

# DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



## Alte Menschen

Alte in der BRD – Frau B. wird  
in der Anstalt sterben  
Alte Menschen in Heimen  
Beruf: Altenpfleger  
Die Rebellion der Alten läuft

## Ambulante Geburt

## Ärzte im Libanon

Skandal  
im Bundesgesundheitsamt?

Pharma-Seminar DG

# 6/82

# der kommentar

## Die Ausbeutung der Alten

Von Norbert Andersch

Mit den alten Menschen wird in der Bundesrepublik wieder gerechnet. Und zwar in Bonn. Weil es Millionen sind, ist bei ihnen noch was zu holen. Selbst wenn die Renten noch so niedrig sind – 6 Millionen unter 600 DM monatlich –, so reicht es noch allemal für eine Kürzung. „Solidaritätsbeitrag“ nennt man das. Die Alten werden natürlich nicht gefragt. Und über ihre Proteste setzt man sich hinweg. – Sie haben außer Wut, Protest und Enttäuschung auch wenig in der Hand. Denn aus dem Produktionsprozeß sind sie raus. Unter Druck setzen können sie allein kaum noch jemand. – Daß sie ihre Rente erarbeitet haben, wird in einer Propagandafut vergessen gemacht. Heutzutage wird Rente nur noch „gewährt“. Die Alten können dankbar sein, daß sie überhaupt noch was kriegen.

Diese Aktion wurde in Bonn gut geplant. Man hat genau kalkuliert und auch die Gegenwehr ausgelotet. Eine umfangreiche Studie (Altwerden in der BRD – 1982) von der Bundesregierung bestellt, bestätigte dann auch, daß alte Menschen vorwiegend ihre Ruhe wollen; daß sie Konflikte scheuen, daß sie nach einem anstrengenden Leben oft nicht mehr so kämpferisch sind oder einfach keine Kraft mehr haben; daß sie nur schlecht organisiert sind, keine Lobby in Bonn besitzen und nur wenig Druckmittel gegen Repressalien in der Hand haben.

Ein idealer Ansatzpunkt, um mit dem sozialen Kahlschlag zu beginnen. Der Solidarität eines Teils der Gewerkschaften hatten sich damals leider nicht die Alten, sondern die SPD/FDP-Bundesregierung versichert. So dümmert es jetzt reichlich spät vielen Arbeitern und Angestellten, daß rechtzeitige Solidarität mit den Alten gegen Rentenkürzung besser als falsche Solidarität mit Helmut Schmidt auch im **eigenen** Interesse gewesen wäre.

Denn auf der gleichen Linie – ganz ohne die ominöse „Wende“ – macht Arbeitsminister Blüm weiter. Die Kürzungen bei den alten Menschen nimmt er zum Anlaß, bei Arbeitern und Angestellten jetzt besonders kräftig hinzulangen. Aus purer Gerechtigkeit, denn, wer – so Blüm – könne den sozial Schwächsten eine solche Last zumuten, wenn nicht auch die anderen zu ihrem „Solidaritätsbeitrag“ bereit seien?

Daß es sich bei dem gesamten Manöver um eine recht plumpe Umverteilung zugunsten des Rüstungshaushalts handelt, ist so manchem Gewerkschaftsfunktionär seltsamerweise erst nach dem Regierungswechsel aufgefallen, obwohl die CDU nicht so viel mehr getan hat, als das fortzusetzen, was die letzte Regierung begonnen hatte.

„Wacht auf, wacht auf – seid nicht die dummen Alten!“ Diesen Spruch hatten die „Grauen Panther“ ihren Altersgenossen bei einer mutigen Aktion gegen die Kürzung des Taschengeldes für Heimbewohner zugerufen. Es wäre für den sozialen Besitzstand der Alten und der Lohnabhängigen gut gewesen, wenn damals nicht nur die Altenorganisationen, sondern noch einige andere



Großverbände früher „aufgewacht“ wären. Denn spätestens heute ist klar, daß die Kürzungen, die zuerst die Alten trafen, jetzt auf uns zukommen.

Schon bei den Rentenbeschlüssen und den Taschengeldkürzungen wußten die „Volksvertreter“ in Bonn, daß jede Mark, die aus dem Sozialetat in den Rüstungshaushalt geht, keine Katastrophe verhindert, sondern neue schafft. Nicht nur langfristig militärisch, sondern Tag für Tag. In Krankenhäusern und Altenheimen, bei den Schwachen und Pflegebedürftigen spielen sich soziale und persönliche Tragödien ab; werden Menschen zugrunde gerichtet, weil ihnen das wenige Geld fehlt, das an anderer Stelle für Kriegsvorbereitung und Rüstungsprofite zum Fenster hinausgeworfen wird.

Der Schwerpunkt dieser Ausgabe, der helfen soll, die notwendige Solidarität mit den Alten zu verstärken, kann sich nicht mit den vielen Einzelschicksalen beschäftigen. An dieser Stelle sei aber schon auf die Dokumentation über Alten- und Pflegeheime in der Bundesrepublik hingewiesen, die in diesem Monat noch im päd-extra-Verlag erscheint und das oft jämmerliche Los alter Menschen beleuchtet.

Die Entwicklung der letzten zwei Jahre zeigt in eindrucksvoller Weise die Verkommenheit politischen Denkens und die heuchlerische Verlogenheit der Bonner Parteien.

Als Ronald Reagan vor Jahresfrist klipp und klar „Rauf mit der Rüstung, runter mit dem Sozialetat“ forderte, wiesen ihn Sozialpolitiker aller großer Parteien verbalradikal in die Schranken.

Wie sieht es heute aus? Zugunsten höherer Rüstungslasten gibt es auch bei uns bald nur noch „Ketchup und Käse“ statt „Essen auf Rädern“, „Anschlüssen“ statt Betreuen, „Altenelend“ statt Alter in Sicherheit und Frieden.

Bei uns nennt man das dann allerdings: Beschneidung von Anspruchsdenken, Anstoß zur Selbsthilfe, Sanierung des sozialen Netzes, „Solidaritätsbeitrag“. ... Es ist eine deutsche Kunst, besonders üble Methoden mit besonders wohlklingenden Namen zu versehen.

Wenige Tage, nachdem der amerikanische Präsident 1 Milliarde Dollar aus dem Haushalt für Alte und Sozialhilfeempfänger gestrichen hatte, gab er und seine Frau eine Galadiner: zugunsten verarmter alter Menschen und Sozialhilfeempfänger. Der Erlös waren stattliche 500000 Dollar.

Unter dem dicken Strich blieben für die Alten 999500000 Dollar weniger als bisher. Dafür mußten sie ein demütiges „Danke-schön“ für den Erlös des Prominentengelages aufsagen. So werden soziale Rechte zu Almosen. Und wir sind in diesem Falle – trotz des ganzen „Drumherumgelabers“ – in der Bundesrepublik auf dem besten Weg zu ebensolchen Verhältnissen.

# IMPRESSUM

## Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Langenberg), Christina Pötter (Giessen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Barbara Wille (Göttingen), Erich Wulff (Hannover).

## Redaktion:

**Aktuelle Gesundheitspolitik:** Detlev Uhlenbrock, Peter Walger; **Gesundheitsversorgung:** Gregor Weinrich, Uli Menges; **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch; **Pharma- und Geräteindustrie:** Ulli Raupp, Norbert Altaner; **Umwelt:** Uwe Schmitz; **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht, Edi Erken; **Ausbildung:** Eckard Müller, Peter Liebermann; **Internationales:** Gunar Stempel, Felix Richter; **Frauenprobleme:** Ulla Funke; **Pflegeberufe:** Peter Liebermann; **Historisches:** Helmut Koch; **Kultur und Subkultur:** Helmut Copak

Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

Namentlich gezeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder und stellen nicht unbedingt die Meinung der Redaktions dar.

Die Redaktion bittet die Leser um Mitarbeit, kann aber für unverlangt eingesandte Manuskripte keine Haftung übernehmen.

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

**Redaktionsanschrift:** „Demokratisches Gesundheitswesen“, Postfach 101 041, 4100 Duisburg 1.

**Redaktionskonto für Spende:** Sonderkonto Norbert Andersch PSK 154 20-430 PSA ESN

**Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung:** Ullrich Raupp, Willi-Hölscher-Weg 7, 4400 Münster, Tel. (0251) 79 1755

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint zweimonatlich bei: Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 36 40 51, Konten: Postscheckamt Köln 65 14-503, Stadtparkasse Köln 106 522 30 (für Abo-Gebühren).

Abonnementsrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Ausstellung zu begleichen. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres eine Kündigung zum Jahresende beim Vertrieb eingegangen ist.

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Köln. Bei Nichterscheinen durch höhere Gewalt kein Entschädigungsanspruch.

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 6/82: 8.10.1982, für Nr. 1/83: 8.12.1982.

Graphik: Christian Paulsen,

Layout: Peter Liebermann, Uwe Schmitz, Norbert Andersch, Eckard Müller

Titelbild: Arbeiterfotographie Marburg

Satz und Druck: Druckerei und Verlag Locher GmbH, 5000 Köln 51.

JSSN: Nr. 0172-7091



**Wenig Grund zum Optimismus haben die alten Menschen in der BRD. Die Regierung Kohl setzt verschärft fort, was SPD/FDP begonnen haben. Soziale Rechte – hart erkämpft und erarbeitet – werden zu Almosen degradiert. Unser Schwerpunkt ab Seite 8.**



Gerne würden wir uns die Berichte über üble Praktiken der Pharmaindustrie sparen – aber dort macht man keine Pause. Wie richtig wir mit unserem Seminar über die Pharmaindustrie lagen (Dokumententeil), beweisen die neuen Skandale um Coxigon (S. 32) und um das Bundesgesundheitsamt (S. 34).



**Der Massenmord an palästinensischen Flüchtlingen war weniger ein einmaliger Exzeß als die logische Folge einer konsequenten Vernichtungspolitik der Regierung Israels gegenüber den ehemaligen Bewohnern seines jetzigen Staatsgebietes. Wie die Israelis dabei schon vor dem Massaker arbeiteten, lesen Sie auf den Seiten 26–29.**

# DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-  
UND SOZIALBERUFE

## Inhaltsverzeichnis:

6/82

## Kommentar

von Norbert Andersch

## Alte Menschen

Hoffentlich werden wir alt und bleiben gesund	8
Trautes Heim? Glück allein?	10
Ängste werden durch skandalöse Zustände erzeugt	11
Beruf: Altenpfleger(in)	12
Hinter Bismarck zurück:	
Beitragsfreie Krankenversicherung der Rentner beseitigt	14
Über das Elend von alten Menschen in Helmen	16
Ältere Arbeitnehmer in der Wirtschaftskrise	18
Alltagserfahrungen alter Menschen beim Arzt und im Krankenhaus	20

## Gesundheitsversorgung

Ambulante Geburt – Fortschritt, Alternative oder Resignation?	21
---	----

## Gesundheits- und Sozialpolitik

Lieber reich und gesund als arm und krank	40
---	----

## Pharma- und Geräteindustrie

Unwissenschaftlich und fahrlässig:	
Die Zulassungspraxis des Bundesgesundheitsamtes im Fall Coxigon	32
Staatliche Aufsicht und private Interessen	34

## Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen

„... wenn sonst die Patientenversorgung nicht sicher gestellt wäre...“	30
--	----

## Ausbildung

ÖTV: Vorschläge zur ärztlichen Ausbildung	24
4. AO-Novelle erst im Herbst '83?	25
Schon wieder ein Skandalphysikum	25

## Dokumente

Referate des DG-Pharmaseminars vom 17. 6. 1982 in Bonn:	
– Arzneimittelmarkt und Krankenkassen	I
– Staatliche Aufsicht über den Pharmamarkt	III
– Gewerkschaft kontra Pharmakonzerne?	IV
– Pharmakotherapie und Wissenschaftler	VI
– Zur Durchsetzung einer rationellen Pharmakotherapie	IX
– Pharmakritik und Medien	XI
– Aktionen gegen Pharmawerbung	XII

## Rubriken

Leserbriefe	2
Aktuelles	4
Verschiedenes	7
Kongreßberichte	37
Buchkritik	38



# Leser-Briefe



## Alternativ-Medizin 5/82

Ich beziehe das DG seit der ersten Ausgabe; ich fand und finde die Idee einer solchen Zeitung echt gut, habe selbst auch schon mal einen Artikel geschrieben (vom regionalen Gesundheitstag in Ulm). Einiges in DG 5/82 war so dumm-dreist, daß es nicht unkommentiert bleiben darf.

1. Die Berliner Gerichtsmediziner bezeichnen Akupunktur einfach als teures Placebo und werfen diese Methode in die gleiche Kiste mit Fernheilungen über den Geist irgendwelcher Großmütter. So einfach geht's nicht! Daß der Wirkungsmechanismus von Akupunktur nach unserem Verständnis ungeklärt ist, bedeutet noch lange nicht ihre Wirkungslosigkeit. Schließlich werden täglich zig-tausendfach hochwirksame Mittel (z.B. Narkose-Medikamente) verwandt, deren genauer Wirkungsmechanismus an der (Nerven-)Zelle völlig unklar ist. Der Artikel erweckt den Eindruck von Objektivität und Endgültigkeit, insbesondere durch Zitate namhafter Institute. Es gibt andere namhafte Institute von Uni-Kliniken, deren langjährige Forschungen und Erfahrungen für das Gegenteil sprechen. Stellt doch die Sache so dar: umstritten, unklar aber auf alle Fälle wert, weiter verfolgt zu werden!

2. Mir geht es wahrscheinlich wie Euch: Von und über Marx habe ich viel gelesen, von und über Steiner wenig; und das ist gut und richtig so. Trotzdem erscheint mir Euer Artikel über die Herdecke-Uni eine Frechheit. Ihr stellt selbst die Vorzüge der Herdecker Medizin ganz gut raus und beschreibt auch die guten Ansätze des neuen Medizinstudiums dort (Praxisbezug, Kontakt zu Patienten...) und laßt die „Privat-Uni“ dann doch im Urteil über die Klinge springen. Ich teile Eure konkreten Kritikpunkte. (z.B. fehlende studentische Mit- und Selbstbestimmung, für die ich auch während meines Medizin-Studiums gekämpft habe), trotzdem glaube ich, daß wir in den nächsten Jahren viel von dieser Uni lernen werden, wie wir auch vom Herdecker Krankenhaus trotz aller Kritik viel gelernt haben.

Wahrscheinlich haben wir die gleiche konkrete Utopie: Ein praxisbezogenes, an Patienteninteressen orientiertes Medizinstudium mit demokratischen Strukturen, bei dem neben „Anatomie des Bewegungsapparates“ oder „Pathophysiologie der Leberzelle“ auch „Rolle der Pharma-Industrie“ und „Geschichte des Gesundheitswesens (Volksambulanzen etc.)“ gelehrt und gelernt wird. Es ist eben nicht (noch nicht?) gelungen, die staatlichen Universitäten so zu gestalten; auch eine „private“ Initiative in dieser Richtung ist nicht in Sicht. Wer sollte es auch vorbereiten und durchsetzen?! – Das ist nämlich der springende Punkt: Die Arbeiterklasse läßt sich nämlich seit der Zerschlagung ihrer

Tradition und ihrer Organisationen durch die Nazis ziemlich gut und fast konfliktlos mit Valium und Ford-Capri ruhigstellen. Solange die Linke im DGB so schwach ist, daß auch in den nächsten Jahren außer 5 %-Lohnforderungen und Neue-Heimat-Trabantenstädte wenig an Aktivitäten zu erwarten ist, müssen wir überall dort Verbündete suchen, wo konkrete Fortschritte zu erreichen sind.

Die neuen Bündnisse und neuen Bewegungen sind eben widersprüchlich; die sozialistischen Konferenzen und die Gesundheitstage mußten über weite Strecken ohne oder sogar gegen die traditionellen Organisationen der Arbeiterbewegung organisiert werden. Es war kein lokaler Zufall, daß die Berliner ÖTV erst noch ganz zum Schluß sich durchbringen konnte, am Berliner Gesundheitstag mitzumachen.

Sorry, der Brief ist etwas lang geworden. Aber wegen der haarsträubenden Tendenzen dieser Ausgabe habe ich eine richtige Wut im Bauch. Ich hoffe, Ihr druckt alle Proteste, die diesmal kommen, auch ab.

Mit (noch) solidarischen Grüßen

Benno Schwilk  
732 Göppingen

## Betr.: Kampf um die AO 3/82

Das Gespräch über „Ein Stück Studentenbewegung“ bewahrt eine Reihe wichtiger Erfahrungen des Kampfes an den Hochschulen um eine bessere Ausbildung zum Arzt. Mir war es trotzdem im Ergebnis zu sehr an der Vergangenheit orientiert. Was folgt denn nun aus diesen Erfahrungen?

Sicher „fehlt nach wie vor die Definition des Ausbildungsziels“ – aber welches wollen wir denn? Ein unter den derzeitigen Bedingungen durchsetzbares Ausbildungsziel ist ja im inzwischen vorliegenden Referentenentwurf zur AO-Novellierung formuliert: Es „hat den Arzt zum Ziel, der seinen Beruf nach den Regeln der ärztlichen Kunst eigenverantwortlich ausüben kann“! Wären wir damit zufrieden? Nein. Wir kritisieren doch nicht, daß überhaupt ein Ausbildungsziel fehlt, sondern daß das der derzeitigen Ausbildung unausgesprochen innewohnende Ausbildungsziel falsch ist: Heute kann an unseren Hochschulen kein Arzt mehr ausgebildet werden, der mit der dann verliehenen Approbation allein ein qualifizierter praktischer oder Allgemeinarzt werden, sprich sich niederlassen und verantwortlich Patienten betreuen kann. Von diesem Ziel her leitet sich aber der Anspruch aller 42 Lehr- und Prüfungsfächer ab, ihren Anteil am Studienplan abzubekommen. Die Folge: ein zwischen der Fülle der Fakten orientie-

Es geht, so meine ich, nicht um die „Definition“ des Ausbildungsziels, nicht um eine Verbesserung von *Ausbildungsvorschriften*, auch wenn diese als *Ergebnis* veränderter *Ausbildungsinhalte* und veränderter *Ausbildungsformen* ebenfalls geändert werden müßten. (Selbstverständlich müssen aber Vorschriften mit im Ergebnis zusätzlicher Prüfungs- und zusätzlicher Zeitbelastung verhindert werden.) Eine der im Gespräch wichtigsten mitgeteilten Erfahrungen hieß: „Wir gründeten eigene studentische Arbeitskreise und Basisgruppen“. Auch heute ist die Zahl „demokratisch gesinnter Hochschullehrer“ noch zu gering, als daß entsprechende Lehrinhalte nur noch abhängig wären von einer Gesetzesnovellierung. Diese Inhalte (Welche



Medizin brauchen wir? Wie ist der Zusammenhang zwischen Blasenkrebs und Arbeitsbedingungen? Was bedeutet das Instrument der Krankschreibung durch den Arzt bei einer Befindlichkeitsstörung? – für die Funktion des Arztes in der Gesellschaft und für Forderungen der Arbeiter und Angestellten in ihren Betrieben, und im Gespräch mit ihren Ärzten?) müssen weiterhin in studentischen – heute könnte man modisch sagen – *Selbsthilfegruppen* erarbeitet werden. Dazu braucht es viel Literaturstudium, das *kann* unterstützt werden von einzelnen Dozenten, in jedem Fall wird dazu mehr Freiraum im Studium gebraucht. Deshalb die Forderungen: Reduzierung der Lehr- und Prüfungsfächer bei gleichzeitiger Schwerpunktsetzung mit wenigen Kern-Pflichtveranstaltungen und vertiefenden Wahlfächern, Abschaffung von M.c.-Prüfungen in Praktika und Kursen, Reduzierung der M.c.-Prüfungen in den Staatsexamina. (Näheres dazu im Argument-Studienheft 43 „Mediziner-Ausbildung“ sowie in der zweimal jährlich erscheinenden Reihe „Kritische Medizin“, Argument-Verlag, Berlin/West.)

Auf zahlreiche weitere Fragen, wie den Zusammenhang zwischen Gesundheitswesen und Ausbildung, Ausbildung und Pflicht-Weiterbildung, Neugliederung des Studiums, Beispiele für die Verbindung von Theorie und Praxis, alternative Prüfungssysteme gibt die inzwischen erschienene und bei jedem Kreisverband abrufbare Diskussions-Broschüre der ÖTV „Vorschläge und Forderungen zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung in der Bundesrepublik Deutschland“ erste Antworten.

Udo Schagen

## Arbeiten mit DG

Ich finde es an der Zeit, Euch ein paar aufmunternde, danksagende Worte zukommen zu lassen.

„DG“ bedeutet für mich viel: als Krankenpfleger, Personalratsmitglied und vor allem als Mitglied der ÖTV-Betriebsgruppe (Uniklinik Ulm) gibt es mir neue Anstöße, Mut zur eigenen Initiative, weist mir die Richtung für neue (Un-)Taten.

Besonders nach der Lektüre von Heft 4/82 gehe ich gestärkt, mit frischem Schaffensdrang, in die nächste Runde im Kampf gegen den alltäglichen Realismus. Ihr habt mir gezeigt, wo's für mich (und hoffentlich ein paar andere auch) langgeht: Appell „Gesundheitswesen für den Frieden“, Roter Halbmond Palästina etc.

Nun, wie kann ich meinen Dank konkretisieren? Am besten wohl dadurch, daß ich helfe, Euch bzw. Euer Projekt „Demokratisches Gesundheitswesen“ weiterzuverbreiten.



rungsloser, alles höchstens halbwissender Arzt, der nicht gelernt hat, Probleme zu lösen und dafür verantwortlich zu sein, sondern der gelernt hat, wie man in kurzer Zeit viel Stoff durch Ankreuzen (später: in kurzer Zeit viele Patienten durch Ankreuzen von Rezepten) bewältigt; dabei verhält er sich so, daß der Patient sich nicht traut, eine Frage zu stellen, die nicht mit einer weiteren Maschinenuntersuchung oder Kliniküberweisung, sondern nur mit einem aufklärenden Gespräch beantwortet werden kann.



Dazu benötige ich ein paar „alte“ Hefte (an obige Adresse): 4/80, 2/81, 2 mal 4/81, 6/81 – Geld und Porto liegen bei. Außerdem möchte ich ein „Abo“ an einen Freund verschenken.

Ich hoffe, daß Eure Organisationsform ein dermaßen unbürokratisches Mischmasch – Leserapplaus und Bestellschein – zuläßt.

Mit allzeit solidarischen Grüßen  
Stephan Jores,  
Neu-Ulm



## Betr.: Medikamentenmißbrauch

Liebe Kollegen, Kolleginnen,  
ich beziehe Eure Zeitschrift seit nunmehr zwei Jahren und hatte eigentlich schon seit längerem vor, auch einmal einen Leserbrief zu schreiben und darin meine „Erfahrungen“ als sogenannter polyvalent Abhängiger zu schildern.

Angeregt durch die bei Euch veröffentlichte Diskussion über die Praktiken der Pharma-Industrie im Umgang mit Ärztemustern und der Werbung pharmazeutischer Produkte, habe ich mich aufgerafft, meinen Senf auch dazuzugeben.

Jedesmal, wenn ich an einer Apotheke vorbeikomme und aktuelle Schaufensterwerbung für „müheloses und ungefährliches Abnehmen mit Hilfe von Appetitzüglern“ sehe, kommt es mir hoch! Vor rund zehn Jahren nämlich bin ich persönlich auf diese Art von Werbung hereingefallen. Ich wollte nämlich mühe-los und ungefährlich meine überflüssigen Pfunde loswerden – und geriet an das Präparat RECATOL.

Nun ja – meine Pfunde wurde ich wirklich, wie erwartet, schnell los – nur nebenbei wurde ich von diesem Präparat auch abhängig, und zwar spätestens in dem Moment, wo ich merkte, daß bei gewisser Überdosierung dies Medikament bzw. das darin enthaltene Norpseudoephedrin antunte.

Klar, die Veranlagung bei mir, die Disposition zur Sucht, die Bereitschaft zum „zumachen“ war auch schon vorher da, ich bin nicht durch diese Werbung abhängig geworden, dennoch finde ich es unverantwortlich, daß für Produkte geworben wird, die in jeder Apotheke ohne Rezept zu kaufen sind und suchterzeugende Stoffe beinhalten.

Es sollte doch noch einmal ganz klar gesagt werden, daß, wenn Medikamente nicht verschreibungspflichtig sind, dies noch lange keine Garantie für die „Ungefährlichkeit“ dieser Mittel ist! Ich möchte sogar noch weitergehen und behaupten, daß es ungefährliche Medikamente überhaupt nicht gibt!

Zu mir persönlich möchte ich noch sagen, daß ich alle Höhen und Tiefen der Abhängigkeit, besonders die Tiefen, am eigenen Leib erfahren habe (Krankenpflegeausbildung ohne Abschluß, Entgiftung, usw.) und zur Zeit eine Langzeittherapie in Langenberg mache.

Mit meinem Brief, wobei ich nicht weiß, ob Ihr ihn in der Form überhaupt verwerten könnt, möchte ich auch jeden vor bedenkenlosem Umgang mit Arzneimitteln warnen!

Mit kollegialen Grüßen  
Markus Kremer

## Werbung und Wahrheit

Liebe Freunde  
vom Demokratischen Gesundheitswesen!

Bei der Lektüre des „Deutschen Ärzteblattes“ fiel mir bei mehrmaligem Lesen dieser Anzeige auf, daß die Firma Thomae freiwillig zugibt, daß man unter Placebo mehr schmerzfreie Tage und Nächte hat.

Sicher ein Fehler des Werbemanagements, aber ein ganz ulkiger, wie ich meine.

Vielleicht könnt Ihr etwas daraus machen. Die Firma Thomae ärgert sich sicher über diesen Fehler.

Mit freundlichem Gruß

Ilka Deppe  
Kirchstr. 10, 4019 Monheim

## Tatsachen zur Gastrozepin-Therapie

### Schnelle Symptombefreiung

auch in der Nacht

### Schnelle Heilung

bei Ulcus duodeni

### Der Beweis:

Die Zahl der schmerzfreien Tage und Nächte ist unter Gastrozepin signifikant niedriger als unter Placebo. Die Heilungsrate bei Gastrozepin ist signifikant besser: schon nach 2 Wochen sind 40% der Patienten geheilt, unter Placebo jedoch erst nach 3 Wochen noch kein Patient, nach 4 Wochen nur 40% geheilt (JGELLADORE, 1978).

Die Zahl der schmerzfreien Tage und Nächte ist unter Gastrozepin signifikant niedriger als unter Placebo

Weitere Leserbriefe zur Ausgabe 5/82 erscheinen im Jan./Febr.-Heft

## 103 000 Ampullen Haloperidol. . .

(DG 5/82)

### LISTE DEMOKRATISCHER ÄRZTE

In der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

An den Minister  
für Jugend, Familie und  
Gesundheit

5300 Bonn 1

Sehr geehrte Frau Minister Anke Fuchs!

Der „Spiegel“ Nr. 32 vom 9. 8. 82 meldete unter der Überschrift „Chemische Keulen für den Zivilschutz“, daß das Bundesinnenministerium per Ausschreibung in der „Deutschen Apothekerzeitung“ 2,3 Millionen Diazepam-Tabletten und -Ampullen, dazu 171 000 Ampullen Haloperidol und Droperidol einkaufen wolle. Die Psychodrogen seien für rund 100 westdeutsche Hilfskrankenhäuser bestimmt.

Diese Meldung hat uns beunruhigt, da uns keine Indikationen für die massenhafte Verwendung dieser Psychopharmaka bekannt sind.

Wir bitten Sie daher, uns mitzuteilen, ob die Meldung zutrifft, und wenn ja, wozu die eingelagerten Medikamente dienen sollen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Winfried Beck

### DER BUNDESMINISTER DES INNERN

#### Betr.: Sanitätsmaterialbevorratung für den Zivilschutz

Sehr geehrter Herr Dr. Beck!

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat Ihr Schreiben vom 19. August 1982 zuständigkeitshalber an mich weitergeleitet. Zu Ihrer Frage darf ich Ihnen folgendes mitteilen:

Nach § 14 des Gesetzes über den Zivilschutz sind für Zivilschutzzwecke ausreichend Sanitätsmaterialvorräte anzulegen. Diese Bevorratung ist insbesondere auf die Versorgung Schwerverletzter abgestimmt und umfaßt etwa 100 im Katastrophen- und Verteidigungsfall unentbehrliche Medikamente, deren Auswahl von Wissenschaftlern der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern vorgenommen wurde.

Zu den bevorrateten Arzneimitteln gehören auch Diazepam, Haloperidol und Droperidol.

Diese Mittel werden in Hilfskrankenhäusern für Narkosezwecke benötigt. Dabei findet im einzelnen Anwendung

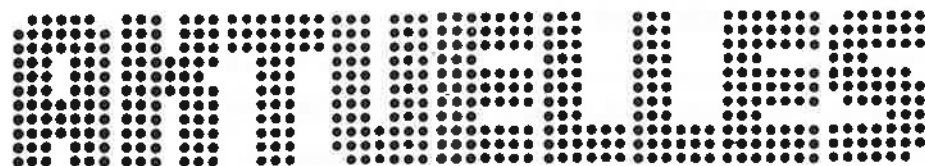
- Diazepam bei Kurznarkosen und zur Behandlung von Krampfszuständen nach Vergiftungen
- Diazepam und Droperidol bei Narkosen bei Schädel-Hirn-Traumen (s. Rudolf Frey/Klaus Stossek, Anästhesie und Schmerzbekämpfung unter Katastrophenbedingungen, in der Broschüre „Katastrophenmedizin“, S. 35 [36 f., 63]).

Haloperidol wird benötigt zur Behandlung akuter Erregungszustände bei Einzelpersonen, die ansonsten sich und andere gefährden würden (Detlev Ploog, Verhaltenspsychische Reaktionen in der Katastrophe, in: Katastrophenmedizin, S. 11 [21]).

Zu Ihrer Unterrichtung füge ich einen „Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall“ bei, der von der Schutzkommission erstellt wurde und dem die o. a. Zitate entnommen sind.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Schmidt



## Kurz notiert

### Nestlé-Boykott geht weiter

Nach Ansicht des internationalen Aktionskomitees, das seit 5 Jahren den Verkauf von Nestlé-Produkten in den USA organisiert, will Nestlé die neuen Bestimmungen über den Einsatz von Säuglingsnahrung in der Dritten Welt, die von der WHO verabschiedet wurden, durch eigene Marketing-Weisungen umgehen. Nestlé hält in den Entwicklungsländern im Bereich der Ersatzprodukte für Muttermilch einen Marktanteil von 60 %. Nach Ansicht des Aktionskomitees enthalten die neuen Nestlé-Weisungen zu viele Lücken und damit eine eigene Nestlé-Auslegung des WHO-Kodex. (FR 18.10.82)

### Ultraschall: Vollständig harmlos?

Nach einem Bericht der Zeitschrift „Science News“ wurden in den USA Mäuse-Fibroblasten beschallt. Nach Re-Injektion von Fibroblasten entwickelte eine von 5 Mäusen Geschwüre. Auch bei Beschallung von menschlichen Lymphozyten wurden Veränderungen in deren Kernsubstanz gefunden. Obwohl eine einfache Übertragung von Ergebnissen solcher Experimente nicht möglich ist, bleibt die Frage wohl noch ungeklärt: Ist die Anwendung von Ultraschall tatsächlich immer harmlos?

### China: Selbstbeteiligung bei Krankenhausbehandlung?

Das chinesische Gesundheitsministerium plant eine Erhöhung der Tarife für Krankenhausbehandlung. Probeweise werden „Einschreibegebühren für chirurgische Eingriffe und Krankbetten“ an einigen Kliniken eingeführt. Für ein Defizit in Höhe von fast 1 Mrd. DM im Gesundheitswesen machte das Ministerium vor allem die Krankenhäuser verantwortlich. (FR 14.10.82)

### Modellstudiengang

#### Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen in Osnabrück

Einen Modellstudiengang „Betriebswirtschaft in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ bietet die Fachhochschule Osnabrück an. Mit Hinweis auf die Kostensituation im Gesundheitswesen, wird ein 7semestriges Studium durchgeführt, das „branchengeschulte“ Diplom-Kaufleute hervorbringt.

Kontakt: Fachhochschule Osnabrück, Modellversuch BIG, Martinstr. 98, 4500 Osnabrück

### Stadttratt Marl gegen ABC-Waffen

Mit den Stimmen der SPD und der Grünen gegen die der CDU verabschiedete der Stadttratt von Marl – ähnlich wie bereits Kassel – einen Beschluß, wonach die Stadt keine Maßnahmen unterstützen wird, die der Produktion, dem Transport und der Lagerung von atomaren, biologischen oder chemischen Massenvernichtungsmitteln dienen wird. (FR 14.10.82)

### Belgien: Haftstrafen für Abtreibungen

In einem aufsehenerregenden Prozeß wurden in Brüssel Frauen und Ärzte wegen Abtreibungen zu Haftstrafen mit Bewährung verurteilt. Die Justiz – bisher recht zurückhaltend – will mit diesem Verfahren erreichen, daß die christlich-soziale Regierung endlich ihr Versprechen wahr macht und das Abtreibungsgesetz aus dem Jahre 1867 novelliert. Vor 5 Jahren hatte die Regierung mit dem Generalstaatsanwalt zu diesem Zweck ein „Stillhalteabkommen“ getroffen. (FR 15.10.82)

### Prüfungsbögen per Post verschwunden

Etwa 80 von 183 würzburger Medizinstudenten wollen jetzt klagen, weil ihre ausgefüllten Testbögen auf dem Postwege in das Mainzer Prüfungsinstitut ZIMPF verlorengegangen sind. Der Freistaat Bayern soll gezwungen werden, die von den Klägern erbrachte Prüfungsleistung anzuerkennen oder sie wenigstens ohne erneute Prüfung zum nächsten Examenstermin zuzulassen. Innenminister Tandler (CSU) will jedoch die Studenten „nachsitzen“ lassen.

Vielleicht sollte man mal Herrn Langemann befragen, wo die Testbögen verschwunden sein können.

## DKG: Krankenhausfinanzierung neu ordnen!

In der September-Ausgabe der Zeitschrift der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft (DKG) „das Krankenhaus“ fordert der zuständige Geschäftsführer der DKG, Jürgen Abshoff, eine vollständige Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Er vertritt die Auffassung, daß die duale Krankenhausfinanzierung von 1972 im Kern gescheitert sei: So bestehe im investiven Bereich ein Antragsstau von 15 Mrd. DM infolge leerer Staatskassen und allein 800 Mio. DM müßten die Kommunen zur Deckung von Defiziten ihrer Krankenhäuser aufwenden.

Die DKG will vor allem die „Schaffung von Anreizen für eine sparsame Wirtschaftsführung“: „Der Pflegesatz muß wieder zu einem echten Preis werden. Da dieser Preis sich nicht aufgrund eines Marktmechanismus entwickeln kann, muß er mit den Krankenkassen ausgehandelt werden.“ Weitere Forderungen sind: „Betriebliche Dispositionsfreiheit für die Krankenhausträger und Beseitigung einer von außen kommenden starren Lenkung“ („das Krankenhaus“ 9/1982, S. 366 ff.).

DG wird sich 1983 in einem Schwerpunktthema mit der Krankenhausfinanzierung befassen.

## Bayern-Vertrag: Krankenhausanweisungen durch Rettungsärzte stieg um 65 %

Als „kostentreibende Blindgänger“ bezeichnete die DKG den so viel gerühmten Bayern-Vertrag (Motto: mehr Patienten in der Praxis behalten – weniger Patienten ins Krankenhaus). So seien in allen Bereichen die Ausgaben der bayerischen Krankenkassen höher als im Bundesdurchschnitt:

	Bund	Bayern
Krankenhauspflege	+ 8,5 %	+ 7,3 %
Arzneimittel	+ 7,9 %	+ 9,6 %
Heil- und Hilfsmittel	+ 6,5 %	+ 10,1 %
Ärztl. Behandlung	+ 6,2 %	+ 6,4 %

Die „zurückhaltende“ Einweisungspraxis der niedergelassenen Ärzte hat zu einem außergewöhnlichen Anstieg von Akut- und Notfällen in den Krankenhäusern geführt.

So seien die Praxen der niedergelassenen Ärzte an Mittwochnachmittagen und Wochenenden nicht besetzt. Die Zahl der Krankenhausaufnahmen über den Rettungs- und Notarztdienst sei deshalb allein im 4. Quartal 1981 gegenüber dem Vorjahr um 65,85 % gestiegen.

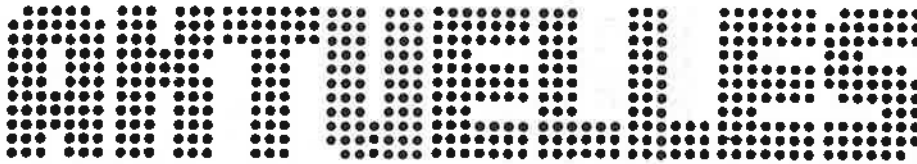
Erneut sprach sich die DKG in diesem Zusammenhang dafür aus, „Überlegungen anzustellen, ob die Krankenhäuser zwecks besserer Kapazitätenauslastung, Kostensenkung und verbesserter Leistung gegenüber dem Patienten eine institutionalisierte Ambulanz am Krankenhaus einrichten sollten.“ („das Krankenhaus“ 9/82, S. 394)

## Krankenstand sinkt – aus Furcht vor dem Arbeitsplatzverlust

Einen drastischen Rückgang des Krankenstandes haben die Krankenkassen in den vergangenen Monaten registriert.

- Bei den Ortskrankenkassen verringerte sich der Krankenstand 1981 um 7 v. H. und in den ersten drei Monaten dieses Jahres um weitere 14 v. H.
- Bei den Betriebskrankenkassen erreichte der Krankenstand am 1. Juni 1982 5,78 v. H., während er im Vorjahr noch bei 6,49 v. H. lag. Dies entspricht einem Rückgang um 11 v. H. Für 1982 erwartet der Bundesverband der Betriebskrankenkassen mit 5,5 v. H. den seit Jahren niedrigsten Krankenstand überhaupt.
- Gleichzeitig gehen die Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen drastisch zurück. Bei den Rentenversicherungsträgern gab es in den ersten fünf Monaten dieses Jahres knapp 30 v. H. weniger Anträge auf stationäre Heilbehandlung wegen allgemeiner Krankheiten als im Vorjahr.

Diese Zahlen signalisieren nicht etwa eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsbedingungen – im Gegenteil: Sie sind die Folge der wachsenden Angst der Arbeitnehmer um ihren Arbeitsplatz und des vielfach unerträglichen Drucks, den die Unternehmer auf die Kranken Beschäftigten ausüben. Zahlreiche Dokumente belegen, daß in vielen Betrieben eine geradezu systematische Jagd auf Kranke betrieben wird.



## Neue ÖTV-Vorsitzende: Monika Wulf-Mathies

Als Nachfolgerin von Heinz Klunker, der aus gesundheitlichen Gründen ausschied, wurde auf dem außerordentlichen Gewerkschaftstag der ÖTV am 29.9.82 in Wiesbaden Kollegin Monika Wulf-Mathies mit 326 Stimmen gewählt. Ihr Gegenkandidat Siegfried Merten erhielt 304 Stimmen. Monika Wulf-Mathies war 1979 in den Hauptvorstand der ÖTV gewählt worden. Sie betreute dort die Bereiche Gesundheitswesen und Sozialversicherungsträger, Gesundheits- und Sozialpolitik, Frauensekretariat und kirchliche Mitarbeiter. Sie vertrat ÖTV und DGB in der Konzentrierten Aktion für das Gesundheitswesen.

Kollegin Wulf-Mathies hat auch nach ihrer Wahl in einer sehr klaren Weise die Grundlinien ihrer zukünftigen Politik umrissen. Besonders hervorzuheben sind ihre Aussagen zur Verteidigung sozialer Leistungen und zur zukünftigen Tarifarbeit. „Einmütigkeit und Geschlossenheit werden wir auch brauchen, um in der nächsten Tarifrunde Angriffe auf die Tarifautonomie im öffentlichen Dienst abzuwehren. Ich will keinen Zweifel daran lassen, daß wir Festlegungen, wie sie in den Koalitionsvereinbarungen enthalten sind und wie sie ja sehr global klingen – nämlich: öffentlicher Dienst zwei Prozent ab Juli 1983 –, als Kampfansage betrachten“, versicherte sie den Delegierten.

## Uni Göttingen: Giftgasforschung bestätigt

Der Präsident der Uni Göttingen, Norbert Kampf, hat auf einer Pressekonferenz am 15.10.82 Vorwürfe bestätigt, wonach eine wissenschaftliche Zusammenarbeit zwischen der Universität Göttingen und der Bundeswehr auf dem Sektor Kampfstoffforschung existiert (s. vorliegendes Heft S.29).

Diese Vorwürfe waren vom MSB Spartakus in einer Broschüre sowie auch von der Göttinger Friedensinitiative erhoben worden. Diese wissenschaftliche Zusammenarbeit mit der „demokratischen Institution Bundeswehr“ müsse möglich sein. Außerdem gehe es nur um die Entwicklung von Gegenmitteln gegen chemische Kampfstoffe.

## Ethische und psychiatrische Aspekte der Folter

Unter dieser Überschrift veröffentlichten die Psychiater F. Allodi (Toronto Western Hospital) und Cowgill, beide Mitglieder der kanadischen Ärztesgruppe von amnesty international, in der Zeitschrift Can. J. Psychiatry (Vol. 27, March 82) einen Bericht über 41 Personen, die sie in den Jahren 1977–1979 untersucht und behandelt hatten.

Diese 32 Männer und 9 Frauen kamen wie seit 1974 Tausende andere nach Kanada als politische Flüchtlinge. Sie waren in ihren Heimatländern (3 verschiedene lateinamerikanische Länder) gefoltert worden. Zum persönlichen Hintergrund erwähnt der Bericht, daß die Mehrzahl der 41 Personen eine höhere Schulbildung hat, daß sie im Alter von 10 bis 46 Jahren sind, dreiviertel von ihnen fallen in die Altersgruppe der 20- bis 30jährigen. Fast alle waren nachts in ihren Wohnungen durch eindringende Militärs festgenommen worden. Anwesende Familienmitglieder einschließlich der Kinder wurden geschlagen und mißhandelt, die Wohnungen beraubt und demoliert; in einem Fall wurde ein Familienmitglied getötet und in zwei Fällen Frauen sexuell belästigt und vergewaltigt. Die Mehrzahl dieser Personen wurde wiederholt verhaftet (ein Mann 11mal in 5 Jahren). Dem Bericht beigelegt sind die nachstehenden Tabellen der Foltermethoden und der erlittenen gesundheitlichen Schäden.

**Tabelle 1: Foltermethoden (N = 41)**

<b>physische</b>	
Schläge, Fußtritte, Fausthiebe	40
Schläge mit Gewehrkolben	32
Stockschläge, Peitschenhiebe	25
Elektroschocks	27
langer Aufenthalt in kaltem Wasser	15
Verbrennungen mit Zigaretten, Chemikalien, Heißwasser	5
Brechen von Gliedern	11
Sexuelle Belästigungen (Männer und Frauen)	14
Vergewaltigungen (1 Frau 6mal, ein Mann mehrfach)	6
Wasser- und Nahrungsentzug	16
Andere Foltermethoden, wie Dunkelheit, Plastiksack über den Kopf, grelles Licht, Ausreißen von Finger- oder Fußnägeln, an den Fingern aufhängen	12
<b>psychische</b>	
Beschimpfungen	32
falsche Anschuldigungen	35

Hinrichtungsandrohungen für die betroffene Person	31
der Angehörigen und Freunde	23
Scheinexecutionen	13
Andere Foltermethoden (z.B. Exkrementen essen)	12

**Tabelle 2: Symptome nach der Folter (N = 41)**

<b>Psychosomatische Beschwerden</b>	
Schmerzen, Kopfweh	38
starke Nervosität	28
Schlaflosigkeit	33
Alpträume, Paniken	28
Zittern, Schwächezustände, Ohnmachten, Schweißausbrüche, Durchfälle	14
26	
<b>Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen</b>	
Isolierung, Irritierbarkeit	20
Aggressionen, Verlust der Selbstkontrolle	13
Selbstmordversuche	4
sexuelle Disfunktionen	3
<b>Schäden im Gefühlsbereich</b>	
Depressionen	39
Furcht	29
Ängstlichkeit	12
36	
<b>Mentale Schäden</b>	
Konfusion, Desorientierung	18
Gedächtnisstörungen	5
Verlust der Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, Blockierungen	12
13	
<b>Körperliche Schäden</b>	
Narben, Verbrennungen	31
Knochenbrüche	21
HNO-Taubheit	10
starker Gewichtsverlust	5
Andere (abgebrochene oder verlorene Zähne, Sehnenzerrungen, Hautabschürfungen)	10
11	

Die 14 Kinder der 41 Personen, die die Vorgänge bei den Verhaftungen miterlebt hatten, zeigten noch Jahre später Anzeichen von Angst, Furchtsamkeit, Zurückbleiben des sozialen Reifungsprozesses und übertriebene Anklammerung an die Mütter.

Mehr als die Hälfte der Personen erhielt während der Haft keine medizinische Hilfe, 7 Personen, die wegen Knochenbrüchen oder großen Verletzungen dringend ärztliche Hilfe benötigten, erhielten sie erst nach 48 Stunden. 19 Personen konnten einen Arzt aufsuchen (einige wurden von verschiedenen Ärzten behandelt), 7 lagen im Militärhospital und 5 in anderen Krankenhäusern, 9 haben privat einen Arzt aufgesucht.

Das Verhalten der Ärzte wird wie folgt aufgeschlüsselt:

4 Ärzte gaben nach der Untersuchung die Erlaubnis, mit der Folter fortzufahren.

12 Ärzte verhielten sich neutral, sie sprachen nicht mit den Patienten, fragten nicht nach den Verletzungen, boten keine Hilfe an. 5 Ärzte hatten den Patienten und schützten sie.

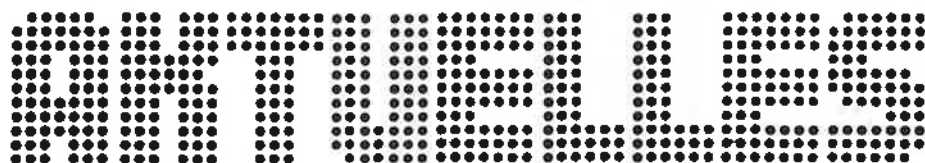
In der abschließenden Zusammenfassung hält der Bericht fest, daß die Beschwerden der Opfer das Bild des sogenannten „Foltersyndroms“ aufweisen. Dieser Begriff wurde vor 30 Jahren in psychiatrische Standardwerke aufgenommen. Er hält weiterhin fest, daß in über 60 Ländern der Erde gefoltert wird, daß wissenschaftliche Methoden zur Perfektionierung der Folter ebenso mißbraucht werden, wie der heilende Beruf des Arztes. Er schließt mit den Forderungen:

1. Den Begriff Foltersyndrom als gültige und gebräuchliche klinische Einheit anzuerkennen.
2. Folter als ein gravierendes Problem für das öffentliche Gesundheitswesen und für die Medizin zu begreifen.
3. Folter durch Zusammenarbeit von Medizin, Rechtswesen, Regierungen, freiwilligen, kirchlichen und humanitären Einrichtungen (wie z.B. amnesty international) zu verhindern.
4. Allen Ärzten ihre ethische Verantwortung für den Patienten bewußt zu machen.

