem ist eine durchaus häufige Krankheit und auch als unmittelbare Todesursache bedeutsam. Bei wenigstens jedem 10. Obduktionsfall wird ein Lungenemphysem nachgewiesen, bei 2 bis 5 % aller Obduktionsfälle ist ein Lungenemphysem als zum Tode führende Hauptkrankheit oder den Tod wesentlich herbeiführende Krankheit anzunehmen. Die Inzidenz eines schweren alpha-1-Proteaseninhibitormangels (Ursache des panazinären Lungenemphysems) wird in Deutschland auf etwa 0,03% der Bevölkerung geschätzt, im Zusammenhang mit einem Lungenemphysem auf 1 bis 2 % .
- Mukoviszidose: Bei gleichbleibender Inzidenz von etwa 1 : 2.000 unter den Neugeborenen ist die Prävalenz der Mukoviszidose (Cystische Fibrose, CF) im Erwachsenenalter durch effektive Therapiemöglichkeiten stark gestiegen und wird aller Voraussicht nach weiter steigen. Dafür sind zwei Faktoren verantwortlich: erstens erreichen mehr CF-Patienten das Erwachsenenalter und zweitens steigt ihre Überlebenszeit. Bei einem medialen Überleben von knapp 18 Jahren erreichen heute fast die Hälfte der CF-Patienten das Erwachsenenalter, d. h. mehr als 200 pro Jahr. Insgesamt ist dementsprechend von mindestens 1.500, wahrscheinlich aber 2.000 Erwachsenen Patienten auszugehen. Diese Zahlen sind jedoch nur für die in den vergangenen Jahren erwachsen gewordenen Patienten gültig, also für die Geburtsjahrgänge 1977 ff. Auf Grund der weiter zunehmenden Therapieverbesserungen kommen neuere Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß von den Patienten des Geburtsjahrganges 1980 an etwa 70 % und vom Geburtsjahrgang 1990 an über 90 % erwachsen werden. Dementsprechend ist bei den heute geborenen CF-Patienten von einer medialen Überlebenszeit von 40 Jahren auszugehen, was die Prävalenz in der Bevölkerung mehr als verdoppeln wird. Angestrebt wird, die Patienten unter optimaler Grundtherapie solange zu betreuen, bis sich die Möglichkeit einer Lungentransplantation ergibt.
- Bronchialkarzinom: Das Bronchialkarzinom ist weltweit die häufigste Krebsart des Mannes. Die Mortalität in Deutschland liegt bei Männern um 75/100.000, bei Frauen um 20/100.000. In den letzten 20 Jahren ist die Zahl der Lungenkrebstoten bei den Männern um 20 %, bei den Frauen um über 100 % angestiegen. Dies ist angesichts der bekannten Präventionsmöglichkeiten eine alarmierende Situation.
- Exogen-allergische Alveolitis: Die Prävalenz wird auf 20/100.000 Einwohner geschätzt. Wenngleich die Zahlen zu stagnieren scheinen, ist die mittlere Verschleppungszeit von 5 Jahren angesichts der hiermit einhergehenden Verschlechterung der Prognose besorgniserregend.
- Berufsbedingte Atemwegserkrankungen: Die Zahl der anerkannten berufsbedingten obstruktiven Atemwegserkrankungen (BK Nr. 4301/4302) hat in den letzten 15 Jahren um den Faktor 6 zugenommen.

- Asbestbedingte Erkrankungen: Die Zahl der anerkannten Berufskrankheiten unter den BK-Ziffern 4103/4104/4105 (Asbestose / Asbestbedingtes Bronchialkarzinom / Mesotheliom) hat in den letzten 15 Jahren um mehr als den Faktor 6 zugenommen.
- Tuberkulose: Epidemiologische Daten werden seit Jahren vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose in hervorragender Weise erfaßt und dokumentiert. Bemerkenswert ist, daß die Zahl der "offenen", d.h. ansteckungsfähigen Tuberkulosefälle in den letzten Jahren in Deutschland nicht mehr abgenommen hat. Besondere Beachtung verdient die Zunahme atypischer Mykobakterien im Zusammenhang mit HIV-Infektionen.
- Pneumonien: Man muß mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, daß jährlich in Deutschland 420.000 - 510.000 Personen an einer Pneumonie erkranken, wobei die Zahl der ambulant erworbenen Pneumonien 320.000 - 380.000, und die Zahl der nosokomialen Pneumonien 100.000 - 130.000 beträgt. Die Letalität zeigt sich sehr stark altersabhängig und abhängig von der Grundkrankheit. Unverändert hoch ist die Letalität bei den nosokomialen Pneumonien mit 20 % aller Erkrankungen.
- Schlafbezogene Atemregulationsstörungen: Die Prävalenz schlafbezogener Atemregulationsstörungen wird bei erwachsenen Männern in Deutschland auf 5 % geschätzt, 1 % der erwachsenen männlichen Bevölkerung sind therapiebedürftig. Die Zahl der vital Bedrohten liegt allein in Deutschland bei einer Viertelmillion.

Nachdem die Informationen über die Epidemiologie von Schlaf/Wachstörungen über lange Jahre aus dem Ausland (Nordamerika, Skandinavien, Frankreich, Italien, Australien) stammten, konnten in jüngster Zeit auch von deutschen Autoren einige wichtige Arbeiten zur Epidemiologie von Schlaf/Wachstörungen vorgelegt werden. Übersichten hierzu finden sich bei:

- Schlafbeschwerden in West-Deutschland - eine Repräsentativumfrage. WMW 1994; 144 (Sonderheft): 62 - 73
- Dressing, Riemann: Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen. Kap. Epidemiologie, Klassifikationssysteme und Diagnostik der Schlafstörungen. S. 43 ff
- Schramm, Hohagen, Grashoff, Berger: -Strukturiertes Interview für Schlafstörungen nach DSM-III-R (SIS-D), Weinheim (1991)

Darüber hinaus enthält die internationale Klassifikation der Schlaf/Wachstörungen (ICSD) zu jeder Diagnose Prävalenzangaben, auf welche sich die American Sleep Disorders Association (ASDA) zusammen mit der European Sleep Research Society (ESRS) sowie der Japanese Society of Sleep Research (JSSR) und der Latin American Sleep Society (LASS) verständigt hat.