## Tageszeitung für Ärzte?

Am 1. Oktober 1982 fiel in Frankfurt der Startschuß für die „Ärzte-Zeitung“. Die Erstausgabe soll 40 000 betragen. Herausgegeben wird sie von der I.M.P. Verlagsgesellschaft mbH, von der wir schon die Liste-Pharmindex und Zeitschriften wie „Der informierte Arzt“ und die Zeitschrift „Musik und Medizin“ kennen. Vorläufig stehen 20 Redakteure bereit und dem Beratergremium stehen neben namhaften Medizinern auch der ehemalige Vertraute Axel Springers, der „Bild“-Redakteur, Peter Boenisch, zur Verfügung. I.M.P. gehört dem „Informations-Multi“ IMS International Inc., einer New Yorker Unternehmensgruppe, um die sich hier in Deutschland die Herren Klaus Rehnig und Daniel Vial kümmern. Das Geld rollt freilich nicht von New York, sondern merkwürdigerweise von unserem westlichen Nachbarn Frankreich. Über die französische IMS-Tochtergesellschaft wurden Kontakte zur französischen Unternehmens-





gruppe Société Economique Scientifique et Culturelle (SESC) in Paris geknüpft, weil diese Gruppierung seit zehn Jahren in Frankreich unter dem Namen eine Tageszeitung für Ärzte in einer Auflage von 57 000 Exemplaren in die Landschaft schließt. Eigentümer der Gruppe ist die Familie Tesson. Die deutsche Zeitung soll zunächst mit 16, später sogar mit 32 Seiten erscheinen. Nach den in Frankreich gemachten Erfahrungen ist Rehnig der Meinung, daß der deutsche Arzt seine tägliche Zeitung so dringend braucht, wie der Christ sein Gebet. Die Tatsache, daß viele Halbgötter in Weiß vor einer solchen Zeitung warnten, hält den Verlag nicht zurück. Der Arzt stehe im Mittelpunkt des Gesundheitswesens und beeinflusse mit seinem Wissen, seinen Erfahrungen und seinen Informationen Patienten, wie auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen; dafür müsse er gerüstet sein (als wäre er dies bis jetzt noch nicht!). Der Arzt brauche diese Zeitung, weil jährlich ca. 10 Millionen Patienten stationär und 30 Millionen ambulant behandelt würden, eine dreiviertel Million Menschen in Krankenhäusern oder Praxen arbeiten und die Zielgruppe bald 200 000 Ärzte umfassen würde. Deshalb hoffe man schon bald auf 40 000 Abonnenten. Die französischen Geldgeber werden wahrscheinlich in der Anfangszeit unheimlich zahlen müssen, später aber wird das Blatt sicher von den Anzeigen-Einnahmen finanziert werden müssen. Angestrebt wird ohnehin ein Verhältnis von 40 Prozent Verkaufseinnahmen und 60 Prozent Anzeigen-Gewinne. Im Jahresabonnement soll die Zeitung 160 DM kosten.

aus Mitglieder-Rundschreiben  
Nr. 16/82 der BDI e.V.

## Arbeitsschutzgesetz: Neuer Entwurf wesentlich verschlechtert

Am 21. Juli 1982 legte der Bundesarbeitsminister Westphal einen überarbeiteten, z.T. wesentlich verschlechterten Entwurf für ein Arbeitsschutzgesetz vor. Auch dieser Entwurf wird noch nicht von der gesamten Bundesregierung getragen. Die Arbeitgeber bleiben bei ihrer schroffen Ablehnung des gesamten Reformvorhabens. Der DGB betonte nochmals die dringende Notwendigkeit einer Gesamtreform des Arbeitsschutzes, kritisierte aber nachdrücklich den neuen Entwurf:

- Der geplante Rückzug des Staates von der konkretisierenden Arbeitsschutzrechtsetzung zugunsten der Berufsgenossenschaften wird als eine Veräußerung des staatlichen Schutzauftrages gesehen.
- Die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Ergreifung von Schutzmaßnahmen wurde unverbindlicher formuliert.
- Die staatlichen Durchsetzungsinstrumente werden abgeschwächt.
- Der neue Entwurf enthält insbesondere nicht mehr den Schutz vor Fehlbeanspruchungen, womit der Schutzanspruch des Gesetzes entscheidend eingeschränkt wird.

Darüber hinaus wurden die meisten Forderungen des DGB bei der Überarbeitung des Entwurfs vom Dezember 1981 nicht berücksichtigt:

- Der Entwurf enthält keine Fortschritte hinsichtlich der Aufstellung zwingender gesundheitlicher Schutzmaßstäbe.
- Die gesetzlichen Grundlagen für den Aufbau eines Systems zur Erfassung von gesundheitsschädlichen Einwirkungen am Arbeitsplatz wie auch zur Erfassung arbeitsbedingter Erkrankungen wurde nicht verbessert.
- Eine umfassende Mitbestimmung der Arbeitnehmer beim Arbeits- und Gesundheitsschutz wurde nicht festgeschrieben.
- Die Einrichtung besonderer Beamter für die Zusammenarbeit mit den Gewerkschaften zur Verbesserung des Kontaktes zwischen der staatlichen Arbeitsschutzaufsicht und den Arbeitnehmern wurde nunmehr völlig fallengelassen.

## Mater Bonifacia und „Pro Familia“

Weil ihre Mutter als Ärztin für die Pro Familia arbeitet, wurde ihre 10jährige Tochter von Mater Bonifacia nicht in das Mädchengymnasium der Ursulinen in Offenbach aufgenommen. Gegenüber den Beschwerden der betroffenen Eltern erklärte sich das Bischöfliche Ordinariat in Mainz für „nicht zuständig“. Das Kultusministerium verwies auf die Autonomie der Privatschulen, obwohl die frommen Schwestern 72,5 % der Personalkosten aus Steuermitteln erhalten.

## Immer weniger Kuren bei der BfA

Um 230 000 geringer ist die Zahl der eingegangenen Kuranträge bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) in diesem Jahr. Außerdem wird ein erheblich größerer Teil der Kuranträge abgelehnt. Damit kommt die BfA insgesamt auf 40 % weniger Kuren als 1981. Da nunmehr nur noch alle drei Jahre (bisher zwei) ein Kurantrag genehmigt werde und die Ärzte erheblich zurückhaltender Kuren beantragen, sei auch 1983 keine andere Entwicklung zu erwarten. Außerdem werden jetzt nur noch medizinische Kuren und keine vorbeugenden mehr genehmigt. Die Einsparungen bei der BfA in Höhe von 160 Mio. DM führen nach Darstellung der BfA zu katastrophalen Folgen in den Kurorten und Kliniken.

## Staphylococcus aureus in der H-Milch

3 Kinder erkrankten in Ludwigsburg nach Genuß von H-Milch der Marke „Milfina“ aus der „Pfalz-milch-Nord“ in Kirchheim-Boland an Erbrechen und Durchfall. Eitererreger wurden im Stuhl und in noch geschlossenen Tüten mit dem Verfallsdatum 10. Nov. 82 nachgewiesen. Die Firma mußte auf Anweisung der Gesundheitsbehörden von Rheinland-Pfalz ihre Produktion von ca. 40 000 Liter H-Milch pro Tag sofort einstellen, bis die Ursachen der Verseuchung geklärt sind. (FR 11./12./14.10.82)

## DGB begrüßt Wissenschaftlernauftrag

Der DGB begrüßt den Auftrag für ein fortschrittliches Arbeitsschutzgesetz, mit dem 28 Wissenschaftler und Hochschullehrer sich jetzt an die Öffentlichkeit gewandt haben. Der DGB ist mit den Wissenschaftlern der Auffassung, daß die zunehmenden gesundheitlichen Belastungen der Arbeitnehmer, der Verschleiß ihrer Arbeitskraft und die Zerstörung ihrer Gesundheit eine durchgreifende Reform des Arbeitsschutzes erfordert. Er teilt die Kritik der Wissenschaftler an den Mängeln des Arbeitsschutzsystems: Fehlender und unzureichender Schutz für die Arbeitnehmer, mangelnde Verbindlichkeit der Arbeitgeberpflichten, Zersplitterung und Unübersichtlichkeit der Rechtsvorschriften und lächerlich geringe Geldbußen beim Verstoß gegen Arbeitsschutzbestimmungen.

## Termine:

Alle Termine veröffentlichen wir völlig kostenlos, im Gegenteil, wir wissen immer gerne, wo was los ist! Bitte beachtet, daß wir die Termine mindestens 3 Wochen vor Erscheinen der Ausgaben haben müssen!

- 23. 11. 82, Dortmund  
**Nacht- und Schichtarbeit**  
Seminar Bundeszentrum Humanisierung des Arbeitslebens bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung
- 25. 11.–28. 11. 82, Dortmund, Westfalenhalle  
**Naturvita, 1. Ausstellung für gesunde und natürliche Lebensweise**
- 29. 11.–2. 12. 82, Dortmund  
**Lärmarm konstruieren**  
Seminar Bundeszentrum Humanisierung des Arbeitslebens
- 28. 1.–30. 1. 83, Berlin-West  
**Wissenschaft zwischen Krieg und Frieden**  
Internationale Konferenz  
Kontakt: Dr. Helmut Arnaszus, Institut für Philosophie der Freien Universität Berlin, Habelschwerdter Allee 45, 1000 Berlin-W 33
- 24./25. 2. 83, Münster  
**dgvt-Workshop**  
anschließend Mitgliederversammlung
- Berufsbegleitender Weiterbildungslehrgang 1983 im Kranken- und Altenpflegebereich  
**8 einwöchige Seminare und ein dreimonatiges Praktikum**  
Nähere Informationen: Allgemeiner Krankenpflegeverband Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstr. 55, 4370 Marl, Tel. (02365) 33566 (Karia Kummer)
- 2.–5. 12. 82, Frankfurt  
**Bundeskongreß der Arbeitsloseninitiativen; Gewerkschaftshaus**
- 29. 1. 83, Hamburg/München/Köln/Frankfurt  
**Kundgebungen zum 50. Jahrestag des Beginns der faschistischen Diktatur**
- 11. 1. 83, Universität Aachen  
12. 1. 83, Universität Köln  
13. 1. 83, Universität Bonn  
**Marcel Bühler: Pharmaindustrie und Dritte Welt**  
Ort und Uhrzeit werden jeweils über die Fachschaft „Medizin“ angegeben.

# Verschiedenes

## Kleinanzeigenmarkt/Stellenanzeigen

Unsere Kleinanzeigen sind relativ billig und erreichen derzeit mindestens 3500 Leute, die sich für eine fortschrittliche Gesundheitsversorgung engagieren.

Preis: 5 Zeilen à 25 Anschläge nur 5 DM. Jede Zeile mehr (25 Anschläge) 1 DM. Postkarte an: Ulli Raupp, Willi-Hölscher-Weg 7 4400 Münster

Zuschriften auf Anzeigen mit Chiffre bitte auch unter Angabe der Chiffre-Nummer auf dem Briefumschlag an o. a. Adresse.

Mit unserer alternativen Praxis suchen wir neue Wege. Erfahrungslernen n. Gordon - Konflikt, Liebe, Leben, Stille - 19.11.-21.11.82, 135 DM VP. „Encounter“ n. Rogers/Tausch - Begegnung durch Zuwendung - 3.12.-5.12.82, 135 DM VP. 28.1.-30.1.83, 135 DM VP. Vulkaneifel Steineberg

**Praxis für Humanistische Sozialarbeit, Wolfsgasse 58, 5303 Bornheim 4, Tel. (02227) 6150.**

**Ernährungswissenschaftlerin möchte gerne in einer Gemeinschaftspraxis (Raum Flensburg, Schleswig, Kiel) mitarbeiten.** Welche(r) Arzt/Ärztin hat Mut, Gewichts- und Ernährungsprobleme einer Fachfrau zu überlassen. Erfahrungen in der Ernährungsberatung, speziell im Bereich Verhaltenstraining mit Übergewichtigen sind vorhanden. Zuschriften oder telefonische Kontaktaufnahme bitte an:

Dr. A. Gordes-Giesen, Klosterreihe 69, 2381 Neuberend

**Raum NRW/Niedersachsen**

Suche ab 1.3.1983 eine BAJ-Stelle im Gesundheitswesen. Zuschriften an: Claudia Steinhauer, Hagener Str. 134, 5900 Siegen 1, Tel. (0271) 43030

**Praktischer Arzt sucht Partner(in) für 20 Std. Mitarbeit in Gemeinschaftspraxis** im Rahmen einer fachübergreifenden Gruppenpraxis. Psychosomatisches Interesse erwünscht.

Tel. (06158) 1001 oder Zuschrift unter Chiffre: 1/6/82

**Fortschrittliches Unterrichtsschwesternteam sucht Mitarbeiter(Innen),** (ebenso Unterrichts-Pflegepersonal), die Lust haben, in der Altenpflegeausbildung tätig zu sein. Bitte meldet euch möglichst schnell! Tagsüber 9-15 Uhr, Tel. (040) 59105-400 oder -348 oder -294.

Für meine Examensarbeit Thema: „Ambulante Versorgung chronisch Kranker“ oder „Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Familie“ suche ich Literaturhinweise, Erfahrungsberichte oder anderes Material. Entstehende Unkosten werden erstattet.

C. Helmes, Viesenstr. 89, 5900 Siegen

**Weiterbildendes Studium für Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens der Universität Osnabrück**

Die Universität Osnabrück nimmt im Studiengang „Weiterbildendes Studium für Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens“ zum Studienjahr 1983 Studenten neu auf. Bewerben können sich Angehörige aus den Berufsgruppen Krankenpflege, Medizinisch-Technische Assistenz und Logopädie, die an Schulen des Gesundheitswesens unterrichtend tätig sind sowie Fach-MTA, die sich auf eine Lehrtätigkeit vorbereiten wollen.

Die Veranstaltungen beginnen im April 1983. Bewerbungsfrist ist der 15. Dezember 1982. Die Bewerbungsunterlagen sind beim Immatrikulationsamt der Universität Osnabrück anzufordern.

Informationen über das Weiterbildende Studium erhalten Sie vom

**Zentrum für Weiterbildung der Universität Osnabrück, Postfach 4469, 4500 Osnabrück.**

**Partner/Partnerin gesucht für ländliche Allgemeinpraxis in Bayern** (Übernahme oder Neugründung).

Bin 38 J., Allgemeinarzt, interessiere mich für Alternativmedizin, Wohngemeinschaft, Selbstversorgung. Tel. (089) 393387



... wenn Sie eine Zeitung suchen,

- die informiert — analysiert — kommentiert
- die Partei bezieht für Frieden und Abrüstung für demokratischen und sozialen Fortschritt für das Recht auf Arbeit, Bildung und Ausbildung für internationale Zusammenarbeit
- die solidarisch ist mit dem Kampf der Völker gegen Imperialismus und Faschismus
- die Antikommunismus und Antisowjetismus für eine Grundtorheit unserer Epoche hält und den Meinungsstreit nicht mit psychologischem Krieg verwechselt —
- die diese Haltung auch in einem umfangreichen Kulturteil zum Ausdruck bringt —

dann ist die

## Deutsche Volkszeitung

richtig für Sie!

Sie sollten diese Wochenzeitung kennenlernen.

**Fordern Sie Probe-Exemplare an! Kostenlos und unverbindlich!**

Einsenden an:

**Monitor-Verlag GmbH**  
Postfach 5707 · 4000 Düsseldorf

Bitte senden Sie mir kostenlos und unverbindlich einige Probeexemplare der Deutschen Volkszeitung:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

# Hoffentlich werden wir alt und bleiben gesund

Von Klaus Grossjohann, Bonn

In der Zeit vom 26. Juli bis zum 6. August 1982 fand in Wien eine Weltversammlung der Vereinten Nationen zu Problemen des Alterns und des Alters statt. Das Ziel dieser Weltversammlung bestand darin, auf die spezifischen Probleme des Alterns aufmerksam zu machen und langfristige Perspektiven zu ihrer Lösung zu entwickeln. Die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen waren aufgefordert, nationale Fachberichte vorzulegen, worin die Lebenssituation der Älteren, das System der sozialen Sicherung sowie Perspektiven zur Lösung der anstehenden Probleme aufgezeigt werden sollten. Der nationale Fachbericht der Bundesrepublik Deutschland wurde von einer Arbeitsgruppe von Wissenschaftlern beim Deutschen Zentrum für Altersfragen in Berlin im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit erstellt, bibliographische Hinweise befinden sich am Schluß dieses Beitrages.

Der Fachbericht umfaßt neben Teilen zur Bevölkerungs- und Altersstruktur-Entwicklung sowie zur Lebenssituation älterer Menschen (Familie, Betrieb, Arbeitsmarkt, Einkommen etc.), einige Kapitel, die sich mit den sozialen und gesundheitlichen Problemen im Alter beschäftigen.

Hierin wird nochmals eindringlich hingewiesen auf die immer noch bestehende Lücke im System der sozialen Sicherung, der ungenügenden Absicherung bei Pflegebedürftigkeit.

Die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung in der Bundesrepublik setzt eine Reihe von Daten, die nicht übergangen werden können und besonders die Gruppe der älteren Menschen betreffen. Durch die rückläufige Entwicklung der Gesamtbevölkerung, aufgrund des seit langem anhaltenden Geburtenrückgangs erfolgt langfristig eine Umschichtung in der Altersstruktur der Bevölkerung mit der Folge einer deutlichen Zunahme der älteren und ältesten Altersklassen in Relation zum Anteil der jüngsten Altersklassen und des Bevölkerungsanteils im erwerbsfähigen Alter. Die Aussagen über die zukünftige Entwicklung der Bevölkerungszahl und der Altersstruktur werden aufgrund von Modellrechnungen gemacht. Diese Modellrechnungen über die zukünftige Bevölkerungsentwicklung haben selbstverständlich nicht den Charakter von Prognosen, sondern es sind rechnerisch ermittelte Modelle, deren Ergebnisse dann zutreffen können, wenn die gemachten Annahmen eintreten. Die Aussagen werden in der Regel um so fragwürdiger, je weiter in die Zukunft projiziert wird. Während man für einen Zeitraum von ca. 10 bis 15 Jahren aufgrund der Beobachtungen von gegenwärtigen Trends und der z.Zt. bestehenden Altersstruktur noch relativ sichere Aussagen machen kann, wird dies problematisch, wenn auch Annahmen gemacht werden müssen für Größe und Struktur der Jahrgänge erwachsener und alter Menschen, die heute noch nicht geboren sind. Es erscheint jedoch sicher, daß in Zukunft bei langfristig rückläufiger Bevölkerungszahl der Anteil von kranken Personen an der Gesamtbevölkerung – infolge des relativ hohen An-

teils Äterer – zunehmen wird. Sollten keine strukturellen und qualitativen Änderungen im Bereich der sozialen Dienste und der Gesundheitsversorgung für Ältere erfolgen, so wird sich die bereits heute vielfach unbefriedigende Situation noch verschlechtern.

Für den heute unbefriedigenden Zustand lassen sich eine Reihe von Beispielen

nennen, von der Zersplitterung der Ausbildung im Bereich der Altenhilfe, fehlenden ambulanten Hilfen und mangelnder Koordination und Kooperation bei bestehenden ambulanten Diensten über ungünstige Arbeitssituation des Pflegepersonals bei nicht bedarfsgerechtem Personalschlüssel bis zur fehlenden Berücksichtigung moderner Erkenntnisse in aktivierender Pflege und rehabilitativer Behandlung. Hinzu kommt, daß sowohl bei den meisten niedergelassenen Ärzten als auch bei den Krankenhausärzten spezifisch geriatrische Kenntnisse wenig verbreitet sind, da die Altersheilkunde – die Geriatrie – in Forschung, Lehre und Weiterbildung nur eine untergeordnete Rolle spielt. Dies alles ist seit langem bekannt, und es gibt auch in den angesprochenen Bereichen Anstrengungen, den gegenwärtigen unbefriedigenden Zustand tendenziell zu verbessern. Vielfach wird, zum Teil auch mit dem



Foto: Theodor Oberheilmann



Ziel von Kostenersparnissen im stationären Bereich, die Erweiterung der ambulanten Dienste gefordert. Es bleibt zu hoffen, daß hiermit keine Verschlechterungen der Versorgungsqualität verbunden sind.

Nach wie vor unbefriedigend ist die Situation der „Pflegebedürftigen“. Man kann davon ausgehen, daß z.Zt. die Versorgungsstruktur nicht bedarfsgerecht ist und das Pflegeangebot qualitativ und quantitativ nicht ausreicht. Hinzu kommt das Problem der Pflegekosten: solange ein Arzt Behandlungsbedürftigkeit bescheinigt, finanziert die Krankenkasse alle Leistungen von der Intensivbehandlung bis zur Unterkunft und Verpflegung. Wird dagegen medizinische Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr bescheinigt, so müssen Betroffene für Unterkunft (z.B. im Heim), Verpflegung und pflegerische Betreuung selbst zahlen (bzw. die Angehörigen). Da die Pflegekosten, vor allem in stationären Einrichtungen, die durchschnittlichen Einkommen älterer Menschen weit überschreiten, werden die Betroffenen häufig zu Sozialhilfe-Empfängern.

Dabei ist die Abgrenzung zwischen „Pflegefall“ und „Behandlungsfall“ äußerst problematisch und in der Praxis häufig von Zufälligkeiten abhängig. Es herrscht eine z.T. katastrophale Willkür aufgrund ärztlicher Betrachtungsweise gerade älteren Menschen gegenüber. Ein 80jähriger wird, mit bedingt durch das negative Alters-Stereotyp, wesentlich schneller zum „Pflegefall“ als ein 35jähriger. Gerade bei älteren Menschen gibt häufig das gleichzeitige Bestehen mehrerer Leiden (Multi-Morbidität) den Anlaß zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, wobei die institutionellen (Verlegung in ein Pflegeheim), psychischen (Entwicklung des Bewußtseins, ein „aussichtsloser Fall“ zu sein) und sozialen Folgen (Verlust von Kontakten, Aufgabe der eigenen Wohnung) einen möglichen Wiederherstellungsprozeß des Patienten erschweren bzw. unmöglich machen. Die Situation vieler Pflegebedürftiger ist bedrückend. Von den ca. 1,85 Millionen Pflegebedürftigen wird – entgegen der landläufigen Meinung – die Mehrzahl zu Hause von ihren Angehörigen versorgt (ca. 1,6 Millionen), während ca. 250 000 Pflegebedürftige stationär untergebracht sind. In beiden Bereichen gibt es starke Qualitätsunterschiede und Versorgungsmängel. In der häuslichen Pflege sind die pflegenden Angehörigen oft überlastet (Pflege „rund um die Uhr“ an 365 Tagen, keine Freizeit, kein Urlaub, fehlende ambulante Dienste und mangelhafte oder fehlende Pflegehilfsmittel, verminderte Rente der pflegenden Person bei Aufgabe der Berufstätigkeit oder Teilzeitarbeit etc.). Die häusliche Pflege wird in der Regel von Frauen geleistet, deren Lebensperspektive weiter verengt wird, da ihnen die Möglichkeit zur eigenständigen Berufstätigkeit eingeschränkt wird. In der stationären Pflege besteht eine weitgehende Vernachlässigung der meisten Patienten aufgrund

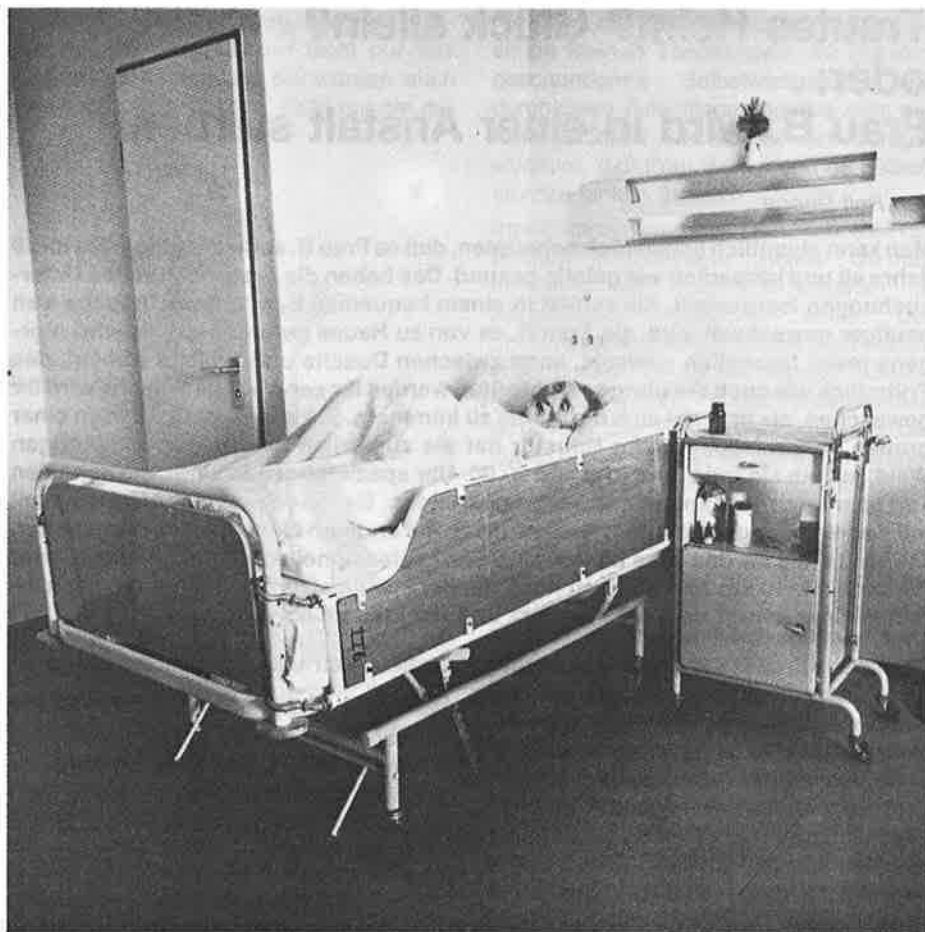


Foto: Theodor Oberheilmann

der Personalsituation (relativ wenig gut qualifiziertes Personal bei ungünstigem Personalschlüssel von 1:4, 1:5 oder schlechter). Vergleicht man die Situation etwa mit der in den Niederlanden, so stellt sich heraus, daß dort wesentlich bessere äußere Bedingungen existieren. Es besteht ein Durchschnitts-Personalschlüssel von 1:1,5, auf 90 Patienten kommt ein eigens hierfür angestellter Arzt, und die Quote der Bettlägerigkeit liegt bei nur 5 % entgegen einer Quote von 29 % ständig und 23 % teilweise Bettlägerigen in der Bundesrepublik. Grund für die bessere Pflegequalität in den Niederlanden ist die dort 1968 eingeführte Pflegeversicherung.

Es wäre wahrscheinlich möglich, eine größere Anzahl der heute noch stationär untergebrachten Pflegebedürftigen weitgehend durch ambulante Dienste zu versorgen. Doch die Sozialhilfeträger (vor allem die Kommunen) sehen sich bei den gegenwärtig sehr hohen Kostenbelastungen der Sozialhilfe durch die stationäre Versorgung nicht in der Lage, eine Ausweitung der ambulanten Dienste vorzunehmen, soweit diese über die Sozialhilfeleistungen finanziert werden müßten. Eine Lösung dieses Problems würde durch eine – längst überfällige – Neuordnung der Kostenträgerschaft bei Pflegebedürftigkeit erreicht. Es gibt eine Reihe von Vorschlägen hierzu, die zum Teil auch schon öffentlich diskutiert worden sind. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat im Jahre 1980 einen Bericht vorgelegt, der zwei alternative Lösungsvorschläge enthält:

- Eigenständige Pflegeversicherung für die gesamte Bevölkerung, durchgeführt durch die gesetzliche Krankenversicherung (kombiniert mit Planung und Steuerung durch Länder und Gemeinden beim Ausbau der pflegerischen Dienste);
- Pflegegeldgesetz des Bundes, durchgeführt durch Länder und Gemeinden (verbunden mit Planung und Steuerung des Ausbaus der Pflegedienste).

Mit beiden Vorschlägen verbunden ist das Ziel, die häusliche Pflege stärker zu unterstützen durch gezielten Ausbau der ambulanten Pflegedienste.

Kritiker der Reformbestrebungen weisen in der Regel auf die Kosten der Reform hin, die je nach Betrachtungsweise und Interessengebundenheit zwischen 3,6 und 20 Milliarden DM beziffert werden. Man wird den Eindruck nicht los, daß zum Teil ein Kosten-Buhmann aufgebaut wird, um von der Diskussion um die dringend notwendige Reform abzulenken. Es bleibt abzuwarten, ob die neue Bundesregierung konkrete Schritte in Richtung einer Neuordnung der Kostenträgerschaft bei Pflegebedürftigkeit gehen wird und ob dies zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen führen wird.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Fachbericht zur Situation älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1982, 89 Seiten, 3 DM. Arbeitsgruppe Fachbericht über Probleme des Alters: Altern in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 1982, 3 Bände, insgesamt 1138 Seiten, 24 DM.

# Trautes Heim? Glück allein? oder: Frau B. wird in einer Anstalt sterben!

Von Rolf Deppe

Man kann eigentlich schwerlich behaupten, daß es Frau B. schlecht ginge: Sie ist 69 Jahre alt und körperlich wie geistig gesund. Das haben die Ärzte nach vielen Untersuchungen festgestellt. Sie schläft in einem bequemen Bett, dessen Wäsche weit häufiger gewechselt wird, als Frau B. es von zu Hause gewohnt ist. Sie wird morgens meist freundlich geweckt, kann zwischen Dusche und Vollbad wählen, das Frühstück wie auch die übrigen Mahlzeiten werden ihr serviert, die Wäsche wird ihr gewaschen, sie braucht sich um nichts zu kümmern. Sie wohnt im Grünen, in einer großen Parkanlage, vor der Haustür hat sie zusätzlich noch einen weitläufigen Wald, in dem sie zwischen 8.00 und 20.00 Uhr spazieren gehen kann. Sie kann den Tag aber auch verbringen mit Gesprächsrunden, Bastel-, Spiel- oder Malstunden, mit Kegeln oder gemütlichem Kaffeetrinken mit anderen Menschen im Rentenalter. Die Leute, die ihr das alles bieten, sind von professioneller oder auch engagierter Freundlichkeit. Ein Arzt ist auch noch da, der sie in gewissen Abständen nach ihrem Befinden fragt oder ihr das Herz und die Lungen abhört.

Somit hätte Frau B. Dankbarkeit zu bezeugen: Dankbarkeit dafür, daß sie keine eigenen vier Wände mehr hat, keinen Winkel mehr, in den sie sich zurückziehen könnte. Dafür, daß sie sich so individuelle Regungen wie beispielsweise Appetit auf etwas Bestimmtes zu verkneifen hat; Frau B. hat zu essen, was auf den Tisch kommt. Dankbarkeit dafür, daß nicht der Lauf der Sonne ihren Tagesablauf bestimmt, nicht ihre Neigungen, nicht ihre Muße, nicht ihre körperlichen Bedürfnisse. Ihr Tagesablauf wird geregelt durch die Stationsordnung einer psychiatrischen Großklinik, in der sie seit 6 Monaten lebt: Frau B. zahlt für die Aufrechterhaltung ihrer physischen Existenz mit dem Preis ihrer sozialen Entmündigung. Sie könnte jederzeit gehen, doch sie weiß nicht wohin!

Eine individuelle „Krankengeschichte“ der Frau B. gibt es eigentlich nicht. Aber es gibt die Biographie einer alten Frau, deren Einsamkeit sie dermaßen verzweifeln ließ, dermaßen krank machte, daß selbst die Sonntagsreden der Politiker über Fortschritt, Lebensstandard und Wachstum sie nicht mehr gesund beten konnten.

Als Frau B. Witwe geworden war, wohnte sie zunächst bei ihrer Tochter, deren Mann hatte durchaus nichts dagegen, im Gegenteil. Als sich allerdings Nachwuchs einstellte, wurde die Wohnung zu eng. Eine größere war nicht zu finden bzw. nicht zu bezahlen. Wohnungen für Großfamilien passen nicht in die gesellschaftspolitische Landschaft. Um den „Lebensstandard“ der wachsenden Familie wenigstens zu halten, mußte der Schwiegersohn der Frau B. Überstunden machen, seine Frau ging abends kellnern, sobald die Kinder schliefen. Es traten „Sachzwänge“ auf: Die Verknappung der Freizeit erforderte Anschaffungen, um diese dann wenigstens intensiver nutzen zu können, man wollte schließlich was haben vom Leben: Waschmaschine mit Trockner, Spülmaschine, Auto, Surf-Brett für Papa. Um das alles bezahlen zu können, wurden weitere

gar nicht mehr. Sie vereinsamte, wurde immer komischer, immer „merkwürdiger“, wie sich die übrigen Hausbewohner später erinnerten. Stundenlang sprach sie mit ihrem Kanarienvogel. Doch wenn Verzweiflung übergroß wird, dann hilft – ganz unabhängig vom Alter – wohl nur noch der Aufbruch: Frau B. warf sämtliche Möbel auf die Straße, riß sich die Kleider vom Körper, schlug auf die „zu Hilfe“ eilenden Hausbewohner ein, urinierte in den Hausflur.

In einer Gesellschaft, in der das „Haben“ allemal höher eingeschätzt wird als das „Sein“, muß die Vernichtung des eigenen Hab und Gut als Notfall empfunden werden, muß derjenige, der die Grundordnung des Raffens verletzt, als verrückt gelten.

Folgerichtig kamen Polizei und Notarztwagen mit Blaulicht, Frau B. wurde in eine psychiatrische Anstalt gebracht. Nun kümmerte man sich um sie: Der Hauseigentümer schickte ihr die Kündigung, die Gesellschaft ließ sich die weitere Ausgrenzung der Frau B. etwas kosten: Der Pflegesatz der Anstalt beträgt immerhin 115.- DM pro Tag. Das soziale Netz besteht aus goldenen Fäden, allerdings nicht unbedingt für den, der sich darin verängt.



Nachdem sich herausgestellt hatte, daß Frau B. gesund war, stellte sich das Problem ihrer weiteren Unterbringung, denn ihre Mansardenwohnung war längst geräumt und weitervermietet. Ihre Tochter konnte und wollte sie nicht zu sich nehmen, das Erstreben und die Aufrechterhaltung eines gewissen Lebensstandards absorbiert nun einmal die gesamte Kraft der jüngeren Generationen, da sind Kinder schon im Wege, von den Alten erst gar nicht zu reden. Da nach Einschätzung aller Beteiligten die alte Frau in der Einsamkeit „draußen“ nicht mehr zurecht kommen würde, wurde Frau B. auf die Warteliste für einen Altenheimplatz gesetzt. Bis es soweit ist, kassiert das Sozialamt die Rente der Frau B., gewährt ihr ein Taschengeld, bezahlt den Rest der täglich 115,-DM teuren Ausgrenzung.

Noch sind Alten-„Heime“ Mangelware, noch ist es schwer, die Ausgedienten „unterzubringen“. Aber man hat inzwischen die Rentner als strukturelle Faktoren erkannt, als Wachstumskatalysatoren z.B. für strukturschwache Gebiete (so werden Gegenden bezeichnet, wo die Natur noch halbwegs intakt ist): überall schießen die Betonsilos aus dem grünen Boden, meist auf privatwirtschaftlicher Basis. Das Geschäft mit dem Alter schafft Arbeitsplätze im Bau- und Dienstleistungsgewerbe, vom Diplompädagogen als „Heim“-Leiter bis zum Friedhofsgärtner. Eine wahrhaft systemimmanente Altersfürsorge: Ein Lebensabend im Dienste des Wachstums! Familienglück, Geborgenheit, Wärme, Solidarität – das sind keine Faktoren für unsere Wirtschaftsexperten, für die Berechner des Bruttosozialproduktes...

Wären die Alten zu Hause, integriert in ihren Familien, sie würden nicht nur das „Wachstum“ hemmen, sie würden auch Arbeitsplätze gefährden: nicht nur die der



Altenpfleger, sondern auch die der Haushaltshilfen, der Babysitter, der Kindergärtner, der Schulpsychologen, der Kinderpsychiatern, der Polizei, des Wachpersonals in den Justizvollzugsanstalten. Bei aller „Ehrfurcht vor schlohweißen Haaren“, familien-integrierte Alte sind volkswirtschaftlich einfach nicht mehr tragbar!

Frau B. wird von ihrer Rente den „Heim“-Platz nicht bezahlen können, 2000 DM und mehr muß man inzwischen dafür hinblättern. Das bedeutet: Nach mehr als fünfzig Jahren Arbeit und Einzahlungen in die Rentenversicherung wird Frau B. wie Hunderttausende andere Rentner auch – als Wohlfahrtsempfängerin enden. Von einem

Almosen des Sozialamtes abhängig, mit einem kleinen Taschengeld. Ihr ohnehin geschundenes Selbstwertgefühl wird durch diese Zukunftsperspektive nicht gerade gefördert, wer könnte sich darüber wundern, daß Frau B. hier und da Selbstmordgedanken äußert?

Irgendwann wird man einen Platz für Frau B. finden in einem jener „Heime“, die man treffender als Abschiebe-Anstalten für Ausgediente bezeichnen sollte. Der „Heim“-Leiter wird sie willkommen heißen in der großen Familie des Hauses „Abendruh“, oder wie immer die Anstalt heißen wird. Aber das ist nicht die Familie, die der Gesetzgeber einst in Artikel 6 des Grundgesetzes unter besonderen Schutz gestellt hat!

In dem „Heim“ wird für alles gesorgt sein, alles wird wunderbar sein. Die Ärzte, die Krankenschwestern, die zuständigen Sozialarbeiter können mit sich zufrieden sein: wieder haben sie jemanden gut „untergebracht“. Die sich zuständig fühlenden Politiker werden weiter Grundsteine legen, werden auf ihren unvermeidbaren Sonntagsreden den sozialen Fortschritt loben. Für zig-Tausende von Rentnern, wie wohl auch für den größeren Teil der Leser wird dieser soziale Fortschritt so aussehen wie für Frau B.: Fernab von ihrem früheren Wohnort, isoliert von ihrer Familie, abhängig von der Gnade und der Freundlichkeit ihr fremder Menschen, als Sozialfall mit einem kleinen Taschengeld wird sie in einer Anstalt enden.

Der Wahlspruch der „grauen Panther“ in den USA aber lautet: Nicht die Niederlagen bringen uns um, sondern die Kämpfe, die wir nicht gekämpft haben...

## „Ängste werden durch skandalöse Zustände erzeugt“

Sehr geehrter Herr Ruschmeyer! Sie schreiben, daß die Entscheidung über einen Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim „einzig und allein beim Betroffenen selbst liegt“. Meinen Sie damit etwa, daß ein hilfebedürftiger alter Mensch die Wahlmöglichkeit hat, sich in seiner eigenen Wohnung oder in einem Pflegeheim betreuen zu lassen? Als Sozialdezernent und Chef der Heimaufsicht wissen Sie genau, daß das nicht stimmt.

Konkret haben wir das so erlebt: Eine Freundin von uns, die nach einem Krankenhausaufenthalt wieder nach Hause entlassen wurde, brauchte vorübergehend weiterhin pflegerische und ärztliche Betreuung. Obwohl sie den Vorschlag ihres Hausarztes, in ein Pflegeheim zu gehen, strikt abgelehnt hatte, schrieb dieser an den ASD: „Ich bitte um stationäre Einweisung in ein Pflegeheim. Die Patientin gefährdet sich selbst.“ Wir haben ganz energisch protestiert und die Krankenpflege selbst orga-

nisiert. Drei Wochen später war unsere Freundin wieder auf den Beinen.

Das ist kein Einzelfall und Sie wissen das, wenn Sie darüber schon einmal mit Gemeindeschwestern, Altenpflegern, Heimleitern, Ärzten gesprochen haben. Fragen Sie die Krankenhaus-Sozialarbeiter, wer von den alten Menschen freiwillig ins Pflegeheim geht. Viele von ihnen, das wurde uns immer wieder gesagt, könnten aus dem Krankenhaus in ihre eigene Wohnung zurückkehren, wenn genügend Pflegekräfte für die häusliche Betreuung zur Verfügung ständen und die Ärzte, wie in unserem Fall, nicht zu bequem wären, die Treppen zu steigen zu einem Patienten, der unter dem Dach wohnt. Aber wenn jemand 79 Jahre alt ist und Kassenpatient, dann lohnt sich der Aufwand wohl nicht mehr.

Wenn wir lesen, daß die Sozialstationen in Köln derzeit „absolut überlastet“ sind, so daß sie vielen Hilfesuchenden eine Absage erteilen müssen, ist dann die Heimeinweisung – wenn nicht „Notlösungen“ möglich sind – nicht zwangsläufig? Ist es nicht eine Verletzung von Menschenrechten,

● wenn kranke und pflegebedürftige alte Menschen ihren Lebensabend un-

freiwillig in einem Mehrbettzimmer verbringen müssen,

● wenn ihnen auf Grund des Personalmangels bereits um 5 Uhr nachmittags die Nachtruhe verordnet wird,

● wenn persönliche Bedürfnisse und Probleme mit Psychopharmaka und Beruhigungsmitteln „gelöst“ werden?

Und trotzdem wird sich – wie wir einem Rundschreiben des Landschaftsverbandes Rheinland vom 8. 12. 1981 entnehmen – die Personalsituation in den Alten- und Pflegeheimen noch weiter verschlechtern. Es ist ein unglaublicher Skandal, daß Haushaltsprobleme auf dem Rücken gerade derjenigen ausgetragen werden, die sich am wenigsten wehren können.

Aus diesen Gründen bemühen wir uns mit den Kräften, die uns zur Verfügung stehen, hilfebedürftigen alten Menschen den Verbleib in ihrer eigenen Wohnung zu ermöglichen. „Statt Pflegeheim – Hilfe und Pflege daheim!“

Übrigens: Die Ängste, von denen Sie sprechen, werden durch die skandalösen Zustände in Alten- und Pflegeheimen und die dafür Verantwortlichen erzeugt und nicht durch diejenigen, die diese Mißstände kritisieren.

Mülheimer Seniorentreff  
(14 Unterschriften)



# Beruf: Altenpfleger(in)

## Null-Option auf eine berufliche Zukunft?

Von Udo Bünning

Ein mitleidiges Lächeln oder ein ratloses Schulterzucken ist häufig die Antwort, wenn man nach dem Berufsbild des Altenpflegers(in) fragt. Bestenfalls erhält man eine Definition, die irgendwo zwischen Krankenpflegehelfer und Gemeindeschwester liegt, sicher scheint nur eins, mit alten Menschen hat es irgendwie zu tun.

Verständlich ist diese Verwirrung schon, schaut man sich nur einmal an, wer den Anspruch erhebt, für das Berufsbild des(r) Altenpflegers(in) die Kriterien festzulegen. Neben einem „Deutschen Berufsverband der Altenpfleger“, dem mit seinen 1400 Mitgliedern, gemessen an der großen Zahl der in der Altenpflege Tätigen, nur eine mindere Rolle zugeschrieben werden kann, über den „Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge“, Caritasverband und Diakonieverbände, sowie die Ministerien der einzelnen Bundesländer gibt es noch eine Reihe von Veröffentlichungen, die allesamt den Anspruch erheben, das Berufsbild des Altenpflegers schlechthin zu definieren.

Wen wundert es da, daß es im Bereich der Ausbildung von Altenpflegern ähnlich bunt zugeht. Infolge des Fehlens einer einheitlichen Ausbildungsordnung für das Bundesgebiet – bisher erließen einzelne Bundesländer unterschiedliche Ausbildungsverordnungen – gibt es eine Vielzahl von regionalen, verbands- und heiminternen Ausbildungskursen. Dies führt dazu, daß eine große Anzahl kleiner Ausbildungsstätten für den Bedarf der mit ihr verbundenen Einrichtungen ausbildet. Dies wiederum verhindert, daß der Beruf an Bekanntheit und Attraktivität gewinnt, die Schaffung eines einheitlichen Berufsbildes wird auch hierdurch verhindert. Gegen die Vielzahl der kleinen Ausbildungsstätten – Zwergschulen – spricht darüber hinaus, daß es schwierig oder unmöglich ist, qualifizierte und didaktisch geschulte Lehrkräfte in ausreichender Zahl zu gewinnen. Der Unterricht wird weitestgehend von nebenamtlichen Lehrkräften erteilt.

Im wesentlichen sehen die bisherigen Ausbildungsordnungen eine zweijährige Ausbildung – 1 Jahr theoretische und praktische Ausbildung und 1 Jahr als Anerkennungsjahr – vor. Geht man davon aus, daß Altenpflege sich um eine ganzheitliche Hilfe, die das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden der alten Menschen umfaßt, bemüht, so ist die heutige Ausbildung als unzureichend zu bezeichnen.



Foto: Hermine Oberück

Man muß sich wirklich fragen, ob dem verbalisierten hohen Anspruch der Altenhilfe tatsächlich nicht Kriterien bei der Schaffung des Berufes Altenpfleger zugrunde gelegen haben, die ein anders Ziel verfolgten.

Ende der 50er Jahre wurde erstmals der Ruf nach Schaffung des Berufes Altenpfleger laut. Bei zunehmender Zahl der Pflegebedürftigen war der Arbeitsmarkt im Bereich der Pflegeberufe leergefragt. Es galt, einen Beruf zu schaffen, der den Bedürfnissen der Versorgung alter Menschen, vornehmlich deren Pflege, entsprach. Gleichzeitig war man bemüht, zu verhindern, daß die neu ausgebildeten Kräfte in andere Bereiche der Pflege – die Krankenpflege – abwanderten.

Aus diesem Grunde wurde eine Trennung von Altenpflege und Krankenpflege zementiert, obwohl wesentliche Tätigkeiten in beiden Berufsgruppen, z. B. Grundpflege, identisch sind.

Die Altenpflege übernahm diejenigen pflegerischen Tätigkeiten, die Krankenschwestern und -pfleger nur ungern ausüben wollten, weil sie nicht soviel Ansehen wie die Tätigkeit in der Akutmedizin versprach. Alter, chronische Krankheiten und Sterben laufen der erfolgsorientierten, naturwissenschaftlichen Medizin zuwider.

Gleichzeitig bringt die Altenhilfe Elemente der Sozialarbeit wie Gesprächstechniken, Beschäftigungstherapie u. a. in die Pflege alter Menschen, für die das Krankenpflegepersonal aufgrund seiner Ausbildung nicht qualifiziert ist.

Es war mit der Definition der Altenpflegeberufe als sozialpflegerischem Beruf auch die Absicht verbunden, die sozialpädagogischen und offenen Hilfen im Alter auszubauen.

Die Abkoppelung von der Krankenpflege ergab gleichzeitig eine unterschiedliche

Zuständigkeit für die Ausbildungssysteme. Form und Inhalt der Krankenpflegeausbildung werden durch den Bund mitbestimmt, die Altenpflegeausbildung fällt als schulische Ausbildung in die Zuständigkeit der Länder.

Zweifelhaft sind Aussagen, die eine Ausbildung in der o. a. Form als ausreichend definieren, da das Bedürfnis bestand, die Arbeitsmarktlücke möglichst schnell zu schließen. In der Praxis hat sich die Ausbildung tatsächlich als ausreichend erwiesen.

Im ganzen Bundesgebiet werden z. Z. 5500 Auszubildende an 120 Ausbildungsstätten für die Altenpflege ausgebildet. Qualität und Quantität der Ausbildung an den „Fachseminaren für Altenpflege“ sind sehr unterschiedlich, und die Einrichtungen entziehen sich häufig einer Erfolgskontrolle. Eine mangelnde Orientierung an der Praxis wird von langjährig in der Altenpflege Tätigen kritisiert, die Ausbildungsstätten zeigen sich meist einer solchen Kritik wenig zugänglich.

Diese nicht praxisorientierte Ausbildung führt zwangsläufig zu Frustrationen im Berufsalltag.

Infolgedessen sind Ausfallzeiten durch Krankheit in dieser Berufsgruppe überdurchschnittlich hoch.

Diese Tatsache ist den Heimträgern und den politisch Verantwortlichen durchaus bewußt. Um so unverständlicher erscheint dann eine Maßnahme, wie die Festschreibung eines bundesweiten Personalschlüssels von 1:5 im Pflegebereich durch die Heimpersonalmindestverordnung. Verantwortungsvolle Heimleitungen nennen als Minimum für eine qualifizierte Pflege einen Personalschlüssel von 1:3. Obwohl bekannt ist, daß die Bewohner von Pflegeheimen in zunehmendem Maße schwerstpflegebedürftig sind, wird hier ein Mißstand auf Jahre hinaus festgeschrieben.

„Wir wissen, daß wir einen Mißstand verwalten“, war der einzige Kommentar des Dezernenten einer rheinischen Großstadt zur Frage nach der Situation in den Pflegeheimen in Anbetracht des Fehlbedarfs von 800 Pflegestellen in dieser Großstadt.

Daß den Problemen der Altenhilfe und der Altenpflegeausbildung so nicht begegnet werden kann, steht außer Zweifel.

Durchaus diskussionswerte Modelle der Finanzierung von Pflegekosten liegen, gerade unter dem Eindruck der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, auf dem Tisch. Die Zeit für eine Reformierung der Altenhilfe scheint vor diesem Hintergrund günstig. Die Alternative bestünde in einer Rückentwicklung zum System der Siechenpflege.

Ähnlich die Situation im Bereich der Ausbildung. Auch hier hat ein Prozeß des Umdenkens, sehr zum Leidwesen verschiedener Träger, begonnen.

Ein kritisches Bewußtsein für ihre Ausbildungs- und spätere Berufssituation führt dazu, daß mehr und mehr Auszubildende Mißstände wie Bezahlung eines hohen Schulgeldes, keine Ausbildungsvergütung trotz praktischer Arbeit auf den Stationen u. a. erfolgreich auf dem Rechtsweg bekämpfen. So hat ein Arbeitsgericht in Niedersachsen festgestellt, daß im Land Niedersachsen künftig die Ausbildung in der Altenpflege unter das Berufsbildungsgesetz fällt. Dies hat zur Folge, daß nunmehr Ausbildungsverträge abgeschlossen werden müssen, eine Ausbildungsvergütung gezahlt wird und die Beschäftigten in der Altenpflege über die Betriebs- und Personalräte, deren Mitwirkung bisher ausgeschlossen war, Einfluß auf die Ausbildung nehmen können. Darüber hinaus sind die Auszubildenden erstmals personalrechtlich abgesichert.

Als Vorbild für eine einheitliche Ausbildungsordnung in der Altenpflege könnte das ÖTV-Modell dienen.

Dieses Modell sieht eine einheitliche Grundausbildung für alle Pflegeberufe auf der Basis der 3jährigen Ausbildung vor. Nach Absolvierung des Berufsgrundbildungsjahres folgt eine fachbezogene Ausbildung im 2. und 3. Jahr.

Somit wäre eine Gleichstellung des Berufs des Altenpflegers(in) mit dem des Krankenpflegers(in) oder anderen Fachgruppen innerhalb der Pflegeberufe erreicht.

Eine Prognose über Berufschancen in der Altenpflege ist äußerst schwierig. Man kann jedoch davon ausgehen, daß infolge der proportionalen Zunahme des Anteils der über 65jährigen in unserer Gesellschaft, der Bedarf an qualifizierten Fachkräften in der Altenpflege steigen wird. Voraussetzung ist jedoch die Gleichstellung der Altenpfleger(innen) mit anderen pflegerischen Gruppen.



Trude Unruh und zwei „Graue Panther“

## Die Rebellion der Alten läuft!

Gastkommentar von Trude Unruh (Graue Panther)

Liebe Freunde, für Eure Zeitschrift mal ganz etwas anderes. Wir meinen, daß gesundheitliches Wohlbefinden auch etwas mit Geld zu tun hat. Wer als alter Mensch für ca. 340 DM monatlich zum Sozialamt gehen muß, dem ist schon das Herz gebrochen. Er sucht verzweifelt nach der Antwort, warum ausgerechnet ihm das Schicksal so übel mitspielt. Er steht in der „Schlange“ beim Sozialamt... ein alter Mensch, der sein Leben lang versucht hat, Kriege, Hungersnöte, Geldverfall, Familienschwierigkeiten auszutricksen, der langsam aber sicher weiß, daß ihm die Kräfte zum Tricksen nicht mehr langen. Das Jahrzehnte Auf und Nieder hat irgendwie müde gemacht. Nun steht man da – letztlich auch vor seinen Kindern – als Versager! Den „Kindern“ brachte man bei, in der Schule gut aufzupassen, was Anständiges zu lernen, fleißig und tüchtig zu sein... und was hat man selbst davon? Fünf Millionen Renten liegen unter 600 DM im Monat...

Wir „Grauen Panther“ rufen Euch zu! Geniert Euch nicht, entwickelt Selbstbewußtsein, Ihr habt soviel im Leben geleistet, das macht Euch keiner nach. Resigniert nicht, sondern macht mit. Viele Krankheiten sind dann auf einmal wie weggeblasen! Unsere „Leni“ trägt bei Veranstaltungen stolz ihr Demonstrationsschild „Mutter von 11 Kindern fragt, welche Arbeitsrente bekomme ich?“ Also: umdenken, umdenken, umdenken!

Welcher Politiker oder hohe Beamte oder Spitzengewerkschafter könnte eine höhere „Leistung“ nachweisen?

Die Rebellion der Alten läuft. Die nachfolgende Unterschriftenaktion gibt uns gemeinsame Kraft. Gemeinsam bringen wir die jeweils Regierenden auf Trab. Ob „Kanzlersturz“ oder nicht – ob SPD, CDU, CSU, FDP – alle wollen die kleinen Renten (Witwen 60 %) wieder kürzen.

### Graue Panther fordern:

1. Sofort Schluß mit Kürzungen der Renten aus der Arbeiter- und Angestelltenversicherung.
  - keine Verschiebung der sog. Anpassung
  - sondern Wiedergutmachung für ungerechte Kürzungen
  - Die Höchstreute nach 45 Versicherungsjahren beläuft sich sowieso nur auf ca. 1900 DM im Monat.
2. Sofort Schluß mit Zuschlägen für Pensionen über 3000 DM im Monat.
3. Sofort Reduzierung des Beamtenstatus
4. Baldige Neuordnung einer Alterssicherung für alle Bürger über 65 Jahre
  - a) Mindestrente ca. 1300 DM – evtl. auch als „Sondergesetz der Wiedergutmachung“ für Bürger, die z. B. bis 1925 geboren wurden –
  - b) Höchstreute ca. 3000 DM – Grundrente aufgestockt mit gestaffelten Ansprüchen aus den 10 besten Verdienstjahren –
  - c) Finanzierung:  
Alle Bürger in Solidarität; vom Bundespräsidenten, Generaldirektor, Gewerkschaftsbosse, Bischöfe, Regierungsmitglieder, Volksvertreter, Beamte, Ärzte, Selbständige, Ehefrauen, Mütter, Hilfsarbeiterinnen usw. usw. zahlen monatlich einen Pflichtbeitrag von ca. 5 % von der Steuer – entgegen Kirchensteuer, die nur von der Lohn- oder Einkommensteuer prozentual einbehalten wird –
5. In die Mindestrente sollen Vermögenswerte aller Art ab 100 000 DM einfließen.
6. Ebenso muß es zu der Grundrente einen festen Wohngeldbetrag geben, um unnötige Verwaltungskosten einzusparen.

## Hinter Bismarck zurück

Beitragsfreie Krankenversicherung der Rentner beseitigt

Von Arthur Böppe

**Der 1. Juli 1983 soll nach dem Willen der in Bonn Regierenden als schwarzer Tag in die Geschichte der deutschen Sozialversicherung eingehen. Seit Bestehen der Sozialversicherung in Deutschland sind die Rentner beitragsfrei krankenversichert. Wer sein Leben lang gearbeitet, Steuern und Beiträge zur SV gezahlt hat, sollte im Alter von der Beitragszahlung befreit sein. Ab 1983 aber soll dieses soziale Grundrecht für die Rentner in der Bundesrepublik der Vergangenheit angehören. Die Rentner sollen selbst zur Beitragszahlung für ihre Krankenversicherung herangezogen werden. Damit geht die Bonner Sozialpolitik hinter Bismarck zurück!**

Dieser eklatante soziale Rückschritt wurde nicht von der CDU/CSU, sondern von der SPD-FDP-Koalition eingeleitet. Dabei hat es diese Koalition vor einem guten Jahrzehnt noch als soziale Großtat gefeiert, als sie den zweiprozentigen Krankenversicherungsbeitrag für Rentner ab Januar 1970 wieder abschaffte, den wenige Jahre zuvor die Bonner große Koalition (CDU/CSU und SPD) eingeführt hatte. Und Bundeskanzler Schmidt versicherte noch in seiner Regierungserklärung vom 16. Dezember 1976: „Es wird kein Krankenversicherungsbeitrag der Rentner eingeführt“.

Doch diese und andere soziale Versprechen gelten nicht mehr! Nach dem schon im vorigen Jahr vom Bundestag beschlossenen Rentenanpassungsgesetz 1982 sollten die Rentner ab Januar 1983 zunächst „nur“ von Einkünften, die sie neben ihrer Rente aus der Rentenversicherung beziehen, einen Beitrag zur Krankenversicherung bezahlen. Zu diesen der Beitragszahlung unterliegenden Einkünften zählen Betriebsrenten, Zusatzrenten aus öffentlichen Versorgungskassen, beamtenrechtliche Versorgungsbezüge u.a. (nicht Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung und Kriegsoferversorgung). Der von dem Rentner zu zahlende Krankenversicherungsbeitrag soll die Hälfte des Beitragssatzes ihrer Krankenkasse, im Durchschnitt sind das 5,9 Prozent, betragen. Bei einer Zusatzrente von 400 DM werden dem Rentner also rund 24 DM ab Januar nächsten Jahres abgezogen.

Doch bei dem Krankenversicherungsbeitrag von den sonstigen Einkünften der Rentner soll es nicht bleiben. Schon in ihrem nach der Bundestagswahl getroffenen Koalitionsvereinbarungen hatten SPD und FDP die Kürzung der Sozialrenten durch einen Krankenversicherungsbeitrag anvisiert. Aber erst für die Zeit nach dem Inkrafttreten der Rentenreform 1984, also ab 1985. Jetzt aber sollen auch die Renten der Rentenversicherung schon ab 1983 durch

den Krankenversicherungsbeitrag der Rentner gekürzt werden. Nach der Festlegung der SPD-FDP-Koalition zur Haushaltsoperation '83 sollte ab Beginn nächsten Jahres 1 Prozent und in den folgenden drei Jahren je 1 Prozent mehr, ab Januar 1986 also 4 Prozent Krankenversicherungsbeitrag von den Renten der Rentenversicherung abgezogen werden. Die CDU/CSU-FDP-Koalition hat diese unsosziale Maßnahme der Haushaltsoperation '83 nicht nur übernommen, sondern die Belastung der Rentner drastisch verschärft. Die nächste, zum 1. Januar 1983 fällige Anpassung der Renten soll erneut um ein halbes Jahr verschoben werden. Auch der Abzug des Krankenversicherungsbeitrages von den Renten und der Rentenversicherung beginnt dadurch ein halbes Jahr später, also ab Juli 1983.

In der praktischen Durchführung soll nämlich der steigende Abzug des Krankenversicherungsbeitrages so erfolgen, daß zum Juli 1983 die Rentenanpassung um 1 Prozent, in den beiden folgenden Jahren um je 2 (!) Prozent gar gekürzt wird, so daß den Rentnern schon ab Juli 1985 5 Prozent für den Krankenversicherungsbeitrag abgezogen wird. Zum 1. Juli 1983 werden die Renten also nicht entsprechend der Entwicklung der Bruttolöhne um 5,6 %, sondern nur um 4,6 % usw. angepaßt werden. Durch die Verschiebung der Anpassung

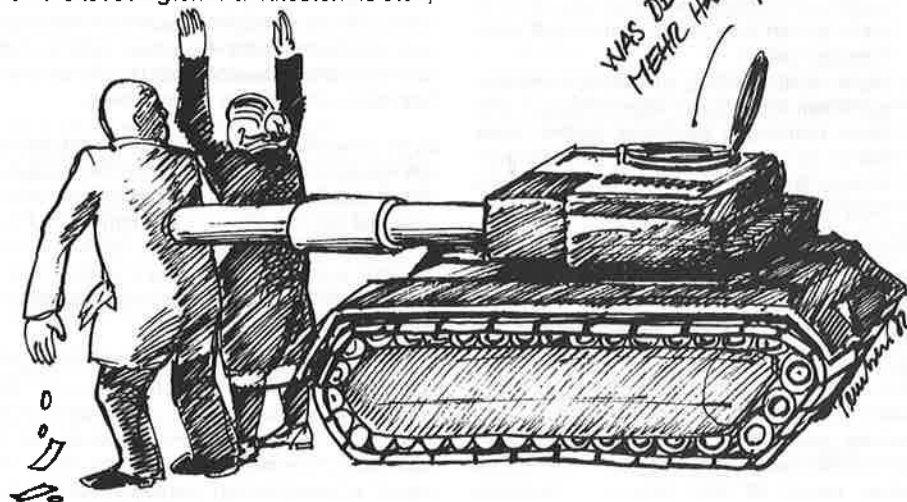


um ein halbes Jahr erhalten die Rentner aber tatsächlich für das ganze nächste Jahr nur eine Rentenerhöhung von nur 2,3 Prozent. Für einen Rentner mit einer Monatsrente von jetzt 1200 DM bedeutet das einen Rentenverlust von 475,20 DM im nächsten Jahr (das sind 331,20 DM mehr als ihm nach den Festlegungen der SPD-FDP-Koalition mit der Haushalts-Operation '83 (siehe DGW 5/82) entzogen werden sollten), wenn die Haushaltsoperation '83 nicht verhindert wird.

Die Rentner werden damit, wie schon in den letzten vier Jahren, einen kräftigen Kaufkraftverlust erleiden. Waren doch nach der amtlichen Statistik Ende Juli dieses Jahres bei einer jährlichen durchschnittlichen Teuerungsrate von 5,6 Prozent die Lebenshaltungskosten für den 2-Personen-Haushalt der Rentner und Sozialhilfeempfänger sogar um 6,1 Prozent gestiegen. Die von der CDU/CSU-FDP-Koalition beschlossene Erhöhung der Mehrwertsteuer ab 1. Juli nächsten Jahres wird eine neue kräftige Teuerungswelle auslösen und damit Renten wie Arbeitsverdienste noch mehr entwerten! Minister und Abgeordnete erklären, die Zahlung des Krankenversicherungsbeitrages sei den Rentnern zuzumuten. Auch die Rentner hätten schließlich am steigenden Wohlstand in der Bundesrepublik teilgenommen. In der Tat sind dank der von den Gewerkschaften durchgesetzten dynamischen Rentenanpassung auch die Sozialrenten gestiegen. Doch mit den Pensionen, die Minister und Abgeordnete sich selbst bewilligt haben, können die Renten der Arbeiter und Angestellten auch nicht annähernd konkurrieren. So haben sich die Abgeordneten des niedersächsischen Landtages, zur gleichen Zeit, da bei den Sozialleistungen für das Volk der Rotstift kräftig angesetzt wurde und wird, Mitte dieses Jahres den Höchstbetrag ihrer Abgeordnetenpension um 562 auf 4725 DM erhöht. Dieser Höchstbetrag steht ihnen – ohne eigene Beitragsleistung! – schon nach 19 Jahren Zugehörigkeit zum Landtag zu. Arbeiter und Angestellte aber erhalten in diesem Jahr nach 40 Jahren Arbeit und Beitragszahlung ein Altersruhegeld, das im Durchschnitt nur 1205 DM beträgt! Nur 0,8 Prozent der Erwerbsunfähigkeits- und Altersrenten der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten betragen 2500 DM und mehr. Fast 3,3 Millionen, das sind knapp 41 Prozent dieser Renten, aber erreichen noch nicht einmal 600 DM im Monat! Bei Berücksichtigung aller Nebeneinkünfte befanden sich 1980 in den niedrigsten Einkommensgruppen bis unter 1500 DM netto im Monat 53,4 Prozent der Rentnerhaushalte, von den Haushalten der Versorgungsempfänger des öffentlichen Dienstes 9,8, der Beamten 1,9, der Arbeiter 12,8, der Angestellten 5,5 Prozent, von den Selbständigen nicht ein einziger. Die Rentner bilden also eindeutig und mit erheblichem Abstand das Schlußlicht der Einkommensskala!

## Alte und Kranke: Opfer der Rotstiftpolitik

Trotzdem waren und sind gerade die Rentner das „bevorzugte“ Opfer der Rotstiftpolitik! Durch die Verschiebung der 1978 fälligen Rentenanpassung um ein halbes Jahr und die Kürzung der Rentenanpassungen 1979 bis 1981 auf 4,5 und zweimal 4 Prozent wurde das Niveau der Sozialrenten um etwa 15 Prozent gemindert. Auch das seit jeher bestehende soziale Grundrecht der Befreiung der Rentner von der Rezept-, jetzt Verordnungsgebühr, wurde ab Juli 1977 mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz beseitigt. Die Rentner, weil sie alt und krank sind, müssen seither den größten Teil der direkten Zuzahlungen bei Arznei-, Verband-, Heilmittel und Brillen, Zahnersatz und krankheitsbedingten Fahrtkosten leisten,



die ab 1983 erhöht und auf weitere Bereiche, stationäre Krankenhausbehandlung und volle Selbstzahlung einiger Arzneimittelgruppen, ausgedehnt werden soll. Ebenso sind die Rentner besonders betroffen von der seit Mitte der siebziger Jahre zweimaligen Verschlechterung des Wohngeldes, bei gleichzeitiger, durch staatliche Maßnahmen forcierten kräftigen Mietsteigerungen, und von den rigorosen Kürzungen bei den Sozialhilfen mit dem Haushaltsstrukturgesetz 1982, wobei die Betroffenen hier vor allem die Rentner mit geringen Renten, vorwiegend alleinstehende ältere Frau, sind.

Das alles ist nicht nur ein sozialer, richtiger: unsozialer Skandal, sondern geradezu der Gipfel einer zutiefst unsozialen Politik der Sozialdemontagen, die mit den Haushaltsstrukturgesetzen 1976 von einer Koalition eingeleitet und betrieben wurde, die 1969 einmal die Regierungsgeschäfte in Bonn mit der Ankündigung übernommen hatte, soziale Reformpolitik betreiben zu wollen. Die am Ende der Einkommensskala stehenden Rentner wurden und werden belastet mit den Auswirkungen der sich durch die Einschränkung der Massenkaukraft noch vertiefenden Krise und den steigenden Kosten der gefährlichen Bonner Hochrüstungspolitik, während nach einer vom Finanzminister Nordrhein-Westfalens, Posser, vorgelegten Dokumentation Groß-

verdiener mit Steuertricks dem Staat Milliarden DM vorenthalten, im einzelnen jährlich zwischen 142 000 bis 570 000 DM nach der Höhe ihres Einkommens fällige Steuern nicht zahlen und so selbst bei Jahreseinkommen von mehr als einer halben Million teilweise keinen Pfennig Steuern abführen.

Den Vorrang der Rüstungs- vor der Sozialpolitik, für den die Rentner am stärksten „bluten“ müssen, widerspiegeln die Zahlen des noch von der Schmidt-Genscher-Regierung vorgelegten Haushaltsentwurfs für 1983. Danach sollten gegenüber 1982 die Ausgaben des Ministeriums für Arbeit

und Soziales um 9,8 Prozent und des Ministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit um 3,1 Prozent gekürzt, die des Verteidigungsministeriums aber um 4,1 Prozent aufgestockt werden.

Von der neuen CDU/CSU-FDP-Koalition ist, das bestätigen ihre ersten Beschlüsse, mit Sicherheit kein sozialerer, sondern ein Kurs verschärfter Sozialdemontagen, noch höherer Rüstungsaufwendungen und noch stärkerer Begünstigung der Reichen, der großen Konzerne und Banken zu erwarten. Der von Bundeswirtschaftsminister Graf Lambsdorff mit Zustimmung des FDP-Präsidiums in den letzten Tagen der sozialliberalen Koalition vorgelegte „Gruselkatalog“, wie er vom Reichsbund benannt wurde, das Programm noch rigorosere Eingriffe in das Netz sozialer Sicherungen, hat bei CDU/CSU-Politikern unverhohlene Unterstützung gefunden. Ein Stopp des Sozialabbaus, eine grundlegende Änderung der Politik zu sozialer statt militärischer Aufrüstung, wirksame Maßnahmen zur Wiederherstellung der Vollbeschäftigung, Belastung der Reichen statt der Rentner, Kranken und Arbeitslosen, können nur die Betroffenen, die Arbeiter, Angestellten und Rentner, kleinen und mittleren Beamten und alle am sozialen Fortschritt in Frieden interessierten Kräfte selbst in gemeinsamen Aktionen durchsetzen.

# Das humane System

## Über das Elend von alten Menschen in Heimen

Als Pflegekräfte in stationären Alteinrichtungen mußten wir oft feststellen, daß alte Menschen in geschlossenen Stationen untergebracht und/oder gefesselt wurden. Gefesselt/fixiert wird vor allem in folgenden Situationen:

1. wenn alte Menschen Angst haben und weglaufen wollen
2. wenn sie häufig andere belästigen, bzw. an fremde Schubladen und Schränke gehen oder sonstige Regelverstöße begehen
3. wenn sie onanieren wollen und dabei erwischt werden
4. wenn sie aufstehen wollen (über das Bettgitter steigen wollen), und bereits öfter gefallen sind und aufgrund ihrer Behinderung, die sie selbst nicht richtig einschätzen können, nicht allein stehen oder laufen können (oft nach Schlaganfällen)
5. wenn sie stundenlang auf feuchten oder eingekoteten Unterlagen liegen müssen und diese Unterlagen wegzerrn wollen, wenn sie wund sind (Dekubitus) und an ihrer Wunde kratzen, wenn sie einen Katheter nicht ertragen können.

Wir haben in der Hauspflege die Erfahrung gemacht, daß viele dieser Situationen zu Hause erst gar nicht entstehen, sondern vielmehr durch die Heimunterbringung verursacht werden.

Zu 1) Allein der Umzug in ein Heim bedeutet eine große Belastung, Orientierungsschwierigkeiten, Gewöhnung an fremde Menschen, Verlust der gewohnten Umgebung und damit zusammenhängend: ihrer Identität. Altenheime haben zudem oft eine stereotype Bauweise (lange Flure, gleichartige Etagen und Räume), die Zimmer sind oft steril und eintönig eingerichtet. Das Personal trägt in der Regel weiße Kleidung, also unpersönlich, nicht unterscheidbar. Auf den Pflegestationen stehen oft Gitterbetten.

Das alles löst, vor allem bei ohnehin verwirrten Personen, den verständlichen Drang aus, zu fliehen, die gewohnte Umgebung wiederzufinden. Da das Pflegepersonal meist keine Zeit hat, ständig die „fliehenden“ Alten wieder einzufangen, die doch mit Recht weglaufen wollen, werden sie in eine geschlossene Station gesperrt und/oder angebunden. Hinzu kommt das Problem bei diesen anfangs unruhigen Bewohnern, daß sie oft falsch medikamentiert werden (Ausprobieren von Psychopharmaka), wodurch die Verwirrung sich noch verschlimmert. Hier ist es wichtig, daß eine Pflegeperson sich beim Einzug intensiv um die Bedürfnisse des neuen Bewohners kümmert. Auch später ist es wichtiger, sich den Menschen individuell und in Ruhe zu widmen, damit Vertrauen entstehen kann und Fesselung unnötig ist.

Zu 2) Auch Probleme wie Belästigung von Mitbewohnern oder Wegnahme fremden Eigentums entstehen erst durch die Heimsituation die den Privatbereich der Bewohner erheblich einschränkt, vor allem in Mehr-Bett-Zimmern, die darüber hinaus oft eintönig und geschmacklos, ohne persönliche Möbel und Gegenstände eingerichtet sind. Die „Belästigung“ von Mitbewohnern ist oft nichts anderes als eine Suche nach Wärme. Wenn diese Suche nach Zuwendung auch noch auf Ablehnung und Aggression bei Pflegepersonal und Mitbewohnern stößt, staut sich bei dem Hilfesuchenden eine Enttäu-

schung auf, die er entweder gegen sich selbst richtet, (Depressionen bis hin zu Selbstmordversuchen) oder gegen andere in Form von Wutausbrüchen. In diesem Zustand provozieren diese hilfesuchenden alten Menschen oft Situationen, mit denen sie versuchen, Aufmerksamkeit (Zuwendung) zu bekommen, beispielsweise durch offensichtliche Regelverstöße wie Nackt-Ausziehen, Urinieren im Schwesternzimmer oder auf dem Gang, oder gewolltes Ausbrechen von Speisen.

Auch wenn die unter Umständen gewollte Nähe zu anderen, die aber nicht automatisch guten Kontakt bedeutet, und der Verlust von Privatsphäre grundsätzlich im Heim schwer zu vermeiden ist, ist es möglich, durch ein feinfühliges und verständnisvolles Eingehen auf die Probleme und die daraus folgende Unruhe der alten Menschen ein Fesseln zu umgehen.

Zu 3) Sexualität im Alter ist allgemein tabuisiert, das Personal in den Heimen kann dementsprechend ebenfalls oft nicht damit umgehen. Manches Mal wird die eigene Verklemmtheit auf die alten Menschen übertragen, die sich nicht mehr dagegen wehren können, weil sie keine Intimsphäre mehr haben (vor allem auf Pflegestationen bzw. Mehr-Bett-Zimmern).

Werden alte Menschen beim Onanieren „erwischt“, werden sie oft mit Sprüchen wie: „Du altes Ferkel“, „Du alte Sau“, „Dafür kommst du in die Hölle“, „In deinem Alter hast du das ja wohl nicht mehr nötig“, „Das macht die Seele kaputt“ eingeschüchtert (gerade in solchen Situationen verfällt das Pflegepersonal tatsächlich oft in die Du-Anrede). Wenn eine besonders verklemmte Pflegeperson mit solchen Situationen nicht fertig wird, entstehen manchmal Kurzschlußhandlungen, etwa dem Betroffenen die Hände anzubinden.

Zu 4) Wie bereits beschrieben entsteht in Verwirrheitszuständen oder bei falscher Einschätzung der eigenen Kräfte oft der Drang, zu laufen. Da die alten Bewohner oft nur selten krän-

gymnastische Übungsanleitungen erhalten und selten jemand mit ihnen spazieren geht, führt oft schon die körperliche Schwäche zu Stürzen. Darüber hinaus erhält der alte Mensch durch vernünftige, ruhige Erklärungen über seinen Gesundheitszustand, bzw. die Art seiner Behinderung oft Einsicht in seine Situation, die eine Fesselung überflüssig macht (in einem Bielefelder und einem Dortmunder Altenheim sind Bewohner, die an ihren Stühlen festgebunden waren, samt der Stühle losgelaufen und dabei natürlich erst recht gestürzt. Die Verletzungen waren dementsprechend schwerwiegend).

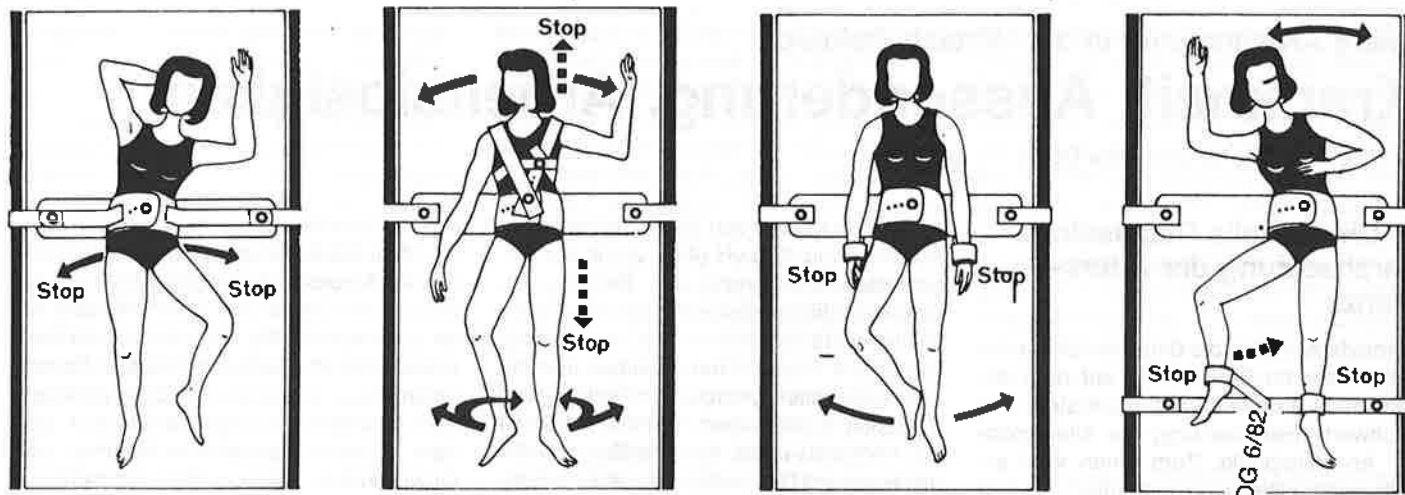
Statt diese Menschen zu fesseln, reichte es oft aus, eine halbe Stunde mit ihnen in den Garten zu gehen, um das natürliche Bewegungsbedürfnis zu befriedigen. Gerade in letzter Zeit ist deutlich geworden, daß die Arteriosklerose („Verkalkung“ und Verengung der Blutgefäße) eine Stoffwechselkrankheit ist, die auf Sauerstoff- und Bewegungsmangel zurückzuführen ist. Die angespannte Personalsituation und entsprechender Bewegungsmangel der Heimbewohner verstärkt also die Arteriosklerose und deren Symptome.

Noch absurder wird es, wenn unruhige Bewohner in ihren Betten gehalten und mittels Bettgitter „geschützt“ werden sollen. Gerade beim Übersteigen der Gitter ziehen sie sich Verletzungen zu. Dagegen lassen sich Bewohner aus abgesenkten Betten eher abgleiten, als daß sie herausfallen, wodurch eine Verletzungsgefahr fast ausgeschlossen wird. Außerdem müßten die Räume auch generell mit weichem Teppichboden ausgelegt werden, damit schwere Verletzungen vermieden werden, ebenso auch mit Möbeln mit abgerundeten Kanten und Ecken ausgestattet sein.

Zu 5) In der BRD herrscht eine erschreckend große Bettlägrigkeit in den Pflegestationen der Altenheime.

Bei inkontinenten Bewohnern (Menschen, die Urin und Stuhlgang nicht kontrollieren können) herrscht folgende Praxis vor:





Aus einem Werbeprospekt

– die Leute werden nicht/selten aus dem Bett genommen, weil es lästig ist, sie oft zur Toilette zu führen oder ihnen häufig neue Kleider anzuziehen.

– Blasen- und Nierentraining wird dadurch erst recht vernachlässigt. Dagegen kann man durch Training, beispielsweise durch einen festen, kurzzeitlichen Rhythmus, die Blasenkontrolle trainieren. Jedenfalls ist es wichtig, auch Inkontinente oft aus dem Bett zu nehmen.

– Bettlägrige Bewohner werden mit Dreieckstüchern und Zellstoffunterlagen gewickelt. Die Dreieckstücher werden fest verknotet, damit die Alten sie nicht selbst öffnen können. Da fast nie genügend Zeit ist, die Unterlagen/Tücher häufig zu wechseln, führt das ständige Liegen auf nassen Unterlagen zu Hitzestauungen und Wundliegen. In der Regel entsteht erst ein Juckreiz, der natürlich dazu führt, daß die alten Menschen diese Unterlage entfernen wollen. Dabei löst sich der Zellstoff oft in 1000 Einzelteile auf. Da dadurch Bett und Fußboden verunreinigt werden, führt das meist zur Fesselung der Hände des Patienten.

– Als „Zwischenlösung“ werden oft die Enden des Dreieckstuches an das Bettgitter gebunden, was die Bewegungsfreiheit erheblich einschränkt und wiederum Unruhe auslöst.

– Das häufige Verharren in nassen Unterlagen erzeugt Wunden und Druckstellen (Urin ätzt!). Deshalb besteht der nächste Schritt meist im Katheterisieren. Der Katheter wiederum verursacht häufig Blasenentzündungen, außerdem wird er von den meisten als unangenehmer Fremdkörper empfunden, den sie gern entfernen möchten. Damit sie ihn nicht selbst herausziehen und dadurch schwere Verletzungen verursachen, werden sie – wiederum unnötigerweise – angebunden. Unnötigerweise insofern, als weder das feste Windeln noch das Katheterisieren im Normalfall bei Inkontinenten überhaupt notwendig ist, sondern lediglich Zeiteinsparung für das Personal bedeutet, zum anderen auch aufgrund allgemeiner Hygienevorstellungen als unumgänglich erscheinen. Diese Vorstellungen sind sicherlich zum großen Teil berechtigt, etwa aufgrund medizinischer Vorbeugungsnotwendigkeiten oder beispielsweise auch aufgrund möglicher Geruchsbelästigungen in Mehr-Bett-Zimmern, zum Teil sind sie allerdings auch überzogen. Urin- und Kotscheidungen sind allgemein mit einem „I-Gitt-Denken“ behaftet, das den alten Menschen selbst sicherlich auch belastet, aber beim Personal dazu führt, den Unterleib hermetisch und steril zu verpacken und zu verschließen. Durch das brutale Windeln entstehen im Leisten-, Bauch- und Wirbelsäulenbereich Druckstellen.

Durch den Katheter wird die Blase noch weniger trainiert; Blasenentzündungen und entsprechende Belastungen für Nieren und Kreislauf treten häufig auf. Ärztlicherseits wird dann wiederum angeraten, den Katheter zu entfernen, was zu erneutem Windeln führt, usw.

Es ist möglich, diese letztlich brutalen Pflegemaßnahmen zu vermeiden, indem nur große, lose Zellstoffunterlagen die Bettwäsche abdecken. Dadurch bleibt die Bewegungsfreiheit erhalten, wie auch die Luftzufuhr. Selbstverständlich müssen nasse Unterlagen sofort gewechselt werden.

Aus Kostengründen wird diese Methode in den Heimen oft nicht durchgeführt.

Zu 6) Leider ist oft zu beobachten, daß Sterbende, wenn sie in eine unruhige (Angst-)Phase kommen, im Bett angebunden werden, oft an Händen und Beinen.

Gerade durch die dadurch nicht ersetzbare fehlende Zuwendung verstärken sich aber erst recht Ängste vor dem Tod. Wenn Sterbende nicht in ein Sterbezimmer verlegt werden, soll durch das Fesseln – wie auch in den anderen Situationen – eine Übertragung der Unruhe bzw. Panik auf die Mitbewohner vermieden werden. Symbolisch wird damit aber versucht, das Sterben zu fesseln, damit das Personal sich nicht allzusehr damit auseinandersetzen muß. Wenn

wir davon ausgehen, daß sich das Sterben in unterschiedlichen Phasen der Verarbeitung und des Akzeptierens vollzieht, so kann durch das Fesseln nur eine permanente Unruhe des Sterbenden erzeugt werden. Ruhiges Sterben wird damit unmöglich. Selbst wenn man berücksichtigt, daß in einer aggressiv-selbstzerstörerischen Phase eine befristete Ruhigstellung bedingt notwendig sein kann, so muß mit großer Feinfühligkeit beobachtet werden, wann und ob auch das kurzfristige Fesseln überhaupt hilft.

Wichtig ist vor allem, daß Mitbewohner und Pflegepersonal am Sterben Anteil nehmen: selbst wenn ein Gespräch nicht mehr möglich ist, hilft sicherlich allein die Anwesenheit eines Menschen am Sterbebett.

**Autoren:**  
Theresia Brechmann und Sabine Kleinfeld  
Verein für Altenarbeit Blefeld e.V.

## Dieser Text ist ein Auszug aus der DOKUMENTATION ÜBER ALTENPFLEGEHEIME

herausgegeben vom Bundestreffen der  
Alten- und Selbsthilfeinitiativen.

**Titel:** Morgens um Sieben ist der Tag  
schon gelaufen  
päd-extra Verlag, Nov. 1982

Von Prof. Dr. Dr. h. c. Bürger-Prinz eingeführt und empfohlen

## Das humane System



„Eine Hilfe für das Pflegepersonal und eine Erleichterung für den Patienten“ (Universitäts-Klinik, Eppendorf).

- Decubitus-Prophylaxe
- Decubitus-Behandlung
- Humane Fixierung
- Magnetischer Patentverschluß

**Verbraucherschutz**  
Achten Sie auf die Schlüsselgarantie!  
Es lohnt sich  
Das Original bürgt für  
Sicherheit und Qualität

System

Aus einem Werbeprospekt

## Ältere Arbeitnehmer in der Wirtschaftskrise:

# Krankheit, Aussonderung, Arbeitslosigkeit

Von Gerhard Bäcker (WSI des DGB)

### 1. Die aktuelle Diskussion: Herabsetzung der Altersgrenze

Wenn derzeit über die Situation älterer Arbeitnehmer im Betrieb und auf dem Arbeitsmarkt diskutiert wird, dann steht das Stichwort „Herabsetzung der Altersgrenze“ im Mittelpunkt. Zum einen wird arbeitsmarktpolitisch argumentiert: Durch ein frühzeitiges Ausscheiden älterer Arbeitnehmer aus dem Betrieb werden Arbeitsplätze frei, die überproportional hohe Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmer wird vermindert und es werden Plätze freigegeben für jüngere Arbeitslose, die neu ins Erwerbsleben eintreten. Zum anderen spielen sozial- und gesundheitspolitische Motive eine Rolle: Der frühzeitige Ruhestand entspricht den Wünschen vieler Arbeitnehmer und trägt zudem dem Tatbestand Rechnung, daß ein Großteil der älteren Arbeitnehmer, insbesondere der Arbeiter, in ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt sind. Diese Beeinträchtigung mache eine Weiterarbeit über 60 Jahre kaum mehr möglich oder aber habe eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zur Folge. Im folgenden soll auf diese Argumente und Fragen näher eingegangen werden, da sich hierbei die gesamte Problemlage älterer Arbeitnehmer demonstrieren läßt.

### 2. Arbeit und Krankheit im Alter

Alle vorliegenden Daten und Erkenntnisse weisen darauf hin, daß ältere Arbeitnehmer zu den benachteiligten Personengruppen im Betrieb und auf dem Arbeitsmarkt zählen. Berufliche Herabstufung und Einkommensminderung in den letzten Jahren des Arbeitslebens und das besonders hohe Arbeitslosigkeitsrisiko sind die sichtbarsten Merkmale. Zudem gibt es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Lebensalter der Arbeitnehmer und ihrer Gesundheit, bzw. ihrem Krankenstand: Die Gesamtzahl der Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr nimmt mit dem Alter deutlich zu. Jüngere Menschen fehlen zwar häufiger, dafür aber jeweils kürzer, während Ältere eine größere Fehldauer pro Krankheitsfall aufzuweisen haben. Auch der Anteil chronisch Kranker wächst mit dem Lebensalter. Die hohe Schwerbehindertenquote ist dafür ein Ausweis, denn immerhin sind 64,1 vH der Schwerbehinderten älter als 55 Jahre, das sind 10,5 vH der Wohnbevölkerung dieser Altersklasse (1980). Besonders dramatisch hat sich die Frühinvalidität (Berufs- und vor allem Erwerbsunfähigkeit) entwickelt. 1981 wurden bei den Männern (den Frauen) 50,2 vH (56,7 vH)

aller Neuzugänge von Versicherten in der Arbeiter- und 33,2 vH (43,1 vH) in der Angestelltenversicherung von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten gestellt. Mehr als die Hälfte aller Arbeiter und mehr als ein Drittel aller Angestellten erreichen also die „normale“ Altersgrenze nicht und müssen frühzeitig ausscheiden. Frühinvalidität ist der Endpunkt eines Verschleißes von Arbeitskraft und Gesundheit, der eine weitere Ausübung des Berufes oder gar der Erwerbstätigkeit überhaupt nicht mehr erlaubt. Die Folge sind nicht zuletzt niedrige Erwerbsunfähigkeitsrenten, die im Schnitt (!) bei 917,-DM (1981) liegen. Aus der Versicherungsstatistik ist zusätzlich zu entnehmen, daß diejenigen, die vorzeitig aus dem Arbeitsleben ausscheiden mußten, auch das höchste Sterberisiko tragen.

Zweifelloos stellen diese Daten über die Verbindung von Krankenstand, Behinderung und Frühinvalidität mit dem Alter der Arbeitnehmer nur grobschlächtige Werte dar. So markiert die Frühinvalidität lediglich das Extrem gesundheitlicher Beeinträchtigung, während das breite Feld gradueller, aber in ihrer Kumulation erheblicher gesundheitlicher Störungen aufgrund fehlender empirischer Informationen weitgehend verborgen bleibt.

### 3. Die Folge von Unternehmensstrategien

In der sozialen Gerontologie ist unstrittig, daß die bei vielen älteren Arbeitnehmern feststellbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes *keine* ursächliche, bzw. gleichsam natürliche oder unumgängliche Folge des kalendarischen Alters schlechthin ist. Der Gesundheitszustand ist vielmehr maßgeblich abhängig von lebenslang wirkenden Einflüssen in der Arbeitswelt, in der Umwelt und in den Lebensverhältnissen. Wenngleich bedacht werden muß, daß die Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Lebensverhältnissen, objektiven Beanspruchungen, individuellen Belastungen und Krankheiten nach wie vor lückenhaft sind, so gibt es jedoch wenig Zweifel daran, daß der *zentrale* Bestimmungsfaktor für die gesundheitliche Lage älterer Arbeitnehmer in den Arbeitsbedingungen und den betrieblichen Strategien zur Nutzung der Arbeitskraft zu suchen ist.

Auch heute – und verschärft unter den Bedingungen von Wirtschaftskrise und Massenarbeitslosigkeit – richten sich in weiten beruflichen Tätigkeitsbereichen die Leistungsnormen an der Höchstbelastungsfähigkeit jüngerer Arbeitnehmer aus und nicht nach einer Normalleistung, die auch langjährig erbracht werden kann. Die fakti-

schen Überbelastungen durch die Gesamtheit der Einflüsse nicht menschenrechtlicher Arbeitsbedingungen führen mit zunehmender Dauer und zunehmendem Alter zu einem häufig unumkehrbaren Verschleiß der physisch-psychischen Konstitution. Diese in langfristiger Sicht pathogenen Arbeitsbedingungen lassen sich aus dem einzelwirtschaftlichen Kosten- und Gewinnkalkül ableiten. Das menschliche Arbeitsvermögen wird – unter dem Druck

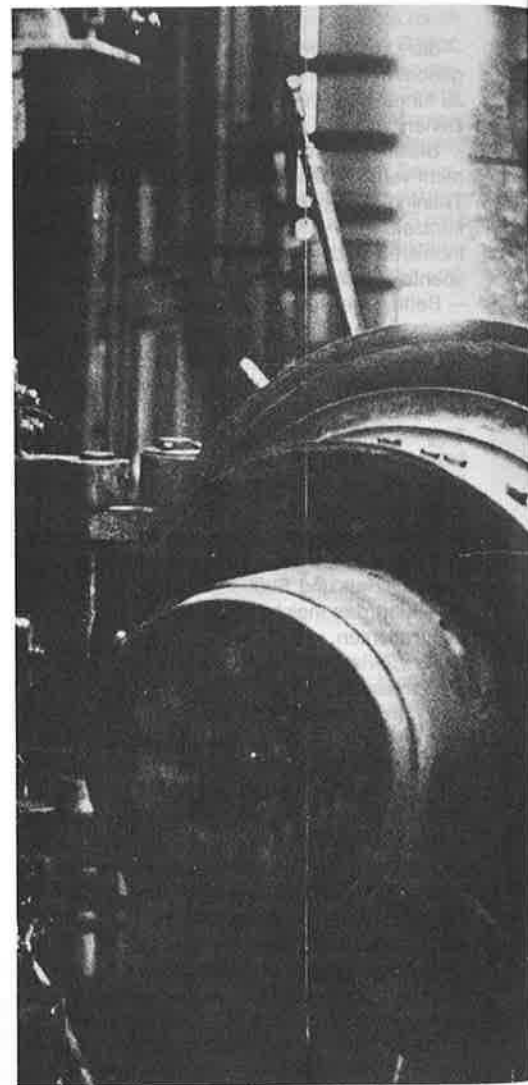


Foto: Arbeiterfotographie Marburg

der Konkurrenz – möglichst kostengünstig ausgenutzt, ohne die langfristige Erhaltung der Leistungsfähigkeit gleichzeitig mit zu berücksichtigen. Sozialpolitische (Schutz) Gesetze und Maßnahmen sind ganz offensichtlich noch immer unzureichend, um diesen Raubbau an der Gesundheit älterer Arbeitnehmer zu unterbinden. Die Kosten- und Gewinnlogik prägt auch die Personalpolitik: Bei Personalentscheidungen (Einstellungen, Entlassungen) dient das Merkmal „Alter“ als Auslese Kriterium, es ist eine Umschreibung für die geringere Verwertbarkeit der Arbeitskraft im Produk-



tionsprozeß, also für den Grad der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit, für körperlichen Verschleiß usw. Folge der Personalpolitik sind innerbetriebliche Abstufungen und Dequalifizierungen oder aber das Abschieben in die Arbeitslosigkeit oder in die vorzeitige Pensionierung.

#### 4. Die Abdrängung aus dem Arbeitsleben

Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmer äußert sich vor allem in einer überdurchschnittlichen Dauer der Beschäftigungslosigkeit. Während das Entlassungsrisiko noch vergleichsweise gering ist (hier greifen die tarifvertraglichen Kündigungs-schutzregelungen), bestehen für ältere Ar-

Allerdings sind bei der 59er Regelung gravierende Probleme nicht zu übersehen. So ist zu beobachten, daß viele Betriebe die Möglichkeit der Frühverrentung personalpolitisch instrumentalisieren. Die vorzeitige Ausgliederung (häufig durch Aufhebungsverträge) zielt vielfach allein darauf ab, die Beschäftigten auszuwechseln, zu verjüngen, „olympiareife Mannschaften“ zu schaffen, dies auch dann, wenn die Beschäftigtenzahl insgesamt nicht reduziert wird.

Unter den Bedingungen von anhaltender Massenarbeitslosigkeit überlagern sich also gesundheits- und beschäftigungspolitische Faktoren. Während die Arbeitslosen wie auch die gesundheitlich Beeinträchtigten, die den Arbeitsbelastungen und -anforderungen nicht mehr entsprechen können, die „Flucht aus der Arbeit“ als das kleinere Übel ansehen, gibt es auf der anderen Seite auch die Wünsche derjenigen, bei noch guter körperlicher Verfassung länger zu arbeiten. Diese werden jedoch durch den sozialen Druck im Betrieb und in der Öffentlichkeit mehr oder minder gezwungen („freiwilliger Zwang“), zum frühest möglichen Zeitpunkt aus dem Betrieb auszuscheiden. Die Entscheidung, in den Ruhestand zu treten, läuft so für einen Teil älterer Arbeitnehmer Gefahr, eine lediglich formale zu werden. Alle, d.h. auch diejenigen, die aufgrund einer besseren psychophysischen Konstitution und/oder besserer Arbeitsbedingungen durchaus noch einige Zeit berufstätig sein wollen, werden in den frühestmöglichen Ruhestand gedrückt. Dies kommt dann faktisch einer versteckten Arbeitslosigkeit für diejenigen gleich, die unter einer anderen Arbeitsmarktkonstellation noch länger hätten arbeiten wollen.

#### 5. Ist die Altersgrenzenabsenkung sinnvoll?

Wie ist vor diesem Hintergrund die Herabsetzung der Altersgrenze zu bewerten? Für diese Forderung spricht, daß sie einen wirksamen Beitrag zur Verbesserung der Lebenslage gesundheitlich beeinträchtigter, leistungsgeminderter Arbeitnehmer leisten kann und das zermürbende (und häufig erfolglose) Verfahren der Anerkennung einer Erwerbsunfähigkeitsrente weitgehend erübrigen würde. Die Herabsetzung würde überdies in weiten Bereichen nur das nachvollziehen und *vereinheitlichen*, was faktisch bereits überwiegend gegeben ist: Auf der Basis der verschiedenen gesetzlichen, tarifvertraglichen und betriebspolitischen Regelungen ist heute die Altersgrenze für die Mehrheit der Arbeitnehmer bereits unter das Alter von 63 Jahren gesunken. So wechseln bei den männlichen Arbeitern nur noch rd. 30vH später als nach Vollendung des 62. Lebensjahres aus dem Arbeitsleben in die Rente über. Bezogen auf die Erwerbsquote heißt dies, daß höchstens ein Drittel der abhängig beschäftigten Männer über

59 Jahre hinaus noch beschäftigt ist. Diese Zahlen sind bei der Berechnung über die Beschäftigungswirkungen einer Absenkung der *gesetzlichen* flexiblen Altersgrenze auf 60 Jahre zu berücksichtigen: Bleiben die Voraussetzungen für den Rentenbezug ansonsten unverändert, so dürfte sich lediglich eine Entlastung des Arbeitsmarktes um 110 000 Personen ergeben. Die Notwendigkeit zur Wochenarbeitszeitverkürzung mit ihren massiven Beschäftigungseffekten stellt sich deshalb umso mehr. Schwerpunkte in der *tariflichen* Arbeitszeitpolitik gilt es hier zu setzen.

Kritisch zu bedenken bleibt jedoch allemal, daß ein früherer Ruhestand nur eine *Reaktion* auf Mißstände ist. Die Gefahr kann nicht ausgeschlossen werden, daß über den Weg einer immer weiteren Verjüngung der Beschäftigten die Arbeitsbedingungen, die erst den allmählichen, unmerklichen Verschleiß der körperlichen und psychischen Konstitution hervorrufen, gleichermaßen konserviert werden. Nicht auszuschließen sind auch vermehrte Arbeitsintensivierung und Rationalisierungsbemühungen, die sich auf den Bestand altersadäquater Arbeitsplätze und damit auf die bestehenden betrieblichen Einsatzmöglichkeiten für leistungsgeminderte ältere Arbeitnehmer negativ auswirken, da die Betriebe aktuell vom Problem der Weiterbeschäftigung solcher Arbeitnehmer entlastet wären. Da die Kosten der Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Rentenversicherung abgewälzt werden können, stehen einer weiteren Arbeitsintensivierung und extensiven Nutzung der Arbeitskraft aus der Sicht der Unternehmen keine (finanziellen) Hindernisse entgegen.