- International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy MJ, Chairman. Rochester, Minnesota: ASDA 1990. Allen Press Inc., Lawrence, Kansas.

Der nationalen und internationalen Literatur nach beträgt sowohl die Zahl der Patienten mit Insomnien als auch diejenige von Patienten mit Hypersomnien in den Industrieländern jeweils mehr als 5 % der Gesamtbevölkerung. Von der Insomniesymptomatik sind in erster Linie Frauen der höheren Altersgruppe betroffen, von der Hypersomniesymptomatik in erster Linie Männer der mittleren Altersgruppe.

Aus der Endokrinologie liegen gesicherte epidemiologische Informationen zur Jodmangelstruma und zum Diabetes mellitus vor, die eine hohe Prävalenz dieser endokrinen Störungen belegen. Darüber hinaus gilt, daß 10 % aller Paare im reproduktionsfähigen Alter eine behandlungsbedürftige Störung ihrer Fortpflanzungsfunktion aufweisen. Für die Osteoporose werden diese Daten in Kürze im Rahmen europäischer epidemiologischer Studien verfügbar sein, für die überwiegende Zahl der weniger häufig auftretenden Endokrinopathien liegen zur Zeit nur ungenügende epidemiologische Informationen vor.

Die Deutsche Gesellschaft für Diabetologie zitiert die Antwort der Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage:

"Umfassende und amtliche Statistiken zur Diabeteshäufigkeit liegen in Deutschland nicht vor. Aufgrund verschiedener Statistiken kann davon ausgegangen werden, daß in Deutschland 2,5 bis 4,3 % der Bevölkerung an Diabetes erkrankt sind. In der ehemaligen DDR ergaben Erhebungen für 1989 eine Häufigkeit von 4,1 % Diabetikern bezogen auf die Gesamtbevölkerung. In allen bisher in Deutschland durchgeführten Studien zur Anzahl der Diabetiker wurde nicht zwischen einem Diabetes mellitus Typ I und Typ II differenziert. Studien aus dem europäischen Ausland führten zu dem Ergebnis, daß weniger als 10 % aller Diabetiker dem Typ I zuzuordnen sind."

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention weist besonders auf die Daten zur Inzidenz von Herzinfarkt und von Krebs hin, und schließlich auch auf die nationalen Untersuchungssurveys von Basisdaten zur Prävalenz von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren. Hier bestehen vergleichbare Daten für spezielle Regionen der Bundesrepublik (Interventionsregionen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie). Ebenso liegen Informationen aus dem Gebiet der Rheumaepidemiologie vor, und schließlich natürlich die Daten zur behandelten Morbidität für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aus GKV-Statistik.

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie verweist auf ein Memorandum der Kommission zur regionalen rheumatologischen Versorgung (H.H. Raspe). In dieser Broschüre wurden die epidemiologischen Grundlagen, die Wertestandards und Anhaltzahlen der Versorgung sowie die Defizite der regionalen Versorgung dargestellt. Darüber hinaus gibt es nach Angaben dieser Fachgesellschaft gesicherte epidemiologische Informationen zur rheumathoiden Arthritis und zur Fibromyalgie.

Im Bereich der Nephrologie wird darauf hingewiesen, daß im Rahmen der European Dialysis Transplant Association eine regelmässige Längsschnitterhebung erfolgt, welche Daten über die Prävalenz und die Inzidenz der terminalen Niereninsuffizienz sowie der sie verursachenden Erkrankungen der Bundesrepublik liefert. Zur Zeit befindet sich eine nationale Datenerhebung verbunden mit weiteren Längsschnittuntersuchungen bei Dialyse- und Transplantationspatienten als "Qualitätssicherungsmaßnahme Nierenersatztherapie" mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit in Vorbereitung.

Auf dem Gebiet der Krebserkrankungen existieren einige Tumorregister, wie Krebsatlas BRD, Krebsregister Saarland, Hamburg, ehemalige DDR, aber leider keine für das gesamte Bundesgebiet epidemiologisch übertragbare Datensammlung. Die Bemühungen zur Errichtung eines nationalen Krebsregisters sind derzeit noch nicht in verbindliche Rechtsform umgesetzt worden. Hier besteht ein wesentliches Defizit.

Die Anwendung von Krebsregisterdaten anderer Staaten ist z.B. bei der zukünftig effektiven Bemessung der Auswirkung von Schadstoffbelastungen nicht übertragbar.

Im Bereich der Kardiologie gibt es weltweit zahlreiche epidemiologische Untersuchungen zur koronaren Herzkrankheit, zur Herzinsuffizienz und zu erworbenen Herzklappenerkrankungen. In erster Linie ist die Framingham-Studie und die Monica-Studie zu erwähnen. In diesen Studien liegen außerordentlich viele und umfangreiche Untersuchungen auch der Längsschnittkontrolle über viele Jahre vor.

Die Epidemiologie in der Chirurgie hat ihre Hauptschwerpunkte in der perioperativen Risikoanalyse (Inzidenz von Komplikationen, Tod und schlechten Endergebnissen von Operationen), in den Langzeitversagern von chirurgischen Eingriffen und in den Langzeitfolgeerkrankungen chirurgischer Maßnahmen. Wissenschaftlich nicht endgültig abgesichert, aber immer wieder diskutiert wird ein erhöhtes Risiko von Magenkarzinomen im resezierten Magen oder ein erhöhtes Risiko von kolorektalen Karzinomen nach Cholezystektomie. Gesichert sind z.B. eine erhöhte Mortalität von

Ulkuskranken mit Rezidivgeschwüren sowohl nach konservativer Langzeitbehandlung als auch nach selektiv-proximaler Vagotomie oder eine vermehrte Enzephalopathie bei Leberzirrhose nach porto-cavalem Shunt. Chirurgische Techniken im Gastrointestinaltrakt mit Langzeitfolgen haben zu Modifikationen dieser Techniken geführt, z.B. in der Form der Roux'schen Anastomose.

Ein weiterer Schwerpunkt chirurgischer Epidemiologie sind Erkrankungen, die überwiegend chirurgisch behandelt werden, z.B. die Malignome. Deshalb hat sich die chirurgische Forschung der Tumordokumentation auch besonders gewidmet, z.B. Hermanek in Erlangen. Mit dieser Dokumentation über mehr als 30 Jahre gelang es beim Kolonkarzinom, gesichertes Wissen über den Verlauf der Krankheit, sehr verschiedene und variable Metastasierungswege (z.B. im Ovar, in der Uterusschleimhaut oder in der Wirbelsäule) und über das Ausmaß der Differenzierung (grading) zu erhalten. Das Münchner Tumorzentrum hat vor allem gesicherte Erkenntnisse über die Verteilung von Tumoren in zentralen und peripheren Einrichtungen geliefert und damit differenzierte therapeutische Strategien möglich gemacht (Höltzel). Gesichertes Wissen wurde auch über die Interaktion der konservativen und operativen Fächer im Rahmen der DÜSUK-Studie beim blutenden Ulkus des Magens und Duodenums erhalten. Eine Kohortenstudie in 14 Krankenhäusern der Region wurde durchgeführt und wies eine nach wie vor erschreckend hohe Mortalität von 14 % bei der Ulkusblutung nach (Ohmann). Die Hannoversche Klinik für Transplantation klärte schließlich das erhöhte Karzinomrisiko verschiedener Organe nach Transplantationen auf (Pichlmayr).

Gesichertes Wissen hat heute weiterhin die endokrine Chirurgie mit molekularbiologischen Methoden erarbeitet: Die Gene für die MEN I und MEN II Syndrome wurden identifiziert und in ihren familiären Verteilungen analysiert (Wells, St. Louis).

In der Urologie gibt es folgende wissenschaftlich gesicherte epidemiologische Informationen:

- Urolithiasis

Art und Häufigkeit der Steine sind abhängig von:

Geographischer Verteilung (Steingürtel rund um die Welt)

Alter und Geschlecht der Steinpatienten gemäß dem chemischen Typ des Steines

Verteilung der Steine im Harntrakt

Saisonale Variationen und Häufigkeit der Rezidivsteine und der de novo-Steinbildung

Rasse und familiäre Prädisposition

Beruf und Lebensweise

Konstitution, psychologische Faktoren und Begleiterkrankungen

Harnsteine bei Kindern

- Andrologie

Gesicherte epidemiologische Informationen über die Häufigkeit bestimmter Krankheiten aus andrologischer Sicht liegen nur vereinzelt vor. Beispielhaft ist die Varikozele zu erwähnen. Es liegen Daten zur Häufigkeit einer Varikozele bei gesunden jungen Männern vor, valide epidemiologische Daten zum Vorkommen einer Varikozele bei Interferilität sind bisher nicht ausreichend erhoben worden.

- Infektiologie

Die Inzidenz von Harnwegsinfekten beträgt 4- 6,5% bei einer Prävalenz von 30 - 50 % je nach Lebensalter. Die Prävalenz von Harnwegsinfekten steigt um 1 % je Lebensjahrzehnt an.

- Psychosomatik

Gesicherte epidemiologische Informationen liegen nicht vor. Beispiele für einen psychosomatischen Ursprung einer Erkrankung sind

- das psychosomatisches Urogenitalsyndrom - Beckenbodenmyalgie (sog. Prostatodynie)
- die gestörte Erektion (erektiler Dysfunktion)
- die Reizblasensymptomatik der Frau
- die Rezidivneigung der Urethrocystitis der Frau
- Enuresis nocturna et diurna beim Kind

- Onkologie

Gesicherte epidemiologische Daten finden sich bei Urothelkarzinom der Harnwege.

In Abhängigkeit von den bekannten Karzinogenen findet sich ein häufigeres Auftreten bei Rauchern sowie bei Exposition zu bekannten Karzinogenen. Betroffene Arbeitsgruppen sind: Berufe in der

- Farbindustrie
- gummiverarbeitenden Industrie
- Gasproduktion in der Kohleindustrie
- Kammerjäger
- Laboratoriumsangestellte
- Aluminiumindustrie
- Textilfärbung und Textilindustrie
- Druckindustrie
- Kimonomaler, Friseur

Epidemiologisch bedeutsam ist das Vorliegen chronischer Infekte wie z.B. bei der Blasenbilharziose. Beim Prostatakarzinom liegen in Abhängigkeit von der Rasse und Geographie Unterschiede vor. Zu den anderen Tumorentitäten finden sich keine gesicherten epidemiologischen Prävalenzen.

- Benigne Prostatahyperplasie (BPH)

Epidemiologische Daten zur BPH-Häufigkeit in der Bundesrepublik liegen nicht vor.

Es lassen sich Daten aus den veröffentlichten Zahlen der schottischen BPH Screening-Studie (1991 und 1993) und der unveröffentlichten Screening-Studie aus Antwerpen auf die Bundesrepublik übertragen. Zwei Longitudinal-Studien zeigen, daß ab der 5. Lebensdekade eine operative Behandlung begonnen wird, die ihren Höhepunkt mit etwa 20 % um das 70. Lebensjahr erreicht.