Es käme jedoch einem Mißverständnis gleich, die zur *ursachenbezogenen* Lösung der Probleme älterer Arbeitnehmer unabdingbare präventive Strategie gegen die reaktiv-kompensatorische Maßnahmen austauschen zu wollen. Ein Verweis auf die Notwendigkeit der Prävention ersetzt keine Maßnahmen, die den aktuellen Notlagen und Bedürfnissen entsprechen. Aufgabe ist es vielmehr, beide Elemente, d.h. die langfristig ausgerichtete und wirksame Präventionsstrategie und die mehr kurzfristige Kompensationsstrategie politisch und institutionell miteinander zu verknüpfen.

#### Quelle und Literatur:

- Bäcker, G., Naegels, G., Arbeitsmarkt, Altersgrenze und die Ausgliederung älterer Arbeitnehmer, in: WSI-Mitteilungen 11/1981;  
Bäcker, G., Bispinck, R., Hofmann, K., Naegels, G., Sozialpolitik – Eine problemorientierte Einführung, Köln 1980;  
Bäcker, G., Probleme älterer Arbeitnehmer, in: Dohse, K. u.a. (Hrsg.), Ältere Arbeitnehmer zwischen Unternehmerinteressen und Sozialpolitik, Frankfurt 1982;  
Naegels, G., Arbeitnehmer in der Spätphase ihrer Erwerbstätigkeit, Forschungsbericht, Köln 1982;  
Friedmann, P., Weimer, S., Arbeitnehmer zwischen Erwerbstätigkeit und Ruhestand, Forschungsbericht Köln 1980.



beitslose kaum Chancen, noch jemals wieder eingestellt zu werden und einen Arbeitsplatz zu erhalten. Gesündere, leistungsfähigere, d.h. besser verwertbare jüngere Arbeitnehmer werden vorgezogen. Arbeitslosigkeit im höheren Alter wirkt sich deshalb als Vorstufe zum endgültigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben aus. Die gesetzliche Regelung, daß nach einem Jahr Arbeitslosigkeit bereits mit 60 Jahren ein vorzeitiger Rentenbezug möglich ist, entspringt dieser Notlage und verbessert insofern die Lebenssituation der Betroffenen.

# Bumm, peng – peng, Wiedersehen

## Alltagserfahrungen alter Menschen beim Arzt und im Krankenhaus

Die folgenden Aussagen sind Ausschnitte aus einem Gespräch mit der Frauengruppe der Ruhrwerkstatt Oberhausen über ihre Erfahrungen im Gesundheitswesen. Das Gespräch drehte sich dabei um normale und alltägliche, gute wie schlechte Erfahrungen. Wir haben dabei keinen Wert auf Besonderheiten oder sensationelle Ereignisse gelegt. Die hier geäußerten Meinungen sind nicht repräsentativ, sondern sie geben lediglich einen subjektiven Ausschnitt wieder. Trotzdem meinen wir, daß sie einen Einblick in die Empfindungen älterer Menschen beim Arzt und im Krankenhaus geben und auch in Ansätzen dokumentieren, wie mit ihnen umgegangen wird.

● Beim Hausarzt bin ich immer nervös, man steht ja da im Hemd und man ist so aufgeregt, und dann kommt der und sagt, was fehlt Ihnen denn, ich sage Herr Dr., so und so, was ich habe und meine Wehwehchen, dann sagt mein Arzt: „Wie sind Ihnen denn diesmal die Tabletten bekommen, waren die gut, oder sollen wir neue verschreiben“. War ich damit zufrieden, dann kriege ich die auch wieder, wenn nicht, dann sagt er: „Sollten wir mal eine andere Sorte probieren?“.

● Ich bin beim Hausarzt nicht nervös, ich kann meinem Arzt alles sagen, ich habe auch Vertrauen zu ihm und er verschreibt mir ja auch alles, was ich möchte, also ich kann da nichts gegen sagen. Ein anderer würde das auch nicht besser machen. Meiner mißt auch manchmal den Blutdruck oder er nimmt mal Blut ab, dann sagt er: „Sie sind auch mal wieder dran“. Sicher, die Erfahrung macht man ja an sich selbst, ob ein Arzt gut ist oder nicht. Je nachdem, ob die Schmerzen größer werden oder nicht größer werden. Was verschlissen ist, ist sowieso verschlissen, da kann auch kein Arzt mehr was dran machen.

● Ich habe Übergewicht und immer Herzklopfen, wenn ich zu meinem Arzt gehe. Wenn ich auf der Waage stehe und er sagt: „Es ist schon wieder ein halbes Kilogramm zuviel“, dann fühle ich mich auch manchmal gemäßregelt, zumal er genauso alt ist wie ich oder noch jünger. Wenn er dann so mit einem redet, fühlt man sich manchmal wie ein dummes Kind.

● Ich habe den Arzt gewechselt, aber das ist schon lange her, der nicht das verschrieben hat, was ich wollte. Wenn ich jetzt zu meinem Arzt gehe und sage, ich möchte dieses oder jenes haben, dann sagt er: „Können wir ausprobieren“. Jetzt die Tabletten sind auch gut, da habe ich Linderung bei den Schmerzen.

● Da ist dein Hausarzt aber großzügig, bei meinem ist es anders, ich sagte, Herr Doktor, ich möchte Studgeron forte, da sagt die Arzthelferin zu mir: „die gibt es aber nicht mehr“. Der Arzt sagt: „Sie kriegen Cinnarizien, da sind die selben Bestandteile drin, aber die sind um 30,- DM billiger, wir müssen sparen“. Das hat er zu mir gesagt, aber ich weiß natürlich genau, daß die Studgeron

forte mir besser als Cinnarizien geholfen haben.

● Also ich kriege Tabletten, die kosten 77,20, da muß ich nur 1 Tablette pro Tag von nehmen, scheinbar sind die also doch gut, oder? Obwohl es nicht immer etwas zu sagen hat, ob Medikamente teuer sind, manchmal hilft auch ein ganz billiges Präparat.

● Also mein Arzt hört mir nicht richtig zu, der ist ja immer eilig, er hat gar keine Zeit, er ist ja immer in Brass. Das ist nicht richtig so, der setzt sich hin. „Ja, Frau... was haben Sie denn?“. Ich sage, ja Herr Doktor, mir tut es da und da weh. Ja, sagt er dann sofort, „das kommt vom Hals und von der Wirbelsäule. Wollen wir das mal aufschreiben.“ Bumm, peng-peng, Wiedersehen, und schon ist der nächste dran.



Frauengruppe der Ruhrwerkstatt Oberhausen

● Ich war im November 1981 im Krankenhaus. Ich bin bestens versorgt worden. Ob Schwester, Arzt, Oberarzt, jeder war nett. Ich bin da dem Teufel von der Schippe gesprungen. Die waren so nett zu mir, die haben sich sogar zu mir ans Bett gesetzt.

● Ich war mit der Hüfte drin und sehr zufrieden. Ich hätte noch länger bleiben können. Ärzte und Schwestern waren sehr nett, die haben sich zu mir aufs Bett gesetzt. Und in der Klinik, wo ich vergangenes Jahr drin war, mit den Zähnen, da war es dasselbe. Die haben mich zwar mit Oma angeredet (na Oma, wie ist es?), aber das hat mir nichts ausgemacht.

● Also ich sage nichts über meine Erfahrungen, ich sage nur: Ohne Moos nichts los, da weißt du alles. Ich bin in der Betriebskrankenkasse. Die Schwestern gucken ja auch mal gerne, wenn sie mal was zugeschoben kriegen, und dann geben sie sich auch einmal ein wenig Mühe. Selbst im Rehabilitationszentrum ist das so. Ich habe 4 Monate da gelegen. Es war „wunderbar“. Morgens um halb fünf war schon Wasser da zum Waschen. Mein krankes Bein habe ich wochenlang nicht zu waschen gekriegt. Da habe ich gesagt, geben sie mir doch mal Waschlappen und Schüssel für das Bein. Da war die Antwort: „Keine Zeit“. Ich lege 10,- DM auf den Nachttisch, da war das Zeug da. Dann habe ich schlecht auf die Toilette gehen können, oft 8 Tage nicht. Da mußte ich eine Glycerin-Spritze kriegen. Und die haben keine Zeit. Ich: 10,-DM hingelegt und schon kamen sie. Soll ich noch mehr sagen? Ja, und die nicht immer Geld haben, die bleiben elend liegen.

● Wenn man was hat, dann kann man im Krankenhaus doch fragen, man kriegt doch die Medikamente, die kommen doch abends rum und fragen was man haben will. Natürlich ist es so, daß du das Abführmittel erst morgens um 5 Uhr nehmen darfst, damit die Schwestern nicht in ihrer

Ruhe gestört werden, wenn du aufs Klo mußt. Aber das hängt ja vom Personal ab, wieviel Personal im Krankenhaus ist, oft sind die auch überlastet und es hängt auch davon ab, wie der Patient ist und wie der das empfindet.

● Also, ich meine, wenn wir uns sonst über Ärzte unterhalten haben, ohne Cassettenrecorder, dann fällt das Urteil viel härter aus, da war das ganz anders, und da habt ihr ganz anders geschimpft.

● Ja, das stimmt. 11 Jahre bin ich auf Ischias behandelt worden, und auf einmal mußte mein Bein ab, so ist das nämlich in Wirklichkeit.



# DOKUMENTE

## DG-Pharma-Seminar - Bonn, 17. 6. 82 =

### Tagesordnung:

- ① Arzneimittelmarkt + Krankenkassen (E. Westphal)
- ② Staatliche Aufsicht über den Pharmamarkt (U. Hagemann)
- ③ Gewerkschaft kontra Pharma-Konzerne? (J. Simon)
- ④ Pharmakotherapie + Wissenschaftler (G. Glaeske)
- ⑤ Durchsetzung einer rationellen Pharmakotherapie (H. Skrobles)
- ⑥ Pharmakritik + Medien (J. P. Stössel)
- ⑦ Aktionen gegen Pharmawerbung (F. Richter-Hebel)



## Arzneimittelmarkt und Krankenkassen

Von Eckardt Westphal

Problemlösungen auf dem Arzneimittelmarkt der Bundesrepublik Deutschland erfordern einen klaren Blick für die Realitäten. Wir haben es insgesamt mit einem sehr stabilen System von Interessenverflechtungen zu tun. Aus der Analyse des Gesetzgebungsverlaufs zum Arzneimittelgesetz von 1976 wird deutlich, daß die gesundheitspolitischen Entscheidungen zur Arzneimittelversorgung fast ausschließlich die Handschrift der pharmazeutischen Industrie tragen. Als Teil der drittgrößten Wirtschaftsbranche in der Bundesrepublik gelang es der pharmazeutischen Industrie, sowohl die Interessengeleitete „wissenschaftliche“ Grundlagendiskussion durch eine Fülle von Auftragsgutachten etc. eindeutig zu dominieren, in der parlamentarischen Beratungsphase lückenlos präsent zu sein („parlamentarische Abende“ mit Abgeordneten etc.), als auch die Medienberichterstattung maßgeblich zu beeinflussen.

Gegenüber dieser Konstellation hat sich die Nachfrageseite kein erkennbares Gehör verschaffen können. Selbst wenn sich die hier

vertretenen Gruppierungen (Krankenkassen, Verbraucherverbände, Gewerkschaften) nicht damit begnügten, offiziell erbetene Stellungnahmen abzugeben, so reichte ihre Wirkung kaum über den Verbreitungskreis ihrer Mitgliederzeitschriften hinaus.

Die Stabilität dieser Interessenverflechtungen besteht unverändert fort. Darüber darf es auch bei einer Vielzahl gutgemeinter und gut begründeter Verbesserungsvorschläge keine Illusionen geben. Die Problemlösungskapazität des modernen Interventionsstaates unterliegt engen Grenzen. Typische Defizite und Inkonsistenzen, wie die Beschränkung auf ein reaktives Krisenmanagement, die Tendenz zur Privilegierung gut organisierter, konfliktfähiger Partikularinteressen und das Fehlen übergreifender Zielkonzeptionen sind charakteristische Merkmale.

Gleichwohl gibt es Grund zu Optimismus: Wenngleich die Rahmenbedingungen politisch-administrativer Problembewältigungsversuche relativ beständig sind, so gibt es dennoch von Situation zu Situation wechselnde, in Krisenzeiten eher größer werdende Unbestimmtheitsbereiche, die für – wenn auch kleinräumige – Reformen nutzbar gemacht werden können. Neben

einer Standortbestimmung der gesetzlichen Krankenkassen ist es das Ziel meines Beitrages, Handlungsspielräume und Instrumente verbraucherpolitischer Maßnahmen in der Arzneimittelversorgung aufzuzeigen. Dies soll mit Hilfe von drei Thesen geschehen:

**These 1:** In der gegenwärtigen gesellschaftspolitischen Situation haben nur konfliktstarke Interessen eine Chance zur Berücksichtigung.

Die politische Steuerungskapazität des Staates ist durch die Verstärkung „alter Probleme“ und den Zuwachs neuer Probleme überfordert. Knappe Wahlausgänge, wirtschaftliche Strukturkrisen, Arbeitslosigkeit, Umwelt- und Energieproblematik kennzeichnen die dominierenden Steuerungsdefizite. Eine solche Konstellation führt zur Berücksichtigung gut organisierter, konfliktstarker Partikularinteressen.

Untersucht man einmal die Beteiligten des Gesundheitswesens anhand solcher Merkmale, zu denen auch Fragen der Mobilisierbarkeit von Interessen, der Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen, der Entzugsmöglichkeiten von der politischen Verantwortung gehören, dann können die Krankenkassen kaum als wirksame Agenturen der Verbraucher bezeichnet werden. Sie sind es nicht, weil sie weder eine Übervorteilung des Verbrauchers durch sinnlose und überbewertete Produkte verhindert haben, noch der massenhaften Verbreitung unnötig risikobehafteter Produkte entgegengetreten sind.



## These 2: Die Krankenkassen sind keine wirksamen Agenturen der Verbraucher.

Untersuchen wir die These des gesundheitspolitischen Versagens der Krankenkassen in der Arzneimittelversorgung ein wenig genauer, so werden neben dem Umstand ihrer begrenzten Einflußmöglichkeiten auf den Arzneimittelmarkt eine Reihe weiterer Ursachen sichtbar: Die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen ist durch zum Teil gegenläufige Interessen charakterisiert und beide Partner in den paritätisch besetzten Entscheidungsgremien, also sowohl die Arbeitgeberseite als auch die Gewerkschaften, vermuten in diesem Bereich offensichtlich keine konfliktbereiten Mitgliederinteressen.

## Programmproduktion statt Problemlösungen

Statt Problemlösungen werden von Zeit zu Zeit von jeder Seite Programme produziert und in einem sorgfältig ausgeklügelten System von Vetopositionen „wichtigere“ Zielen geopfert. Damit verfügt die Nachfrageseite in den Selbstverwaltungen der gesetzlichen Krankenkassen zwar über eine dem politisch-administrativen Entscheidungssystem ausgelagerte Infrastruktur, jedoch tendiert deren Problemlösungskapazität praktisch gegen Null. Die auf Formalpositionen reduzierten Aktivitäten der Selbstverwaltungen können eher als ein Hindernis bei der faktischen Realisierung von Verbraucherinteressen angesehen werden.

Vor der Sozialpolitik rangiert für die Tarifparteien begreiflicherweise der Kampf um die Verteilung des Volkseinkommens.

## Konfliktminimierung als Handlungsprinzip

Die durch Problemausklammerungen gekennzeichnete Position der Selbstverwaltungen setzt sich auf der Ebene des hauptamtlichen Managements der Krankenkassen zwangsläufig fort. Der Mangel an klaren Zielvorstellungen produziert bürokratische Konfliktminimierungsstrategien. Im Unterschied zur Leistungsanbieterseite werden Maximalforderungen gar nicht erst erhoben, sondern von vornherein einer „maßvollen Lösung“ geopfert. Es gibt keine am Erfolg orientierten Leistungskriterien, sondern das verbreitete Interesse, Ärger zu vermeiden, mit wem auch immer.

Bereits hieraus resultiert eine systematische Verhandlungsschwäche der Krankenkassen, die durch den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander noch verstärkt wird. Dieser Wettbewerb um Marktanteile verhindert konfliktorientierte Methoden der Auseinandersetzung mit Leistungsanbietern. Gesundheit ist das höchste Gut und wer möchte bei einer Krankenkasse versichert sein, deren Situation durch starke Konflikte mit der Marktgegenseite charakterisiert ist?

## Richtlinien werden unterlaufen

Im deutlichen Unterschied zu diesen ungünstigen Voraussetzungen für eine Vertretung von Verbraucherinteressen enthalten die gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen für die Arzneimittelversorgung der 55 Mio. GKV-Versicherten hinreichend klare Kriterien, die sowohl auf die Zweckmäßigkeit als auch auf die Wirtschaftlichkeit der verordnungsfähigen Arzneimittel und auf die globale Mengenentwicklung (Arzneimittelhöchstbeträge) abzielen. Die Diskrepanz zwischen Postulaten – vornehmlich den Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen – und der durch Übermedikation und hohe Marktanteile irrational zusammengesetzter und riskanter Arzneimittel gekennzeichneten Situation zeigt, daß die Bestimmungen des Kassennarztsrechts offensichtlich in der Vollzugsphase erfolgreich unterlaufen werden.

## Pharmawerbung dominiert

Andere Instrumente, etwa die Preisvergleichsliste oder die Transparenzlisten, scheitern nicht nur an den interessenpolitischen Selbstblockierung der „gemeinsamen“ Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Pharmaindustrie, sondern zugleich an der heilloßen Verstopfung der ärztlichen Kommunikationskanäle mit milliardenschwerer Pharmawerbung. Mit dem Druck einiger schmuckloser Listen, die sich noch dazu eher durch Benutzerfeindlichkeit auszeichnen, ist dieser Werbung nicht wirksam entgegenzutreten. Ebenso wenig vermögen Arzneimittelhöchstbeträge etwas dagegen auszurichten, daß Arzneimittel nun einmal das am besten geeignete Instrument zur Ökonomisierung der ärztlichen Praxis darstellen.



**Eckhardt Westphal**  
ist Diplom-Volkswirt und arbeitet im Bundesverband der Ortskrankenkassen

## Wirtschaftlichkeitsprüfung ungeeignet

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist gleichermaßen überfordert. Sie kann immer nur einsetzen, wenn das Kind bereits in den Brunnen gefallen ist und erzeugt damit zwangsläufig Konfliktsituationen. Diese Konflikte, die durch eine rein statistisch orientierte Betrachtung eher noch verstärkt werden, haben die Wirtschaftlichkeitsprüfung zu einer völlig stumpfen Waffe denaturieren lassen. Im Verhältnis zum Verordnungsvolumen aller Ärzte liegen die insgesamt realisierten Arzneimittelrezepte im Promillebereich.

## Übersversorgung mit Apotheken

Gänzlich ohne Einfluß sind die Krankenkassen auf den mit einem jährlichen Kostenvolumen von mehr als 5 Mrd. DM überaus kostspieligen Bereich der Verteilung von Arzneimitteln (Apotheken und Großhandel). In Folge der staatlich garantierten Wettbewerbsfreiheit (gesetzlich festgelegte Handlungsspannen) und einer Reihe weiterer berufsständischer Privilegien müssen die Krankenkassen eine gesundheitspolitisch unsinnige Übersversorgung mit Apotheken finanzieren, deren äußere Merkmale allenthalben sichtbar sind.

## These 3: Ein erfolgreiches Nachfragemanagement durch die Krankenkassen ist bei veränderten Strukturen grundsätzlich möglich.

Der strategische Knotenpunkt künftiger arzneimittelpolitischer Reformen liegt in der durch die Haushaltsknappheit erzwungenen Mobilisierung ökonomischer Rationalisierungsreserven.

Auf der technologischen Ebene ist mit der allgemein abnehmenden Innovationsrate für neu entdeckte pharmazeutische Substanzen – unabhängig von der Frage, welche Gründe für die nunmehr geringe Erfolgsquote der pharmazeutischen Forschung verantwortlich sind – die wesentliche Voraussetzung für die Ordnung des Arzneimittelmarktes geschaffen. Es muß weniger als in der Vergangenheit damit gerechnet werden, daß technologische Veränderungen die Konsistenz einer Verfahrenspolitik im Arzneimittelmarkt zu erschüttern drohen. Zugleich hat die Rechtsprechung der Nachfrageseite seit 1975 ein erhebliches Maß an Handlungspotentialen eingeräumt, das bislang allerdings weder von den kassenärztlichen Körperschaften noch von den Krankenkassen genutzt wird.

## Unabhängiges Testinstitut

Daraus wird deutlich, daß nur passiv reagierende Kontrollmechanismen offensichtlich nicht ausreichen, um gegenüber der Dominanz anbieterorientierter Verwertungsinteressen bestehende Handlungspotentiale auch umzusetzen. Von daher kommt es in erster Linie darauf an, durch eine herstellernunabhängige Wissenschaftseinrichtung (Bundesinstitut für Arzneimittelinformation nach dem Vorbild der Stiftung Warentest) die Entscheidungsvoraussetzungen für die Regulierung des Arzneimittelmarktes zu verbessern.

## Nachbesserungen zum AMG

Da mit dem Arzneimittelgesetz von 1976 weder therapeutisch ungeeignete Medikamente vom Markt ausgeschlossen werden können noch eine Handhabe gegen den zeitlich unbegrenzten Fortbestand der niemals auf therapeutische Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit geprüften „Altpreparate“ geschaffen wurde, ist eine Reform der Zulassungsbedingungen im Arzneimittelgesetz zwingende Voraussetzung für jede Verbesserung der Zustände. Kriterien hierfür sind international längst entwickelt. Sie verfügen über ein hohes Maß an wissenschaftlicher Übereinstimmung. Unmöglich war es bislang allerdings, sie aus der Umklammerung einer wirtschaftlich motivierten „Gegenpropaganda“ herauszulösen.

## Positivistische und individuelle Arztinformation

Im Sinne der „Pluralisierung von Entscheidungszentren“ ist es nach dem Vorbild der meisten Industrienationen sinnvoll, die Zulassung für den Markt der Sozialversicherung von einer Prüfung des therapeutischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit abhängig zu machen. Eine solche zweistufige Vorgehensweise für die Verordnungsfähigkeit eines Produktes (Positivistische) ist dadurch gerechtfertigt, daß die Priorität staatlicher Interventionen in der Risikosphäre liegt und die Zweckmäßigkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung den Marktbeteiligten überlassen bleiben soll. Auf diese Weise könnte die unübersehbare Vielzahl der Produkte auf dem bundesdeutschen Arzneimittelmarkt auf eine Zahl reduziert werden, die Transparenz und rationales Therapieverhalten überhaupt erst möglich macht. Eine wesentliche Bedeutung kommt dabei auch dem Ziel zu, mit Hilfe einer Marketing-Konzeption für herstellernunabhängige Arzneimittelinformationen den Erlebens- und Erfahrungshorizont des individuell therapierenden Arztes anzusprechen.

## Parallelimporte

Aufgrund der im internationalen Vergleich einmalig problemlosen Überwälzungsmöglichkeit von Kosten auf die Träger der Sozialversicherung werden in der Bundesrepublik für identische Arzneimittel in aller Regel Preise verlangt, die diejenigen des Auslandes um ein vielfaches übersteigen. Es wäre wirtschaftlich konsequent und rechtlich wie praktisch möglich, diese internationale Preisdifferenzierung pharmazeutischer Großunternehmen durch Re- bzw. Parallelimporte zu unterlaufen. Das jährlich für die Beitragszahler der Krankenkassen erzielbare Einsparpotential ist mit 1 Mrd. DM sehr vorsichtig geschätzt. Auch durch die Aufhebung der staatlich garantierten Wettbewerbsfreiheit für Apotheken könnten nennenswerte Einsparpotentiale freigesetzt werden.

## Flankierende Maßnahmen

Daneben sind eine Reihe flankierender Maßnahmen sinnvoll und durchführbar. Dazu gehören in erster Linie Änderungen in der Patienteninformation durch eine verbesserte Gesundheitsaufklärung und benutzergerechte Packungsbeilagen (Beipackzettel), gesetzliche Einschränkungen der absatzpolitischen Instrumente (Feldstudien, Ärztemuster) und die Aufhebung des sogenannten Substitutionsverbotes, das in der Bundesrepublik Generice-Programme nach dem Vorbild etwa der USA verhindert.

Alle diese Maßnahmen können jedoch nicht verhindern, daß – aus Gründen der Ökonomisierung ärztlicher Tätigkeit – Behandlungsbedürftigkeit in der modernen Medizin zumeist mit Arzneimittelbedürftigkeit gleichgesetzt wird. Die Chancen für eine Umkehrung dieses Trends hängt davon ab, inwieweit die im ärztlichen Vergütungssystem bestehenden Anreize für eine Ausweitung der Verordnungstätigkeit abgebaut werden (z. B. durch Pauschalhonorierung).

Damit die Voraussetzungen für die hier charakterisierten kleinteiligen Reformen weiter verbessert werden, ist der Nutzen von Veröffentlichungen über die Binnenstrukturen der Pharmaindustrie kaum zu unterschätzen. Werke wie „Gesunde Geschäfte“ oder „Neunmal teurer als Gold“ haben wir noch viel zu wenige. Die latente Kritik an den Zuständen in der Pharmaindustrie und die Verunsicherung der politisch-administrativen Entscheidungsinstanzen kann auf diese Weise in einer produktiven Richtung verstärkt werden. Natürlich besteht immer die Gefahr, daß einer anfänglichen Empörung und Begeisterung die Resignation folgt. Aber ein Patentrezept zur sicheren und erfolgreichen Lösung der Probleme im Arzneimittelmarkt gibt es bislang nicht.



# „Staatliche Aufsicht über den Pharmamarkt“

Von Ulrich Hagemann

In den letzten Jahren hat die öffentliche Diskussion um Probleme der Arzneimittelversorgung, der Pharmakotherapie allgemein und der Rolle der pharmazeutischen Industrie und anderer an der Arzneimittelversorgung Beteiligter enorm zugenommen. Hervorgerufen wurde diese Entwicklung u.a. durch eine zunehmend kritische Einstellung gegenüber einer „Chemisierung der Umwelt“, wovon m.E. der seit Jahren stark ansteigende Arzneimittelverbrauch ein Teil ist. Zum anderen sind die finanziellen Schwierigkeiten der GKV bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung ein weiterer Auslöser (Anteil der Arzneimittel an den Aufwendungen der GKV 1981: etwa 14,9% = 13,6 Mrd. DM). Dies führte zu einer erheblichen Aktivierung der Betroffenen, die sich deshalb z.B. gewerkschaftlich oder in Initiativen unterschiedlicher Zielstellungen organisierten. Diese Entwicklung in ihrer ganzen Breite schafft günstigere Voraussetzungen dafür, grundlegende Veränderungen in diesem Bereich durchzusetzen.

Es kann aber nicht übersehen werden, daß die Positionen der pharmazeutischen Industrie bisher nicht wesentlich beeinflußt wurden. Das insgesamt langfristig geplante Vorgehen der pharmazeutischen Industrie zur Sicherung ihrer Interessen setzte in den letzten Jahren etwa drei Schwerpunkte:

1. die Beteiligung und Einflußnahme auf die Verabschiedung des AMNG von 1976
2. die praktische Durchführung des Zulassungsverfahrens für Arzneimittel
3. die Regelung über die sog. Nachzulassung für Arzneimittel, die sich 1978 schon im Verkehr befanden.

Dauerbrenner sind darüber hinaus die Auseinandersetzungen über Maßnahmen des BGA im Rahmen der Risikoabwehr bei Arzneimitteln (Appetitizügler, Aristolochiasäure, Metamizol).

Wo sind Möglichkeiten staatlicher Aufsicht über den Arzneimittelmarkt und den Arzneimittelverkehr? Wie werden die gesetzlichen Regelungen umgesetzt?

An einigen ausgewählten Beispielen sollen die Probleme aufgezeigt werden.

Am Umfang und an der Unübersichtlichkeit des Arzneimittelmarktes hat das AMNG nichts geändert. Vielmehr ist ein Fortbestehen dieser Situation durch die Übergangsregelungen mindestens bis 1990 festgeschrieben. Die Chancen einer grundsätzlichen Umorientierung in der Arzneimittelversorgung bestand bei der Verabschiedung des AMNG. Diese Chance wurde nicht genutzt. Dazu bedurfte es nämlich grundsätzlicher politischer Entscheidungen, die jedoch nicht gefällt wurden. In der Praxis erweist sich das AMNG nun als (juristisch) weit interpretierbar, was auch schon in den Beratungen des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit bei Verabschiedung des Gesetzes deutlich geworden war.

Zum Beispiel ist der Begriff „Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“, der in zahlreichen Vorschriften des AMNG eine wichtige Rolle spielt, stark umstritten. In der derzeitigen Praxis muß es sich nicht um den allgemein anerkannten Wissensstand handeln, der von der überwiegenden Zahl der wissenschaftlich tätigen Mediziner vertreten wird.

Dies hat weitreichende Folgen. Es gibt verstärkt Bestrebungen, z.B. die kontrollierte klinische Studie als Methode, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Arzneimittels nachzuweisen, grundsätzlich abzulehnen, nicht nur in Fällen, in denen sie sich aus ethischen Gründen verbietet. Auf diese Bestrebungen wird bisher nur juristisch reagiert (Frage: „Läßt das AMG nicht-kontrollierte Studien für einen Wirksamkeitsnachweis zu?“), jedoch fehlt eine differenzierende, genaue, wis-

senschaftliche Argumentation bei den politisch und administrativ Verantwortlichen, zumindest wird sie nicht deutlich genug öffentlich dargestellt. Es fehlt auch an einer Handhabe, unwissenschaftlichen medizinischen Denksätzen, die zwangsläufig zu Fehlern führen müssen, in der Praxis zu entgegnen.

Im Frühjahr 1982 hat die Bundesregierung dem Bundestag einen Bericht über die Erfahrungen mit dem AMNG vorgelegt. In diesem Bericht wird ausführlich auf die Bereiche eingegangen, in denen die arzneimittelpolitische Diskussion im Berichtszeitraum schwerpunktmäßig stattgefunden hat. Es sind dies die Bereiche, die auch für die Industrie von herausragender Bedeutung waren (s.o.): Zulassung und Risikoabwehr.

Insbesondere zum Bereich Zulassung muß aus dem Bericht herausgelesen werden, daß es nach Überwindung von Anfangsschwierigkeiten gelungen ist, ein verwaltungstechnisch funktionierendes Zulassungsverfahren zu installieren: formal läuft alles korrekt, inhaltliche Probleme sind nicht befriedigend gelöst.

Sieht man das AMNG in seiner Gesamtheit mit der hohen Zielstellung, nämlich eine Neuordnung des Arzneimittelverkehrs herbeizuführen, so muß festgestellt werden, daß entscheidende Bereiche nicht befriedigend geregelt wurden oder eine Umsetzung in die Praxis nicht erfolgte.

Drei Beispiele:

1. Der BMJFG hat Arzneimittelprüfrichtlinien zu erlassen über die Anforderungen, die an die pharmazeutischen und medizinischen Prüfungen im Rahmen der Zulassung gestellt werden. Diese Prüfrichtlinien sollen dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand entsprechen und sind ständig entsprechend anzupassen. Diese Prüfrichtlinien sind auch durch EG-Recht vorgeschrieben. Bis heute sind sie nicht erlassen, es ist noch nicht einmal das Verabschiedungsverfahren eingeleitet worden. Sie werden z.Z. nicht für erforderlich gehalten.

Daraus folgt: Es wird einerseits einer großen Anzahl von Arzneimittelherstellern keine Anleitung gegeben, mit gut geplanten, aussagefähigen und damit kostengünstigen Versuchen Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit ihrer Arzneimittel zu belegen. Andererseits werden von den Herstellern zahllose Versuche durchgeführt, die von Arzneimittel zu Arzneimittel verschieden geplant sind, deren Ergebnisse daher nicht vergleichbar sind und die insgesamt sehr kostenträchtig sind. Hier wird entsprechend der Unübersichtlichkeit des Arzneimittelmarktes auch eine unübersichtliche, nicht effektive Arzneimittelforschung und -entwicklung betrieben, die volkswirtschaftlich eine Verschwendung bedeutet und Ressourcen vergeudet.

2. Sechs Jahre nach Verabschiedung des AMNG gibt kein verabschiedetes Konzept, wie die Nachzulassung der Arzneimittel, die sich 1978 schon auf dem Markt befanden, praktisch durchgeführt werden soll. Die Zahl von 140 000 Arzneimitteln macht ein vernünftiges Verfahren auch nahezu unmöglich. Ziel ist es auch nicht, eine konsequente Marktbereinigung durchzuführen. Es ist zu befürchten, daß unter Zeitdruck – die Frist für eine Nachzulassung läuft 1989 ab – ein administratives Nachzulassungsverfahren durchgeführt wird, das den gegenwärtigen Arzneimittelmarkt im wesentlichen so beläßt, wie er ist, und damit keine Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln schafft.

3. Die Überwachung der Arzneimittelherstellung und -prüfung muß als nicht effektiv bezeichnet werden. Nachteilig sind die Kompetenzaufteilung auf die Bundesländer, unzureichende gesetzliche Regelungen und der verheerende Personalmangel in den zuständigen Behörden. Der Personalmangel wird auch aus dem Bericht der Bundesregierung deutlich; es ist nicht zu erwarten, daß sich bei fortgesetzter Roststiftpolitik daran etwas ändert. Hervorgehoben sei die Überwachung der klinischen Prüfung durch die Behörden, deren Rechtmäßigkeit von großen Teilen der Pharmaindustrie überhaupt bestritten wird. Im Interesse der Patienten, die an klinischen

Prüfungen teilnehmen und deren wenige Rechte nachweislich häufig verletzt werden, ist eine strenge Überwachung auf diesem Gebiet notwendig.

Aus den genannten Problembereichen, die beliebig fortgesetzt werden können, ergibt sich eine Reihe von Forderungen, die schon jetzt die Notwendigkeit einer AMNG-Novellierung deutlich machen:

- Konsequente Durchsetzung des Nachweises von Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Arzneimittel im Zulassungsverfahren
- Einführung einer Bedürfnisprüfung für Arzneimittel im Zulassungsverfahren
- Anwendung der Grundsätze eines wissenschaftlichen Zulassungsverfahrens auch auf die Nachzulassung
- Verabschiedung der Prüfrichtlinien
- Entwicklung eines effektiven Systems zur Erfassung von Arzneimittelnebenwirkungen und der Risikoabwehr
- Kompetenzerweiterung für das BGA bei Zulassung, Risikoabwehr, Rezept- und Apothekenpflicht für Arzneimittel
- personeller und materieller Ausbau der für das Arzneimittelwesen verantwortlichen Bereiche
- Förderung der Forschung; Planung und Durchführung industrieunabhängiger Studien zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit.



Ulrich Hagemann ist Apotheker und arbeitet im Bundesgesundheitsamt

Die Übersicht macht deutlich, daß zur Lösung der vielfältigen Probleme im Arzneimittelwesen eine andere Gesundheitspolitik notwendig ist, eine Politik, die vor die wirtschaftlichen Interessen der Pharmaindustrie das Interesse der Bevölkerung an einer effektiven, sicheren und kostengünstigen Arzneimittelversorgung stellt. Dies ist auch deswegen notwendig, weil alle bisherigen Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen keinen Erfolg hatten, sondern lediglich die Kosten anders verteilten. Eine grundlegende Reform des Arzneimittelwesens würde auch erhebliche Kosteneinsparungen mit sich bringen, ohne eine optimale Arzneimittelversorgung zu gefährden.

Es ist klar, daß das Arzneimittelwesen in einem größeren Zusammenhang mit Wirtschafts- und Sozialpolitik steht. Daraus kann nur abgeleitet werden, daß eine wesentlich größere Zahl von Betroffenen – Patienten wie im Gesundheitswesen Beschäftigte – aktiv werden muß, um dieses gesellschaftspolitische Problem zu lösen.



# Gewerkschaft contra Pharmakonzerne?

Von Ingeborg Simon

**Die machtpolitisch bedeutsame Stellung der pharmazeutischen Industrie im Gesundheitswesen und deren Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung sind eine Herausforderung an die Adresse der Gewerkschaften. Hier Partei ergreifen für die Interessen und Bedürfnisse der großen Mehrheit der Gesellschaft heißt eindeutig Stellung beziehen gegen die pharmazeutische Industrie mit dem Ziel, ihren Einfluß auf unser Gesundheits- und Arzneimittelwesen zurückzudrängen.**

**Tut die Gewerkschaft das? Ich möchte dieser Frage im folgenden nachgehen. Aussagekräftige Gradmesser für die Bereitschaft der Gewerkschaft, Gegenmachtpositionen auf- und auszubauen, sind u. a. ihre Programme, die auf Gewerkschaftstagen angenommen und abgelehnten Anträge, Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen und Veröffentlichungen in den eigenen Medien. Was hat sich da in den letzten 10 Jahren bewegt?**<sup>1</sup>

## 1971

veröffentlichte das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes (WSI) unter dem Titel „Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland – Analyse und Vorschläge zur Reform“ ein Kapitel zum Thema: „Arzneimittelversorgung – Arzneimittelkosten.“<sup>2</sup> Nach meiner Kenntnis geschieht es hier das erste Mal, daß der DGB ausdrücklich und mit einer gewissen Ausführlichkeit dazu Stellung nimmt. Die gesonderte Behandlung des Problems Arzneimittelversorgung wird mit der „Vielfältigkeit der Mängel und ihrer Ursachen“ begründet. Es werden – entgegen der Ankündigung – allerdings keine Ursachen genannt („die Marktstruktur bedarf noch eingehender Untersuchungen“), aber es wird eine lange Mängelliste vorgestellt: Intransparenz des Marktes in preislicher und qualitativer Hinsicht, hohe Werbungskosten der Hersteller, zu viel Werbung und zu wenig Information, oligopolistische Märkte, überhöhte Arzneimittelpreise. Der Mängelliste folgt ein Katalog von Lösungsvorschlägen, die sich vor allem auf die Nachfrageseite beziehen („weil effektiver“): Listen wirksamer Arzneimittel, Preisvergleichslisten, öffentliche Informationsstellen für Ärzte und Apotheker, Wirkungsvergleiche durch ein neutrales unabhängiges Testinstitut, die Herausnahme von Arzneimitteln des gewöhnlichen Bedarfs aus dem Leistungskatalog der GKV. Für die Angebotsseite werden die Offenlegung der Preisbildung bei den Herstellern, öffentliche Begründungen für geplante Preiserhöhungen, die Überwachung von Marktkonzentrationen durch das Bundeskartellamt sowie die Förderung staatlicher Unternehmen bei der Arzneimittelproduktion vorgeschlagen. Eine Verstaatlichung der pharmazeutischen Industrie wird als derzeit „nicht praktikabel“ eingeschätzt.

## 1972

Im Mai erscheint das vom DGB erarbeitete gesundheitspolitische Programm<sup>3</sup>. Im 9. Kapitel wird unter dem Titel „Arzneimittel“ von Intransparenz und überhöhten Preisen gesprochen, vom Überangebot an Arzneimitteln („teilweise ohne therapeutischen Nutzen“), das dem Arzt die Übersicht erschwert. Es wird auf das

Mißverhältnis zwischen hohen Werbungskosten einerseits und niedrigen Forschungskosten andererseits hingewiesen. Es werden Forderungen nach mehr Arzneimittelsicherheit aufgestellt wie z. B. Nachweis der Wirksamkeit und die Eindämmung der Zahl der Präparate. Zur Lösung der hier dargestellten Probleme schlägt der DGB die Bildung einer Kommission als Selbstverwaltungseinrichtung der Beteiligten vor. In ihr sollen Ärzte, Apotheker, Krankenkassen und die pharmazeutische Industrie vertreten sein. Ihre Aufgabe soll es u. a. sein, überflüssigen Arzneimitteln den Zugang zum Markt zu verwehren, die Arzneimittel in Hinblick auf Preiswürdigkeit, Qualität und Wirksamkeit



Ingeborg Simon  
Ist Apothekerin in Berlin

zu untersuchen. Die Kommission soll das Recht erhalten, wenn nötig, Arzneimittel zu entfernen und alle gewünschten Informationen vom Hersteller einzuholen. Die Werbung soll sich auf sachliche Information beschränken (in Anlehnung an die Informationen der „Roten Liste“) und bestimmte Präparate des gewöhnlichen Bedarfs sollen nicht mehr durch die Krankenkassen erstattet werden.

## 1972

Auf dem 7. ordentlichen Gewerkschaftstag der ÖTV werden 2 Anträge der Bezirkskonferenz Berlin zum Arzneimittelbereich eingebracht. Unter Hinweis auf den Contegran-Skandal wird eine wirksame staatliche Überwachung des Pharmamarktes gefordert. Ein staatliches Institut – finanziert durch die pharmazeutische Industrie – soll Sicherheit, Wirksamkeit, Arzneimittelpreisgestaltung und die Werbung kontrollieren, die klinische Prüfung soll nur unter der Verantwortung von unabhängigen Wissenschaftlern durchgeführt werden und Arzneimittel sollen unter den Freinamen der WHO auf den Markt kommen. Das Bundesgesundheitsamt soll eine – für Ärzte verbindliche – Liste preisgünstiger Arzneimittel zusammenstellen und ständig ergänzen.

Beide Anträge wurden als Material an den Hauptvorstand verwiesen.

## 1973

Ende Januar findet in Marburg unter dem Motto „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“ eine Tagung zahlreicher im Gesundheitswesen Beschäftigter statt. Auf diesem Kongreß, der von der Industrie, den Standesorganisationen der Ärzte und Politikern aller in Bonn vertretenen Parteien als „linkslastig“ beschimpft wird, erläutert Alfred Schmidt als Vertreter des DGB das Gesundheitspolitische Programm des DGB. Er bestätigt die offenkundigen Mängel in der Arzneimittelversorgung, kritisiert die Preispolitik der Konzerne und verweist auf die neuen „zum damaligen Zeitpunkt in der Öffentlichkeit noch kaum diskutierten Vorschläge“ des DGB zur Reform des Arzneimittelwesens.<sup>4</sup>

## 1974

Im Februar 1974 veröffentlicht die Fachgruppe Apotheker in der ÖTV Berlin unter dem Titel „Apotheker und Arzneimittel“ eine Stellungnahme zur gegenwärtigen Situation im Arzneimittel- und Apothekenwesen. Hier wird, ausgehend von der Aufgabe des Apothekers, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen, dargelegt, warum die Umsetzung dieser Aufgabe in die Praxis nur sehr eingeschränkt möglich ist. Durch die Darstellung der Bedeutung und Rolle der pharmazeutischen Industrie im Arzneimittelwesen wird die Abhängigkeit der im Gesundheitswesen Beschäftigten und der Patienten vom Profitstreben der pharmazeutischen Industrie dargestellt und sich daraus ergebende Forderungen erhoben. Neben dem Nachweis der Wirksamkeit und der medizinischen Unbedenklichkeit soll der Hersteller den therapeutischen Nutzen seines Mittels gegenüber bereits zugelassenen deutlich machen können. Es wird öffentliche Kontrolle und Mitbestimmung von der Forschung bis zum Vertrieb verlangt, eine wirksame Marktüberwachung von Risiken etc. Es wird auch auf die im Grundsatzprogramm des DGB von 1963 festgeschriebene Forderung nach der Überführung marktbeherrschender Unternehmen in Gemeineigentum erinnert.<sup>5</sup>

## 1975

Im März veröffentlicht die ÖTV Stuttgart (Bund gewerkschaftlicher Ärzte – Arbeitskreis Apotheker) eine „Sonderinformation zur Neuordnung des Arzneimittelrechts“. Nach einer kurzen Analyse der schwerwiegendsten Mängel und ihrer Verursacher wird der vorliegende Gesetzentwurf zum 2. Arzneimittelgesetz als in wesentlichen Fragen der Arzneimittelsicherheit unzureichend zurückgewiesen. Die starke Einflußnahme auf den Gesetzgebungsprozeß wird kritisiert und der gewerkschaftliche Standpunkt deutlich gemacht. Gefordert wird eine stärkere Kontrollfunktion des Bundesgesundheitsamtes bei der Zulassung und Überwachung von Arzneimitteln, eine Zulassungsgenehmigung zur klinischen Prüfung und strenge Auflagen bei ihrer Durchführung.

Die von DGB, ÖTV und IG Chemie gemeinsam erarbeitete Stellungnahme zum Arzneimittelgesetzentwurf im September 1975 folgt inhaltlich den Vorstellungen der ÖTV und nimmt ausführlich zu wichtigen Themenbereichen des Gesetzes Stellung. Die Hauptkritik richtet sich gegen das geplante Zulassungsverfahren, die klinische Prüfung, die Marktüberwachung, den Probenschutz und die im Gesetz vorgesehene Aufwertung der Werbung zu objektiver Information. Gegenvorschläge werden gemacht mit dem Ziel, den vorgesehe-



nen weiten Spielraum der Industrie zugunsten von mehr Arzneimittelsicherheit der Patienten einzuschränken u. a. durch strengere Zulassungs- und Kontrollmaßnahmen in den Bereichen Zulassung, klinische Prüfung und Marktüberwachung.

## 1976

Der ÖTV-Gewerkschaftstag nimmt den Antrag der ÖTV Berlin an, die Arzneimittelwerbung zu verbieten und an ihrer Stelle industrieunabhängige Informationszentren einzurichten. In der Begründung des Antrags wird auf die verheerende Wirkung der Werbung auf das Verordnungsverhalten der Ärzte einerseits und das Konsumverhalten der Patienten andererseits hingewiesen.

## 1977

Im Dezember 1977 erscheinen die „Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik“<sup>6)</sup>. Im Abschnitt „Pharmaindustrie und Medizintechnik“ wird der Widerspruch zwischen den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bürger einerseits und den wirtschaftlichen Interessen der Arzneimittelhersteller deutlich gemacht. Aufwendige Pharmawerbung und das Informationsmonopol der Industrie, die politische Ohnmacht der GKV und ein medizinisch bedenkliches Angebot von Arzneimitteln stehen – nach Auffassung der ÖTV – einer sinnvollen Arzneimittelversorgung entgegen.

## 1980

Im Herbst 1980 verabschiedet der 9. Gewerkschaftstag der ÖTV einen Antrag der Kreisdelegiertenkonferenz Hannover zum Arzneimittelgesetz. Darin wird die Novellierung des 2. AMG von 1976 gefordert mit den folgenden Schwerpunkten: Wirksamkeitsnachweis, Preiskontrollen und eine Bedürfnisprüfung. In der Antragsbegründung wird der Einfluß der Pharmalobby auf die Arzneimittelgesetzgebung ebenso kritisiert wie die offenkundige Mißachtung gewerkschaftlicher Positionen durch den Gesetzgeber.

Derselbe Antragsteller forderte unter Berufung auf Artikel 15 GG der BRD die Vergesellschaftung der Pharmaindustrie. In der Begründung heißt es, die pharmazeutische Industrie mißachte das Wohl der Allgemeinheit und deren Interessen an der Sicherung ihrer Gesundheit. Daher sei der „unverantwortliche Gebrauch des Privateigentums seitens der Pharmaindustrie nicht mehr länger zu tolerieren“.

Dieser Antrag wurde abgelehnt.

## 1981

Im März 1981 verabschiedet der 4. außerordentliche Bundeskongreß des DGB sein neues Grundsatzprogramm, das das alte von 1963 ablöst. Unter Punkt 17 Gesundheitswesen wird auf Antrag der Postgewerkschaft eine wichtige Ergänzung des vorliegenden Entwurfs aufgenommen: „Die Herstellung, Preisgestaltung und der Vertrieb von Arzneimitteln sind staatlich zu kontrollieren.“<sup>7)</sup> Der Antragsteller begründet seinen Antrag auch mit dem Hinweis auf ein Anfang 1981 in der BRD erschienenes Buch, daß die gefährlichen Praktiken der Industrie schonungslos und authentisch offenlegte<sup>8)</sup>.

## 1982

Der 12. ordentliche Bundeskongreß des DGB beschließt auf Antrag der ÖTV einen Antrag zur Reform der Arzneimittelversorgung. Er enthält im Kern die Anforderung an den Gesetzgeber, das seit Januar 1978 geltende Arzneimittelgesetz zu novellieren. Ziel der Novellierung muß es sein, „den Arzneimittelmarkt für Ärzte, Apotheker, Krankenkassen und Überwachungsbehörden im Hinblick auf therapeutische Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Preisgestaltung zu ordnen“. In den dann folgenden 6 Grundsätzen werden u. a. eine staatliche Kontrolle der Preisgestaltung und des Vertriebs von Arzneimitteln, der Nachweis der Wirksamkeit und des therapeutischen Nutzens für alle Arzneimittel – auch für die „Altarzneimittel“ und Kombinationsmittel verlangt.