- Traumatologie

Das stumpfe Nierentrauma ist die häufigste Nierenverletzung. Die penetrierende Nierenverletzung wird derzeit ganz selten mit 1:100 beobachtet. Dieses Verhältnis steht im Gegensatz zu den Angaben aus den USA, wo das penetrierende Nierentrauma in Form der Stich- und Schußverletzungen abhängig vom Traumazentrum mit einem Verhältnis von 1:3 bis 1:10 beobachtet wird. In mehr als 80 % dieser Verletzungen sind andere Organe mitbeteiligt, während bei stumpfen Nierentraumen nur in bis zu 40 % assoziierte Verletzungen vorliegen. Blasen- und Harnröhrenverletzungen treten vorwiegend bei Verletzungen des knöchernen Beckens auf und werden dabei mit einer Inzidenz von 15 bzw. 10 % angegeben.

- Harninkontinenz

5 % der Bevölkerung unseres Landes leiden an einer behandlungs- oder versorgungsbedürftigen Harninkontinenz. Es ist damit zu rechnen, daß weitere 5 % Dunkelziffer sind, so daß insgesamt mit einer Morbidität von 5 - 10 Millionen in unserem Lande gerechnet werden muß.

Sehr weitgehende epidemiologische und statistische Daten liefert das Fach Gefäßchirurgie. Diese Daten werden hier ausführlich dargestellt.

Gefäßchirurgie: Statistische und epidemiologische Daten

1. Allgemeines: Gefäßerkrankungen sind eines der vordringlichsten Probleme des Gesundheitswesens der westlichen Welt. Da Durchschnittsalter und die Lebenserwartung der Bevölkerung ständig ansteigen, kommt es immer häufiger zum Auftreten von degenerativen Erkrankungen. Bis zum Jahr 2040 wird mit einer Verdoppelung des Anteiles der über 60-jährigen (heute ca. 20 % der Bevölkerung = 3,42 Mill. EW) gerechnet. Eindeutig und unbestritten ist die erhebliche Zunahme von Gefäßerkrankungen mit zunehmendem Alter. Unter den Todesursachen stehen in Deutschland die Herz- und Gefäßerkrankungen mit 49 % an erster Stelle (Erhebung des Statistischen Bundesamtes 1989). Näher differenziert verstarben rd. 120.000 Menschen im Jahr 1989 an einer Gefäßerkrankung.

2. Periphere arterielle Verschlusskrankheiten der Becken-Beinarterien: Das Sozialmedizinische Institut der Universität Lübeck hat berechnet, daß die Häufigkeit der Verschlusskrankheiten an den Becken-Beinarterien bis zum Jahre 2000 bei Männern um 45 % und bei Frauen um 14 % zunehmen wird. Derzeit beträgt die Prävalenz peripherer arterieller Erkrankungen im deutschsprachigen Raum ca. 10 % (Mansky et al.: Einfluß demographischer Veränderungen auf Fallzahlen und Pflegetage hospitalisierter internistischer Patienten. DMW 1989). Nach epidemiologischen Studien der letzten 10 Jahre (zusammengefaßt bei F.G.R. Fowkes, European Journal of Vascular Surgery, 1988) ist bei Männern in Europa bis zum 45. Lebensjahr mit einer arteriellen Verschlusskrankungshäufigkeit an den Becken-Beinarterien von 2 % zu rechnen, bis zum 60. Lebensjahr nimmt die Erkrankungshäufigkeit auf 6 % zu und steigt im späteren Lebensalter auf ca. 20 % an (in NRW haben etwa 260.000 Männer, die älter sind als 45 Jahre, eine arterielle Verschlusskrankheit der Becken-Beinarterien). Bei Frauen kommt die Erkrankung ca. 5 Jahre später zum Ausbruch.

3. Verschlusskrankung der hirnversorgenden Arterien: Die Häufigkeit jährlicher Todesfälle als Folge arterieller Durchblutungsstörungen im Bereich der hirnversorgenden Arterien wird mit 90.271 angegeben (Statistisches Bundesamt 1989). Der Erkrankungsbefall im Gebiet der hirnversorgenden und der Aortenbogenarterien beträgt 430 bis 480 Patienten pro 100.000 EW (Bevölkerungsstudien in England, Wales, Norwegen und Österreich). Die Angaben von der Kopenhagen-Studie sowie aus Rochester/USA und Finnland liegen sogar noch etwas höher. Für Deutschland (alte Bundesländer) wurde eine Häufigkeit von 40.000 Patienten pro Jahr kalkuliert, welche eine akute Durchblutungsstörung des Gehirns durch Erkrankung der hirnversorgenden Arterien erleiden. In Schweden beträgt die Häufigkeit vorübergehender ischämischer Durchblutungsstörungen, welche als Vorboten des Schlaganfalles aufzufassen sind, 33 bis 45 Patienten pro Jahr pro 100.000 EW nach der Tromsoe-Studie (alle Angaben basieren auf Mitteilungen der European Working Group on Medical Angiology). Drei große, prospektiv randomisierte multizentrische Studien in den USA und Europa mit über 3.000 erfaßten Patienten haben zwischenzeitlich belegt, daß die chirurgische Beseitigung einer symptomatischen hochgradigen Einengung der hirnversorgenden Halsschlagadern im bisherigen Nachuntersuchungszeitraum von 2 Jahren 91 % der Patienten vor einem Schlaganfall bewahren kann, während die Behandlung ohne Operation in 26 % einen Schlaganfall nicht verhindern konnte, obwohl mit Aspirin therapiert wurde, d.h. die Schlaganfallsrate ohne Operation war dreimal so hoch wie die Schlaganfallsrate bei operierten Patienten. (NASCET-Studie, VA-Studie, European Carotid Trial). Für Patienten mit asymptomatischen hochgradigen Stenosen zeichnet sich bereits jetzt ein ähnlicher Trend ab, wenn diese Eingriffe von sehr erfahrenen Gefäßchirurgen in spezialisierten Abteilungen vorgenommen werden.