Bei einer Rückschau auf den hier dargestellten Zeitabschnitt sind oft selbst Gewerkschaftskollegen erstaunt, was sich im Arzneimittelbereich so alles bewegt hat. Auch der größte Skeptiker muß anerkennen, daß hier nach und nach eine arzneimittelpolitische Plattform der Gewerkschaften geschaffen wurde, auf der eine offen-

sive Antikonzernpolitik möglich geworden ist. Während noch Anfang der 70er Jahre die pharmazeutische Industrie als „Sozialpartner“ fast kritiklos anerkannt wird (das wird ganz deutlich im DGB-Gesundheitsprogramm, wo die Anstrengungen der Industrie zur Beseitigung von Mängeln ausdrücklich gewürdigt werden), ändert sich dieses Verhältnis gegen Ende der 70er Jahre deutlich. In dem Maße wie in der großen Gewerkschaftspolitik die Unhaltbarkeit konzentrierter Aktionen und der „Wir sitzen alle in einem Boot“-Ideologie zu Tage tritt, werden auch im Verhältnis Gewerkschaft – Pharmaindustrie die vorhandenen Interessengegensätze deutlicher gemacht. Klassenkämpferische Positionen beginnen sich langsam zu entwickeln, so in der Diskussion um die Neuordnung des Arzneimittelrechts. In allen grundsätzlichen Fragen von der Zulassung über die Prüfung am Menschen bis zur Überwachung von Risiken und der Werbung erweist sich die Gewerkschaft in ihren Stellungnahmen zum Arzneimittelgesetz-Entwurf als konsequenter Interessenvertreter der Patienten und macht damit Front gegen die Vorschläge und Vorstellungen der Arzneimittelhersteller.

Die anfangs sich vor allem auf ökonomische Probleme konzentrierenden gewerkschaftlichen Forderungen werden im Rahmen der Diskussion um ein neues Arzneimittelgesetz um Forderungen für mehr Arzneimittelsicherheit erweitert. Bemerkenswert erscheint auch, daß die früher eher pauschalen Forderungen jetzt gezielter, konkreter und präziser formuliert werden. Wann sich die pharmazeutische Industrie und ihre Ideologen heute in der Defensive befinden – es vergeht kein Monat, in dem sie sich nicht in ihren hauseigenen Medien zur Rechtfertigung ihrer Politik veranlaßt sehen – so ist das auch ein Ergebnis gewerkschaftlicher Aktivitäten. Die sowohl in der ÖTV als auch im DGB z. Z. noch laufenden ausführlichen Untersuchungen des Arzneimittelmarktes und die sich daraus ergebenden Forderungen werden in naher Zukunft zeigen, daß hier wirkliche Gegenmachtpositionen zur Pharmaindustrie entstanden sind.

## Dennoch!

Was sich hier theoretisch ganz gut anhört, hat in der Praxis noch viele Lücken. Das beginnt schon damit, daß viele Kollegen – aber auch Funktionäre des Gesundheitswesens in der ÖTV – die errungenen Positionen der Gewerkschaft nicht offensiv umsetzen, weil sie sie entweder gar nicht kennen (wollen) oder aber weil sie sie für nicht durchsetzbar halten. So wird z. B. die Forderung des DGB im Grundsatzprogramm 1963, die Unternehmer aus der Selbstverwaltung der GKV zu vertreiben und marktbeherrschende Unternehmen in Gemeineigentum zu überführen, selten als gewerkschaftliche Zielsetzung in Erinnerung gerufen. Auch die Forderung der ÖTV nach einem Verbot jeder Arzneimittelwerbung ist in Kreisen des Gesundheitswesens viel zu wenig bekannt.

Es muß also zunächst darum gehen, die Vorschläge, Ziele und Forderungen von DGB und Einzelgewerkschaften zu Fragen der Arzneimittelversorgung allen im Gesundheitswesen tätigen Gewerkschaftskollegen bekannt zu machen und konkrete Vorstellungen für ihre Durchsetzung in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zu entwickeln. Was nützt sonst beispielsweise die im neuen Grundsatzprogramm von 1981 erhobene Forderung nach mehr staatlicher Kontrolle im Arzneimittelmarkt, wenn die möglichen und notwendigen Schritte zur Durchsetzung dieser Zielvorstellungen nicht aufgezeigt werden. Hier warten große Aufgaben für alle Kollegen, die den gewerkschaftlichen Kampf als Klassenkampf begreifen – als Kampf gegen die Macht der Monopole.

Meine persönlichen Erfahrungen haben nur gezeigt, daß die Durchsetzung fortschrittlicher Forderungen auf der Grundlage gründlicher Sachkenntnis und klarer politischer Zielvorstellungen keine Utopie ist. Ich habe keinen Grund zum Pessimismus, weil die bisherige Praxis mir gezeigt hat, daß selbst relativ kleine Gewerkschaftsgruppen und -Initiativen die Dinge innerhalb der Gewerkschaft vorwärts bringen können.

Um mich hier nicht dem Verdacht der Hochstapelei auszusetzen – und dieser Verdacht muß sich um so mehr aufdrängen, als Optimismus im gewerkschaftlichen Kampf z. Z. etwas exotisch wirkt, möchte ich beispielhaft für das Durchsetzungsvermögen fortschrittlicher Positionen auch kleiner Gewerkschaftsgruppen auf die FG Apotheken in der ÖTV Berlin hinweisen. Diese Gruppe hat sich seit der Aufnahme ihrer Arbeit im

Jahre 1972 darauf konzentriert, zu allen wesentlichen Fragen der Arzneimittelversorgung gewerkschaftliche Positionen zu entwickeln. Wir taten und tun das in der Erkenntnis, daß wir auf Grund unserer täglichen beruflichen Praxis und der hier gewonnenen Erfahrung verpflichtet sind, im Interesse von Kollegen und Arzneimittelkonsumenten gegen die pharmazeutische Industrie aufzutreten. Die von uns in der Fachgruppe erarbeiteten Ergebnisse und Forderungen zu arzneimittelpolitischen Problemen haben wir in Form von Broschüren, Flugblättern, Zeitungsartikeln, eigenen Zeitungen, Anträgen für die Gewerkschaftstage, Mitarbeit einzelner Kollegen in Arzneimittelgremien der ÖTV in Stuttgart und des DGB in Düsseldorf direkt und indirekt umsetzen können. Als fachlich qualifizierte Sachverständige kann und will man auf unsere Mitarbeit nicht mehr verzichten. So haben wir den Antrag auf ein Verbot der Arzneimittelwerbung eingebracht, wesentlichen Anteil an der Stellungnahme der ÖTV zum Arzneimittelgesetzentwurf und an dem auf dem 12. ordentlichen DGB-Kongreß angenommenen weitgehenden Antrag zur Arzneimittelgesetzgebung. Unsere Aufgaben als Gewerkschafter und Sachverständige bewältigen wir um so besser und leichter, als wir zu allen wichtigen Problemen im Arzneimittelwesen (z. B. klinische Prüfung, Marktüberwachung von Arzneimittelsicherheiten, Heilmittelwerbegesetz, Arzneimittelsucht) in der Fachgruppe detaillierte Forderungskataloge erarbeitet haben. Im Augenblick sind wir dabei, zum Thema Pakungskosteninformationen („Waschzettel“) eine Broschüre zu veröffentlichen mit dem Ziel, in die derzeitige Diskussion um in Zukunft getrennte Informationen für Fachleute (Ärzte und Apotheker) einerseits und Verbraucher andererseits einzugreifen und mitzumischen. Bisher war die rechtzeitige Vorlage von Reformvorschlägen das alleinige Privileg der Industrie. Sie war es, die immer gut vorbereitet und ohne jede Konkurrenz die in der Sache häufig unbedachten Abgeordneten von den Vorzügen ihrer haus- und konzerngemachten Konzepte überzeugen durfte. Diese Praxis zu ändern, wollen auch wir mit Alternativvorschlägen im Interesse der Arzneimittelverbraucher einen Beitrag leisten.



Ich möchte abschließend noch einmal auf die zu Beginn gestellte Frage zurückkommen, ob die Gewerkschaft die Herausforderung, die der übermächtige Einfluß der Pharmakonzerne auf unser Gesundheits- und Arzneimittelwesen darstellt, annimmt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt möchte ich die Frage mit einem „Ja – aber!“ beantworten.

„Ja“ – weil die Gewerkschaften, vor allem der DGB, den Einfluß der Konzerne auf die Qualität der Arzneimittelversorgung gründlich einschränken können, wenn sie ihre Forderungen durchsetzen und „aber“, weil der gesundheits- und gesellschaftspolitische Stellenwert mancher Forderungen noch nicht allgemein in der Gewerkschaft verstanden wird und der Wille zur Durchsetzung noch nicht breit genug entwickelt ist.

Und hier stellt sich für uns an der Basis eine große gesundheitspolitische Aufgabe – das „aber“ muß weg!

## Anmerkungen:

- 1) Hier wurden ausschließlich die Aktivitäten des DGB und der ÖTV untersucht.
- 2) WSI, Die Gesundheitsversicherung in der BRD, Bund Verlag, Köln, S. 78–83.
- 3) Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes, S. 25–27.
- 4) Deppe u. a., Medizin ... und gesellschaftlicher Fortschritt, Pöhl-Rugenstein, S. 89.
- 5) Grundsatzprogramm des DGB v. 1963, S. 9.
- 6) Gesundheitspolitik, Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV 1977.
- 7) A.a.O., S. 17.
- 8) Langbein u. a., „Gesunde Geschäfte“, Kiepenheuer und Witsch.



# Pharmakotherapie und Wissenschaftler

Von Gerd Glaeske

Das Leitthema, unter dem dieses Treffen stattfindet, lautet: „Widerstandsformen gegen die pharmazeutische Industrie.“ Hinzu-fügen möchte ich hier den Untertitel einer gesundheitspolitischen Tagung in Ulm, nämlich: „Zur Durchsetzung von Betroffeneninteressen.“

Einiges ist hier bereits angesprochen worden – die Entwicklung der gewerkschaftlichen Positionen und Forderungen im gesundheitspolitischen Bereich, einige Aspekte staatlicher, d. h. legislativer und exekutiver Möglichkeiten einer Gesundheitspolitik und die Anstrengungen der Krankenkassen, über eine mögliche AMG-Novelle eine Stärkung ihrer Rechtsposition zu erreichen. Als Stationen auf dem Weg, wirksamere Agenturen der Arzneimittelverbraucher zu werden, sollen den Kassen sowohl Positiv-Listen und ein noch zu gründendes Arzneimittelprüf-Institut dienen. Die Aufgaben eines solchen Instituts lägen darin, Entscheidungsvoraussetzungen zu schaffen und zu verbessern und dadurch letztlich die Seite der Verbraucher zu stärken. Diese Entscheidungsvoraussetzungen sind in vielen wissenschaftlichen Bereichen, die den Pharmamarkt tangieren, notwendig:

Als Beispiele seien Politologie, Ökonomie, Sozialwissenschaften und Pharmakologie genannt. Ich selbst arbeite im letztgenannten Bereich und ich denke, indem ich das Umfeld und die Inhalte meiner Tätigkeit erläutere, wird gleichzeitig auch deutlich, welcher Art Aufgaben Wissenschaftler übernehmen und wie sie die Strategien zur Durchsetzung von Betroffeneninteressen gegenüber der pharmazeutischen Industrie unterstützen können.



**Gerd Glaeske**  
Ist wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin  
(Leiter: Prof. Greiser)

Der Arzneimittelmarkt in der BRD leidet nicht nur an der übergroßen Anzahl von Präparaten – nach den letzten Zahlen des BGA sind 140 000 Spezialitäten zugelassen –, sondern auch an einer Monopolisierung der Informationskanäle über diese Arzneimittel zugunsten der pharmazeutischen Industrie. Dies bedeutet, daß sich der Großteil der Angaben und der Daten über die Wirksamkeit, Nebenwirkungen und Anwendungsgebiete der einzelnen Arzneimittel in der Hand der herstellenden Firma befindet. Daß diese Daten nicht ausschließlich einer wissenschaftlichen Information, z. B. der Ärzte und Apotheker dienen, sondern so eingesetzt werden, daß sie dem marktstrategischen Konzept der Umsatzwahrung und -förderung nutzen, ist hinreichend belegt. Es ist ebenso eine Tatsache, daß sich z. B. der Arzt dieser Flut von werbenden Information kaum noch entziehen kann: Nach Angaben des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen (BdO) beträgt allein das Anzeigenvolumen für Pharmaka in medizinischen Zeitungen 300 Millionen DM (interessant ist in diesem Zusammenhang, daß es zusätzlich zur Normalausgabe des Deutschen Ärzteblattes, die mit Pharmawerbung randvoll gestopft ist, eine Alternativausgabe gibt, die weniger Werbung enthält. Diese Ausgabe B muß gesondert angefordert werden).

Auf dem Gesundheitstag in Hamburg wurde diskutiert, ob nicht Ärzte den pharmazeutischen Firmen eine Klage auf Unterlassung androhen könnten, um den täglichen Stapel glanzpapierener Postwurfsendungen mit „Arzneimittelinformationen“ von zweifelhaftem Wert zu entgehen. Auch die „Rote Liste“, das wohl am häufigsten benutzte, von der pharmazeutischen Industrie dem Arzt zur Verfügung gestellte Informationsinstrument, ist als Datenbasis von Arzneimitteln unzureichend: z. B. wird man bei Barbituraten oder bei dem Präparat AN 1<sup>®</sup> vergeblich einen Hinweis auf die literaturbelegte Abhängigkeitsgefährdung finden, von Angaben über bekannt zweifelhafte therapeutische Wirksamkeiten einzelner Präparate ganz zu schweigen.

Als unabhängiger Berater über Arzneimittel ist im AMG, das am 1.1.1978 in Kraft trat, der Pharmareferent geplant worden (siehe §§ 75, 76). De facto sind jedoch die etwa 10 000 Pharmareferenten „Berater“, die die ca. 38 000 niedergelassenen Ärzte sehr gezielt und nur scheinbar objektiv über den Wert der von ihnen vertretenen Produkte informieren und damit das Entscheidungsverhalten des Arztes im Sinne einer Umsatzförderung zu beeinflussen versuchen – schließlich wird die Arbeitseffektivität eines Pharmareferenten am wachsenden Umsatz und nicht an der vielleicht zunehmenden wissenschaftlichen Qualifikation des von ihm aufgesuchten Arztes gemessen.

Aus all dem kann der Schluß gezogen werden, daß momentan keine Auseinandersetzung mit dem Thema Arzneimittel stattfindet, die auch nur annähernd gleichgewichtig die Interessen der pharmazeutischen Industrie und die der Verbraucher von Arzneimitteln – und hierzu rechne ich nicht nur die Patienten, sondern auch die Ärzte und Apotheker – repräsentiert. Dies aus zweierlei Gründen:

Der erste betrifft ein institutionelles Defizit: Bisher hat sich keine quasi „konzertierte Aktion“ auf Seiten der Verbraucher etabliert, die sich als Gegengewicht zu der ökonomisch überaus wirkungsvoll und rational operierenden pharmazeutischen Industrie versteht. Solche industrieunabhängigen Institutionen, die vornehmlich von den Krankenversicherungsträgern und Gewerkschaften getragen werden sollten, scheinen mir die einzig reale Möglichkeit zu sein, den Einflußbereich der pharmazeutischen Industrie auf ein erträgliches Maß einzuschränken.

Der zweite Grund hängt auf das engste mit dem erstgenannten zusammen: Da es zur Zeit in Ermangelung einer wie oben beschriebenen entsprechenden Institution ein institutionelles Verwertungsinteresse für industrieunabhängige Daten über Arzneimittel in nur be-

dingtem Maße gibt, sind solche Angaben kaum verfügbar. Eines der wenigen wissenschaftlichen Institute, in dem solche Daten seit 1976 innerhalb von Projektforschungen erarbeitet werden, ist das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, in dem ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig bin. Als Vorbild für unsere Arbeit sehen wir die Drug Efficacy Study an, die in den Jahren 1966–1969 die Sicherheit und die therapeutische Wirksamkeit von Arzneimitteln auf dem amerikanischen Markt untersuchte und diese Untersuchung bisher für ca. 6000 (5400 Monopräparate und 600 Kombinationspräparate), die 85% des Verordnungswertes darstellen, abgeschlossen hat. In den einzelnen, nach ärztlichen Fachrichtungen organisierten Wissenschaftler-Panels wurden während dieser Studie verbindliche Prüfrichtlinien erstellt, die es ermöglichten, die therapeutische Wirksamkeit eines Inhaltsstoffes aufgrund der Auswertung von wissenschaftlicher Evidenz (Standardliteratur, Monographien, Originalliteratur) im Hinblick auf die beanspruchte Indikation zu beurteilen. Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie wurden ca. 15% der Arzneimittel als gänzlich unwirksam und etwa 60% als wirksam oder als wirksam mit Einschränkungen eingestuft. Die als unwirksam beurteilten Arzneimittel müssen vom Markt genommen werden.

Entsprechend dieser amerikanischen Studie untersuchen wir mit externen Gutachtern aus dem pharmakologisch wissenschaftlichen, klinischen und niedergelassenen Bereich die therapeutische Wirksamkeit von Arzneimitteln der relevanten Teilmärkte auf dem hiesigen Pharmamarkt. Erstes Ergebnis dieser Forschungsarbeit war der im Juli 1981 veröffentlichte Arzneimittel-Index, Band 1, der 567 (231 Mono- und 336 Kombinationspräparate) Arzneimittel aus den Indikationsgebieten Herzinsuffizienz, Koronarsuffizienz und Herzrhythmusstörungen behandelt und dessen Ergebnisse sich wie folgt zusammenfassen lassen: Für den Bereich der Monopräparate waren 309 Einzelbeurteilungen zu vergeben. Die Beurteilung „wirksam“ wurde 214 Präparaten zugeschrieben (69,25%), „wahrscheinlich wirksam“ 22 Präparaten (7,12%) und „möglicherweise wirksam“ 73 (23,62%). Im Bereich der Kombinationspräparate waren 336 Arzneimittel zu bewerten. Die Beurteilung „therapeutisch sinnvoll“ erhielten 5 Präparate (1,48%), die Beurteilung „negativ“ bzw. „nicht beurteilbar“ 331 Präparate (98,51%). Die große Anzahl dieser Kombinationspräparate enthielt zwischen zwei und fünf Wirkstoffen, es waren jedoch auch Kombinationspräparate mit bis zu 27 Wirkstoffen zu beurteilen.

Unsere Untersuchungen gehen jedoch weiter: wir versuchen auch, medizinisch sinnvolle und medizinisch unsinnige, weil zu allgemeine oder zu umfassende Indikationsansprüche („Indikationslyrik“) zu benennen und eine Beziehung zu der therapeutischen Wirksamkeit der Arzneimittelinhaltsstoffe herzustellen. Es scheint mir dies ein besonders wichtiges Teilproblem unserer Arbeit darzustellen. Unzulässige Indikationsausweitungen, die die therapeutischen Möglichkeiten eines Inhaltsstoffes bei weitem übersteigen, lassen sich bei einem Vergleich von „Rote Liste“ und z. B. der Packungsbeilage mühelos finden. Als Beispiel will ich hier das Präparat Mogadan<sup>®</sup> anführen, ein Arzneimittel mit dem Inhaltsstoff Nitrazepam, der chemisch zu der Gruppe der Benzodiazepine gehört: 1981 lesen wir in der „Roten Liste“: „Emotionell bedingte Schlafstörungen bei Erwachsenen und Kindern. BNS-Krämpfe der Säuglinge und Kleinkinder. Beim atypischen Petit-mal in Kombination mit Barbituraten oder Hydantoinen. Antikonvulsive Zusatzmedikation bei der üblichen Epilepsie-Behandlung.“ In einer Packungsbeilage von 1981 lesen sich die Anwendungsgebiete wie folgt: „Schlafstörungen im Kindesalter. Schlafstörungen bei Erwachsenen, die durch Reizbarkeit, Überbeanspruchung, Ärger, Angst, Sorge, Spannung und Bedrückung verursacht werden, ferner Schlafstörungen bei organischen Erkrankungen.“



Dies scheint mir ein typisches Beispiel zu sein: Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, daß Indikationsbenennungen in Zusammenhang zu dem gesellschaftlichen Umfeld feststellen lassen, in dem das entsprechende Arzneimittel zur Anwendung kommt. Psychiater und Analytiker benennen seit einiger Zeit Angst und Unsicherheit als Symptome, die sowohl im privaten wie im beruflichen Bereich erlebt werden. Der Patient, der aufgrund einer Verordnung Mogadan® einnimmt, sieht in den angegebenen Indikationen durchaus seine Gründe für Schlaflosigkeit zutreffend widerspiegelt. Die Frage, ob eine durch Angst, Überbeanspruchung, Ärger, Sorge usw. begründete Schlafstörung mit einem Pharmakon als einziger Möglichkeit adäquat therapiert ist, möchte ich rundheraus verneinen. Dennoch bietet der Hersteller dem verordnenden Arzt über die angegebenen Indikationen dieses Mittel geradezu als Problemlöser an, indem die „emotionell bedingten Schlafstörungen“ durch die genannten gesellschaftsproblemorientierten Indikationsbegriffe ergänzt werden.

Soll es noch erstaunen, daß es die pharmazeutische Industrie immer wieder schafft, sich sehr rational auf die Bedürfnisse des Marktes einzustellen und ihren Umsatz nicht nur zu wahren, sondern zu vergrößern?

Ich habe bereits zu Beginn die Notwendigkeit dargestellt, gegenüber dem Informationsmonopol der pharmazeutischen Industrie ein Gegengewicht industrieunabhängiger Informationspotentiale aufzubauen, und dies vor allem unter dem Gesichtspunkt der administrativen Anwendbarkeit und der inhaltlichen Verwertbarkeit durch die oben erwähnte Verbraucherseite. Meines Erachtens ist dies ein Bereich, in dem eine ganze Menge an Defiziten aufzuarbeiten wäre. Gewiß, es hat wichtige Veröffentlichungen gegeben, die sich mit der pharmazeutischen Industrie im weitesten Sinne, deren ökonomischen Strukturen, deren Marketing- und Forschungsstrategien und deren fahrlässigem Verhalten im Vorstadium sogenannter „Arzneimittelskandale“, in denen so lange wie möglich Meldungen über gefährliche Nebenwirkungen zugunsten eines weiteren Gewinns zurückgehalten wurden (Menocil, Contergan, Duogynon) auseinandergesetzt haben. Es seien hier als Beispiele „Neunmal teurer als Gold“, „Mögliche Nebenwirkung Tod“, „Gesunde Geschäfte“, „Contergan oder die Macht der Arzneimittelkonzerne“ genannt. So sehr diese Veröffentlichungen einerseits für sich in Anspruch nehmen können, den Bereich der pharmazeutischen Industrie immer wieder in die Diskussion gebracht und die kontinuierliche Aufmerksamkeit auf diesen Unternehmenszweig gelenkt zu haben, so wenig vermochten sie andererseits, Ansatzpunkte für Handlungsmodelle zu liefern, mit denen der nahezu problemlose Absatz von immer mehr Pharmaka, die in ihrer Mehrzahl weder notwendig noch nützlich sind, zumindest gestört, wenn nicht unterbunden werden konnte. Der erste Referentenentwurf des 1978 in Kraft getretenen AMG hatte noch als Forderung die Überprüfbarkeit des therapeutischen Fortschritts von neu-zulassenden Arzneimitteln eingebracht (Referentenentwurf vom 12. 12. 1973 § 20, Abs. 1, Nr. 13). Diese möglicherweise außerordentlich gravierende Umsatzbehinderung konnte durch die gut funktionierende Lobby der pharmazeutischen Industrie zu Fall gebracht werden.

Die Kostenexplosion in allen Bereichen des Gesundheitswesens, überproportional jedoch im Arzneimittel-sektor, war der Grund dafür, daß vor allem bei den Krankenkassen, die jedes verordnete Arzneimittel erstatten müssen, Überlegungen angestellt wurden, in einem quasi zweiten Zulassungsverfahren die Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln zu prüfen. Kriterien für eine solche Erstattungsfähigkeit waren bereits in den Arzneiverordnungsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen festgelegt. Dort heißt es in der geänderten Fassung vom 19. Juli 1978 in Punkt 10: „Für die Wirtschaftlichkeit einer Arzneimitteilverordnung ist vor dem Preis der therapeutische Nutzen entscheidend. Die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung ist zu beurteilen nach dem Verhältnis ihrer Kosten zum Heilerfolg; dabei ist auch die zur Erreichung des Heilerfolges erforderliche Zeit zu beachten. Die Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit bei der Verordnung von Arzneimitteln besagt nicht, daß nur einfache und billige Arzneimittel verordnet werden dürfen; auch die Verordnung von teuren Arzneimitteln kann im Hinblick auf die Art der Erkrankung und die Umstände des Krankheitsfalles wirtschaftlich sein. Der Arzt soll jedoch stets prüfen, ob sich

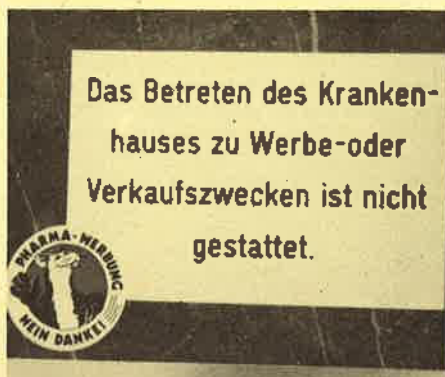
## Z. B. Kinderkrankenhaus Köln



Ein ganz normaler Eingang...



...wird beim näheren Hinsehen...



...Immer schöner!

der angestrebte Erfolg auch durch preisgünstigere Arzneimittel erreichen läßt. Die Verordnung von Kombinationspräparaten kann unwirtschaftlich sein, so z. B. wenn weder durch die einzelnen Komponenten noch mit deren Synergismus eine Steigerung des therapeutischen Nutzens oder eine Verminderung von unerwünschten Wirkungen verbunden ist, besonders dann, wenn die Kombination unnötige Bestandteile enthält. Eine gleichzeitige Verordnung mehrerer pharmakologisch gleichsinnig wirkender Arzneimittel kann nur sinnvoll sein, wenn durch sie ein therapeutisch zweckmäßiger Synergismus bewirkt, bzw. unerwünschte Wirkungen gemindert oder vermieden werden.“

Und Punkt 11: „Die Wirtschaftlichkeit einer Verordnung setzt voraus, daß das verordnete Arzneimittel in seiner handelsüblichen Zubereitung hinsichtlich seines therapeutischen Nutzens durch den Hersteller ausreichend gesichert ist. Erprobungen von Arzneimitteln auf Kosten des Versicherungsträgers sind unzulässig.“

Es fehlen jedoch industrieunabhängige Informationen über Einzelarzneimittel, die den Krankenkassen wissenschaftlich gesichertes Datenmaterial an die Hand geben, die therapeutische Wirkung und den therapeutischen Nutzen, wie er in Punkt 11 angesprochen ist, im Hinblick auf die gestellte Diagnose überprüfen zu können.

An der Erarbeitung dieses Datenmaterials möchte ich mithelfen. Dies ist der Grund für mein Engagement als Wissenschaftler im Bereich der Evaluation von Arzneimitteln. Mir geht es weit weniger darum, eine kostengünstigere Arzneimitteilverordnung zu ermöglichen als vielmehr darum, die Notwendigkeit einer der Diagnose adäquaten Pharmakotherapie zu betonen: Sie soll sicher und wirksam sein und als rationale Entscheidung im Zusammenhang mit der vorliegenden Diagnose qualifiziert werden können. Es sollte möglich sein, eine Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit unter diese Prämisse zu stellen.

Ich möchte drei Beispiele einer Pharmakotherapie benennen, deren Erstattungsfähigkeit aufgrund der vorliegenden, anerkannten wissenschaftlichen Evidenz unter der o.g. Prämisse zumindest zweifelhaft wäre:

1) Es ist pharmakologisches Lehrbuchwissen, daß oral eingenommene Strophanthin-Präparate als Mittel zur Behandlung von Herzinsuffizienz ungeeignet sind. Daher wurden solche Präparate, wie z. B. Strodival® im Arzneimittel-Index, Band 1, als obsolet beurteilt. Dennoch fallen diese Präparate, die in bezug auf die o.g. Diagnose nur von zweifelhaftem therapeutischem Wert sind, weiterhin unter die Erstattungspflicht.

2) Ein anderes, in großem Maßstab bei Koronarinsuffizienz verordnetes Mittel ist das Persantin®.

Durch eine Injektion dieses Mittels, das als Indikationsanspruch des Herstellers Angina pectoris führt, läßt sich beim gesunden Menschen mit verengten Koronargefäßen ein akuter Angina pectoris-Anfall auslösen. Zur Behandlung der Angina pectoris ist es unbrauchbar, weil die Koronargefäße reflektorisch bereits maximal erweitert sind. Es kann unter Persantin® sogar zu einem „coronary steal effect“ kommen. Persantin® gilt weiterhin als erstattungsfähig.

3) Es gibt zahlreiche Literaturbelege dafür, daß fixe Kombinationen mit einem Digitalisglykosid nicht verordnet werden sollten. Digitalisglykoside erfordern wegen ihrer geringen therapeutischen Breite die individuelle Einstellung bei jedem Patienten. Bei der Verordnung eines Kombinationspräparates, das einen weiteren wirksamen Inhaltsstoff enthält, besteht die Gefahr, daß eine Dosierung aufgrund des zweiten Inhaltsstoffes vorgenommen wird und damit das Digitalisglykosid erheblich über- oder unterdosiert wäre.

Umsatzstarke Beispiele solcher Kombinationen sind: Miroton®, Diacard®, Carnigen®, Intensain-Lanico®, Intensain-Lanitop®, Ildamen-Digoxin®, Digi-Complamin®, Card-Cosaldon®, Nitro-Novodigal® etc.

Auch für diese Beispiele wurde die Erstattungsfähigkeit bisher nicht angezweifelt.

Diese Aufzählung könnte ohne Schwierigkeiten um weitere Auffälligkeiten im Verordnungsverhalten erweitert werden, die den Krankenkassen Entscheidungsvoraussetzungen und -hilfen bieten könnten, den therapeutischen Nutzen vieler von der pharmazeutischen Industrie hergestellten Pharmaka zu bezweifeln und diese Mittel nicht länger zu erstatten. Daß eine solche



Strategie die pharmazeutische Industrie empfindlich trafe, steht außer Zweifel. Immerhin werden fast 60–70% aller in der BRD verkauften Arzneimittel durch die Kassen erstattet: insgesamt 1 Milliarde Arzneiverordnungen mit einem Wert von ca. 14 Milliarden DM (1981).

Ein zweites Zulassungsverfahren durch die Krankenkassen, das die Erstattungsfähigkeit entsprechend den Arzneiverordnungsrichtlinien feststellte, hätte nicht nur zur Folge, daß sich dieser Betrag verminderte – schließlich ist eine Therapie mit einem adäquaten Monopräparat immer noch kostengünstiger als die mit einem Kombinationspräparat, das neben der wirksamen Monosubstanz auch noch andere, für diese Therapie unnötige Inhaltsstoffe enthält –, viel wichtiger wäre jedoch, daß nur solche Präparate auf Kosten der Krankenkassen verordnet werden könnten, für die eine Wirksamkeit zur Behandlung des diagnostizierten Symptoms festgestellt ist.

# Klebt der Pharma-industrie...

rot-schwarzer Aufkleber  
Ø 10 cm



5,- DM	—	5 Aufkleber
10,- DM	—	12 Aufkleber
20,- DM	—	25 Aufkleber
40,- DM	—	55 Aufkleber
50,- DM	—	70 Aufkleber
100,- DM	—	150 Aufkleber

Portokosten sind im Preis  
inbegriffen. Bestellungen  
(Geldscheine oder  
Verrechnungsscheck) an:

**Ulli Raupp**  
**Willi-Hölscher-Weg 7**  
**4400 Münster**

... einen!



DG-Pharma-Seminar: Blick in den Tagungsraum

Die Entwicklung von Gegenstrategien gegen die pharmazeutische Industrie, gegen deren Macht, das Verordnungs- und Einnahmeverhalten von Arzneimitteln kontrollieren und steuern zu können, setzt wissenschaftlich gesicherte Informationen über Arzneimittel voraus. „Information is power“ sagte uns der Vertreter der Public Citizen Health Research Group, einer amerikanischen Verbraucherorganisation, Sidney R. Wolfe, der mit seinen Büchern „Pills that don't work“ oder „Stopping Valium“ Auflagen von 750 000 erreicht und dessen Arbeit pharmazeutische Unternehmen das Fürchten gelehrt hat. Die von Wissenschaftlern erarbeiteten, industrieunabhängigen Informationen über Arzneimittel sollten die Krankenkassen zu besseren, wirksameren Agenturen der Verbraucher entwickeln können als sie es bisher waren: Veröffentlichungen wie Arzneitelegramm, Transparenztelegramm, Arzneimittelbrief, Arzneimitteltherapiekritik, Arzneimittel-Index („Greiser-Liste“) etc. schaffen mehr und mehr Voraussetzungen dafür, daß das Arzneimittelangebot und das Verordnungsverhalten systematisch bewertet und beurteilt werden kann.

Dennoch: Diese wissenschaftlichen Arbeiten sollten institutionalisiert werden. Daher wäre die Errichtung eines Arzneimittelprüfinstituts, wie es der Bundesverband der Ortskrankenkassen und der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vorgeschlagen haben, eine logische Konsequenz. Nur so können auf die Dauer Entscheidungsvoraussetzungen erarbeitet werden, die geeignet sind, die bestehende Irrationalität des Arzneimittelmarktes zugunsten eines übersichtlichen Angebots von sicheren, wirksamen Pharmaka aufzulösen. Es erscheint mir sinnvoll, an dieser Stelle das Problem der Positiv-Listen als einer der Möglichkeiten zur Bereinigung des Arzneimittelangebots zu diskutieren. Es hat sich nämlich in anderen Ländern wie der Schweiz, Österreich, Großbritannien, Schweden etc. gezeigt, daß fast 90% des Arzneimittelverbrauchs in solchen Ländern auf die ca. 3000 bis 5000 Präparate fallen, die in solchen Listen aufgeführt sind. Zudem ist über solche Positiv-Listen, die insgesamt Medikamente enthalten, die unter der o. g. Prämisse ihre Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit nachgewiesen haben, am ehesten eine rationale Pharmakotherapie zu erreichen. Diese Ansicht, die ich hier vertrete, ist jedoch durchaus umstritten. Es gibt Einwände von ärztlicher Seite, die in solchen Listen eine Bevormundung oder eine Einschränkung in ihrer Therapiefreiheit sieht. Außerdem wird problematisiert, daß in jedem Falle, soll die Erstattungspflicht erhalten bleiben, auch bei Bagatellsymptomen mit Kanonen (das sind Medikamente, die ihre Wirksamkeit nachgewiesen haben) nach Spatzen geschossen werden müsse. Diese Meinung teile ich ganz und gar nicht. Vielmehr vertrete ich den Standpunkt, daß solche Listen die Therapiefreiheit des Arztes um den Bereich der Therapiesicherheit ergänzen und daß eine adäquate Pharmakotherapie in der Tat nur aufgrund gut diagnostizierbarer Symptome begonnen werden sollte. In einem solchen Falle erscheint es mir

dann allerdings notwendig, ein Arzneimittel zu verordnen, dessen Wirksamkeit im Hinblick auf das diagnostizierte Symptom gut bestätigt ist.

Andererseits vertrete ich die Meinung, daß eine Positiv-Liste auch eine gezielte Placebo-Therapie ermöglichen muß. Eine solche Verordnung kann in vielen Fällen eine rationale und adäquate Entscheidung des Arztes sein. Solche Placebos können jedoch aufgrund des gültigen Arzneimittelgesetzes nicht zugelassen werden. Zugelassen sind indessen eine Anzahl von Arzneimitteln, deren Wirksamkeit im Hinblick auf die beanspruchte Indikation zweifelhaft erscheint. Dies ist in der Tat bedenklich, da der verschreibende Arzt aufgrund der vorliegenden Indikationsempfehlungen in gutem Glauben eine ernsthafte Erkrankung mit einem nur unzureichend therapeutisch wirksamen Mittel behandelt. Der Arzt muß die Möglichkeiten und Wirksamkeiten des von ihm verordneten Arzneimittels kennen, „er muß wissen“, so zitierte der „Spiegel“ in der Rezension zum Arzneimittel-Index Prof. Dr. E. Habermann, den Vorsitzenden der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft, „wann er in die Haut des Schamanen schlüpft und das Gebiet des kühlen wissenschaftlichen Konsens verläßt“. Nicht die Unwirksamkeit als solche von arzneilich angewendeten Mitteln ist zu kritisieren – diese Tatsache kann der Arzt sehr wohl, wie eine gezielte Placebo-Therapie zeigt, bewußt und adäquat einsetzen. Die Kritik trifft vielmehr die, wie ich sie nennen möchte, „undekurierten Placebos“, z. B. jene 73 Monopräparate, deren therapeutische Wirksamkeit in bezug auf die beanspruchte Indikation im Arzneimittel-Index, Band 1, nur als „möglicherweise“ gegeben bewertet wurde und für die ein Wirksamkeitsnachweis noch immer aussteht. Der verschreibende Arzt sollte wissen, daß diese so bewerteten Arzneimittel eher Placebo-Charakter haben, daß sie als Placebo verordnet, jedoch zu teuer sind.

„Widerstandsformen gegen die Pharmaindustrie“ heißt das Thema dieses Seminars. Die wissenschaftliche Aufarbeitung von Informationen und Erkenntnismaterial über Arzneimittel betrachte ich als eine solche Möglichkeit, den gesamten Bereich der Pharmakotherapie in einer industrieunabhängigen Form zu rationalisieren und Entscheidungsvorschläge und -hilfen für diejenigen zu erarbeiten, von denen ich hoffe, daß sie auf administrative und exekutive Weise die Macht der pharmazeutischen Industrie eingrenzen werden. ■





# Zur Durchsetzung einer rationellen Pharmakotherapie

Von Harald Skrobliès

In der Zeitschrift „Soziale Medizin“, die von der Schweizerischen Gesellschaft für ein Soziales Gesundheitswesen herausgegeben wird, habe ich einen sehr engagierten Aufsatz gefunden, „Rezeptschreiber ohne Manipulation“. Ich möchte daraus mit einem längeren Zitat beginnen: „Aus den Reaktionen der Ärzte auf die Bloßlegung von Korruption und Manipulation ließ sich geradezu eine Typologie erstellen: Der Naive ist überzeugt, gerade er, der um die Gefahr wisse, lasse sich nicht manipulieren. Er glaubt, sehr wohl unterscheiden zu können zwischen Werbung und echter Information. Der Inkonsequente frönt der Wunschvorstellung, den Beeinflussungsstrategien ein Schnippchen schlagen zu können, indem er über persönliche Beziehungen ein Vertrauensklima schafft, das Manipulation ausschließen soll. Der Blauäugige hält die Vorwürfe für übertrieben; er meint, der Pharmaindustrie müsse sehr an objektiver Information gelegen sein, unserlöse Praktiken könne sie sich gar nicht leisten. Der Verängstigte hält das Gerede sowieso nur für eine weitere linke Attacke auf den freien Ärztestand. Der Zynische gibt – wenn auch nur indirekt – zu erkennen, daß Ethik und Allgemeinwohl nicht sein Brot sind, sein Job – die Medizin – ein Geschäft ist, fast wie jedes andere. Der Rigorose glaubt, den Feind und die Mittel, ihm zu begegnen, erkannt zu haben; er plädiert für Verstaatlichung der Pharmaindustrie, Zwang zur Offenlegung der Finanzen und ein Verbot der Werbung. Der Alternative umgeht das Problem elegant, indem er auf Präparate der Pharmaindustrie verzichtet und sich ganz auf Homöopathie, biologische Medizin und die Naturheilmittel(-Industrie) verläßt. Der Optimistische verlangt, man müsse künftighin auf Ärzteberater und Vergünstigungen verzichten und sich die Medikamenteninformationen von unabhängigen Stellen verschaffen; er weist auf einige praktikable Modelle hin.“

Eine Reihe von Ärzten konstatiert verärgert aber relativ hilflos die Praktiken von Pharmaindustrie und einigen Ärztekollegen. Doch obschon sie, die Ärzte, wohl als einzige Veränderungen herbeiführen könnten – indem sie beispielsweise ihr eigenes Verhalten ändern – bleiben sie stumm. Der Versuch, dem Geflecht der verschiedenartigsten Lokationen und Pressionen zu entinnen, setzt offenbar gewisse Bedingungen voraus: Glaubwürdige Information über die tatsächlichen Zustände, gegenseitige Rückenstärkung gegenüber einer Kritik nicht mehr zugänglichen, aber einflußreichen Kollegen- und den moralischen Druck, den verbalen Beteuerungen ärztlicher Ethik und Unabhängigkeit auch tatsächlich nachzuleben.“

Es werden zu viele Medikamente von den Ärzten verschrieben. Zu fast jeder Behandlung gehört die Verordnung von mindestens einem Arzneimittel, in der Regel zwischen zwei und drei. Der Arzneimittelverbrauch steigt von Jahr zu Jahr. Was beeinflusst das Verhaltensverhalten der Ärzte? Einmal sicher die Anspruchshaltung der Patienten, die aus dem Anspruch auf totale Versorgung (im Rahmen einer umfassenden, zugegebenermaßen immer kostspieligeren Kranken-

versicherung) eine ärztliche und medikamentöse Behandlung für jedes Mißbefinden ableiten. Andererseits aber auch die Verheißung therapeutischer Erfolge durch die Arzneimittelhersteller. „Da ärztliches Handeln primär auf die Problemlösung in der Behandlung der Patienten gerichtet ist, haben Aussagen, die eine Problemlösung versprechen, natürlich bessere Haftfähigkeit als kritische Ansätze“ (P.S. Schönhöfer). Und gleichzeitig besteht für den Arzt ein Überangebot in leicht eingängigen werbenden Heilversprechen seitens der Pharmaindustrie, wohingegen kritische Ansätze für ihn schwieriger zu erfahren und zu erarbeiten sind.

Seit einiger Zeit nun werden die sogenannten schulmedizinisch anzuwendenden Arzneimittel skeptischer betrachtet, der Verbrauch von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen steigt. Die Pharmahersteller reagieren darauf mit einem verstärkten Engagement für alternative Therapieansätze oder besondere Therapierichtungen. Wir sollten uns dabei nichts vormachen: sowohl die Bagatellisierung des Risikos schulmedizinisch-orthodoxer Arzneimittel durch die Industrie (siehe Metamizol), als auch ein unkritisches Reagieren auf die wachsende Skepsis gegenüber rationalen Problemlösungen durch Arzneimittel mit dem Ausweichen auf die Bereiche der besonderen Therapierichtungen verstellen die Möglichkeiten zu einer rationalen Arzneimittelanwendung. „Schwedentrunk“ der Maria Treben als Laxans unterscheidet sich inhaltlich überhaupt nicht von anderen pflanzlichen Abführmitteln, die die Pharmaindustrie anbietet; toxische Quecksilbersalze sind in vielen sogenannten Naturheilmitteln bei Erkältungskrankheiten enthalten; aufgrund von Forschungen der Fa. Madaus wurde die weit verbreitete Aristolochiasäure vom Bundesgesundheitsamt als cancerogen verboten (Aristolochiasäure war Bestandteil von mehr als 200 meist homöopathischen oder phytotherapeutischen Zubereitungen).

Bei allen Überlegungen über eine rationale Arzneimitteltherapie muß man berücksichtigen, daß Arzneimittel mit erwiesener Wirksamkeit nur für 40–60% der Erkrankungen zur Verfügung stehen, vielleicht sogar für noch weniger. Es existieren weite Gebiete in der Medizin, in denen der Therapeut andere als medikamentöse Behandlungsformen anwenden muß. Dies trifft insbesondere für die allgemeinmedizinische Praxis zu, in der der Arzt häufig mit Befindlichkeitsstörungen oder Erkrankungen konfrontiert wird, für die medikamentöse Interventionen von erwiesener Wirksamkeit nicht vorhanden sind.

Prof. Schönhöfer, Pharmakologe am Arzneimittelinstitut des Bundesgesundheitsamtes, meint, daß weitere Probleme die Durchsetzung einer rationalen Arzneimitteltherapie erschweren, weil die eigene therapeutische Erfahrung gegen wissenschaftliche Erkenntnisse zu sprechen scheint. Er führt z. B. das Plausibilitätsproblem an: „Wenn ein Patient mit chronischem Schlafmittelgebrauch das Medikament absetzt, tritt eine Schlaflosigkeit auf. Es ist also plausibel anzunehmen, daß Schlafmittel über lange Zeit Wirksamkeit besitzen. Faktum ist, daß jedes Schlafmittel seine schlafördernde Wirkung nach zwei Wochen Dauerbehandlung verloren hat, mit Ausnahme derjenigen, die aufgrund langer Halbwertszeit kumulieren. Wenn ein chronischer Schlafmittelkonsument das Schlafmittel absetzt, dann erleidet er eine Entzugsschlaflosigkeit. Dieses Symptom täuscht Wirksamkeit der Schlafmittel über längere Zeit vor.“ Ähnlich verhält es sich auch mit vielen Analgetika.

Hinzu kommen die in der Praxis zu beobachtenden hohen Prozente von Placebowirkungen, die es verständlich machen, daß die eigene therapeutische Erfahrung scheinbar im Gegensatz zu Aussagen über die therapeutische Wirksamkeit in klinisch kontrollierten Studien steht. Bei Krankheitssymptomen wie chronischen Kopfschmerzen, Asthmaanfällen, Angina pectoris, Schlafstörungen, Schmerzen und rheumatischen Beschwerden wie Morgensteifigkeit lassen sich Placebowirkungen in bis zu 50 Prozent der Fälle nachweisen. Gerade die persönlichen Erfahrungen mit Medikamenten und Patienten sind es, die eine rationale Arzneimit-

telanwendung erschweren. Oft wird ob des vermeintlichen therapeutischen Nutzens die fragwürdige therapeutische Qualität des Arzneimittels vergessen. Therapeutischer Nutzen und therapeutische Qualität haben oft nichts miteinander zu tun, viele Scheinmedikamente beweisen das.

„Die Desinformation des Arztes durch die Werbung erschwert dem Arzt die Indikationsstellung bei der Anwendung eines Arzneimittels, wenn diese Indikationsstellungen nicht präzise genug angegeben und hinsichtlich der Wirksamkeit bewertet sind. Das Problem wird noch dadurch verstärkt, daß der Arzt durch eine Fülle von Informationen so überflutet wird, daß er die für ihn wesentlichen Aussagen nur unter einem faktisch nicht erbringbaren Zeitaufwand herauslesen kann. Darüber hinaus ist es von der Zielsetzung seiner Tätigkeit her – die Betreuung seiner Patienten – von ihm auch nicht zu verlangen, daß er sich nun auch noch mit der Technik und Methode der Analyse klinischer Studien auf Signifikanz der Aussagen auseinandersetzt. Die kritische Aufarbeitung der Daten klinischer Studien setzt Fachkenntnisse voraus, die von dem in der Praxis tätigen Arzt schon aufgrund der ganz andersartigen Zielsetzung seiner Tätigkeit nicht zu verlangen sind.“ Diesen Ausführungen von Schönhöfer ist von mir nichts hinzuzufügen und sie beschreiben die Gründe, warum die Ärzte, die sich 1975 zu der Idee des Gesundheitszentrums Riedstadt trafen, recht schnell Apotheker für die Teamarbeit akzeptierten. Der Apotheker muß sich viel stärker als der Arzt mit dem Wirkstoff, mit dem Arzneimittel auseinandersetzen – eben nicht mit individueller Arzneimitteltherapie aufgrund individueller Krankheitsbeobachtung für den individuellen Patienten – sondern mit der pharmazeutischen Qualität, der Bioverfügbarkeit, der Metabolisierung, den Wechselwirkungen mit anderen Stoffen, den Kontraindikationen, den unerwünschten Wirkungen. Dadurch ist er in der Lage, die Wirksamkeit, Risiko und Unbedenklichkeit besser abzuschätzen und hat zusätzlich die Möglichkeit, aufgrund seiner Unterlagen Preisvergleiche anzustellen. Ich will damit nicht behaupten, daß sich der einzelne Arzt nicht auch diese Informationen erarbeiten kann, aber die Möglichkeiten für eine Gruppe aus Ärzten und Apothekern sind entschieden besser.