4. Aortenaneurysma (Krankhafte Erweiterung der Hauptschlagader): Mit Hilfe sonografischer Screening-Untersuchungen in der Bevölkerung sind die Häufigkeit, Größenzunahme und Rupturgefahr des Bauchaortenaneurysma heute bekannt. Die Todesursache durch Ruptur dieser Erweiterung hat in England und Wales in den letzten 30 Jahren um 384 % (dreihundertvierundachtzig!) zugenommen. Männer zwischen 65 und 74 Jahren haben eine Erkrankungshäufigkeit von 3,4 % . Bei Vorliegen des Risikofaktors "Bluthochdruck" fanden andere Studien eine Aneurysmahäufigkeit von 10,7 % und 12 % bei Männern über 65 Jahre (J. Collin, European Journal of Vascular Surgery, 1988).
Etwa 2,6 % aller Männer und 0,55 % aller Frauen älter als 60 Jahre sind in Deutschland von dieser Erkrankung betroffen. Dies entspricht einer Inzidenz von 213 Aneurysmakranken auf 100.000 EW. In NRW haben demnach ca. 7.000 Menschen eine krankhafte Erweiterung der Hauptschlagader. Von Männern älter als 60 Jahre versterben 2 % pro Jahr an einer Aneurysmaruptur, d.h., in NRW versterben ca. 1.000 Männer älter als 65 Jahre pro Jahr an einer geplatzten Hauptschlagader. Die Gesamtzahl der durch ein Aneurysma Verstorbenen in NRW liegt allerdings noch deutlich höher, da auch jüngere Männer und Frauen an einer Aneurysmaruptur versterben.
Aneurysmen mit einem Durchmesser von 5 cm haben ein jährliches Rupturrisiko von 4,1 %, solche > 7 cm von 19 % pro Jahr. Die Sterblichkeit an der Aneurysmenoperation beträgt hingegen bei geplanter Operation heute nur noch 1 bis 3,5 %, bei symptomatischen Aneurysmen 7 %, im Stadium der Ruptur allerdings 50 bis 70 % (Taylor et al., Annals of Vascular Surgery, 1986).
5. Verschlüßerkrankung der Nierenarterien: Zwischen 10 und 25 % aller Erwachsenen leiden an einem Bluthochdruck (Jugendliche 5 %, Kinder 1 bis 2 %) verschiedener Ursachen. Bluthochdruck ist neben Nikotin der wichtigste Risikofaktor für die Progression einer arteriellen Verschlüßerkrankung und der wichtigste Risikofaktor für die Progression der Aneurysmaerkrankung. 4 bis 5 % dieser Blutdruckpatienten haben als Ursache eine Verschlüßerkrankung der Nierenarterien und sind damit grundsätzlich gefäßchirurgisch heilbar. Unbehandelt führt die Verschlüßerkrankung der Nierenarterien bei 54 % der Patienten zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion bis hin zum Nierenversagen (V. Chiantella, R. Dean: Basic data related to clinical decision making in renovascular hypertension, Annals of Vascular Surgery 1988).
Einengungen an den Nierenarterien kommen im Rahmen der Arteriosklerose mit einer Inzidenz von 5 % bei über 60-jährigen und in 10 % bei über 65-jährigen vor. In welcher Häufigkeit im Spontanverlauf ein Bluthochdruck und/oder ein Nierenversagen als Konsequenz davon entsteht, ist epidemiologisch noch nicht bekannt. An der Universität Düsseldorf hat sich die Häufigkeit der Wiederherstellungsoperationen an den Nierenarterien in den letzten 10 Jahren verzehnfacht.
6. Venenerkrankungen: Im deutschsprachigen Raum wurde die Prävalenz oberflächlicher und tiefer Venenerkrankungen mit 30 % berechnet (Baseler-Studie), 1 Mill. Menschen leiden in Deutschland an den Folgen einer tiefen Venenthrombose. Während die Thrombosehäufigkeit bei Patienten nach operativen Eingriffen durch die Thromboembolieprophylaxe deutlich abgenommen hat, hat die Inzidenz der Spontanthrombosen bei Jugendlichen (Pille) und bei Erwachsenen aus unbekanntem Gründen weiter zugenommen. 2,5 bis 5 % der USA-Bevölkerung leiden an den Folgen einer tiefen Venenthrombose, 630.000 EW erleiden jährlich eine Lungenarterienembolie, davon in 10 % mit tödlichem Ausgang (G. Patrick Clagett: Basic Data Related to Venous Thromboembolism. Annals of Vascular Surgery, 1988).

Seltenere Erkrankungen betreffen die Hauptschlagader im Brust- und gleichzeitig im Bauchbereich, die Aortenbogenarterien, die schädelbasisnahe Hirnschlagader, deren Prävalenz zwar bislang nicht untersucht wurde, aber im Rahmen der Gesamtzunahme arterieller Krankheiten anzunehmen ist.