Harald Skrobliès arbeitet als Apotheker beim Gesundheitszentrum in Riedstadt

Welche Informationen benutzen wir? Ich habe eine ganze Reihe mitgebracht, auch solche, die rasch lesbar sind, einen schnellen Überblick verschaffen. Man muß sich nicht immer mit ganzen Büchern auseinandersetzen, es gibt ausgezeichnete Informationsblätter, die monatlich oder 14tägig erscheinen:



**a) Periodika**

- Der Arzneimittelbrief, Westkreuz-Verlag, Rehagener Str. 30, 1000 Berlin 49
- arzneimitteltelegramm, Petzower Str. 7, 1000 Berlin 39
- pharmakritik, Informed-Verlag, Bergliweg 17, CH-9500 Wil
- Arzneiverordnung in der Praxis, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Haidenkampstr. 5, 5000 Köln 41
- Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Postfach 40, 7000 Stuttgart 1

**b) Nachschlagewerke**

- Listen der Transparenzkommission, Institut für Arzneimittel beim BGA, Stauffenbergstr. 13, 1000 Berlin 30
- Arzneimittel-Index (sog. Greiser-Studie), medpharm Verlag, Wiesbaden
- Pharmakotherapie, Hrsg. Füllgraff und Palm, G. Fischer Verlag, Stuttgart
- Praktische Pharmakologie, Hrsg. Saller u. a., Schattauer Verlag, Stuttgart
- Arzneistoff-Profil, Hrsg. Dinnendahl und Frikke, Gavi-Verlag, Frankfurt/M.
- Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen, Hrsg. Ammon, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart
- Erkrankungen durch Arzneimittel, Hrsg. Heintz, Thieme Verlag, Stuttgart
- Taschenbuch der modernen Arzneibehandlung, K. Kuschinsky, Thieme Verlag, Stuttgart
- Arzneiverordnungen, hrsg. von Mitgliedern der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Deutscher Ärzteverlag, Köln
- Heilpflanzen-Lexikon, H. Braun, Fischer-Verlag, Stuttgart
- Arzneimittelwirkungen, E. Mutschler, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart

**c) Angelsächsische Literatur:**

- Drug and Therapeutics Bulletin (Consumers' Association 14, Buckingham Street, London WC2N 6 DS, England)
- The Medical Letter (56 Harrison Street, New Rochelle, N.Y. 10801, USA)
- FDA Drug Bulletin (U.S. Department of Health and Human Services, Parklawn Building, Room 15B-42, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857, USA)
- The Medicine Show. „A practical guide to some everyday health problems“
- Consumer Reports, beide Veröffentlichungen bei: Consumer Union, Orangeburg, N.Y. 10962, USA
- Pills that don't work, a consumers' and doctors' guide to 610 prescription drugs that lack evidence of effectiveness (Public Health Research Group, 2000 P St., NW, Washington, D.C., 20036, USA)
- The Pharmacological Basis of Therapeutics, Hrsg. Gilman and Goodman, Macmillan Publishing, New York

1. Wenn man mit solchen Informationen arbeitet, sollte es Usus sein, von den Medikamenten nur in ihren „generic names“ zu sprechen, also von Diazepam statt von Valium, von Metamizol statt von Novalgin. Das zwingt zu einem pharmakologisch orientierten Denken und führt weg von der von den Pharmareferenten angestrebten Fixierung auf gewisse Markennamen und führt auch weg von vielen unsinnigen und gefährlichen Kombinationspräparaten, deren Inhaltsstoffe meistens der Arzt nicht kennt. Damit gewöhnen wir uns zugleich an, überwiegend Monostoffpräparate anzuwenden. Mit ihnen bleiben Kontraindikationen, unerwünschte Wirkungen, Dosierungsschemata, Einnahmezeiten etc. übersichtlich und kalkulierbar.

2. Ich denke, daß wir es durchaus akzeptieren könnten (wir in Riedstadt praktizieren es leider noch nicht und das hat eben mit dieser Mischung aus Naivität, Inkonsistenz und Höflichkeit zu tun), keine Arztbesucher mehr zu empfangen, mindestens sich aber anzugewöhnen, die Besucher zu einem Pharmagespräch auf ein oder zwei Nachmittage im Monat zu verweisen und dazu auch den Apotheker einzuladen. Wir könnten

darauf verzichten, die Fortbildungsbankette der Pharmaindustrie zu besuchen, wir könnten die Arzneimittelwerbung in den Papierkorb werfen, wir könnten nicht angeforderte Arzneimittel vernichten, wir könnten auch noch so kleine Geschenke der Pharmaindustrie ablehnen. Die Frage geht hier zurück an uns: Tun wir das? Und warum tun wir das nicht?



3. Was wir im Gesundheitszentrum tun: Apotheker, Ärzte und interessierte nichtmedizinische Gesundheitsberufe bilden eine sich regelmäßig treffende Informationsrunde. Ich denke, eine solche Arzneimittelkommission ist auch woanders organisierbar. Mit ihrer Hilfe überwinden wir unsere Vereinzelung, unsere Uninformiertheit, unsere Angst, Fehler zu machen. Sie ist es ja, die uns immer wieder einhämert: persönliche individuelle Erfahrungen des Arztes mit Medikamenten und Patienten sind durch nichts zu ersetzen. Nun gut, dann tauschen wir diese Erfahrungen im Rahmen kritischer Bewertungsrauer aus. In dieser Arzneimittelkommission müssen wir zu einer schriftlich fixierten verbindlichen Arzneimittelliste kommen, eine Selbstverständlichkeit bereits für zahlreiche Kliniken, im ambulanten Bereich aus Gründen der Arzneimittelsicherheit eigentlich viel notwendiger.

4. Wir sollten besonders kritisch sein gegenüber den alten sogenannten bewährten Arzneimitteln aus der Zeit vor dem Inkrafttreten des neuen Arzneimittelgesetzes. Das sind immer noch weit über 90% unseres Arzneimittelmarktes. Sie genügen in der Regel nicht den Zulassungskriterien des neuen Gesetzes in bezug auf Unbedenklichkeit, Wirksamkeit und Sicherheit, sind oft in anderen Ländern schon längst verboten oder nie zur Anwendung gelangt.

5. Wir sollten ebenso kritisch sein gegenüber brandneuen Wirkstoffen. Der Benoxapronen (Coxigon®)-Widerstand hat das gerade gezeigt. Formale Gesichtspunkte für die Aufnahme in unsere Liste könnten sein:

- a) Aufnahme erst frühestens nach einem Jahr der Neuausleitung, bis es hinreichende klinische und vor allem ambulante Erfahrungen gibt.
- b) Was weiß man über den Wirkstoff in anderen Ländern?
- c) Aufnahme nur dann, wenn das neue Arzneimittel sichere Vorteile gegenüber den alten Mitteln bietet, z. B. weniger unerwünschte Nebenwirkungen aufweist, einfacher in der Dosierung ist, etc. Und dann muß immer auch die Preis-Nutzen-Relation beachtet werden. Vor allem neue Molekülvariationen rechtfertigen längst nicht immer einen teureren Preis (bei Tranquillizern zum Beispiel).

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß eine notwendige Begründung in der gemeinsamen Arzneimittelkommission für ein neu zu verordnendes Arzneimittel eine wichtige rationale Schwelle für die Aufnahme in die Arzneimittelliste und damit in die von allen in der Gruppe anerkannte Arzneimitteltherapie bedeutet.

6. Wir sind verpflichtet, jede Art unerwünschter Wirkung (auch nur vermuteter) an die Arzneimittelkommission der Ärzte und Apotheker, evtl. auch an die Gesundheitsbehörden der Länder und das Bundesgesundheitsamt zu melden. Nur so erhalten die Aufsichtsbehörden ausreichende Unterlagen für die Risiko-Nutzen-Abwägung von Arzneimitteln.

7. Wir können Informationshilfen für die Patienten über kritischen Arzneimittelkonsum in den Praxen und Apotheken auslegen. Es gibt bereits einige Schriften der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, von Verbraucherverbänden und vor allem den vielen Selbsthilfegruppen. Wir können – wie wir das in unserer Apotheke zu Appetitzüglern und Abführmitteln bereits getan haben – auch eigene Informationen entwerfen. Wir können Maßnahmen des Bundesgesundheitsam-

tes zur Risikoabwehr vorwegnehmen, z. B. Warnhinweise, deren Durchsetzung juristisch noch von einzelnen Arzneimittelherstellern behindert wird (z. B. Raucherhinweise zu Ovulationshemmern). Wir sollten keine Angst haben vor Schritten in die Öffentlichkeit. Öffentlichkeit bedeutet eine wesentliche Chance zur Aufklärung über Arzneimittelrisiken, unerwünschte Wirkungen, unseriöse Heilversprechen der Pharmaindustrie. Wir können mit den Gewerkschaften und Krankenkassenverbänden zusammenarbeiten. Wir dürfen uns nicht scheuen, unkritische Pharmakotherapie von Kollegen gegenüber Patienten zu kritisieren, z. B. Schrotschußtherapien, Übermedikalisierung, Verordnungsvielfalt, unwirksame und gefährliche Medikamentenverordnung, Obsolete Arzneimittel sollten sofort abgesetzt werden, auch wenn sie subjektiv von den Patienten weiter gewünscht werden. Der Patient hat nämlich kaum eigene Entscheidungsmöglichkeiten über die Risiko-Nutzen-Relation der Arzneimitteltherapie. Er ist auf staatliche Rahmenbedingungen und unsere Bewertung angewiesen. Ohne unsere Mitarbeit wird sich keine starke Konsumentenorganisation entwickeln.

8. Wir müssen uns darüber informieren, bei welchen Indikationsbereichen auch andere als Arzneimittel-Therapien nützlich sind. Viele sogenannte Bagatellerkrankungen gehören dazu, ebenfalls viele bislang nur symptomatisch zu behandelnde Erkrankungen. Ein weiteres Indiz ist die Placebo-Rate. Darüber können wir die Patienten aufklären und ihnen nichtmedikamentöse Möglichkeiten anbieten. Hier liegen wichtige Ansatzpunkte für Gesundheitsaufklärung und -erziehung. Wir müssen Zeit haben mit den Patienten, nicht schnell und wortlos Rezepte ausstellen und Medikamente abgeben. Die Pharmakotherapie muß den Patienten erklärt werden (auch die Pharmakotherapie der besonderen Therapierichtungen). Wenn wir das immer machen würden, kämen wir oft selbst darauf, wie unsinnig oder unnötig oft die Arzneimittelanwendung ist.

9. Wir müssen Öffentlichkeit bei der klinischen Prüfung in der Klinik herstellen, nach welchen Kriterien, welchen Entscheidungen, in welchen Abhängigkeiten finden klinische Prüfungen und Arzneimittelstudien statt. Wir müssen die Praxis der Verteilung von Arzneimitteln in der Klinik kritisch betrachten, insbesondere was Psychopharmaka, Abführ-, Schlaf- und Schmerzmittel betrifft. Untersuchungen haben ergeben, daß viele Medikamentenabhängige zuerst in der Klinik diese Drogen kennenlernten und dann abhängig wurden.

Ich habe keine überzeugende Antwort darauf, was Verweigerungsaktionen gegenüber der Pharmaindustrie bei uns nützen könnten (z. B. Boykott von Ciba/Geigy-Präparaten in Schweden wegen Mexaform). Die Pharmaindustrie ist in der Bundesrepublik politisch und ökonomisch wesentlich stärker als in Schweden. Sie durchdringt mehr Lebensbereiche als wir uns vorstellen. Die Firma Merck z. B. organisiert bereits Familienspielfeste im Darmstädter Herrngarten mit Ulrike Meyfart. Dennoch bin ich optimistisch, um wieder an den Beginn meiner Ausführungen anzuknüpfen; und es gibt erste Erfolge:

- Die Frauenproteste gegenüber Duogynon/Cumorit führten zu kritischer Einstellung;
- Veröffentlichungen und Vorträge zu den gefährlichen Wirkungen von Metamizol führten zu Konsumeinschränkungen;
- Öffentlichkeit bei der Risikobewertung des Bundesgesundheitsamtes wird von der Pharmaindustrie gefürchtet (wie wird juristisch und politisch bekämpft);
- Informationen zu einer kritischen Arzneimitteltherapie haben zugenommen und erreichen sogar über die Ständevertretungen der Ärzte und Apotheker die Verordner und Verteiler.

Wir haben im Gesundheitszentrum Riedstadt mit einer guten Praxis begonnen und ich möchte viele andere ermuntern, ähnliche Erfahrungen zu machen.

**Anmerkungen:**

- 1) Der Aufsatz „Rezeptrechner ohne Manipulation“ von R. Altendorf erschien in „Soziale Medizin“, Nr. 4/1982.
- 2) Über „Wirtschaftliche Verordnungs- und Behandlungsweisen – Wirksamkeit als Grundlage des therapeutischen Nutzens“ schrieb P. S. Schönhofer in „Der Kassenarzt“ 20 (1980), Heft 48.
- 3) Eine Checkliste „Was Sie den Pharmareferenten fragen sollten“ von U. Seht und E. Weber erschien in Münch. med. Wschr. 122 (1980), Nr. 13.



# Pharmakritik und Medien

Von Jürgen P. Stössel

Zunächst eine persönliche Vorbemerkung, die in diesem Zusammenhang vielleicht doch ganz interessant ist. Während der Diskussion hier ist mir aufgefallen, wie vieles von dem, was wir Ende der sechziger Jahre schon kritisiert haben, immer noch im Raum steht. Ich habe in letzter Zeit zunehmend weniger über den Pharmamarkt und die Arzneitherapie geschrieben, weil ich – um ehrlich zu sein – frustriert war. Immer wieder dieselben Dinge zu wiederholen. Ein Beispiel ist mein Psychopharmaka-Buch, jetzt immerhin schon 10 Jahre alt, aber was da drin steht, ist ja noch längst nicht allgemein bekannt, auch nicht bei jenen, die sich kritisch mit der Medizin auseinandersetzen. Das Problembewußtsein mag gestiegen sein, doch es bleibt ziemlich oberflächlich. Wenn man sich nicht mit der Klage begnügt, es werde oft „zu viel des Guten“ getan bei der Verordnung von Tranquillizern, dann reduzieren sich die Vorbehalte gegenüber solchen Mitteln doch häufig auf das diffuse Wissen, daß sie keineswegs so gut sind, wie die Industrie behauptet. Das liegt sicherlich auch an der Art, wie in meinem Buch und in ähnlichen Publikationen das Problem dargestellt wurde, und natürlich auch am relativ geringen Verbreitungsgrad von Büchern. 10 000 oder 20 000 Exemplare sind eben doch nicht mehr als der berühmte Tropfen auf den heißen Stein. Andererseits müssen wir aber ganz klar sehen: Mit dem Verbreitungsgrad eines Mediums nimmt die Tendenz zu, die Kritik durch angeblich massenwirksame Aufbereitung zu entschärfen.

Lehrreich war für mich die Entstehungsgeschichte des 1978 vom ZDF ausgestrahlten Films „Kleine bunte Freudenspenden“. Der Autor hatte mir ein Exposé geschickt. In dem er die zentralen Thesen meines Buches verarbeitet hatte, also welche Funktion diese Beruhigungsspielen haben im Rahmen der Medizin und ihrer Aufgabe als Agentur sozialer Kontrolle – ich glaube, das brauche ich hier nicht weiter auszuführen. Um diese Informationen nun an den Zuschauer heranzubringen, sollten einige exemplarische Fälle von prominenten Schauspielern dargestellt werden. Dazwischen eingebettet wollte der Autor Statements verschiedener Experten bringen, die zu bestimmten Aspekten etwas zu sagen haben. Ich war also auch in Hamburg und habe, wie vereinbart, ein paar wichtige Punkte zusammengefaßt. Einige Zeit später bekam ich jedoch einen Anruf, der Film sei in der Form nicht abgenommen, man müsse da und dort etwas ändern. Herausgekommen ist nach zwei- oder dreijährigem Hickhack ein Film, der mit der ursprünglichen Konzeption nichts mehr zu tun hatte. Erst mal sind alle irgendwie kritischen oder wenigstens deutlichen Stellungnahmen herausgefallen, nur einige blieben übrig, und die hat der Zuschauer dringend gebraucht als Erholungsphase nach diesen ganz fürchterlichen Spielszenen. Da wurde nämlich eine richtige Schmierkomödie aufgeführt, süchtig gewordene Tranquillizer-Konsumenten, die das Kotzen kriegen. Es war derart übertrieben, weit weg vom Alltag der massenhaften Abhängigkeit, die ja eben dadurch gekennzeichnet ist, daß jemand täglich seine zwei bis drei Pillen schluckt und brav weiter zur Arbeit geht, aber eben ohne den pharmazeutischen Dämpfer sein Leben nicht mehr aushält, das ist ja das Schlimme daran, und das hätte man darstellen müssen, die Alltäglichkeit.

Wenn man freilich den Mißbrauch als den normalen Gebrauch zeigt, und das gilt nicht nur für Tranquillizer, sondern auch für einen großen Teil der übrigen Arzneimittel, die ja nur Ersatz sind für etwas, was der Patient erwartet und auch braucht, aber im heutigen Medizinsystem meist nicht bekommt, wenn man also zeigt, was gang und gäbe ist, das bewußtlose Abfertigungsritual, dann müßte man auch hinter die Kulissen leuchten. Dabei wird allerdings oft ziemlich rasch die Lampe ausgeknipst. Der hier schon mehrfach zitierte Band „Gesunde Geschäfte“ zeigte meines Erachtens recht deutlich Möglichkeiten und Grenzen kritischer Publikationen zum Pharmamarkt. Im Begleitschreiben an die Buchhändler, denen das Buch unaufgefordert geliefert wurde, versprach der Verlag, es werde „bestimmt sehr schnell in die Diskussion kommen und deshalb reibungslos abverkauft werden“. Das erinnert nachdrück-



Jürgen P. Stössel  
arbeitet als wissenschaftlicher Berater bei  
„Bild der Wissenschaft“

lich an die politische Binsenwahrheit, daß auch Kritik an den Praktiken der Arzneimittelkonzerne den kapitalistischen Verwertungsbedingungen unterliegt. In die öffentliche Diskussion kommt vor allem das, was „reibungslos abverkauft“ werden kann. Für Verleger und Buchhändler zählt, genau wie für die Pharma-Manager, der Profit. Sie leisten sich Kritik in dem Maße, als es für das Geschäft förderlich zu sein scheint, und selbst wenn der einzelne Titel nicht zum Bestseller wird, kann er doch zur Imagepflege nützlich sein. Sie ist unerlässlich im Konkurrenzkampf. Da hackt eine Krähe der anderen begierig ins Auge aus. Es darf nur nicht der ganzen Sippschaft ins Auge gehen, will sagen: Die berechnende Vermarktung funktioniert am ehesten mit „Skandalen“, deren Enthüllung verschleierte, daß es sich um das übliche Geschäftsgebarung handelt.

Üblich ist es eben in unserem Wirtschaftssystem, daß Menschen gezwungen werden, bei allem, was hergestellt und verkauft wird, Arzneimittel also nicht ausgenommen, Erfolg zu haben, sprich: Profit zu machen – um jeden Preis, auch wenn sie dabei nicht nur symbolisch über Leichen gehen. Falls das bekannt wird, schadet es allerdings dem Geschäft. Daher muß die Branche bestrebt sein, solche „Pannen“ zu vermeiden. Das gelingt freilich nicht immer, da die „Mögliche Nebenwirkung Tod“ einkalkuliert ist. Das unter diesem Titel erschienene Taschenbuch argumentiert meines Erachtens zu vordergründig. Da mit moralischer Entrüstung auf die im Keller eines Unternehmens entdeckten Leichen hingewiesen wird, können sich die Konkurrenten die Hände reiben. Selbst wenn sie nicht ausdrücklich auf die „Schwarzen Schafe“ zeigen, um ihre weiße Weste zu demonstrieren, können sie doch scheinheilig angeblich ungefährliche „Alternativen“ aus alten Hüten zaubern, wie das gegenwärtig auf dem Markt der Analgetika zu beobachten ist. Dabei dürfen sie durchaus mit der Unterstützung der Medien-Besitzer rechnen, denen ja ebenfalls nicht daran gelegen ist, daß die Markt-Mechanismen aufgedeckt werden, weil diese

beim Absatz von Medikamenten und Meinungen grundsätzlich gleich sind. Dennoch wäre es töricht, die Lücken in diesem Markt nicht als subversive Schlupflöcher zu nutzen. Es gibt auch in den „offiziellen“ oder „bürgerlichen“ Medien überall Redakteure, deren linksliberales Unbehagen für pharmakokritische Beiträge geradezu dankbar ist. Sie dienen oft nur als Alibi, aber es läßt sich damit auf die Dauer doch zumindest eine Stimmung schaffen, die Legitimationskrise der Pharmakonzerne verschärfen, wenn man es mal so hochgestochen ausdrücken will. Also: Immer mehr Leute ahnen, daß die Industrie Schweinereien macht. Das ist in vielen Köpfen drin, ohne daß es freilich begründet werden könnte von den meisten. Darin sehe ich auch eine gewisse Gefahr. Wenn man sich auf solche Horrorgeschichten beschränkt, wie das etwa der Deutsche Verbraucherschutzbund in Wiesbaden tut, also immer neue Skandale „enthüllt“ und Versäumnisse von Seiten des Gesetzgebers „anprangert“, wird ja zunächst einmal Angst mobilisiert. Und aus diesem Gefühl heraus verstärkt sich das Bedürfnis nach „alternativen Heilmethoden“, die weniger „giftig“, nicht so gefährlich sein sollen, ob das nun pflanzliche Mittel sind oder Homöopathie oder Akupunktur oder was auch immer. Ich meine aber, damit wird der Spieß nur umgedreht. Die Erwartung, die dahinter steckt, ist im Prinzip die gleiche wie bei der Verordnung von Produkten der chemisch-pharmazeutischen Industrie. Der Experte tut etwas und der „Laie“ läßt es über sich ergehen – im blinden Vertrauen darauf, damit von seinen Beschwerden befreit zu werden. Die magische Heilerwartung ist freilich auch nicht mit Plädoyers für eine „rationale Arzneitherapie“ auszutreiben. Dabei wird quasi eine objektive Vernunft unterstellt, der jeder folgen könne, wenn er genügend und die richtigen Informationen erhält. Das funktioniert jedoch nur, wenn nicht andere, aufgrund lebensgeschichtlicher Erfahrungen und sozialer Gegebenheiten entstandene Interessen verhindern, daß die Informationen entsprechend verarbeitet werden. Sowohl beim Arzt als auch beim Patienten ist jedoch oft mit einer Interessenskollision zu rechnen, so daß die innere und äußere, die psychische und soziale Organisation des Widerstandes das Handeln bestimmt. Es werden also aus den wissenschaftlich fundierten Empfehlungen nicht die „vernünftigen“ Konsequenzen gezogen. Ich meine, wir dürfen diese subjektive Logik das von den Normen einer rationalen Arzneitherapie abweichenden Verhaltens nicht ausklammern, weil sonst jede Aufklärung an den Adressaten vorbeigeht. Sie erzeugt allenfalls ein schlechtes Gewissen. Der Doktor weiß dann zwar, daß er beispielsweise keine oralen Antidiabetika verschreiben sollte, doch er kann sein Unbehagen dahingehend rationalisieren, daß unter den Bedingungen der Praxis eine Ernährungsberatung kaum erfolgreich sei; ihm fehle die Zeit dafür, und die Patienten wollten nicht auf die kleinen Freuden des Lebens verzichten. Das gilt genauso für Schlaf- und Beruhigungsmittel, für einen Großteil der Herz- und Kreislaufmittel und was da sonst noch im „Arzneischatz“ an falschem Gold zu finden ist. Auch von den Patienten bekommt man, wenn man sie direkt danach fragt, nur plausible, aber falsche Erklärungen, warum sie diese oder jene Medikamente schlucken, denn die Interessen, die solche – aus der Sicht einer kritischen Medizin – „irrationalen“ Bedürfnisse bedingen, sind unbewußt, oder es handelt sich um Alltagsroutinen, die in die Bewußtlosigkeit abgesunken sind. Wenn wir versuchen, durch Aufklärungskampagnen in den Medien das Verhalten von Ärzten und Patienten beim Umgang mit Arzneimitteln zu beeinflussen, sollten wir daher die psychoanalytische Erfahrung mit der Dynamik des Widerstandes nutzen, das heißt: den Darstellungen des Problems müßte eine Haltung zugrundeliegen, die sich mit den Ansprechpartnern im Hinblick auf deren Konfliktlage verbündet, also nicht von vorneherein den Kompromiß zwischen persönlichen Interessen und wissenschaftlichen Normen – und als solcher ist auch der „irrationalen“ Umgang mit Medikamenten zu verstehen – in Frage stellen. Die publizistische Kritik an der Pharmaindustrie und einer auf Arzneimittel konzentrierten Therapie wird zu sehr isoliert von der gesellschaftlichen Entwicklung und den Funktionen, die der Medizinbetrieb in seiner heutigen Form erfüllt. So bleibt verborgen, daß soziale Probleme übersetzt werden in psychische und psychosomatische Leiden, die dann scheinbar als medizinische Probleme mit technisch-strategischen Mitteln beherrschbar sind. Wenn wir immer nur von der höheren Warte der Wissenschaft aus den unkritischen Gebrauch von Arzneimitteln beklagen, können sogar die Sprecher der



Pharmaindustrie scheinheilig einstimmen in den Klagechor – weil sie genau wissen, die Verhältnisse, die sind nicht so, daß Ihre Kunden ohne weiteres auf die medikamentösen Krücken verzichten können. Daß sich der Umsatz der Tranquilizer seit dem Erscheinen meines Buches über „die verordnete Anpassung“ verdoppelt hat, obwohl doch seitdem nicht nur in Fachzeitschriften, sondern in allen Medien zunehmend kritische Töne angeschlagen wurden, ist ja nicht allein der Dummheit oder Uneinsichtigkeit der Ärzte und Patienten anzulasten. Das hat eben ganz konkrete Gründe, wie wachsende Arbeitslosigkeit, zunehmende soziale Unsicherheit, Atomkriegsdrohung etc. Natürlich dürfen wir deswegen nicht wieder in den alten Fehler verfallen, daß als einzig wirksame Therapie die grundlegende

Veränderung der Gesellschaft gefordert wird, sondern es kommt meines Erachtens darauf an, verstärkt die Ansätze darzustellen, wie man unter den gegebenen Bedingungen etwas ändern kann. Das heißt nicht, daß Kritik nur noch erlaubt sei, wenn sie zugleich deutlich macht, wie es anders geht. Aber ich glaube doch, daß eine Kritik, die sich aus der positiven Beschreibung konkreter Veränderungsversuche mit all ihren Schwierigkeiten ergibt, eine größere Wirkung hat als „besser-wissendes“ Anprangern der Fehler. Ein Beispiel: In der inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Tegernsee wird seit 1979 versucht, konsequent eine patientenorientierte Medizin zu betreiben. Ein äußerlich sichtbares Ergebnis dieses Versuchs: Der Medikamentenverbrauch betrug vor Beginn dieses Versuches im

Jahr 1978 insgesamt 446 146 DM. 1979 sank er auf 150 322 DM und 1981 waren es, trotz der inzwischen eingetretenen Preissteigerungen, 122 996 DM. Wenn man jetzt zeigt, was sich in dieser Abteilung verändert hat, daß die Patienten keineswegs schlechter versorgt werden, dann wird kommentarlos deutlich, was sonst für Unfug getrieben wird und welche Interessen dahinterstecken. Über deren Stärke dürfen wir uns allerdings keine Illusion machen. Auch das demonstriert das Beispiel Tegernsee: Dem Chefarzt der internen Abteilung wurde inzwischen sein Vertrag gekündigt – ohne Begründung, aber wer die Arbeit dort mit dem üblichen Klinikbetrieb vergleicht, braucht über die Gründe nicht lange zu rätseln.

## Aktionen gegen Pharmawerbung:

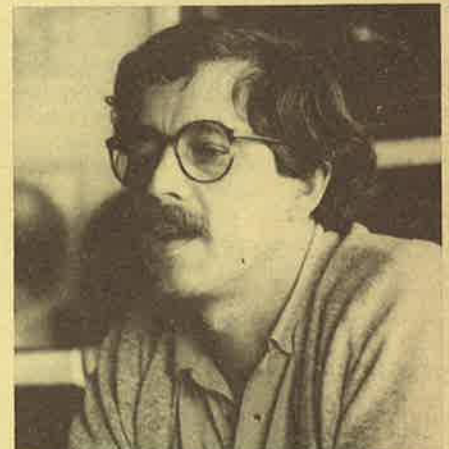
# Der Kuli, das bestechende Symbol

Von Felix Richter-Hebel

Ich habe eben gelernt, daß ich nicht nur optimistisch, sondern rigoros optimistisch bin. Ich möchte ganz kurz etwas zu unserer Kampagne mit „Pharmawerbung – Nein Danke“ sagen: Ausgehend von den persönlichen eigenen Erfahrungen – speziell im Krankenhaus – hat sich bei mir ganz langsam ein Problembewußtsein entwickelt über die Werbung, über die Kontakte mit Referenten, über die kalten Buffets, über Doppelblindstudien, die gut bezahlt wurden, über die kleinen Geschenke. Nebenbei bemerkt: über die Geschenke und über die Ideologie des Geschenks in der Werbung müßte wirklich mal was Vernünftiges geschrieben werden. Daß etwas geschenkt wird, ist ein ganz wichtiger Aspekt in der Werbung, weil einem ja sonst nie irgend etwas von Fremden geschenkt wird. Das Geschenkbekommen und die Verpflichtung dadurch ist ein ganz wichtiges Moment. Auch diese Gratis-Buffets etc. gehören dazu. Das ist eine Entwicklung, die jeder von uns wahrscheinlich genauso mitgemacht hat. Auf der anderen Seite ist mir aufgefallen, daß viele fortschrittliche Kollegen zu jedem Buffet hingehen und zu Hause die Schreibische mit Kugelschreibern voll haben. Erst, wenn man sie darauf stößt, denken sie nach, bzw. bemerken sie, wie weit sie selber auch schon Opfer des täglichen Beschenktwerdens sind. Dazu kam bei mir die Lektüre einiger Bücher aus der letzten Zeit. Wir haben uns dann überlegt, was wir als DG-Redaktion gemeinsam machen können. Etwas, an dem wir auch als Zeitung und als Redaktion beteiligt sind. Was können wir tun, was in irgend einer Weise eine Auswirkung für den einzelnen am Arbeitsplatz hat, der nicht den ganzen theoretischen Hintergrund hat, der nicht selber entweder politische Macht ausüben kann oder eine Funktion ausübt, und auch nicht wissenschaftlich arbeiten kann. Daraus ist einmal ein Artikel entstanden. Diese Geschichte mit „Pharmawerbung – Nein Danke“ in Heft 2/81 unter Werbung und Wahrheit hatten wir – inzwischen sicher etwas überholte – Regeln zum Umgang mit Pharmawerbung geschrieben. Alles Einzelpunkte, woraus jeder im Krankenhaus – und nicht nur die Ärzte (das ist auch ein Aspekt, der hier noch etwas zu wenig gefallen ist) – etwas machen kann. Was kann der einzelne tun, der Arzt, aber auch die Schwester oder Arzthelferin, im Umgang mit den Referenten, im Umgang mit Pharmawerbung? Hier haben wir Dinge angesprochen, die sie selber machen können ohne nun immer zu sagen,

„ja, man müßte“... Daraus ist dieser Aufkleber mitentstanden, der zu unserer großen Freude inzwischen eine ganz gute Verbreitung gefunden hat. – Dreieinhalbtausend Aufkleber sind verkauft, und wo man auftaucht mit diesen Klebern, sie werden, wie ich neulich erlebt habe, auch von Herren der Bayer-Industrie gerne gekauft. Sie haben wohl eine Wirkung. Ich habe jetzt gerade noch einen Leserbrief bekommen, von einem, der sein Erlebnis schildert. Ein Ciba-Geigy-Vertreter hatte so einen Aufkleber an einer Arztzimmertür gesehen und sagte dann so im Vorbeigehen, er hätte die Anweisung, diese Ärzte nicht zu besuchen. Das finde ich schon einen Mini-Erfolg.

Ich glaube noch nicht, daß das jetzt schon alles eine große Auswirkung hat außer der, daß man sich selber besser fühlt. Das finde ich aber auch einen wichtigen Aspekt: dieses ständige „immer wieder hilflos zu sein“, der Werbung gegenüber völlig machtlos zu sein, und irgendwann zu merken, man kann zumindest was für sein eigenes Gewissen tun, für das eigene Gefühl, nicht nur Opfer zu sein, gegenüber der Pharmaindustrie. Das allein ist sicher nichts großartiges, aber etwas das im Zusammenhang mit anderen Aktivitäten ganz gut tut. Die ständige Rubrik Werbung und Wahrheit in DG findet viel Aufmerksamkeit, viele Nachfragen, Glossen, Karikaturen und Artikel sind das, was wir von DG her machen können.



Felix Richter-Hebel  
DG-Redakteur, Arzt

Aber was könnten wir sonst tun, auf Kongressen oder bei solchen Veranstaltungen wie hier oder in einer Umgebung wo weniger Vorinformationen da sind? Ich habe mich immer wieder erinnert an den Gesundheitstag in Berlin: Diese wirklich gute Ausstellung von Politikern zum Medikamentenverbrauch. Ich bin sicher, daß fast alle diesen großen Pharmaschachteln-Menschen oder den Glaskopf, der vollgefüllt war mit bunten Medikamenten, gesehen haben. Ich fand das sehr eindrucksvoll und habe mir überlegt, ob wir nicht selber so etwas Ähnliches machen können. Hier sind die ersten Ergebnisse, eine große Tüte mit Werbe-Kulis. Ich meine, daß der Pharmakugelschreiber als Symbol unheimlich gut geeignet ist, Objekte herzustellen. Der Kugelschreiber, so klein und unwichtig er eigentlich ist, beinhaltet das „bestechende“ Element der Pharmaindustrie. Mit dem Kugelschreiber findet die tagtägliche Bestechung statt. Das, was in den Kopf reingeht, findet sich im Endeffekt auf dem Rezept wieder. Mein Wunsch wäre eigentlich, zu dem Thema ein paar mehr Anregungen zu bekommen. Ich habe schon noch ein paar Sachen im Kopf. Es gibt z.B. durchsichtige Aktenkoffer – die gab es mal als Modegag – die könnte man einfach mit Kugelschreibern füllen und damit auf einem Kongreß erscheinen. Deshalb an alle der Appell, weiter zu sammeln! Die Masse macht es auch! Ein großer Berg von Kugelschreibern ist etwas Eindrucksvolles auch für Leute aus anderen Berufen, um zu zeigen, wie stark die Ärzte, bzw. überhaupt die Gesundheitsberufe, tagtäglich von der Pharmaindustrie bequatscht werden.



# Ambulante Geburt – Fortschritt, Alternative oder Resignation?

Von Ulli Raupp

Das Neugeborene, das möglichst früh in die häusliche Atmosphäre kommt, hat deutliche Vorteile für seine psychische und soziale Entwicklung. Die Beziehung zwischen Eltern und Kind ist von Anfang an besser. Ist es daher fortschrittlich, die ambulante Geburt zu fordern?

In Holland, dem „Land der Hausgeburten“, hat eine Studie festgestellt, daß die Neugeborenensterblichkeit bei Hausgeburten um 5% höher liegt als bei Klinikentbindungen. Viele Krankenhäuser bieten bei uns ambulante Entbindungen an, um einem „Trend“ nach Hausgeburten vorzubeugen. Ist die Förderung der ambulanten Geburt überhaupt zu verantworten? Viele Eltern entschließen sich deshalb zur ambulanten Geburt, weil sie dem bürokratisierten Klinikalltag entfliehen

## Soziale Voraussetzungen

Mutter und Kind müssen Zeit und Ruhe für sich und füreinander haben. Besonders in den ersten Tagen nach der Geburt ist das unabdingbar. Ein eigenes Zimmer, in das sie sich zurückziehen können, jemand, der der Mutter ihren Teil an Hausarbeit abnimmt und sie darüber hinaus bedient; jemand, der die älteren Kinder versorgt. Welcher berufstätige Partner kann es sich heute leisten, quasi auf Abruf Urlaub zu nehmen? Wie viele männliche Partner gibt es, die nicht nur im Haushalt und bei der Kinderbetreuung „helfen“, sondern eigenverantwortlich und selbständig einen Haushalt mit Kindern führen können – und wollen? Soll der Kreis derer, die sich eine ambulante Geburt leisten können, nicht schon aufgrund dieser Voraussetzungen schrumpfen, bedingt die Forderung nach ambulanter Entbindung, angemessene Wohnbedingungen zu schaffen! Zugleich muß für alle die Möglichkeit bestehen, eine – von der Krankenkasse bezahlte – Haushalts- und Erziehungshilfe zu bekommen. Nicht zuletzt gilt es, in den männlichen Köpfen ein gutes Stück Ideologie abzuspecken, um sie zu befähigen, die Hausmann-Rolle zu akzeptieren.

## Engpaß: Freie Hebammen

Jeder, der eine ambulante Geburt durchgeführt hat, kann ein Lied davon singen, wie schwer es ist, bei uns eine „freie“, d. h. nicht ausschließlich an ein Krankenhaus gebundene Hebamme zu finden. Die Gründe:

1) Die „moderne Geburtshilfe“ mit ihrer Fixierung auf die Krankenhausentbindung hat den freien Hebammen ihre Existenzgrundlage entzogen. Die Bezahlung ist für die hohen Arbeitsanforderungen mehr als dürrig. Hebammen, die „Ambulante“ betreuen – oder gar Hausgeburten vornehmen – werden von Schulmedizinern oft genug als „verantwortungslos“ denunziert!

Die Absprache mit einer Hebamme vor dem Entschluß zur ambulanten Geburt, gehört zu

wollen. Unter den Sparbeschlüssen der letzten Zeit erscheinen Forderungen nach menschlicheren Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, nach mehr Personal und mehr Zeit für die Patienten illusionär. Ist die Forderung nach ambulanter Geburt Ausdruck der Resignation?

Ein großer Prozentsatz der Eltern, die sich für eine ambulante Entbindung entscheidet, kommt aus akademischen Kreisen. Sie wissen eher über Alternativen zur üblichen Krankenhausentbindung Bescheid und können sich gegenüber den Krankenhausakademikern besser durchsetzen. Ambulante Geburt – eine privilegierte Forderung?

Fast alle, die derzeit eine ambulante Geburt wünschen, haben sich vorher

sehr eingehend darüber Gedanken gemacht. Die meisten wünschen eine sanfte Geburtsmethode ohne zusätzliche Medikamente. Hinter dem Entschluß, das Krankenhaus so schnell wie möglich zu verlassen, steht fast immer auch die ausgesprochene, meist aber unausgesprochene Kritik an der Schulmedizin. Ist die ambulante Geburt alternativ?

Die ambulante Geburt spart teure Krankenhauspflegetage ein. Die Krankenkassen sind mehr und mehr bereit – z. B. durch die Bezahlung von Haushalts-/Erziehungshilfen –, dies zu fördern. Die Regelverweildauer im Krankenhaus nach einer „Normalgeburt“ ist gerade wieder um 2 Tage auf 5 Tage verkürzt worden. Ambulante Geburt als Kostendämpfer? Soll sie die Regel werden?

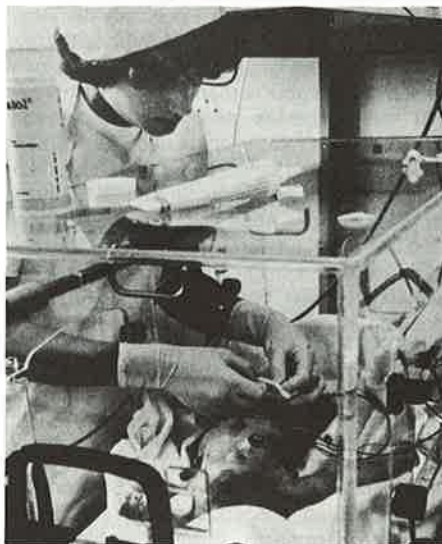


Foto: Arbeiterfotographie Marburg

den wichtigsten Voraussetzungen. Im günstigsten Fall hat die freie Hebamme auch mit dem Krankenhaus, in dem die Frau entbinden will, einen Vertrag und kann die Entbindung selbst durchführen. Dies ist nicht nur für die Kontinuität der Betreuung wichtig, sondern auch für die Bezahlung. Angemessen verdienen kann die Hebamme nur, wenn sie die Geburt auch selbst leiten darf. Für jeden späteren Hausbesuch erhält sie lediglich 15 DM zuzüglich Fahrtspesen, egal, wie lange sie von Mutter und Kind in Anspruch genommen wird, egal, wie lange die Anfahrt dauert. Aber auch bei der ambulanten Geburt sind sie nicht zu ersetzen: Pflege und Beurteilung der Geburtsverletzungen bei der Mutter, Kontrolle der Gebärmutterverkleinerung, Nabelpflege beim Neugeborenen, Beurteilung der Neugeborenenengelbsucht, Abnahme der wichtigsten Stoffwechseltests, Beratung bei Säuglingspflege und Stillen.

Ambulante Geburt muß daher die Forderungen nach angemessener Bezahlung der freien Heb-

## Vorbedingungen für die ambulante Geburt

- Einrichtung einer Ruhezone – ruhiges Zimmer
- Haushalts-/Erziehungshilfe für mindestens 10 Tage nach der Geburt – Absprache mit der Krankenkasse über Bezahlung
- Vorabsprache mit einer freien Hebamme über tägliche Hausbesuche
- Vorabsprache mit Haus-/Kinderarzt über Untersuchungstermine und Notfallbetreuung nachts und feiertags
- Kenntnisse in der Säuglingspflege – Besuch eines Kurses

Situationen, die gegen die Durchführung einer ambulanten Geburt sprechen

- Risikoschwangerschaft (z. B. Blutgrup-

penunverträglichkeit, Zuckerkrankheit, Hochdruck u.a.m.)

- Frühgeborene oder Geburtsgewicht unter 2500 g
- Alle nicht „normalen“ Geburtsverläufe (Zange, Saugglocke etc.)
- Erkrankungszeichen beim Neugeborenen (z. B., Atemstörungen, Erbrechen, massive Herzgeräusche, Mißbildungen, stärkere Übererregbarkeit u. a.)

Notwendige Maßnahmen in der ersten Woche nach der Geburt

- Stoffwechseltests: Mekonium-, Guthrie-, TSH-Test
- Täglicher Besuch der Hebamme
- Erste und zweite Basisuntersuchung durch den Kinderarzt
- Kontakt zu einer Stillgruppe



ammen beinhalten und die Forderung, daß die freie Hebamme die Möglichkeit erhält, im Entbindungskrankenhaus die Geburt zu leiten!

### Die Unwilligkeit der Ärzte

Entbindungsabteilungen, niedergelassene Frauenärzte, Kinder- oder Hausärzte, die den Entschluß zur ambulanten Geburt aktiv fördern, sind selten. Vorherrschend ist – mit merklichem Stadt-Land-Gefälle – die strikte Ablehnung. In letzter Zeit gehen jedoch, gerade in den größeren Städten, mehr und mehr Entbindungsabteilungen nicht aus Überzeugung, sondern aus Gründen der Konkurrenz und des Opportunismus dazu über, mehr schlecht als recht organisierte ambulante Entbindungen zu dulden oder sogar zu propagieren. Die Gründe für die ablehnende Haltung der meisten Kollegen sind vielfältig: Die Ärzte der Entbindungsabteilungen sehen ihre Bettenbelegzahlen absinken. Das bedeutet geschmäleretes Renommee und Personalreduktionen durch die Verwaltung, bei Privatpatienten auch Geldeinbußen. Die Kinderärzte im Krankenhaus, die – wie oft mit den Frauenärzten abgesprochen – die erste Basisuntersuchung beim Neugeborenen vornehmen, haben die Schwierigkeit, innerhalb eines sehr kurzen Zeitraumes nach der Geburt eine exakte Risikobeurteilung abgeben zu müssen. Die niedergelassenen Frauenärzte haben selbst meist keine Motivation, die ambulante Geburt anzupreisen, obwohl ihnen während der Schwangerschaftsberatung hauptsächlich die Aufgabe zukommt, über Methoden und Risiken aufzuklären und auf wichtige Hilfen (Besuch eines Säuglingspflegerkurses, Vermittlung der Hebamme, Kontakte zur Stillgruppe, Schwangerschaftsgymnastik) hinzuweisen. Die Haus- oder Kinderärzte haben aufgrund der Tatsache, daß es in den letzten Jahrzehnten fast nur noch Klinikentbindungen gab, zum allergrößten Teil keine Erfahrung mehr mit den Problemen des Wochenbettes und der Untersuchung und Beurteilung von Neugeborenen in den ersten 5 Lebenstagen, insbesondere mit der Beurteilung der Neugeborenenengelbsucht, die am 3. und 4. Lebenstag ihren Höhepunkt erreicht. Hinzu kommen verschiedene technische und bürokratische Probleme: Ambulante Geburt bedeutet für den betreuenden Kinder- oder Hausarzt, jederzeit, auch nachts und sonntags, abrufbereit zu sein. Im Stadtkreis Duisburg z. B., wo ein Krankenhaus die ambulante Geburt besonders fördert, haben sich die Kinderärzte auf einen regelmäßigen Notdienst – außerhalb des normalen Arztnotdienstes – für akute Fälle nach ambulanter Geburt geeinigt: eine Ausnahme!



Zwei wesentliche Stoffwechseltests müssen zu bestimmten Zeitpunkten durchgeführt werden: Mekonium-Test auf Mukoviszidose beim ersten Stuhlgang (Mekonium) des Neugeborenen sowie der Guthrie-Test auf Phenylketonurie am 5. Tag nach der ersten Nahrungsaufnahme. Die Ärzte/Hebammen müssen mit den Testmaterialien vertraut sein und auch bereit, dies evtl. an Feiertagen durchzuführen. Bei verstärkter Neugeborenenengelbsucht, die allerdings selten innerhalb von Stunden lebensbedrohlich werden kann, muß ein Labor vorhanden sein, das innerhalb von höchstens zwei Stunden die von Arzt/Hebamme abgenommenen Mikro-Blutproben auswerten kann. Hierzu sind fast nur Kliniklabors in der Lage. (Alternativ bietet Boehringer eine kleine Apparatur an, Kosten ca. 1200 DM). Die Kinderabteilungen sind in der Regel nicht bereit, die Phototherapie, die bei verstärkter Neugeborenenengelbsucht ab bestimmten Werten angezeigt ist, ambulant durchzuführen.

Dort, wo sich Entbindungsabteilungen aus Überzeugung für die ambulante Geburt stark machen, sind diese Schwierigkeiten – wenn auch z. T. nur notdürftig – schon lange überwunden: Merkblätter, bei der ersten Schwangerschaftsberatung ausgegeben, die auf Säuglingskurse, Gymnastik, Stillgruppen hinweisen und die Adressen der freien Hebammen enthalten. Einrichtung von kinderärztlichen Notdiensten. Verträge zwischen den niedergelassenen

Kinderärzten und einem örtlichen Kliniklabor über die Bezahlung der Laborleistungen.

Notdürftig bleibt dies deshalb, weil hier zwei grundsätzliche gesundheitspolitische Probleme einmal mehr im Wege stehen: 1. Das Krankenhauspolitische Kriterium der Bettenbelegung mit ihren völlig unsinnigen Berechnungsgrundlagen (Mitternachtsstatistik) und ihren verheerenden Folgen für die Personalstruktur. 2. Die Arzt Ausbildung und die verschachtelte Zuständigkeitsstruktur unseres Versorgungssystems. Auch hier zeigt Holland, wie es besser geht: jede normale Schwangerschaft wird durch den Hausarzt betreut. Zusammen mit der Hebamme führt er auch unter Benutzung der krankenhauseigenen Apparaturen die ambulante Geburt – soweit sie ohne Störungen verläuft – durch. Danach betreut er zusammen mit der Hebamme Mutter und Kind zu Hause weiter. Eine gesunde Schwangere sieht in Holland nie den Frauenarzt, ein gesundes Kind nie den Kinderarzt.

Ein anderer, psychologischer Aspekt ruft die Unwilligkeit gerade der Krankenhausärzte hervor: Ihre eigene Unsicherheit in einem Klima gestiegenen Patientenselbstbewußtseins und angezweifelter ärztlicher Kompetenz. Ich habe erfahren, daß gerade diejenigen Eltern, die sich für eine ambulante Entbindung entscheiden, ein deutlich höheres Selbstbewußtsein haben. Sie drängen den Arzt aus seiner angestammten Handlungposition, bestimmen, daß sie keine Medikamente wollen, hindern den Geburtshelfer oft genug an der unnatürlichen Sprengung der Fruchtblase, wollen jeden Arbeitsschritt genau erklärt haben, um eventuell mitbestimmend eingreifen zu können und – gehen dann auch noch, wann sie wollen. Die Reaktion des Arztes: er hält die Leute für Außenseiter, die man sowieso nicht überzeugen kann und übt Vergeltung: das abschließende Beratungsgespräch gedeiht oft genug zur übertriebenen Risikoaufklärung, die den Eltern ein schlechtes Gewissen macht und ihm die Genugtuung läßt, letztlich doch im Zweifel alles besser gewußt zu haben!

### Gesundheitspolitische Wertung

Die Tatsache, daß sich eine ungestörte Mutter-Kind- bzw. Eltern-Kind-Beziehung im günstigen häuslichen Klima deutlich besser entwickelt und das Neugeborene dadurch weniger unter Anpassungsstörungen leidet, ist heute auch schulmedizinisch akzeptiert und keine „alternative“ Erkenntnis. Wenn vornehmlich von Kran-





kenhausärzten der Vorwurf erhoben wird, daß durch die ambulante Entbindung (wohlgeordnet nach risikoloser Schwangerschaft und normaler Geburt eines gesunden Neugeborenen) in verantwortungsvoller Weise das nachgeburtliche Risiko erhöht wird, so ist dies durch nichts erwiesen. Der Vorwurf der Verantwortungslosigkeit fällt meines Erachtens vielmehr auf diejenigen zurück, die nicht aus Überzeugung durch die entwicklungspsychologischen Erkenntnisse, sondern aus Opportunismus, oder um eine wie auch immer geartete Konkurrenz für sich zu entscheiden, die ambulante Geburt anbieten, ohne sich gleichzeitig für die Organisation einer guten Vorsorge und Nachbetreuung stark zu machen.

Wenn sich heute die Eltern, die nicht nur ein kritisches Bewußtsein gegenüber der Schulmedizin entwickelt haben, sondern auch in der Lage sind, dies zu artikulieren und selbstbewußt gegenüber den Ärzten zu vertreten, hauptsächlich in Akademikerkreisen zu finden sind, so reicht das noch nicht, eine richtige Forderung als „privilegiert“ abzutun.

Andererseits dürfen wir uns nicht vor den Karren der Spardemagogen spannen lassen, die ambulante Maßnahmen ausschließlich unter Kostengesichtspunkten befürworten, aber nicht bereit sind, die sicherlich z. T. nicht billigen Voraussetzungen zur Durchsetzung unserer gesundheitspolitischen Forderungen zu schaffen.

Wer die ambulante Geburt will, muß sich gleichzeitig für die organisatorischen und strukturellen Mängel im Krankenhaus einsetzen; nicht nur für die, die wegen besonderer Risiken bleiben müssen, sondern auch wegen der großen Anzahl derer, die aus persönlichen Gründen, beispielsweise aufgrund ihrer häuslichen Situation, die Krankenhausentbindung vorziehen. Es darf nicht soweit kommen, daß die Krankenhausgeburt ein bürokratisch reglementierter, ärztlich zu attestierender Ausnahmefall wird! Kurz: wir dürfen die ambulante Entbindung nicht gegen die Klinikentbindung ausspielen – dann ist es meiner Meinung nach auch eine fortschrittliche Forderung!

## Zu Hause entbinden – also nee

„Das würde ich mich nie trauen, so ohne Apparat!“

„Ich bin prinzipiell dagegen, aber jeder muß ja selbst wissen, was er tut!“

... Stimmen aus dem Bekanntenkreis zu meiner geplanten Hausgeburt.

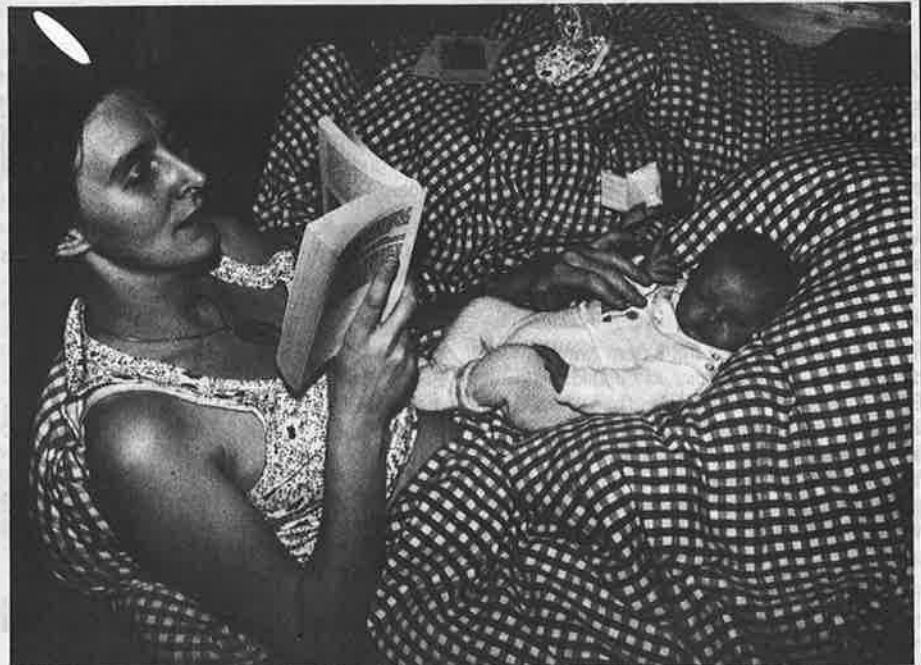
„Willst du das wirklich machen?“ Entsetzen, zweifelnde Blicke, versteckte Kritik, immer im Hintergrund die Unterstellung einer vorsätzlichen Gefährdung des Kindes, weil es z. Z. „in“ ist. Und das grad als Medizinerin, wo ich doch wissen müßte...

So, als ob Hausgeburten heute so wie vor 100 Jahren stattfänden: ohne Arzt, ohne Instrumente, ohne Reanimationsmöglichkeiten, ohne Medikamente und ohne „Risikoanalyse“ durch Vorsorgeuntersuchungen. Das Thema Hausgeburt ist noch immer belegt mit der Vorstellung einer „gefährlichen Nostalgie“. Die vereinzelt Komplikationen werden dann als Beweise der Gefährlichkeit angeführt.

Es ist mir manchmal schwergefallen, meine Entscheidung immer wieder verteidigen zu müssen. Neben der natürlichen Angst wohl jeder Schwangeren vor Komplikationen kam die Angst vor der Verurteilung, vor dem vielleicht hässlichen „eigene Schuld“, wenn etwas passiert wäre.

Dabei ist bei den 265 Geburten, die mein Gynäkologe zwischen 1978 und 1981 betreut hat, noch nie etwas „passiert“. Und die Überwachung war wahrscheinlich strenger als in der Klinik: CTG, Partogramm, wo graphisch verschiedene Parameter zur Erfassung des Geburtsverlaufes eingetragen werden (Zervixdilatation, Kontraktionszahl und -dauer alle 10 Min, Höhenstand des Kopfes, kindliche Herzfrequenz). Hinweise auf einen verzögerten Geburtsverlauf hätten zur Klinikeinweisung geführt.

Vakuumextraktor, Forceps, Zervixnahtbesteck, Küretten, Reanimationsbesteck



für Mutter und Kind, Medikamente für Pudendus- und Kaudalanästhesie, Analgetika, Plasmaexpander sind auch im Notfallkoffer.

Die bissige Frage eines Kinderarztes nach der Geburt: „Ist bei Ihnen in der Schwangerschaft überhaupt Blut abgenommen worden?“ zeugt von Unkenntnis und Vorurteilen über Hausgeburt.

Wenn Mediziner über Hausgeburt sprechen, geht es meist nur um die für mich selbstverständliche apparative Ausrüstung. In unseren Köpfen hat sich die Entbindung nämlich als „kleine Operation“ festgesetzt, die streng zu überwachen ist – mit Apparaten, die natürlich nie versagen.

„Das CTG zeigt eine deutliche Wehenschwäche! Das könnte auf einen Kaiserschnitt hinauslaufen!“ Ein Mediziner zu einer Freundin, als er noch nicht bemerkte, daß die Amplitude des Wehenschreibers verstellt war. Eine Ausnahme? Wie auch in anderen Bereichen ersetzen Apparate die fühlenden Hände.

Die Geburt als gemeinsames Erlebnis mit dem Partner, wo Hebamme und Arzt die medizinischen Überwacher im Hintergrund sind – ein solches Denken haben wir Mediziner nie gelernt.

Wir sind froh, uns für die Hausgeburt entschieden zu haben – für uns beide war es ein Erlebnis, was schwer in Worte zu fassen ist. Wir haben gemeinsam das neue Leben „zur Welt gebracht“, waren nicht passive Patienten, denen ein Kind nach vollbrachter Tat in die Arme gelegt wurde, und für unsere Tochter war es sicher streßfreier als in der Klinik.

Ob Hausgeburt allerdings eine richtige politische Forderung ist – ich weiß es immer noch nicht. Die Zunahme der Hausgeburten als Verweigerung einer sozialen Institution hat in fast allen Kliniken Bremens zu Änderungen zumindest der äußeren Bedingungen geführt (Entbindungszimmer, -stühle). Bestimmte Kliniken wurden so – quasi durch Boykott – dazu gezwungen. Ob sich die Einstellung auch geändert hat?

C. Selke

# ÖTV: Vorschläge zur ärztlichen Ausbildung

Von Eckhard Müller

Ein neues Papier auf dem Markt der Möglichkeiten? Frisch erschienen im August 1982. Aber neu, eigentlich nicht. Die erste Rohfassung stammt vom November 1980. Udo Schagen nahm im Jahrbuch für kritische Medizin, Band 7, Mitte 1981, Bezug auf einen „Diskussionsvorschlag der ÖTV zu einer neuen Konzeption für die ärztliche Ausbildung“, der 1981 erschienen sein sollte.

Inhaltlich in drei Teilen mit einem Anhang wird die „Geschichte der ärztlichen Ausbildung in der BRD“, „Gesundheitswesen und berufliche Qualifikation“ und „Studienreform in der medizinischen Ausbildung“ abgehandelt. Gegenüber dem Entwurf vom November 1980 ist die Broschüre neu geordnet und abgespeckt. Dem Verständnis hat dies nur in wenigen Punkten gut getan.

Es scheint auch erwartet zu werden, daß der Leser in der Problematik „drin“ ist und hierbei nicht nur die ÖTV-Positionen kennt, sondern auch gegenteilige Positionen der Parteien und Verbände hierzu.

Der Teil „Zur Geschichte der ärztlichen Ausbildung in der BRD“ ist kurz gehalten und umfaßt die wesentlichen Punkte von der Bestallungsordnung bis heute.

Aus „Gesundheitswesen und berufliche Qualifikation“ kurz hier die wichtigsten Aussagen:

- Grundlegende Reformen der ärztlichen Ausbildung sind nur möglich und sinnvoll, wenn sie aus einer Reform des Gesundheitswesens und der Ausbildung aller Medizinalfachberufe entwickelt werden
- Für ein „Mehr“ an Gesundheit ist eine grundlegende Umorientierung der Medizin und damit auch der Ziele und Inhalte der ärztlichen Ausbildung erforderlich, wie eine stärkere Betonung von vorbeugenden und wiederherstellenden Maßnahmen sowie der Primärversorgung, ein Abbau des ärztlichen Monopols sowie eine Aufwertung der Medizinalfachberufe und ihrer Ausbildungen, eine stärkere Regionalisierung des Gesundheitswesens, Förderung des Gesundheitsbewußtseins bei den Laien und eine ganzheitliche Betrachtungsweise von Gesundheitsproblemen
- Verzahnung und Durchlässigkeit aller Berufe im Gesundheitswesen
- Ziel des Medizinstudiums ist nicht der „fertige“, sondern der „weiterbildungsfähige“ Arzt. Der Arzt muß zum Zeitpunkt der Approbation

über Basiskenntnisse verfügen, Grundfertigkeiten beherrschen, Problemlösungsstrategien geübt und die Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen erworben haben.

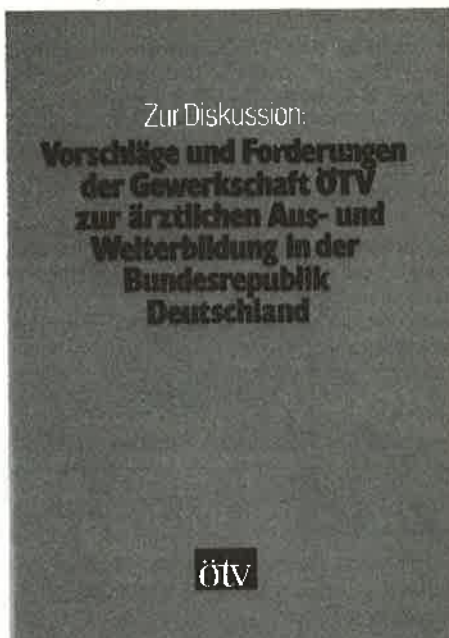
Kenntnisse aus der gewerkschaftlichen Diskussion werden hierbei vorausgesetzt. Besonders deutlich wird dies bei den Unterpunkten „Aufgaben und Struktur eines künftigen Gesundheitswesens“ sowie in „Konsequenzen für die Ausbildung aller Berufe im Gesundheitswesen“. Beim „Exkurs: Die Weiterbildung des Primärarztes im Rahmen einer Weiterbildung für alle Ärzte“ betreten sicherlich viele erst einmal gedankliches Neuland.

Als Kernaussagen des Teils „Studienreform in der medizinischen Ausbildung“ sind zu nennen:

- Langfristige Aufhebung der Hochschulzulassungsbeschränkungen und Bereitstellung ausreichender Mittel
- Vorschaltung einer Orientierungsphase zum Studium
- Schwerpunktbildung im Studium zur Erlangung von Basiskenntnissen und -fertigkeiten
- Wahlpflichtveranstaltungen aus verwandten Fächern zur Vertiefung des Wissens
- Einbeziehung von Bereichen der ärztlichen Primärversorgung in die Ausbildung
- Praktische Studienanteile müssen an der Hochschule vorbereitet, begleitet und ausgewertet werden
- Reduzierung der zentralen schriftlichen Prüfungen und Aufwertung der kursbezogenen Erfolgskontrollen
- größerer Anteil von mündlich-praktischen, schriftlich formulierenden, kursbezogenen Prüfungselementen ohne Erweiterung des Gesamtumfangs der Prüfungen sowie Einbeziehung einer wissenschaftlichen Studienarbeit
- zusammenfassende, kumulative Bewertung der unterschiedlichen Prüfungselemente mit größerer zeitlicher Flexibilität für das Studium
- Prüfungsverantwortung bei der Hochschule
- Experimentiermöglichkeiten für die medizinischen Hochschulen.

Auch für diesen Teil gilt in einigen Punkten ähnliches wie für den vorherigen, gerade bei den Ausführungen zu „Didaktische Ansätze im Studium“, „Schwerpunktbildung“, „Horizontale und vertikale Integration“ wie auch zu den „Veranstaltungsformen“.

Alles ist ein wenig zu knapp ausgefallen. Im Anhang finden sich noch neben „...McMa-



sters-Universität in Hamilton als Beispiel für eine integrierte Reform der Fakultätsstruktur der regionalen Gesundheitsversorgung und der Ausbildung der Gesundheitsberufe“ Basisinformationen zur ÖTV-Politik in Form der „Sonderinformationen für Ärzte und Absolventen der Medizin“ der Jahre 1976–1980.

Diese Zusammenfassung von Vorschlägen und Forderungen zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung, auch für einen breiteren Leserkreis, war von seiten der ÖTV absolut überfällig. Schließlich ist die ÖTV die zuständige Interessenvertretung für den Gesundheitsbereich. Die Broschüre ist, was die Thematik angeht, bisher sicher das qualifizierteste Vorschlags- und Forderungswerk zur Diskussion.

Um aber den Inhalt vollständig auch in seinen gewerkschaftlichen Zusammenhängen verständlich zu machen, bedarf es einer Ergänzung der Literaturliste. Als unvollständiger Vorschlag dazu kann gelten:

- Forderungen des DGB zur Bildungspolitik, Beruflichen Bildung, Hochschulreform
- Sozialpolitisches Programm des DGB
- Verein zur Förderung der Studienreform (Hrsg.), Hochschulausbildung im Arbeitnehmerinteresse, Bund-Verlag, S. 89–115 Mediziner-ausbildung (Kurzfassung).

Dazu noch die „Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik, Ausgabe 1981“, und diese Broschüre leistet wertvolle Dienste in der Diskussion um ein besseres Gesundheitswesen und eine vernünftige Mediziner-ausbildung.

Es spielt dabei eigentlich schon keine Rolle mehr, daß die Broschüre erst nach einer über zweijährigen „Bauzeit“ erschienen ist. Denn bis auf wenige Ausnahmen haben diese Vorschläge eh schon seit spätestens 1977 bestanden, seit der Zeit des Vereins zur Förderung der Studienreform, eines Vereins unter maßgeblicher Beteiligung der DGB-Gewerkschaften. Die VFS-Ergebnisse haben aber nie den Verteiler gehabt, dieses Papier jetzt schon zu haben scheint.

So haben sich die Vorschläge und Forderungen mit den Jahren nur unwesentlich verändert. Leider aber die gesellschaftlichen Bedingungen und die Möglichkeiten an den Hochschulen. Es bleibt daher die Frage, wie gerade jetzt solche Positionen durchsetzbar sind.

## 4. AO-Novelle erst im Herbst '83?

Von Klaus Wittmaack

Am 1.9.1982 fand im Bundesgesundheitsministerium ein Hearing zum Referentenentwurf (DG 4/82) für die 4. AO-Novelle statt.

Geladen waren Vertreter der ärztlichen Standesorganisationen, der medizinischen Fachschaften, der Krankenhäuser und nach einer Anmahnung durch den Bundesvorstand Stuttgart auch die ÖTV, die tags zuvor mit ihrem Papier zur Reform der ärztlichen Ausbildung an die Öffentlichkeit getreten war. Die Studenten waren durch drei Vertreter des Fachverbandes (RCDS) und zwei Vertreter der Fachtagung Medizin im VDS vertreten.

Gekommen waren auch Vertreter von etwa 10 im VDS organisierten Fachschaften, die vor dem Bundesministerium die Approbationsordnung als „Reformleiche“ zu Grabe trugen.

Das Hearing selbst lieferte einige interessante Informationen über den Stand der 4. AO-Novelle und die Haltung der Verbände zum Referentenentwurf.

Wichtig war die Mitteilung von Prof. Steinbach (BMJFG), daß die 4. AO nicht wie vorgesehen Anfang 1983 in den Bundesrat gehen wird, sondern nicht vor Ende 1983 als gesetzesreife Fassung vorliegen wird. Zur Begründung führte er aus, daß es mit den Ländern noch viel „auszudiskutieren gäbe“. Einig sei man sich zwar überall, daß zusätzliche mündliche Prüfungen als „Gegengewicht“ zur M.c.-Prüfung notwendig seien, doch über die Art und den Umfang der Durchführung herrsche noch Uneinigkeit. „Gravierende Widerstände“ gegen den Entwurf gibt es aber nicht nur auf Länderebene. Auch in einer

Besprechung der Fachbereichsprecher im BMJFG Ende Juli hatte es schon erhebliche Kritik gegeben. Die Verlängerung der Famulatur wurde mit knapper Mehrheit abgelehnt, die mündlichen Prüfungen in der Grundlage zwar begrüßt, doch fürchten die Dekane, daß bei der Durchführung nach der engen zeitlichen Vorgabe, wie im Entwurf vorgesehen, die mündliche Prüfungsform auf Dauer diskreditiert werde. Endgültig wollen die Fakultäten auf einem außerordentlichen Fakultätentag im Herbst ihre Haltung zur 4. AO-Novelle festlegen.

Von den Standesverbänden war z. T. Erstaunliches zu vernehmen. Die Famulatur wurde mehrheitlich in der jetzigen 4-Monate-Form begrüßt. Die Verlängerung wurde unter Verweis auf die von Studenten vorgetragene soziale Selektionsfunktion abgelehnt.

In der Frage einer Zulassungszeit für die Tätigkeit als Kassenarzt gab es je nach Standort unterschiedliche Meinungen; die einen wünschen sich immer noch die schwer realisierbare Praxisphase im Anschluß an das PJ (BÄK), während andere mit der 2jährigen Vorbereitungszeit leben könnten, wenn sie auch nicht gern Lückenbüßer für die schlechte Ausbildung spielen wollen (KABV).

Insgesamt war man sich einig, daß hohe Studentenzahlen die Ausbildungsmisere bedingen (Ausnahme ÖTV/Studenten) und daß mindestens eine Stabilisierung (BMJFG), besser jedoch eine Reduzierung der Studentenzahlen die Ausbildung verbessern würde. Ganz deutlich wurde Prof. Bochnik aus Frankfurt: Mit  $\frac{1}{3}$  der jetzigen Studenten könnten wir eine hervorragende Ausbildung machen, mit der Hälfte eine gute und mit der jetzigen Zahl...

Er schlug dann auch vor, in möglichst allen Fächern mündlich zu prüfen und den schriftlichen M.c.-Prüfungen die Vorsiebfunktion zukommen zu lassen: Bestehen der M.c.-Prüfung als Voraussetzung der Zulassung zur mündlichen Prüfung. Das Losverfahren im Referentenentwurf sei ein „Zugeständnis an das Massenstudium“, Kollegialprüfungen seien nicht nötig und die Mitteilung drei Wochen vor Prüfungsbeginn zu früh. Der Student solle am Tage der Prüfung erfahren, in welchen Fächern er geprüft werde.

Damit war dann deutlich gesagt, wozu die Prüfung dienen sollte. Zur Selektion. Auch der Benotung wurde unter diesem Gesichtspunkt zugesprochen.

Aufsehen erregte am Ende der Sitzung ein Vorschlag der VDS-Vertreter, das Praktikum „Anästhesie und Intensivmedizin“ und das „ärztliche Verhalten bei einem Massenansturm von Verletzten“ zu ersetzen durch eine Veranstaltung „Medizinische Folgen eines Atombombenabwurfs“. Solche Veranstaltungen gibt es bereits in Harvard und Stockholm.

Prof. Steinbach vom BMJFG dazu: „Ich glaube nicht, daß solch ein Vorschlag auch nur die ersten Hürden nehmen würde.“ Im übrigen habe man sich bemüht, die „Katastrophenmedizin so dezent wie möglich unterzubringen“ (O-Ton).

**Fazit:** Auch wenn es Zeit kostet und die politische Situation sich verändert in Bonn: Die 4. AO-Novelle kommt; vielleicht ein bißchen später, vielleicht von einem CDU-Gesundheitsminister, vielleicht zusammen mit einem neuen Zulassungsverfahren, das 1984 fällig wird. Die mündlichen Prüfungen bleiben, das IMPP auch, und die Katastrophenmedizin wird „dezent“ verkleidet. Vielleicht wird 1984 für die Mediziner eine Vision war...

## Schon wieder ein Skandalphysikum

Von Peter Liebermann und Gerhard Wilms

Die „geringe“ Durchfallquote von 22,4% täuscht über die Schwere des Herbstphysikums hinweg, denn der Anteil der durchschnittlich richtig beantworteten Fragen liegt bei 59,5%.

Daß nicht wieder wie beim Skandalphysikum im März 81 56% der Bewerber durchgefallen sind – damals lag der Durchschnitt richtig beantworteter Fragen bei 57,5% – ist der durch Druck der Studenten wieder eingeführten 18%-Gleitklausel zu verdanken. Dies bedeutet, daß das Physikum als bestanden gilt, wenn man bei der Beantwortung der Fragen nicht unter 18% der im Bundesdurchschnitt richtig beantworteten Fragen liegt.

Aber „wir dürfen uns nicht die Preise verderben lassen“, hieß es schon 81 in einem Papier des BMJFG. Dies wurde durch Einführen einer 50%-Bestehensgrenze erzielt.

Im Falle des Herbstphysikums hätte man ohne diese Klausel noch mit 48,8% bestanden.

Schaut man sich die Ergebnisse in den einzelnen Stoffgebieten an, so lassen die Ergebnisse in Med. Psych./Med. Soz. mit 53,7% und in Physiologie mit 52,7% kaum Spielraum nach unten zu bei Bestehen des 50%-Ankers.

Diese schlechten Ergebnisse in Psych./Soz. kamen durch eine völlig neue Fragenstruktur zustande. Prof. Siegrist, Hauptautor der Fragen

dazu: „Wir wollten uns endlich mal aus dem Korsett von Exa-Med befreien“. Im Klartext: die Mittel, die Studenten benutzen, um bei ständig steigenden Anforderungen, die Prüfungen doch noch irgendwie zu schaffen, sollen ihnen genommen werden.

Ähnlich in Physiologie. Wie in der Presse zu lesen war, hat die Dt. Gesellschaft für Physiologie ihre Zusammenarbeit mit dem Mainzer Prüfungsinstitut (IMPP) aufgekündigt. Die Physiologen wollten nicht nur Fragen formulieren, sondern auch bestimmen, welche Fragen für die jeweilige Prüfung ausgewählt werden, um so den Schwierigkeitsgrad der Prüfung festlegen zu können.

Schon vor 2 $\frac{1}{2}$  Jahren äußerte sich der Marburger Prof. Golenhofen, führendes Mitglied dieser Gesellschaft und bisher Autor von Physikumsfragen in einem Aufsatz im Deutschen Ärzteblatt. Unter dem Titel „Wie schlimm wird die „Ärztenschwemme“, und wie kann ihr begegnet werden“, lobt er die damals grade erprobte Einführung der 60%-Bestehensgrenze. Er sagte Durchfallquoten von 30–40% voraus (darauf brauchte er nicht lange zu warten) und mindestens 10% endgültig Durchgefallene. Durch die Barriere könne es gelingen, die Zahl der klinischen Studienanfänger auf 9–10 000/Jahr zu begrenzen. Jedoch: „Die 60%-Regel hat uns eine kleine Atempause gegeben, allerdings

auch nicht mehr. In den nächsten ein oder zwei Jahren sind neue Entscheidungen fällig, wenn die ärztliche Ausbildung noch gerettet werden soll.“ Für diesen Zweck forderte Golenhofen: „Mit der Vorprüfung wird eine noch stärkere Selektion als im Augenblick vorgenommen“.

Demgegenüber nehmen sich die 10–15% Durchfallquote, die der Direktor des IMPP Kremer für angemessen hält, direkt bescheiden aus. Weder die zentrale Steuerung der Prüfung durch das IMPP noch dezentrale zusätzliche Prüfungen (4. AO-Novelle) können als Qualifikationsnachweis dienen. Diskussionsansätze wie im ÖTV-Papier scheinen eher den richtigen Weg zu weisen, solange man Prüfungen überhaupt befürwortet.

Mitte Oktober beschloß die VDS-Fachtagung Medizin eine Unterschriftensammlung gegen die Prüfungsergebnisse durchzuführen. Sie wird als ein Schritt betrachtet, mit möglichst vielen Studenten über das Prüfungssystem zu diskutieren, um eine Bewegung gegen weitere Verschlechterung der Ausbildung und schärfere Prüfungen zu schaffen. Eine starke Bewegung ist möglich, das hat die Demonstration 1981 in Bonn gezeigt, vor der die Verantwortlichen im BMJFG heute noch gewaltigen Respekt haben.

Nur, man muß auch etwas dafür tun, von selbst läuft nichts.



## Medizin im Libanon

# Ärzte in israelischer Gefangenschaft

## Die Verhaftung

Berge und Moller begaben sich am 13. Juni 1982 zum israelischen check-point in Saida, um sich nach dem Schicksal des Spitalpersonals zu erkundigen. Nachdem 90% des männlichen palästinensischen Personals, eingeschlossen dem Anästhesie-Arzt, bereits am 11.6. gefangen genommen worden waren, drohte die Schliessung des Spitals in Saida.

An diesem check-point wurden die beiden Norweger – zusammen mit einem palästinensischen und einem kanadischen Arzt – von israelischen Soldaten verhaftet. Erst nachdem sie nach der Verhaftung in eine Schule, welche als Gefangenennlager diente, geführt worden waren, konnten sich Berge und Moller mit ihren norwegischen Passports und den Identitätskarten des PRCS ausweisen. Berge und Moller waren überzeugt, dass sie am Ort ihrer Inhaftierung vom ranghöchsten, israelischen Verantwortlichen in Saida, dem Offizier Amnon Mozer, erkannt wurden. Mit diesem Offizier hatten sie tags zuvor ein Gespräch über die Probleme des Roten Halbmond Spitals, nachdem – wie erwähnt – ein grosser Teil des Personals bereits am 11.6. verhaftet worden war. Dieser Mozer stand zwei Meter von Berge und Moller entfernt und blickte sie an.

Den beiden Norwegern wurde keine Begründung für ihre Gefangennahme mitgeteilt. Soldaten, welche die Gefangenen bewachten, beschuldigten die beiden, sie gehörten zu "Bader-Mein-hof" und sie seien "Mörder", sie hätten "für Mörder gearbeitet" und sie hätten auch "geholfen die PLO zu verstecken".

Marianne Moller, der Frau Oyvind Mollers, wurde offiziell als Inhaftierungsgrund mitgeteilt, ihr Mann habe "geholfen, PLO und Terroristen vom Spital entweichen zu lassen". Angesichts der intensiven Kontrolle der Israelis nach ihrem Einmarsch in Saida, wäre dies ein Ding der Unmöglichkeit gewesen.

Der Einmarsch der Israelis in den Libanon liegt nun schon fünf Monate zurück. Der Bericht des norwegischen Arztes Dr. Steinar Berge und des Kinderpflegers Oyvind Moller, welche vom 13. bis zum 20. Juni die israelische Gefangenschaft erlebten, hinterlässt jedoch eine Betroffenheit, die das aktuelle Geschehen überdauert. Der Bericht macht zudem deutlich, daß unter diesen Bedingungen die Massaker in den palästinensischen Flüchtlingslagern Sabra und Schatila überhaupt erst möglich wurden.

Berge und Moller waren Mitglieder des Gesundheitsteams der Palästina Front Norwegens und arbeiteten für den Palästinensischen Halbmond (PRH) in Saida. Wir danken unserer schweizerischen Schwesterzeitschrift „Soziale Medizin“ für die Abdruckgenehmigung.



## Die Schule wird zum Gefängnis

Im Schulhof wurden Berge und Moller gleich nach ihrer Verhaftung grosse hebräische Schriftzeichen auf den Rücken auf das Hemd gepinselt. Alle Gefangenen wurden auf diese Art gekennzeichnet.

Während die beiden noch im kleineren Schulhof festgehalten wurden, hörten sie vom angrenzenden Schulplatz Menschen schreien – "Schmerzensschreie" –, und ebenso konnten sie Gewehrsalven hören. Sie konnten nicht unterscheiden, ob damit Menschen erschossen wurden, oder ob sie bloss eingeschüchtert wurden.

Später wurden Berge und Moller auf den Schulplatz geführt. Der Platz war von Panzern umstellt und deren schwere Maschinengewehre waren auf die Gefangenen gerichtet.

Auf diesem Platz mussten sie 36 Stunden – Tag und Nacht – ohne zu bewegen auf den Knien sitzen, die Hände auf dem Rücken gefesselt, den Kopf vornüber gebeugt.

Ihre Mitgefangenen wurden mit Knütteln durch die israelischen Soldaten geschlagen. Dagegen wurden die beiden Norweger im allgemeinen besser behandelt – sie wurden während ihrer Gefangenschaft nicht körperlich gefoltert und erhielten manchmal auch mehr Nahrung.

## Medizin im Libanon

### Folterungen

Auf dem Schulplatz in Saida waren sie mit ca. 500 bis 600 Gefangenen zusammen. Nach ihren Schätzungen wurden etwa die Hälfte gefoltert. Als Folterinstrumente benützten die Israelis alle Arten von Knütteln, Stöcken, Knüppel, ausgerissenen Tischbeinen, lange elastische Stäbe, Seile mit Knoten am Ende.

Moller konnte bei einer Gelegenheit beobachten, wie am Ende eines Seiles ein Metallstück eingeknotet war und ein ander Mal konnte er sehen, wie am Ende eines Tischbeines ein Nagel steckte und wie damit geschlagen wurde.

Die Gefangenen wurden auch geschlagen mit Fäusten und mit Gewehrkolben und sie wurden mit Militärstiefeln getreten. Knapp über den Köpfen der Gefangenen wurden Schüsse in die Luft gefeuert.

Diese Folterungen dauerten ständig, den ganzen Tag über und änderten nur in ihrer Intensität.

Die Gefangenen wurden in kleineren Gruppen an den Rand des Schulplatzes gebracht und von zwei bis vier Soldaten mit den eben beschriebenen Instrumenten gefoltert. Sie wurden meistens in den Magen, auf die Brust, die Schultern und auf den Kopf geschlagen, weniger oft in die Leisten.

Am ersten Tag wurde Moller Zeuge, wie eine Gruppe von Gefangenen – auf dem Rücken gefesselt und mit verbundenen Augen – in seine Nähe geführt wurde. Ein dicker, israelischer Soldat mit einer roten Armspange wuchtete einem nach dem andern sein Knie in die Leisten. In der Folge wankte der Gefangene nach vorn und bekam einen Schlag in den Nacken, so dass er auf den Boden fiel. Darauf stiess der Folterknecht seine Stiefel direkt ins Gesicht und den Magen seiner vor Schmerzen sich windenden Opfer.

### Ein alter Mann zu Tode gefoltert

Ein andermal richtete sich ein alter Mann auf – Berge und Moller schätzten ihn ungefähr sechzig Jahre alt – und in offensichtlich grosser Verzweiflung versuchte er einen israelischen Soldaten zu treten. Sofort stürzten sich vier, fünf Soldaten auf ihn, der mit den Händen auf den Rücken gefesselt war, und schlugen ihn auf den Boden. Darauf prügeln sie mit Knüppeln und Stöcken ohne Unterbruch auf ihn ein und verschonten keinen Körperteil. Während rund zehn Minuten schlugen sie ihm auf Kopf, Nacken,

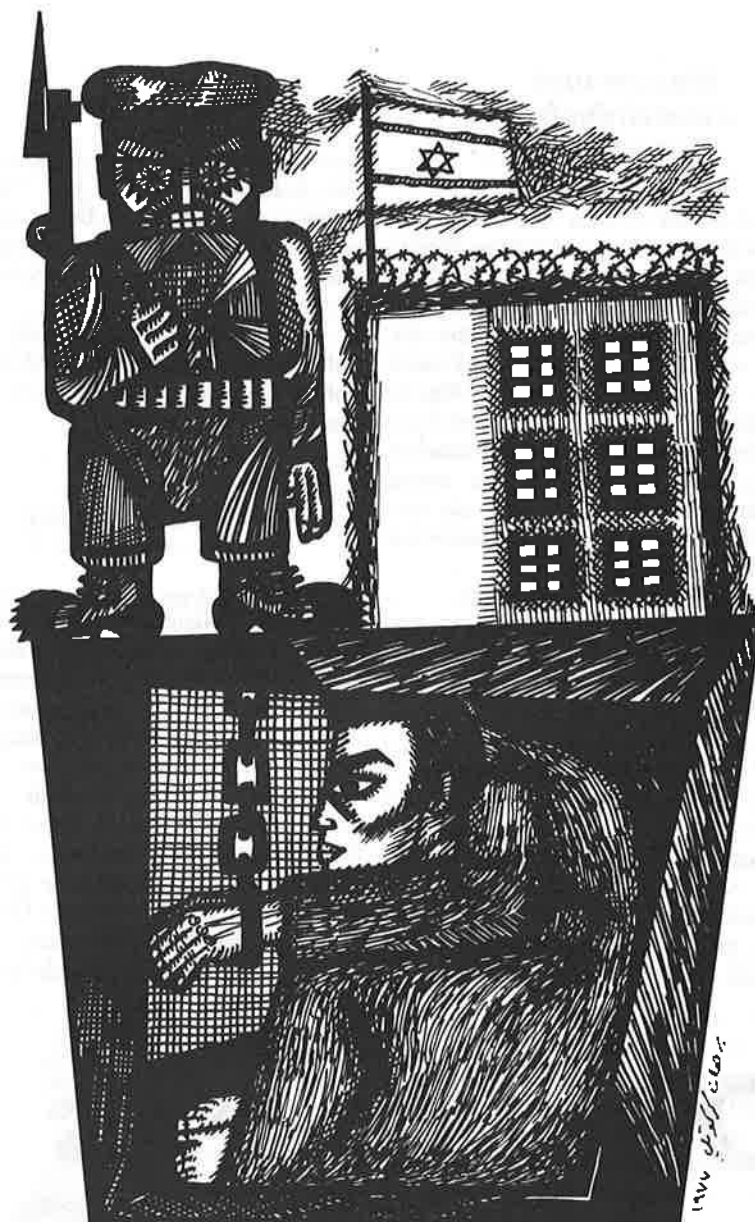
Schultern, direkt ins Gesicht, in den Magen und in die Leisten. Danach blieb der alte Mann leblos am Boden liegen. Nun fesselten sie ihm die Handgelenke an die Fussknöchel und liessen endlich von ihm ab.

Seinen toten Körper sah Moller später wieder neben drei anderen liegen, als er zum Verhör abgeführt wurde. Er sah die vier Körper durch ein Fenster in einer Distanz von höchstens sechs Metern.

Auf dem Schulplatz in Saida hatte es auch Basketball-Ständer. An diesen Stangen wurden regelmässig Gefangene hinaufgehängt und geschlagen. Häufig wurden die Gefangenen dort hängen gelassen.

### Palästinensischer Arzt unter Israelis

Am zweiten Tag in der Saida-Schule



haben Berge und Moller einen Arzt gesehen, den sie vom Roten Halbmond-Spital her kannten. Dr. Berge hat ja dort gearbeitet bis zur israelischen Invasion. Der Arzt war Dr. Nabil, ursprünglich von der West-Bank (West-Jordanien), der an der Universität von Barcelona ausgebildet wurde. Dr. Nabil war verantwortlich für die Vorsorgemedizin am Roten Halbmond Spital.

Als Berge und Moller ihn auf dem Schulplatz erkannten, hatte er einen Strick um den Hals und wurde von israelischen Soldaten herumgeschleppt, während andere Soldaten ihn mit Stöcken schlugen. Am Tage danach haben ihn Berge und Moller wieder gesehen ( nun im Sammellager südlich von Saida). Er sass und starrte mit stumpfem Blick vor sich hin. Er hatte grosse Wunden an seinem Nacken und schwere Marken am Rücken.



## Medizin im Libanon

### Wasser und medizinische Betreuung

Berge und Moller stellten auch fest, dass viele Gefangene im Hof nicht genug Wasser zu trinken bekamen. Das galt vor allem für die Gefangenen in der Mitte des Hofes. Diese standen verzweifelt auf, wenn die Soldaten mit Wasser kamen. Die Israelis verteilten dann einigen ein wenig Wasser und spritzten den Rest in ihre Gesichter. Darauf begannen sie die Verdurstenden wieder zu prügeln bis sie wieder saßen und schlugen darüberhinaus auf sie ein. Danach feuerten sie mit ihren Gewehren knapp über ihre Köpfe.

Dies wurde mehrere Male wiederholt.

Berge konnte viele Gefangene mit Verletzungen sehen, die einer Behandlung bedurft hätten, jedoch keine bekamen.

### Im Sammellager Safar

Berge und Moller stimmten überein, dass im Sammellager Safar, südlich von Saida, wohin sie am dritten Tag, am 15. Juni, gebracht wurden, weniger gefoltert wurde. Es gab immer noch Gewalt-

anwendungen, aber weniger systematisch. Die Soldaten schlugen mit "sauberen" Stangen oder Knütteln, Berge und Moller haben keine der Folterinstrumente gesehen, wie sie in der Saida Schule angewendet wurden.

In diesem Lager haben sie auch das erste Mal zwei israelische Ärzte gesehen, welche einigen Gefangenen medizinische Behandlung zukommen liessen.

### Der Transport

Bevor die Gefangenen für den Transport in die Autobusse verladen wurden, und auch während des Transports, wurden sie alle systematisch geprügelt.

Am vierten Tag (am 16. Juni) wurden Berge und Moller zusammen mit dem kanadischen Chirurgen Chris Giannou, ins Magido-Gefängnis in Israel überführt. Dabei wurden den drei weder die Augen verbunden noch die Hände gefesselt – im Gegensatz zu den anderen Gefangenen. Während des Transports nach Israel hat der Bus mehrmals angehalten, wahr-

scheinlich in Kibbuszims. Dort kamen Soldaten und Zivilisten in den Bus, um die Gefangenen anzuschauen. Mehrmals haben sie bei diesen Gelegenheiten die Gefangenen geschlagen.

### Im Magido-Gefängnis

Im Magido-Gefängnis hörten Berge und Moller mehrmals wie Gefangene geschlagen wurden und wie diese vor Schmerzen schreien mussten. Im Verhörraum haben Berge und Moller Knüppel gesehen. Am Abend des 20. Juni wurden die beiden an die norwegische Botschaft in Tel Aviv ausgeliefert.

Dr. Steinar Berge und Oyvind Moller haben diese Aussagen am 24. Juni 1982 im norwegischen Außenministerium vor unabhängigen Zeugen zu Protokoll gegeben und dessen Richtigkeit bestätigt.

# Die Israelis zerstören Spitäler

Die 28-jährige Finnin Pirkko Parviainen hielt sich seit April dieses Jahres im palästinensischen Flüchtlingslager Ain-El-Helweh auf. In diesem Flüchtlingslager lebten rund 76'000 Menschen. Die ausgebildete Krankenschwester arbeitete hier in einer Klinik für geistig und körperlich behinderte Kinder. Die Klinik wurde von einem norwegischen Ärzte-Team aufgebaut und geführt. "Bis zum Krieg funktionierte die Klinik normal", erzählte Pirkko Parviainen.

### Bomben aufs Spital

Am 4. Juni fielen die ersten israelischen Bomben auf Beirut. Zwei Tage später wurde auch das Flüchtlingslager Ein-El-Helweh erstmals beschossen. Kranken-

Die israelische Armee bombardierte systematisch Spitäler und verweigerte Zivilpersonen und Gefangenen ärztliche Hilfe. Mehrere Ärzte (europäische und vor allem palästinensische) wurden gefoltert, andere verschleppt. Damit verletzen die Israelis ganz bewusst die Genfer Konvention des Roten Kreuzes, insbesondere auch die Konvention von 1964, nach der Ärzte wie Pflegepersonal, ebenso Kranke und Verwundete, während eines Konfliktes als Neutrale behandelt werden sollen. Wir danken der „Sozialen Medizin“ für die Abdruckgenehmigung dieses Berichts einer finnischen Krankenschwester.

Der Bericht macht auch deutlich, wie wichtig unsere weitere materielle Solidarität ist, um die Zerstörungen und den Mangel an medizinischer Ausrüstung auszugleichen. Wir verweisen auf den Spendenaufruf des ASK „Palästinas Kinder brauchen Hilfe“ (abgedruckt in unserer letzten Ausgabe), der inzwischen über 220 000 DM (mit kräftiger Hilfe unserer Leser) erbracht hat, sowie auf die Soforthilfe von medico international, die jetzt auf längerfristige Projekte umgestellt wird. Wir werden weiter berichten.

schwester Pirkko Parviainen: "Wir richteten uns ein, um Verletzte und Verwundete aufzunehmen." Doch daraus wurde nichts. Denn das Spital wurde bombardiert. Daraufhin verlegte das Personal seine Patienten in das sicherer gelegene Spital El-Hamsheri. Bald aber waren die

Patienten auch hier nicht mehr ihres Lebens sicher. Am 8. Juni mussten sie alle in Unterstände gebracht werden. Pirkko Parviainen: "Die Unterstände waren bald überfüllt. Von überall her brachten man uns Patienten. Auch von andern Spitälern, die zusammengebombt wurden."



## Medizin im Libanon

Unter den Patienten befanden sich zahlreiche Schwerverletzte. Pirkko Parviainen: "Viele hätten operiert werden sollen. Dazu waren wir jedoch nicht mehr in der Lage. Es fehlten nötige Einrichtungen und auch Medikamente. Die Ärzte mussten bei Kerzenlicht arbeiten." Die finnische Krankenschwester fährt fort: "Weil wir viele Verwundete nicht verarzten konnten, richteten sich unsere Ärzte an die Israelis. Sie baten, die schlimmsten Fälle in ein anderes Spital zu bringen und sie dort zu pflegen. Das aber untersagten die Israelis."

### Rotkreuz-Fahne ohne Wirkung

Im Verlaufe des 9. Juni besetzten israelische Truppen Sidon. Das angrenzende Flüchtlingslager Ain-El-Helweh lag noch immer unter Beschuss und war in regelmäßigen Zeitabständen Bombenangriffen ausgesetzt. "Darum brachten wir auf dem Dach eine Rotkreuzfahne an, um so das Spital zu kennzeichnen", berichtet Pirkko Parviainen. Die Rotkreuzfahne jedoch zeigte wenig Wirkung auf die israelischen Armee-Kommandeure. Früh am Morgen des 10. Juni forderten sie die Spitalinsassen auf, das Gebäude zu räumen, denn das Gebiet werde bombardiert. Die schlimmsten Verwundeten wurden daraufhin in Autos verladen. Die übrigen Patienten machten sich zusammen mit dem Spitalpersonal auf den Weg in Richtung Zentrum von Sidon. Pirkko Parviainen schildert: "Am Strassenrand zählte ich 10 Panzer. Mehrere Hundert Soldaten schauten uns zu". Noch bevor der 'Krankenzug' das Zentrum von Sidon erreichte, wurde er von israelischen Soldaten gestoppt. Sie trennten Europäer und Palästinenser. Dann schafften sie die Verletzten und Kranken weg.

### Ohne Wasser und Strom

Das zurückgebliebene Spitalpersonal bat die Israelis, in einem andern Spital weiterzuarbeiten. Die Israelis stimmten zu. Pirkko Parviainen: "So richteten wir uns in einem dritten Spital ein. Wir mussten von vorne beginnen. Dieses Spital war in einem noch schlechteren Zustand als die zuvor. Es gab weder Wasser- noch Stromanschlüsse." Dies rührte nicht von Bombenangriffen her. Die finnische Krankenschwester: "Auf der andern Strassenseite gab es Licht und Wasser. Dort hatten israelische Soldaten ein ehemaliges Privat-

spital zu ihrer Truppenunterkunft umfunktioniert." Die Ärzte baten vergeblich um Wasser- und Stromanschluss. Im Spital befanden sich zu dieser Zeit rund 60 Patienten – meist Schwerverwundete. "Am 11. Juni – erinnert sich Pirkko Parviainen – tauchten im Spital plötzlich israelische Soldaten auf. Sie trieben das gesamte Spitalpersonal auf die Strasse. Wir mussten dort mehrere Stunden auf der Strasse sitzen." Nur ein Teil des Personals durfte danach ins Spital zurück. Mehrere Ärzte, Pfleger und auch Ambulanzfahrer nahme die Soldaten mit.

### Bittsteller verhaftet

Die Lage der Spitalinsassen wurde immer prekärer. Pirkko Parviainen: "Wir hatten nicht einmal genügend Verbandstoff. Die Verletzten zogen sich schlimme Infektionen zu. Die Wunden vieler Kranken waren übersät mit Fliegenlarven." Erneut wandte sich das verbliebene Spitalpersonal an die Israelis. Sie wollten Hilfe vom Libanesischen Roten Kreuz anfordern.



Diese Hilfe wurde verweigert. Erneut wurden einige der Bittsteller verhaftet. Erst über eine Woche später, am 19. Juni wurde das Libanesisches Rote Kreuz vorgelesen. Die Patienten konnten endlich evakuiert werden.

Inzwischen war ein Teil der verhafteten Ärzte, Pfleger und Ambulanzfahrer freigelassen worden. Pirkko Parviainen: "Sie waren von Israelis zuerst in ein Schulhaus in Sidon gebracht worden. Der Schulhof diente als Auffanglager für Gefangene und war mit Panzern abgeriegelt. Den Ärzten – wie allen übrigen Gefangenen – wurden die Augen verbunden und die Arme auf den Rücken gefesselt. Drei Tage lang mussten sie ohne nur ein Stück Brot oder etwas Wasser im Freien auf dem Boden sitzen. Wer Zigaretten oder Wasser verlangte, wurde geschlagen. Die Soldaten hatten den Gefangenen gesagt, sie würden jetzt mit Tanks überfahren oder erschossen. Gleichzeitig liessen sie die Motoren der Tanks anspringen und schossen in die Luft. Die Gefangenen hatten ihre Augen immer noch verbunden.

### «Munitionslager»?

Journalisten gegenüber erzählte die israelische Armee: Die Spitäler wurden beschossen, weil sie eigentliche Munitionslager gewesen wären. Dazu Pirkko Parviainen: "Ich war in drei Spitälern, die bombardiert wurden. In keinem jedoch gab es irgendwelche Munition, auch keine Soldaten. Die meisten Patienten waren Frauen, Kinder und alte Menschen."

### Ruinen für 76 000 Menschen

Kurz vor ihrer Rückreise nach Europa besuchte Pirkko Parviainen nochmals das Flüchtlingslager Ain-El-Helweh. Wo noch vor kurzer Zeit 76'000 Menschen lebten, sah sie nur noch Ruine. "Das Lager war vollständig ausgebombt. Bestimmt kamen dabei Tausende ums Leben. In den Ruinen traf ich nur noch auf vereinzelte Menschen. Wo die übrigen sind, weiss ich nicht."