7. Entwicklung in der sogenannten Basisversorgung von Gefäßpatienten: Nach einer Umfrage der Europäischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie in 21 Ländern (433 Mill. EW) ergibt sich ein Bedarf von 1.700 Gefäßoperationen pro 1 Mill. EW (H.O. Myhre, *European Journal for Vascular Surgery*, 1989). Eine Umfrage der Vascular Surgery Society of Great Britain and Ireland in England und Skandinavien ergab eine Operationsinzidenz von 1.000 wiederherstellenden Eingriffen am Gefäßsystem pro 1 Mill. EW in den betreffenden Ländern. In NRW werden zur Zeit unter Zugrundlegung der gefäßchirurgisch betriebenen Betten (ca. 1.000) jährlich zwischen 15.000 und 18.000 Gefäßoperationen durchgeführt, der Bedarf liegt aber nach den vorgenannten statistischen Daten schon heute bei 28.900 Gefäßoperationen pro Jahr.

Aus den Erhebungen der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie aus den Jahren 1984 und 1989 in den alten Bundesländern geht ein Anstieg gefäßwiederherstellender Operationen von 67 % hervor (Steigerungsraten: hirnversorgende Arterien 70 %, Wiederherstellung der Hauptschlagader wegen Verschlusskrankheiten 33 %, Wiederherstellung der Hauptschlagader wegen Aneurysma 150 %, Wiederherstellung im Bereich der Becken-Beinarterien 60 %, Venenchirurgie 60 %, Notfallingriffe 80 %; Quelle: H.M. Becker, 1991). Damit haben sich auch für Deutschland die Daten aus der Studie von I. Rutkow und C. Ernst bestätigt, die in den USA zwischen 1979 und 1985 eine Zunahme der gefäßchirurgischen Eingriffe um 53 % festgestellt hatten (An analysis of vascular surgical manpower requirements and vascular surgical rates in the United States, I. Rutkow und C. Ernst, *Journal for Vascular Surgery in the United States: Report of the Joint Society for Vascular Surgery - International Society for Cardiovascular Surgery Committee on Vascular Surgical Manpower*, C. Ernst, I. Rutkow, R. Cleveland, R. Folse, G. Johnson und James C. Stanley, *Journal for Vascular Surgery*, Dezember 1987).

Die Qualitätsansprüche sind innerhalb der Gefäßchirurgie im nationalen und internationalen Vergleich erheblich gestiegen, weil der Gefäßchirurg häufig prophylaktisch zur Vermeidung von Gefäßkomplikationen tätig wird und damit die gefäßchirurgische Morbidität und Letalität den Spontanverlauf signifikant unterschreiten muß, um den Patienten eine bessere Prognose zu geben. Um den heute erforderlichen Standard in der Gefäßchirurgie zu gewährleisten, bedarf es eines beträchtlichen Aufwandes an intraoperativen Überwachungsmaßnahmen, postoperativer Intensivtherapie, äußerst erfahrener Anästhesie und langjähriger gefäßchirurgischer Erfahrung mit perfekter Operationstechnik. Daß dieser Aufwand in kleineren Behandlungseinheiten sowie im Zusammenhang mit anderen chirurgischen Abteilungen gewährleistet werden kann, muß entschieden verneint werden. Als weiteres Beispiel für die immer strenger definierten Qualitätsnormen ist die prophylaktische Chirurgie abdomineller Aortenaneurysmen zu nennen. Nach heutigem Kenntnisstand besteht eine eindeutige Operationsindikation bei asymptomatischen Aneurysmen mit einem Durchmesser > 5 cm sowie bei allen symptomatischen Aneurysmen, auch kleineren Ausmaßes.

Als Qualitätsstandard gilt heute eine Operationssterblichkeit unter 5 %. Um diesen Standard zu gewährleisten, müssen Chirurgie, Anästhesie und Intensivmedizin höchstes Niveau bieten. In diesem Zusammenhang belegen Untersuchungen von Pilcher (1980) den eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Erfahrungsstand des jeweiligen Therapeuten bzw. der Therapiesituation und der Häufigkeit von Behandlungskomplikationen. So fand sich in dieser Studie im Vergleich zwischen erfahrenen und weniger erfahrenen Therapeuten eine Steigerung des Morbiditätsrisikos von 10 % (7 % erfahren, 17 % weniger erfahren). Neben der hieraus resultierenden bedenklichen Gefährdung der Patienten sind auch die wirtschaftlichen Folgen beachtlich. So hat Bengmark (1989) festgestellt, daß Behandlungskomplikationen eine Kostensteigerung um das 8- bis 20fache bewirken. Die gleiche Entwicklung wurde kürzlich aus England berichtet, von 1982 bis 1987 wurden im Swindon Health District 197 Patienten mit geplatzter Bauchschatlagader diagnostiziert. Die Gesamtsterblichkeit betrug 86 %, obwohl die Hälfte der Patienten noch den Operationstisch erreichte. In der gleichen Zeitperiode betrug die Sterblichkeit einer Nichtnotfall-Aneurysmaoperation nur 3,3 % (J. Budd et al.: A study of the

mortality from ruptured abdominal aortic aneurysms in a district community, European Journal Vascular Surgery, 1989). Im eigenen Krankengut betrug der durchschnittliche Aufenthalt von Patienten mit einer elektiven (geplanten) Aneurysmaoperation auf der Intensivstation 0 bis 1 Tag, bei Patienten mit Ruptur 10 Tage. Die ermittelten Kliniks- und Behandlungskosten betrugen bei Noteingriffen für Aneurysmapatienten das 10- bis 30fache im Vergleich zum Wahleingriff. Bei rechtzeitiger Behandlung würden 90 % dieser Patienten noch leben und dieses Ergebnis wäre mit wesentlich geringeren Kosten erreicht worden.

Die vorgenannten repräsentativen Beispiele mahnen zur kritischen Auswahl fallbezogener Therapiekonzepte und zur Transparenz der Behandlungsergebnisse; Forderungen, die ohne Zentralisation der angiologischen Therapieverfahren im Rahmen eines Gefäßzentrums nicht zu erfüllen sind.

In der Kinderchirurgie liegen epidemiologische Daten vor über die bisher publizierten Perinatalstudien (Ärztammer Bayern, Westfalen-Lippe, Niedersachsen). Epidemiologische Daten gibt es ebenfalls, allerdings nicht lückenlos, für die Onkologie. Ein Register für die zahllosen Fehlbildungen ist bisher noch nicht angelegt worden.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie gibt epidemiologische Daten über die Häufigkeit folgender Krankheitserscheinungen an:

- Co-Morbidität und Anästhesierisiko
- Halothantoxizität
- Maligne Hyperthermie
- Postspinaler Kopfschmerz
- Häufigkeit nosokomialer Infektionen
- Entstehung von Streßulcera unter Intensivtherapie
- Akutes Lungenversagen nach Traumen und Operationen
- Aspirationshäufigkeit während Narkosen (insbesondere in der Geburtshilfe)
- Anteil multimorbider Patienten am Gesamtpatientengut
- Cholinesterasemangel
- Porphyrie

In der Kieferchirurgie gibt es ausführliche Informationen entsprechend der zentralen Erfassung von Tumoren und auch entsprechend der systematisierten Erfassung von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten.

Aus der Phlebologie wird eine Punktprävalenz venöser Ulcera cruris zwischen 0,06 und 1 % angegeben. Der Gipfel der Prävalenz liegt im 70. Lebensjahr.

Epidemiologische Daten in der Gynäkologie und Geburtshilfe gibt es als Statistik des insulinpflichtigen Diabetes in der Schwangerschaft, Statistik des Gestationsdiabetes, Urogynäkologische Probleme, Zunahme der gynäkologischen Alterserkrankungen, Hormone und Karzinomhäufigkeit, als Perinatalstatistik, als Krebsregister und zur Estrogen-Substitution in der Menopause in der Beziehung zum Endometriumkarzinom.

Die Psychiatrie verfügt über präzise Informationen über die Epidemiologie psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Es besteht eine leichte Zunahme der Erkrankungen bei neurotischer Struktur und ein weitgehendes Stagnieren der sogenannten endogenen Psychosen. Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere von Drogen, nehmen ebenso wie Suizide im Alter zu.

Nach epidemiologischen Untersuchungen im Bereich der Gerontopsychiatrie treten psychische Erkrankungen bei den über 65-jährigen mit einer Prävalenz von 25 - 30 % auf, davon senile Demenzen in der 7. Lebensdekade in einer Häufigkeit von 5 %, in der 8. Lebensdekade von 10 % und in der 9. Lebensdekade von 20 %. Die senile Demenz vom Alzheimer-Typ macht dabei sicherlich mehr als 2/3 der Fälle aus. Im Moment rechnet man im Bereich der alten Bundesländer mit einer Zahl von 1 Millio-

nen von dieser Krankheit betroffenen Menschen. Vaskuläre oder Multi-Infarkt-Dezemenzen machen allein oder gemischt mit dem Erstgenannten etwa 1/4 der Fälle aus. Depressionen im höheren Lebensalter kommen nach verschiedenen Studien in unserem Kulturkreis in 10 - 20 % der Bevölkerung vor. Beachtenswert ist auch die insgesamt große Diagnosegruppe der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (über 10 % der Gesamtprävalenz), die den hohen Psychotherapiebedarf in dieser Altersgruppe untermauern. Bedeutsam ist die höhere Suizidrate bei Depressionen im höheren Lebensalter im Vergleich zu den jüngeren und mittleren Jahren, hier insbesondere die höhere Suizidalität älterer depressiver Männer. Hier kommen auf vier Suizidversuche ein gelungener Suizid (in jüngeren Jahren 20 : 1). Die Suizidrate der Bevölkerung über 65 Jahren ist doppelt so hoch wie die der jüngeren Erwachsenen.

In der Neurologie gibt es Feldstudien zur Multiplen Sklerose, Hirn-Kreislauf-Krankheiten und Myopathien sowie zur Chorea Huntington und zum Morbus Parkinson. Schließlich gibt es noch epidemiologische Informationen über die Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen bei körperlichen Krankheiten (unter anderem Rheuma, chronischer Schmerz), Ausschluß der Hypothese spezifischer Persönlichkeitsstrukturen bei bestimmten Krankheitsbildern etc.

Von den Psychotherapeutischen und Psychoanalytischen Fachgesellschaften wird auf Resultate aus Studien von Schepank (1987), Dilling (1984) und auf die Expertenkommission der Bundesregierung (1989) hingewiesen.

Im Psychotherapiegutachten von Meyer (1992) wird von etwa 25 - 30 % behandlungsbedürftigen psychogenen Störungen in der Bevölkerung ausgegangen. Die "Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie" bereitet zur Zeit eine Studie in den Frauenarztpraxen zur "Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen in der Frauenheilkunde" vor.

Ähnliche Angaben kommen aus dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin. Hier wird besonders das Psychotherapiegutachten von Meyer (1992) hervorgehoben, circa 25 - 30 % der Bevölkerung habe behandlungsbedürftige psychogene Störungen.

In der Kinderheilkunde gibt es die bundeslandbezogenen perinatal-neonatalen Erhebungsbögen mit entsprechenden epidemiologischen Auswertungen. Epidemiologische Informationen zu einzelnen Krankheiten in der Kinderheilkunde sind derzeit noch selten, weil die Epidemiologie in der Pädiatrie noch keine angemessene Rolle spielt. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde hat jedoch eine Überwachungsstelle für die Erhebung seltener Krankheiten in ganz Deutschland, die seit einem Jahr mit einer Responstrate von über 90 % in der Lage ist, frisch auftretende seltene Krankheiten innerhalb weniger Wochen zu erfassen. Das System wurde von der British Paediatric Association übernommen und hat sich ebenfalls nach Holland ausgedehnt.

Ganz allgemein findet sich in der Pädiatrie in fast allen Bereichen, daß auch dort, wo anerkannte präventive Verfahren zur Anwendung kommen, diese in vielen Fällen auf überwiegend klinischer Erfahrung basieren, nicht aber durch epidemiologische Untersuchungen hinreichend abgesichert sind. So leiten sich aus Kenntnissen über die Ausbreitung von Atemwegsinfektionen dringende Fragen nach ihrer Prävention ab, die nur durch groß angelegte epidemiologische Untersuchungen zu klären sind und damit die erforderliche Prävention auf eine gesundheitspolitische angemessene Position anheben würden. Auch die kritische Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten einer ausreichenden Erfassung und epidemiologischen Bearbeitung angeborener Fehlbildungen, die modellhaft bereits überzeugend realisiert werden, deuten auf ein erhebliches Defizit in den Möglichkeiten zur Durchführung sinnvoller epidemiologischer Untersuchungen hin.

Dabei ist ausdrücklich hervorzuheben, daß die Verfahren und Maßnahmen der Epidemiologie als gesichert gelten, daß sie aber in der Kinderheilkunde nur unzureichend eingesetzt werden, weil es für die pädiatrische Epidemiologie keine geeigneten Ausbildungsstätten gibt und weil im Bereich der Pädiatrie die Personalstrukturen für ihre Umsetzung weitgehend fehlen.

Mit Unterstützung des Institutes für Epidemiologie (ehemals Bundesgesundheitsamt) hat die Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie am Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin ein Deutsches Zentralregister für kindliche Hörstörungen eingerichtet. U. a. ist die Aufgabe dieses nationalen Registers die epidemiologische Erforschung kindlicher Hörstörungen. Hochgradige Schallempfindungsschwierigkeiten im Kindesalter treten mit einer Häufigkeit von 1 : 1.000 in Deutschland auf. Auf Grund höherer Überlebenschancen durch verbesserte intensivtherapeutische Maßnahmen nimmt die Zahl der Erkrankten zu. Angestrebt wird die Sicherstellung der notwendigen ätiologischen Abklärung der Hörstörung, die frühzeitige Diagnostik und Therapie einschließlich einer Hörgeräteversorgung innerhalb der ersten 3 Lebensmonate bei konnatal bestehenden Hörstörungen.

In der Neuropädiatrie gibt es darüber hinaus epidemiologische Kenntnisse über einzelne seltenere Erkrankungen wie z.B. Lyme-Borreliose etc.

Die Deutsche Röntgen-Gesellschaft (diagnostische Radiologie - pädiatrische Radiologie) verfügt über epidemiologische Informationen über Hüftfehlbildungen sowie Nieren- und Hirnanomalien anhand von sonographischen Screening-Untersuchungen bei Säuglingen. Darüber hinausgehende epidemiologische Daten liegen offenbar nicht vor.

Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin macht darauf aufmerksam, daß selbstverständlich über alle in der Berufskrankheitenliste aufgeführten Erkrankungen gesicherte epidemiologische Kenntnisse vorliegen.

Die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie berichtet, daß bei den verschiedenen Referenzlaboratorien, die sich mit der epidemiologischen Erfassung von Infektionskrankheiten beschäftigen, auch entsprechende Informationen vorliegen (z.B. für praktisch alle wichtigen Virusgruppen etc.). Auch transfusionsmedizinisch werden alle relevanten Virusparameter regelmäßig ausgewertet, insbesondere für Hepatitis, AIDS und Syphilis.

Die hohen Leistungen der Akutmedizin dürfen nicht verkennen lassen, daß chronische Erkrankungen und Defektzustände häufig gerade das Ergebnis dieser Leistungen sind. In der Bundesrepublik werden inzwischen Aufwendungen von etwa 10 Milliarden DM für medizinische Rehabilitation registriert. Man muß davon ausgehen, daß es in der Bundesrepublik 6.384.348 Schwerbehinderte gibt (= 8 % der Bevölkerung). So ist nahezu jeder 12. Bundesbürger Schwerbehindert. Der Hauptanteil von über 80 % schwerster Behinderungen sind allgemeine Krankheiten. Dafür wurden 1991 1,66 Millionen Rehabilitationsmaßnahmen abgegeben. Laut Statistischem Bundesamt entfielen davon 74 % auf die Medizinische Rehabilitation. Deutschland liegt mit 1,7 Rehabilitationsbetten pro 1.000 Einwohner an der Spitze aller Europäischen Länder. Vergleichsweise bieten die Niederlande und Schweden nur 0,3 bzw. 0,1 Bett pro 1.000 Einwohner.

Weiter ist in diesem Zusammenhang festzustellen, daß die Medizinische Rehabilitation praktisch nur außerhalb des Akutkrankenhauses geleistet wird, das bedeutet, daß während des Entstehens von Schäden und Behinderungen in der Frühphase die Chancen eines frühen rehabilitativen Eingriffes durch den Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin nicht wahrgenommen wird.

Die Folge sind oft lebensgefährliche Komplikationen sowie irreparable Einbußen. Schwer wiegen auch Frustration und Resignation der betroffenen Patienten. Eine Studie, welche 1.350 Krankenhäuser, 400 Reha-Kliniken und 1.000 Sanatorien erfasste, hat ergeben, daß die dort ausgewiesenen 3.750 Abteilungen physikalische Therapie nur in zu 70 % ärztlich angeleitet waren. Es ist allgemein bekannt, daß diese Ärzte im allgemeinen nicht über die erforderliche fachliche, insbesondere methodische Qualifikation verfügen, so daß physikalische Medizin in weiten Bereichen nur mit geringer Qualität und weitgehend unkontrolliert verordnet wird und damit der Rehabilitationsprozess erhebliche Defizite aufweist.