Der norwegische Diplomat Ola Dorum brachte Pirkko Parviainen aus dem Libanon. Zahlreiche europäische Ärzte und Pfleger schafften das nicht. So der belgische Arzt Francis Capet. Pirkko Parviainen: "Seit seiner Verhaftung haben wir von ihm keine Lebenszeichen mehr erhalten. Vermutlich wurde er wie der französische Pfleger Pascal Mathey zusammen mit Palästinensern verschleppt."

# „...wenn sonst die Patientenversorgung nicht sichergestellt wäre.“

## Arbeitgeber bieten Kaugummi statt nachprüfbarer Verbesserungen

Nach Verhandlungen von mehr als eineinhalb Jahren haben sich die Gewerkschaft ÖTV und die öffentlichen Arbeitgeber am 15. September 1982 in Wiesbaden über eine Neuregelung der Bereitschaftsdienste geeinigt. Diese Tarifverhandlungen waren nicht zuletzt durch zahlreiche Arbeitsgerichtsurteile gegen die bisherige Bereitschaftsdienstregelung im BAT in Sonderregelung SR 2a und 2c erzwungen worden. So hatte z. B. am 24. Februar 1982 das BAG in dem Verfahren des Hamburger Kollegen Limbrock, das er mit Unterstützung der ÖTV durchführte, festgestellt, daß die „Beklagte verpflichtet ist, den Kläger während der normalen Tagesarbeitszeit von der Dienstleistung freizustellen, wenn ihm während des vorangegangenen werktäglichen ärztlichen Bereitschaftsdienstes in der Zeit zwischen 21.00 Uhr und dem Beginn der allgemeinen Tagesarbeitszeit nicht eine ununterbrochene Ruhezeit von 6 Stunden zur Verfügung gestanden hat“ (s. DG Doku 4/82).

Am 8. 11. 82 hat die ÖTV dem Tarifvertrag zugestimmt, obwohl viele Abteilungen, Betriebsgruppen und Kreisvorstände seine Ablehnung verlangten und neue Verhandlungen forderten.

Die Tarifvertragsparteien haben am 15. September 1982 zum 5. Mal über die Neufassung der Sonderregelung (SR) 2 c zum BAT verhandelt. Die zuständigen Entscheidungsgremien der Tarifvertragsparteien konnten sich bis zum 8. November 1982 dazu erklären, ob sie der nachfolgend abgedruckten Neufassung des SR 2 c zustimmen.

Die Neuregelung des SR 2 c soll ab 1. Januar 1983 gelten. Die Inhalte dieser Neuregelung sollen – vorbehaltlich der Prüfung im einzelnen – entsprechend in die SR 2 a zum BAT aufgenommen werden.

Nachfolgend wird der Wortlaut der Neufassung abgedruckt und kommentiert. Die zur Zeit gültige Fassung des SR 2 c zum BAT wird zum Vergleich im Wortlaut oder sinngemäß zitiert.

Nummer 8 der SR 2 c wird wie folgt geändert: In Absatz 7 wird der Unterabsatz 1 durch folgende Unterabsätze ersetzt:

„Bereitschaftsdienst darf im Kalendermonat in den Stufen A und B nicht mehr als siebenmal, in den Stufen C und D nicht mehr als sechsmal angeordnet werden.

Wird der Arzt zusätzlich auch zur Rufbereitschaft herangezogen, ist dies bei der Anwendung des Satzes 1 in der Weise zu berücksichtigen, daß zwei Rufbereitschaften als ein Bereitschaftsdienst gelten.

Die Zahl der Bereitschaftsdienste nach Satz 1 darf vorübergehend überschritten werden, wenn sonst die Patientenversorgung nicht sichergestellt wäre.“

(Bisher: Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sollen – auch zusammen – von Ausnahmefällen abgesehen, nicht mehr als achtmal im Kalendermonat angeordnet werden).

Es besteht für die Krankenhausträger die Möglichkeit, einen Krankenhausarzt für zwei Bereitschaftsdienste in den Stufen C beziehungsweise D und zusätzlich zu acht Rufbereitschaften im Kalendermonat regelmäßig einzusetzen. Damit wird die Zahl der bisher zulässigen monatlichen Einsätze im Bereitschaftsdienst und in der Rufbereitschaft überschritten.

Wir befürchten, daß die Krankenhausträger aus wirtschaftlichen Gründen nunmehr im großen Umfang fächerübergreifende Bereitschaftsdienste einführen und möglichst viele Bereitschaftsdienste in Rufbereitschaften umwandeln werden. Hier sehen wir erhebliche haftungsrechtliche Probleme für den Krankenhausarzt und die Qualität der Patientenversorgung.

### Schwammige Begriffe

Es ist nicht bestimmt worden, was unter den Begriffen „vorübergehend“ und „Sicherstellung der Patientenversorgung“ zu verstehen ist. Eine Protokollnotiz zu diesen Begriffen ist bisher nicht erfolgt.

Unter dem Begriff „Ausnahmefall“ in dem zur Zeit gültigen Tarifvertrag wird folgendes verstanden:

„Aus der Tarifnorm folgt so für den Krankenhausträger die Verpflichtung, eine so große Zahl von Planstellen für ärztliche Mitarbeiter zu schaffen, daß ihm ihre Einhaltung möglich wird. Sogar der Ausfall von Diensthabenden durch Erholungsurlaub oder Erkrankungen in nicht außergewöhnlichem Umfang stellt keinen „Ausnahmefall“ dar, muß also für den Stellenplan kalkuliert sein!

Natürlich besteht für den Krankenhausträger auch die Verpflichtung, sich um die Besetzung der Planstellen nachdrücklich zu bemühen.

Man wird allerdings einräumen müssen, daß ein „Ausnahmefall“ auch dann vorliegen kann, wenn in einer sehr kleinen Fachabteilung (man denke HNO, Augen usw.) die Einrichtung so vieler Planstellen auch unter Beachtung der schutzwürdigen Interessen der ärztlichen Arbeitnehmer wirtschaftlich nicht zu vertreten ist.“ (Dr. Guido Braun, zum Tarifrecht des Arztes, 1973, Seite 43).

Der Begriff „Sicherstellung der Patientenversorgung“ ist nach unserer Auffassung



weiter als der Begriff „Ausnahmefall“. Er könnte bei mißtrauischer Beurteilung auch folgendermaßen gedeutet werden:

### Finanzielles Argument

Die Krankenhausträger könnten sich darauf berufen, daß die Krankenkassen in den Pflegesatzverhandlungen die Bezahlung von zusätzlichen Arztstellen ablehnen. Sie könnten versuchen, nur so viele neue Stellen einzurichten, wie durch eingesparte Bereitschaftsdienstgelder finanziert werden können.

### Personalbemessung

Es ist nicht sicher, daß sich die Krankenhausträger und die Krankenkassen nach Abschluß des Tarifvertrages über neue Anhaltszahlen für die Personalbemessung einigen.

### Personaleinsatzplanung

Die Krankenkassen könnten von den Krankenhausträgern verlangen, daß diese fächerübergreifende Bereitschaftsdienste einrichten und die Umwandlung von Bereitschaftsdiensten in Rufbereitschaften prüfen.

Die Personalräte und Betriebsräte sollten versuchen, ihre Mitbestimmungsrechte bei der Einrichtung von fächerübergreifenden Bereitschaftsdiensten und der Umwandlung von Bereitschaftsdiensten in Rufbereitschaften wahrzunehmen.

In Absatz 6 wird folgender neuer Unterabsatz 2 eingefügt:

„Bei einem Arzt, der in der Regel nur Rufbereitschaft leistet, darf Rufbereitschaft im Kalendermonat nicht mehr als zwölfmal angeordnet werden. Die Zahl der Rufbereitschaften darf überschritten werden, wenn sonst die Patientenversorgung nicht sichergestellt wäre. Die anfallenden Dienste sollen auf die an der Rufbereitschaft teilnehmenden Ärzte gleichmäßig verteilt werden.“ (vgl. a)

### Eindeutige Verschlechterung

Diese Regelung ist eine Verschlechterung gegenüber der bisherigen tarifvertraglichen Regelung.



Der bisherige Unterabsatz 2, Satz 1 erhält folgende Fassung: „Ein Wochenendbereitschaftsdienst darf in den Stufen C und D nicht zusammenhängend von demselben Arzt abgeleistet werden“.

Der Krankenhausträger muß also in Zukunft dafür sorgen, daß ein Krankenhausarzt in den Bereitschaftsdienststufen C und D nur Samstag oder Sonntag Bereitschaftsdienst leistet.

Der bisherige Unterabsatz 3 in Absatz 7 erhält folgende Fassung:

„Wird ein Arzt an einem Kalendertag, an dem er eine Arbeitszeit – ausschließlich der Pausen – von mindestens siebeninhalb Stunden abgeleistet hat, zu einem Bereitschaftsdienst der Stufe C oder der Stufe D von mindestens 12 Stunden herangezogen, soll ihm nach diesem Bereitschaftsdienst eine Ruhezeit von mindestens 8 Stunden gewährt werden; dies gilt nicht, wenn bei Gewährung der Ruhezeit die Patientenversorgung nicht sichergestellt wäre. Die Ruhezeit soll, soweit möglich, zur Freizeitabgeltung nach Abs. 4 verwendet werden.“

Diese generelle Regelung einer Ruhezeitgewährung nach einem Bereitschaftsdienst ist ein Fortschritt.

Es sind jedoch Arbeitszeitmodelle denkbar, bei denen eine Ruhezeit nach einem Bereitschaftsdienst nicht gewährt werden muß. Wenn der Arzt am Tag vor dem Bereitschaftsdienst nur Zeinviertel Stunden arbeitet (z.B. um 9.00 Uhr zum Tagesdienst erscheint) kann er sich nicht auf die neue tarifvertragliche Regelung berufen.

Bei der Änderung der regelmäßigen täglichen Arbeitszeit und der Dauer der Bereitschaftsdienste sollten die Betriebsräte und Personalräte die Interessen des Krankenhauspersonals wahrnehmen und unter Berufung auf das Mitbestimmungsrecht diese „Ausweichmanöver“ der Krankenhausträger verhindern.

Die „Soll-Bestimmung“ enthält die Verpflichtung für den Krankenhausträger, sich um die Gewährung einer Ruhezeit für den Krankenhausarzt zu bemühen. Sie ist jedoch keine zwingende Verpflichtung.

### BAG-Urteil nur Papier?

Das BAG hat u.a. ausgeführt, daß „eine solche über mehr als 24 Stunden andauernde Tätigkeit ohne ausreichende Ruhezeit... als schlechthin unzumutbar anzusehen (ist), zumal sie die Gefahr in sich birgt, daß der Krankenhausarzt seine physische Leistungsfähigkeit infolge seiner Beanspruchung im Bereitschaftsdienst nicht mehr objektiv zu beurteilen vermag, Kunstfehler begeht, zivilrechtliche Schadensersatzansprüche begründet und selbst strafrechtlich zur Verantwortung gezogen wird.“ Das Bundesarbeitsgericht hatte deshalb in seinem Urteil vor allem aus haftungsrechtlichen Gründen verlangt, daß der Krankenhausträger seine Ärzte von der Weiterarbeit nach einem Bereitschaftsdienst, auch gegen den Willen der Ärzte, freistellt, wenn nicht eine Mindestruhezeit in dem Bereitschaftsdienst erreicht worden ist.

Der Begriff „Sicherstellung der Patientenversorgung“ bedeutet in diesem Falle, daß

der Arzt bei einer unzureichenden Personalbemessung verpflichtet ist, weiterzuarbeiten, obwohl dies für ihn unausweichlich haftungsrechtliche Konsequenzen haben kann.

Die vorgenannte Regelung „gilt entsprechend nach einer 24-stündigen Inanspruchnahme durch Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst (gleich welcher Stufe) an Sonn- oder Feiertagen“.

### Neue Dienstmodelle

„Ein Dienstplanmodell für Stufe D mit Berechnung der finanziellen Auswirkungen hat Peter Clemens im September 1982 veröffentlicht: In dem Modell ist der Sonntagsbereitschaftsdienst kürzer als 24 Stunden, z.B. 12 Stunden, also wird am Montag weitergearbeitet. Nach dem Feiertag-Bereitschaftsdienst ist ohnehin frei. Geregelt werden müssen dann noch die 4 Bereitschaftsdienste von Montag bis Donnerstag, nach denen morgens Freizeit zu geben ist. Um die Kontinuität der Stationsversorgung zu sichern, soll ein zusätzlicher Arzt diese 4 Bereitschaftsdienste machen und damit seine 40-Stunden-Woche erfüllen:

Der Arbeitgeber spart die bisherige Bezahlung der Bereitschaftsdienste von Montagabend bis Freitagmorgen. Er spart also wöchentlich 62 Stunden x 23,72 DM (Mittel aus BAT IIa = 22,67 DM und BAT Ib = 24,76 DM) x 80 % (55 % für die Arbeitsleistung und 25 % sogenannter Sockelbetrag). Dies sind 1176,51 DM. Da ein Monat (nach BAT § 34) durchschnittlich 4,348 Wochen hat, ergeben sich als Einsparung monatlich 1176,51 DM x 4,348 = 5115,47 DM.

Stattdessen muß ein zusätzlicher Arzt für 40 Wochenstunden eingestellt werden. Hierdurch entstehen bei BAT IIa/Ib je nach Alter und Familienstand Personalkosten von monatlich 4500,- bis 5000,- DM. Hinzu kommen (nach BAT Sonderregelung 2c Nr. 8b) Sockelbeträge von 25 % für die ersten 8 Bereitschaftsdienste jeden Monats, 35 % für den 9. bis 12. Bereitschaftsdienst und 45 % für den 13. und jeden weiteren Bereitschaftsdienst im Monat. Die wöchentliche Bereitschaftsdienstzahl dieses Arztes beträgt 4, die monatliche 4x4,348 = 17,392. Also ergeben sich Sockelbeträge von

8 x 15,5 Std.	x 23,72 DM x 25 % =	735,32 DM
4 x 15,5 Std.	x 23,72 DM x 35 % =	514,72 DM
5,392 x 15,5 Std.	x 23,72 DM x 45 % =	892,09 DM
		2142,13 DM

Somit ergeben sich für den neueinzustellenden Arzt Kosten von insgesamt 4500,- bis 5000,-DM plus 2142,13 DM = 6500,- bis 7000,- DM monatlich.

Also würden nach dem bisherigen Tarifrecht bei diesem Organisationsmodell für den Arbeitgeber pro diensthabenden Arzt Mehrkosten entstehen von 6500 bis 7000 DM abzüglich 5115,47 DM = 1500 bis 2000 DM monatlich. Dies entspricht den Personalkosten für eine Halbtags-Schwesterstelle.

Natürlich ist es nicht denkbar oder sinnvoll, daß ein Arzt über Monate oder Jahre immer nur die Bereitschaftsdienste von Montagabend bis Freitagmorgen versorgt. Vielmehr muß dieser Arzt jeweils nach einigen Wochen ausgetauscht werden gegen einen anderen.“

Unabhängig von den beiden generellen Regelungen einer Ruhezeitgewährung nach einem Bereitschaftsdienst „ist, von Notfällen abgesehen, der Arzt nach einem Bereitschaftsdienst (gleich welcher Stufe) von mindestens 12 Stunden in dem erforderlichen Umfang von der Arbeit freizustellen, wenn er nachweist, daß seine Inanspruchnahme während des Bereitschaftsdienstes über 50 % hinausgegangen ist“.

(Bisher: „Auf Verlangen ist dem Arzt im Anschluß an einen Bereitschaftsdienst Freizeitabgeltung... zu gewähren, wenn er sich nach dem Bereitschaftsdienst

übermüdet fühlt, weil seine Inanspruchnahme während des Bereitschaftsdienstes erheblich über die für die Zuordnung zur Stufe D maßgebende Inanspruchnahme hinausgegangen ist“).

Nach der zur Zeit gültigen tarifvertraglichen Regelung muß der Arzt seinem Chef erklären, er fühle sich übermüdet und durch Aufzeichnungen nachweisen, daß seine Arbeitsleistung im Bereitschaftsdienst 75 % des Bereitschaftsdienstes erreicht hat.

rot-schwarzer Aufkleber  
Ø 10 cm



5,- DM	—	5 Aufkleber
10,- DM	—	12 Aufkleber
20,- DM	—	25 Aufkleber
40,- DM	—	55 Aufkleber
50,- DM	—	70 Aufkleber
100,- DM	—	150 Aufkleber

Portokosten sind im Preis inbegriffen. Bestellungen (Geldscheine oder Verrechnungsscheck) an:

**Ulli Raupp**  
**Willi-Hölscher-Weg 7**  
**4400 Münster**

Obwohl das Bundesarbeitsgericht die Verpflichtung zur Weiterarbeit von der Einhaltung von Mindestruhezeiten abhängig gemacht hat, wird auch nach der neuen tarifvertraglichen Regelung der Nachweis einer prozentualen Arbeitsleistung im Bereitschaftsdienst verlangt. Diese Arbeitsleistung kann so verteilt sein, daß Arbeitsunterbrechungen von nicht mehr als ein oder zwei Stunden erreicht werden. Immerhin bedingt die neue 50 %-Grenze, wenn sie ernst genommen wird, daß 32-Stunden-Dienste in Stufe D praktisch unmöglich sind. Es ist völlig unklar, was unter dem Begriff „im erforderlichen Umfang“ zu verstehen ist. Heißt dies, daß der Arzt von seinem Chefzeit für 2, 3 oder 4 Stunden „Ruhe am Morgen nach einem Bereitschaftsdienst“ verordnet erhält und dann wieder im Tagesdienst eingesetzt werden kann? Vernünftig kann eine solche Frei-

stellungsverpflichtung nur in der Weise geregelt werden, daß der Arzt für die gesamten auf den Bereitschaftsdienst folgenden Tagesdienste nicht eingesetzt wird.

Der bisherige Unterabsatz 3 erhält weiter folgende Fassung:

„... die Ruhezeit soll, soweit möglich, zur Freizeitabgeltung nach Absatz 4 verwendet werden. ... Die Zeit, in der der Arzt von der Arbeit freigestellt wird, ist von der nach Absatz 2 errechneten Arbeitszeit abzuziehen.“

Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„Die nach Absatz 2 errechnete Arbeitszeit kann bis zum Ende des dritten Kalendermonats auch durch entsprechende Freizeit abgegolten werden; dabei wird eine angefangene halbe Stunde als halbe Stunde gerechnet.“

Es besteht die Gefahr, daß die Krankenhausträger, ähnlich den Auseinandersetzungen bei dem Freizeitausgleich für Überstunden, die Chefarzte und Pflegedienstleitungen verpflichtet werden, in möglichst großem Umfang Bereitschaftsdienststunden in Freizeit auszugleichen, ohne daß zusätzliches Personal eingestellt wird.

„In Absatz 5 werden in Satz 2 das Wort „Kalenderjahres“ durch das Wort „Kalenderhalbjahres“ ersetzt und Satz 3 gestrichen“.

(Bisher: „Die Nebenabrede ist mit einer Frist von 3 Monaten jeweils zum Ende eines Kalenderjahres kündbar. Die erstmalige Vereinbarung kann jedoch mit einer Frist von einem Monat nach Ablauf von sechs Monaten gekündigt werden. [Dieser Satz wird gestrichen!].“)

Die Krankenhausträger und die Ärzte können also in Zukunft z.B. die Zuweisung zu den einzelnen Stufen des Bereitschaftsdienstes bis zum 31. März zum 30. Juni und bis zum 30. September zum 31. Dezember eines jeden Jahres kündigen. Damit ist eine wesentlich schnellere Anpassung der Vergütung für die Bereitschaftsdienste an eine Änderung der Arbeitsbelastung im Bereitschaftsdienst möglich.

Der bisherige Unterabsatz 3 erhält weiter folgende Fassung:

„Der Arzt, der ständig Wechselachttarbeit zu leisten hat, soll im Anschluß an eine Nachtschicht nicht zum Bereitschaftsdienst herangezogen werden.“

Eine solche Regelung gibt es in der SR 2c bisher nicht. Es war gefordert worden, daß ein Arzt, der in Wechselachtt arbeitet, in keinem Falle zum Bereitschaftsdienst verpflichtet werden kann.

Nach der neuen tarifvertraglichen Regelung kann der Arzt z.B. in der Nacht von Montag auf Dienstag zum Nachtdienst und in der Nacht von Mittwoch auf Donnerstag zum Bereitschaftsdienst herangezogen werden.

G. Johannes Limbrock  
Hoheluftchaussee 114, 2000 Hamburg 20, Tel.: 040/47 99 55  
RA. Jürgen Ohlmann,  
Ballindamm 17,  
2000 Hamburg 1, Tel.: 040/33 60 62

DG-Interview mit dem Herausgeber des Arzneimittel-Telegramms U. Moebius\*

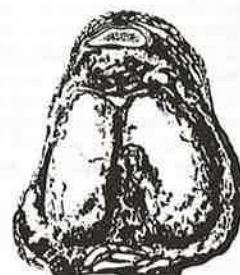
## Unwissenschaftlich und fahrlässig

Die Zulassungspraxis des Bundesgesundheitsamtes im Fall Coxigon

I. Simon: Nachdem die amerikanische Firma Lilly ihr Antirheumatikum Coxigon vom Markt genommen hat (DG 5/82), gab das Bundesgesundheitsamt (BGA) eine Stellungnahme ab, die den Eindruck größter Zufriedenheit mit sich selbst vermittelte. Was halten Sie von der Rolle des BGA im Fall Coxigon?

U. Moebius: Der Präsident des Amtes, Herr Überla, hat in Zeitungsinterviews – zum Beispiel in der „Ärztlichen Praxis“ und der „Frankfurter Allgemeinen“ geäußert, daß der bundesdeutsche Patient in Sachen Coxigon besonders gut geschützt war, im Vergleich zu den Arzneimittelverbrauchern anderer Länder. Auch sei dies der erste große Arzneimittelzwischenfall, seit Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes am 1. 1. 78 obwohl nach dem neuen Gesetz bereits über 150 neue Wirkstoffe zugelassen worden sind. Zudem sei dank des massiven Drucks, den das BGA auf den Hersteller Lilly ausübte, dieses Coxigon in Deutschland sehr früh vom Markt zurückgenommen worden. Nun ist zu fragen: Zu welchem Zeitpunkt hätte denn der Hersteller das Coxigon aus dem Handel nehmen müssen? Oder grundsätzlicher: Hätte Lilly überhaupt Coxigon vermarkten dürfen? Wenn ich jetzt das Einführungsdatum betrachte – nämlich Januar 1981 – und bedenke, daß Coxigon im ersten Anlauf für eine Zulassung – im Mai 1980 – beim BGA durchgefallen ist, und weiß, daß im Juni 1980 die Herstellerfirma selbst Bedenken formuliert hat hinsichtlich der Verstoffwechselung von Coxigon und der Dosierung bei alten Menschen, dann ergibt sich daraus, daß dieses Mittel nie hätte auf den Markt kommen dürfen! Es ergibt sich weiter daraus, daß man spätestens ab April bzw. Mai 1981 besondere Vorsichtsmaßnahmen zur Anwendung von Coxigon bei Menschen mit gestörter Nieren- und Leberfunktion hätte veranlassen müssen. Nichts von dem ist geschehen. Ich muß feststellen, daß das BGA in Sachen Coxigon eine sehr unrühmliche Rolle gespielt hat. Ich meine, schon allein die Tatsache, daß das Amt die Zulassung von Coxigon empfohlen hat und dann durch die Zulassungskommission korrigiert werden mußte, spricht für die Ignoranz mit der dort Arzneimittel zugelassen werden. Ignoranz drückt sich auch darin aus, daß der Präsident des Amtes behauptet, Coxigon sei der erste große Arzneimittelzwischenfall. Dies stimmt mit Sicherheit nicht. Bekanntermaßen mußte bereits ein weiteres Mittel, das nach dem neuen Arzneimittelgesetz zugelassen worden ist, wieder aus dem Handel zurückgerufen werden, nachdem es erst wenige Monate der BRD auf dem Markt war. Es handelt sich hier um das Arzneimittel Thienylsäure, Warenzeichen: Seda-

Das Langzeit-Antirheumatikum  
**Coxigon®**



Neuartiges Wirkprinzip  
– Langzeitwirkung  
Coxigon wirkt primär auf die Entzündung  
– Langzeitwirkung gegen Schmerz und Bewegungseinschränkung  
Außergewöhnlich gute Magenverträglichkeit  
– Langzeit-gerechte  
1x täglich  
= Langzeit-compliance;  
Ihr Patient macht mit

cryn. Diese Thienylsäure wurde im Mai 1979 zugelassen, ist dann in der zweiten Jahreshälfte 1979 vermarktet worden und wurde im Januar 1980 aus dem Handel genommen, zuerst in Amerika und dann auch in Deutschland. Bei den Patienten traten Leberentzündungen auf, und zwar in einer Häufigkeit, die deutlich erkennen ließ, daß hier ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis bestand. Während dieses Diuretikums, zuvor 3 Jahre unbeanstandet in Frankreich auf dem Markt war, reichten auf dem US-Markt 4 Monate aus, um dann sehr schnell die lebergiftigen Eigenschaften dieses Mittels herauszufinden. Obgleich in Amerika eben keine Massenanzahl stattgefunden hat wie in Frankreich – es wurde im Gegenteil nur vereinzelt angewendet – trotzdem hat man in den USA sehr schnell die Risiken dieser zuvor jahrelang in Europa „erprobten“ Substanz bemerkt. Ganz ähnlich liegt auch der Fall beim Coxigon. Coxigon wurde im April 1982 in den Staaten eingeführt, es wurde dann um den 4./5. September 1982 aus dem Handel zurückgenommen, war also auch dort nur wenige Monate im Handel. Es hatte wohl zu 4 tödlichen Leberversagen geführt und zu einer Reihe anderer gefährlicher Nebenwirkungen. Bereits am 17. Juni 1982 haben die amerikanischen Verbraucher unter der Federführung von Dr. Sydney Wolf Mitarbeiter von Ralph Nader in der Health Research Group gefordert, dieses Mittel aus dem Handel zu ziehen.

I. Simon: Und die Begründung?

U. Moebius: Die Begründung lautet: Seit April 1982 sind 17 Artikel oder Briefe an die Herausgeber des „British Medical Journal“ und „Lancet“ über die Gefahren von OPREN erschienen. OPREN heißt in Deutschland Coxigon. In diesen Artikeln werden 12 Todesfälle beschrieben, und zwar bei 11 Frauen und 1 Mann, im Alter



zwischen 57 und 88 Jahren. Außerdem 23 Fälle von Gelbsucht und Lichtüberempfindlichkeit – insbesondere gegen Sonnenbestrahlung – bei ausnahmslos allen 14 sehr sorgfältig untersuchten Fällen, wo man diesen unerwünschten Effekt studiert hatte. Soweit das heute bekannt ist, starben 8 von 9 Patienten an den Folgen einer Kombination eines Leber- und Nierenschadens. Da es keinerlei Nachweis gibt, daß dieses Arzneimittel in irgendeiner Form wirksamer ist als andere Arzneimittel aus der Reihe der nichtsteroidalen Antirheumatika, und keine signifikanten Vorteile den schwerwiegenden Risiken gegenübergestellt werden können, wurde hier die sofortige Suspendierung der Zulassung gefordert.

**I. Simon:** Das war jetzt immer noch die amerikanische Begründung?

**U. Moebius:** Das ist die amerikanische Begründung vom 17. Juni 1982, d.h. eigentlich am 8. Mai 1982 hätten sämtliche roten Lampen im BGA angehen müssen, das war der Tag, an dem „Brandartikel“ in England im „British Medical Journal“ über die Gefahren von Coxigon erschienen sind.

**I. Simon:** Die Frage nach dem therapeutischen Nutzen gegenüber bereits vorhandenen und zugelassenen Arzneimitteln zieht offenbar in den USA sehr stark. Das ist ja auch ein Zulassungskriterium, das von gewerkschaftlicher Seite hier bei uns bisher vergeblich gefordert wurde. Der Hersteller soll die Pflicht haben, die therapeutischen Vorteile seines Präparates gegenüber bereits zugelassenen nachzuweisen. Bei uns ist ihm das ja erlassen aus Gründen der freien Marktwirtschaft!

**U. Moebius:** Das ist eigentlich ein ganz banales Problem. Das einzig neue an Coxigon sind seine schwerwiegenden Risiken. Im Grunde genommen leistet es als Antirheumatikum nicht mehr als jedes Feld-Wald-Wiesen-Antirheumatikum vom Typ des Aspirin. Aspirin gibt seit gut 100 Jahren, die Risiken von Aspirin sind gut abschätzbar, und der Nutzen von Aspirin ist gut bekannt. Von daher wäre es logisch, daß man eine solche Neuerscheinung nicht begrüßt, sondern im Gegenteil, ablehnt.

**I. Simon:** So wie Sie das jetzt am Beispiel Coxigon dargestellt haben, wurden die Mängel des 2. Arzneimittelgesetzes, das von Angehörigen des Amtes als bestes Gesetz der Welt klassifiziert wurde, doch sehr offensichtlich, und zwar an zwei ganz entscheidenden Punkten: Mängel bei der Zulassung, die sogar durch das Gesetz abgesichert sind, und Mängel bei der Marktüberwachung. Denn ganz offenbar ist doch, daß solche erheblichen Risiken in den USA offenbar in relativ kurzer Zeit erkennbar sind, was bei uns nicht der Fall ist.



**U. Moebius:** Wir reden davon, daß man eigentlich immer nur die Spitze des Eisbergs bei Nebenwirkungen erkennen kann, und erst mit der Massenanzahl wird das Risiko offensichtlich. Zulassungsmethoden bei Coxigon haben kläglichst versagt. Obwohl das Gesetz fordert, daß man am Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis eine Neuzulassung prüft, ist dies nicht geschehen. Der Hersteller hatte von Anfang an Klarheit über die besonderen Risiken von Coxigon. Er wußte bald, daß ältere Menschen diesen Stoff nicht vertragen, ja damit vergiftet werden können. Aber weder der Hersteller noch das zuständige BGA haben aus dieser Erkenntnis die richtige Konsequenz gezogen. Sie haben dies sogar noch unterlassen, als im internationalen Schrifttum bereits Warnungen publiziert wurden. Es ist bezeichnend, daß beispielsweise im April 81 im Detail bekannt war, daß die Halbwertszeit dieses Mittels um den Faktor 10 bei älteren Menschen verlängert sein kann. Alle Daten, die der Hersteller beim BGA eingebracht hat vor der Zulassung, bezogen sich auf die Erfahrungen an jungen Normalpersonen und nicht an Kranken. Man wußte aber im April 81 nach der Vermarktung, daß die Halbwertszeit bei chronisch Nierenkranken extrem verlängert sein kann und wußte dann auch im Juni 81 – das ist auf dem Pariser Rheumatologenkongreß vorgetragen worden –, daß die Halbwertszeit beim älteren Menschen um den Faktor 10 verlängert sein kann, d.h. also statt 28 Stunden 352 Stunden im Extremfall. Wenn man davon ausgeht, daß eine Halbwertszeit von 352 Stunden malgenommen werden muß mit dem Faktor 5 (wenn man die Gesamteliminationszeit errechnen will), dann kann man sich ausrechnen, daß ein alter Mensch unter Umständen 60 Tage benötigt, um die Gesamtdosis Coxigon von 600 mg auszuscheiden. Innerhalb weniger Tage konnte so ein älterer Mensch durch Coxigon in einen schwerwiegenden Vergiftungszustand gebracht werden, der dann eigentlich zwangsläufig mit dem Tod des Betroffenen enden mußte.

**I. Simon:** Interessant ist ja, daß zum 17. September 1982 eine Anhörung von

seiten des BGA geplant war, also zu einem Zeitpunkt, als die Firma zwar ihr Präparat zurückgerufen hatte, allerdings nicht endgültig, sondern nur auf 3 Monate befristet. Mußte sich die Firma Lilly fürchten vor dem, was dort von Sachverständigen, zu denen ja auch Sie gehört hätten, bei dieser Anhörung gesagt worden wäre? Durch die Zurücknahme wurde ja auch die Anhörung im BGA überflüssig, weil der Stufenplan nicht vorsieht, daß ein Präparat, nachdem es von Seiten des Herstellers vom Markt genommen wurde, noch einer Anhörung unterworfen wird.

**U. Moebius:** Ja, das war ein Gefallen, den sich das Amt auch selbst geleistet hat, denn es wäre sicher peinlich geworden, da man von Anfang an die Vorgeschichte dieses Produktes erläutert hätte anhand von internen Firmenunterlagen, die zweifelsfrei beweisen, daß Lilly sehr wohl die besonderen Risiken von Coxigon kannte. So gesehen ist es wohl ein Akt der Selbstdenunziation, daß die Firma von sich aus auf die Zulassung verzichtet hat. Dies begründet der Lilly-Konzern als spezifisch deutsches Problem, d.h. weltweit plant Lilly die weitere Vermarktung von Coxigon. Nur in Ländern wie England und der Bundesrepublik Deutschland hat man zunächst einmal auf die Zulassung verzichtet, weil eben hier besondere Marktschwierigkeiten vorlagen. Diese Marktschwierigkeiten liegen darin, daß Coxigon in beiden Ländern eine relativ schlechte Presse hatte, nachdem die englische Gesundheitsbehörde die Zulassung am 4. August dieses Jahres aufgehoben hatte. Die Firma wäre mit Sicherheit nicht in der Lage gewesen, die Zulassung und weitere Vermarktung von Coxigon in Deutschland in aller Öffentlichkeit zu begründen. Einmal fehlt Lilly kompetentes ärztliches Personal, um das zu rechtfertigen, und zum anderen hatte die Firma auch keinerlei Argumente mehr zur Hand.

**I. Simon:** Vielen Dank für das Interview.

\*Für DG fragte Ingeborg Simon, Apothekerin, Berlin

# Im Pharma-Dickicht: Staatliche Aufsicht und private Interessen

## Beobachtungen zur Praxis der Arzneimittelkontrolle

Von Rolf Rosenbrock

**Das Bundesgesundheitsamt in Berlin führt die Aufsicht über das gesamte Arzneimittelwesen: Es entscheidet u. a. über Sicherheit und Zulassung neuer Medikamente. Zahlreiche Mitarbeiter dieser Behörde stammen beruflich aus der pharmazeutischen Industrie. Das führt zu Gefahren der Interessenkollision und unzureichender Kontrollpraxis.**

**Angehörige dieses Amtes verfügen naturgemäß über die intimsten Kenntnisse des Zulassungsverfahrens. Wenn einlge von ihnen gleichzeitig als Gesellschafter oder Mitarbeiter von Firmen fungieren, deren Geschäftszweck die gewerbmäßige Erprobung von Medikamenten am Menschen ist, ergibt sich eine brisante Konstellation: Beamte und ehrenamtliche Mitarbeiter des Bundesgesundheitsamtes prüfen und beurteilen Zulassungsunterlagen, an deren Zustandekommen sie selbst beteiligt waren und Geld verdient haben.**

Die Verquickung von Amt und Geschäft ist ein Thema, das unter verschiedenen Gesichtswinkeln in unterschiedlichen Branchen mit wechselnder Intensität Anlaß zu besorgten bis kritischen Erörterungen gibt. Die Skala der Interpretationen und Schlußfolgerungen ist weit: Sie reicht von glatter Leugnung des Tatbestandes bzw. augenzwinkerndem Einverständnis über moralische Entrüstung bis hin zur analytischen Einordnung solcher Phänomene in Gesellschaftstheorien. In einigen dieser Theorien spielt die gegenseitige Durchdringung von Teilen des Staatsapparates und Schaltstellen der Privatwirtschaft eine geradezu zentrale Rolle. Besonders bekannt geworden sind solche Fälle aus dem Bereich der Rüstungswirtschaft: Mit Vorliebe werden dort frühpensionierte Ex-Beamte des Verteidigungsministeriums als Verbindungsleute und Auftragsbeschaffer eingekauft<sup>1</sup>). Gegenwärtige und ehemalige Angehörige öffentlicher Ämter und Behörden sind also öfters in privatwirtschaftliche Geschäfte verwickelt. Bezogen auf den Arzneimittelbereich kann daraus allerdings nicht der Schluß gezogen werden, die Prüfung der Wirksamkeit, Sicherheit und Kontrolle von Medikamenten kranke in erster Linie an objektiven und subjektiven Defiziten des Bundesgesundheitsamtes oder gar der Bürokratie schlechthin. Eine solche Betrachtung entspräche zwar den gängigen, auch politischen Mode. Die real wirksamen Beziehungen laufen aber genau andersherum. Tatsächlich ist es die Dominanz des privaten Gewinnstrebens der Pharma-

hersteller, die eben nicht nur auf Entwicklung, Produktion und Vertrieb von Arzneimitteln durchschlägt, sondern sich auch noch die staatliche Kontrolle nach den eigenen Bedürfnissen zu gestalten versucht. Zu fordern ist deshalb die Herstellung von strukturellen Bedingungen, unter denen sich eine wirksame Aufsicht über den Arzneimittelmarkt tatsächlich entfalten kann. Das positive Ergebnis solcher Veränderungen könnte u.a. eine weniger zögerliche Handhabung des Arzneimittelgesetzes (AMG) in Fragen der Arzneimittelsicherheit sein: Die Fälle Duogynon/Cumorit, Metamizol (Novalgin etc.), Clofibrat, rezeptfreie Appetitzügler (Mirapront, Recatol etc.) und Coxigon deuten auf die bislang unzureichend genutzten Handlungsmöglichkeiten des Amtes hin.

### Kontrolliert die Industrie mit?

Oberste Bundesbehörde u.a. für alle Fragen der Zulassung von Arzneimitteln ist das Bundesgesundheitsamt (BGA) bzw. in diesem das Institut für Arzneimittel. „Zahlreiche Namen verantwortlicher Mitarbeiter im Arzneimittelinstitut des BGA vermag der Branchenkundige in Gedanken um die Namen ehemaliger Arbeitgeber zu ergänzen: Boehringer Mannheim, Hoechst, Kali-Chemie, Sandoz, Schering etc.“<sup>2</sup>) (S. 104) Nun kann nicht behauptet werden, daß eine solche Mitarbeiterstruktur vollends vermeidbar wäre. Sie wirft aber eine Reihe von Problemen auf: Wer seinen Beruf in der privaten Industrie gelernt hat, wird in vielen Fällen dazu neigen, deren Maßstäbe hinsichtlich Sicherheit und Wirksamkeit auch für seine Tätigkeit in der Kontrollbehörde anzulegen. Darin werden ihn mannigfache persönliche, kollegiale und



andere Beziehungen aus seinem alten Arbeitsbereich eher bestärken. Das kann zu Sicht- und Handlungsweisen führen, mit denen die Kontrollaufgaben des Amtes nicht vollständig zu erfüllen sind. Das kann zu persönlichen Befangenheiten führen. Das kann auch Anlaß für pharmazeutische Firmen sein, den Wechsel einiger ihrer Mitarbeiter ins Arzneimittelinstitut des BGA zu begrüßen oder zu fördern. Weil es natürlich im Hinblick auf Atmosphäre, Kennt-



Autor Rolf Rosenbrock

nis der Verfahrensweisen, Information über konkrete Fälle sowie Behandlung der eigenen Anträge günstig sein kann, eine Vertrauensperson in der Zulassungs- und Aufsichtsbehörde zu wissen. Weder das BGA noch das ihm vorgeordnete Bundesgesundheitsministerium sorgen durchgängig dafür, daß in Fragen der Wirksamkeit und Zulassung wissenschaftliche Standards gegen spezielle Industrieinteressen durchgesetzt werden. Exemplarisch konnte dies jüngst an den Vorgängen um die Berufung des anthroposophisch orientierten Dr. Gerhard Kienle zum Vorsitzenden der Kommission für Phytotherapeutika studiert werden<sup>12</sup>) (S. 26).

Beispielhaft für den Wechsel aus der Industrie an das Arzneimittelinstitut des BGA seien hier Prof. Dr. Günther Stille (bis Frühjahr 1982 Direktor der Abteilung Pharmakologie im BGA, bis Ende der siebziger Jahre bei der Knoll AG) und der ihm untergebene Leiter des Referats Psychopharmaka, Prof. Dr. Werner M. Herrmann (bis 31.12.1981 beim BGA, früher bei Schering AG) genannt.

Beide Herren stammten nicht nur aus dem privatwirtschaftlichen Bereich, sie haben ihn innerlich offenbar allenfalls für kurze Zeit verlassen. Schon während ihrer Zeit am BGA wurden sie zugleich Gesellschafter, d. h. Inhaber von Kapitalanteilen von Firmen, die sich dem Geschäft der Arzneimittelprüfung verschrieben haben: Herrmann bei International Drug Experts Association, IDEA GmbH, Stille und Herrmann bei der Gesellschaft für Arzneimittelprüfung, G.f.A. GmbH<sup>11</sup>). Beide Firmen sind kapitalmäßig miteinander verflochten, haben ihren Sitz in Berlin und bieten als Arbeitsgemeinschaft AFB (Arzneimittelforschung Berlin) Unternehmen der pharmazeutischen Industrie den Service an, „zünftig und methodisch hochwertig klinisch zu prüfen“<sup>16</sup>) (S. 4). „Außerdem kann die AFB ihre wissenschaftlichen Ergebnisse auf Wunsch des Auftraggebers und der betei-



ligten Wissenschaftler in renommierten Fachzeitschriften publizieren“<sup>(6)</sup> (S. 6). Offenbar nahm niemand Anstoß an dieser Doppelfunktion der amtlichen Arzneimittelprüfer, die durchaus Raum für Interessenkollisionen bot: „Solange sie es selbst mochten (d.h. von 1979 bzw. 1980 bis 1982, RR), konnten mithin zwei Beamte des Arzneimittelinstituts zugleich Unternehmer der Arzneimittelbranche sein“<sup>(2)</sup> (S. 105). Allerdings: Wenige Wochen, nachdem dieser Satz veröffentlicht worden war, schied einer der beiden, Prof. Stille, ohne größeres Aufsehen aus der G.f.A. aus und verkaufte seine Geschäftsanteile zum Kurs von 200 % an seine Mitunternehmer<sup>(1)</sup>. Das BGA dagegen reagierte auf diese Veröffentlichung zunächst gar nicht. Erst im Zuge der Recherchen für diesen Artikel für DG gab das Amt auf mehrfache Nachfrage ein Statement ab. Danach ist die Doppelfunktion „mit einer Tätigkeit im BGA nicht vereinbar“ und wird, wenn sie bekannt wird (!), „unterbunden“. Es sei nur deshalb nichts unternommen worden, weil die Mitarbeiter „ihre Stellung in dieser Gesellschaft (gemeint ist die G.f.A.) nicht angezeigt haben“. Ob man dieser Erklärung nun Glauben schenkt oder nicht: Bemerkenswert bleibt, daß zum Zeitpunkt der Nachfrage beim BGA die erste Veröffentlichung des Sachverhalts im *Argument*<sup>(2)</sup> bereits vier Monate auf dem Markt war und vom Amt auch dann noch „die vermutete Doppelfunktion... im Falle Herrmann nicht festgestellt werden konnte.“ Zumindest in den Handelsregisterunterlagen beim Amtsgericht Charlottenburg ist Prof. Herrmann seit Juni 1980 als Gesellschafter beider Firmen öffentlich verzeichnet. Bedenkt und vergleicht man damit die Informations- und Penetrationstechniken der Pharmaindustrie, so wird man gewahr, wie ungleich die Karten in diesem Spiel um die Kontrolle und die Kontrolle der Kontrolle derzeit verteilt sind.

## Die gewerbsmäßige Arzneimittel-Erprobung

Die Branche, die die Erprobung von Arzneimitteln am Menschen zu ihrem Zweck und Geschäft erhoben hat, ist in der BRD noch sehr jung. Das 2. AMG von 1976 verlangt von den Pharmaunternehmen zwar keinen substantiierten Wirksamkeitsnachweis für ihre Arzneimittel<sup>(3)</sup> (S. 220), erhöhte jedoch die formalen Zulassungsvoraussetzungen beträchtlich. In der Erwartung, daß vor allem kleine und mittlere Pharmafirmen diese Anforderungen nicht ohne weiteres selbst erfüllen konnten, wurden in der BRD zahlreiche Firmen bzw. private Institute dieses Geschäftszweiges gegründet. Derzeit existieren insgesamt ca. 24 solcher Unternehmen. Damit wurde eine Entwicklung nachvollzogen, die in den USA schon länger im Gang war. Folgerichtig war an der Gründung der IDEA im Jahre 1977 auch eine US-Firma dieser Branche kapitalmäßig beteiligt. Ihr Präsident, Prof. Dr. Turan M. Itil, galt bis zum Bruch der Geschäftsbeziehungen als persönlicher

Freund von Prof. W. Herrmann. In den USA waren durch ein Hearing von Senator E. Kennedy und die FDA allerdings auch die Gefahren dieser Branche bereits sehr deutlich geworden: Wenn ein Unternehmen von Aufträgen der klinischen Arzneimittelprüfung wirtschaftlich abhängig ist, besteht ein sehr starker ökonomischer Druck, solche Ergebnisse zu produzieren, die der Auftraggeber – tatsächlich oder mutmaßlich – erwartet. Außerdem zieht dieser Geschäftszweig wegen der relativ breiten Manipulationsmöglichkeiten bei der Arzneimittelprüfung<sup>(1)</sup> unseriöse Geschäftemacher und anderswo gescheiterte Existenzen in besonderem Maße an. Infolgedessen erbrachte die Untersuchung in den USA u.a. Fälle von frei erfundenen Patientenunterlagen, offensichtlicher Manipulation mit Placebo und Wirkstoff, vorge-täuschten Überfällen, um das Fehlen von Prüfunterlagen zu vertuschen etc.<sup>(1)</sup> (S. 157). Mit der zunehmenden Verlagerung der klinischen Arzneimittelprüfung auf derartige Unternehmen vermindern sich nicht gerade die Gefahren der Manipulation von Ergebnissen hinsichtlich Sicherheit und Wirksamkeit. (Problemfeld „Klinische Pharmaforschung und Verbrechen“<sup>(1)</sup> [S. 153 ff.]). Die klinische Pharmaforschung bedarf deshalb dauernder öffentlicher Kontrolle<sup>(4)</sup> (S. 254). Solange diese Voraussetzung nicht gegeben ist, kann ein Satz wie der folgende aus der Feder zweier Gesellschafter der G.f.A. und der IDEA nur Befürchtungen auslösen: „Übertriebene Anforderungen und eine überdurchschnittlich komplizierte Versuchsanlage, die zuungunsten der praktischen Durchführbarkeit geht, sollen dabei im allgemeinen vermieden werden“<sup>(7)</sup> (S. 3028). Auch ist die Tatsache nicht leicht zu interpretieren, daß unter den Auftragge-



bern der G.f.A. und IDEA entgegen den Gründungserwartungen und entgegen den Vermutungen des BGA die kleineren Pharmafirmen nicht durchweg dominieren. Vielmehr finden sich unter der Kundschaft durchaus auch „Große“ wie Boehringer Ingelheim, Chemie Grunenthal, Schering, Wander, Sandoz etc. Überhaupt ist das Verhältnis der Prüffirmen zu pharmazeuti-

„Das Land Berlin – vertreten durch den Senator für Wissenschaft und Kulturelle Angelegenheiten – und die Schering Aktiengesellschaft beabsichtigen die gemeinsame Gründung eines Instituts, das sich mit gentechnologischer Forschung befaßt. Das Institut wird in der Rechtsform einer GmbH betrieben werden. Das Land Berlin und die Schering Aktiengesellschaft haben die Absicht, über einen Zeitraum von zehn Jahren insgesamt 80 Mio. DM in dieses Projekt einzubringen. Der Leiter des Instituts soll gleichzeitig als Hochschullehrer tätig sein und das Institut im wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Umfeld vertreten. Es ist daran gedacht, Schering auf die im Institut erarbeiteten Ergebnisse ein Optionsrecht einzuräumen.“ (aus der gemeinsamen Presseerklärung des Berliner Senators für Wissenschaft und Kulturelle Angelegenheiten, Prof. Dr. W. Kewenig (CDU), und der Schering AG vom 23. 9. 1982).

schen Großunternehmen, in Berlin vor allem zu Schering, durchaus weiter untersuchenswert: Herrmann „schied erst Ende der siebziger Jahre als Abteilungsleiter im Fachbereich Klinische Forschung der Schering AG aus, um in das BGA einzutreten. Der langjährige Alleingeschäftsführer (der G.f.A.) war noch in den siebziger Jahren im Zentralen Vorstandssekretariat der Schering AG beschäftigt. Die einzige weibliche Gesellschafterin (der G.f.A.) arbeitet in untergeordneter Stellung noch immer dort, während der Leiter der Abteilung Automation und Energietechnik seinen Geschäftsanteil (an der G.f.A.) verkaufte, bevor er 1981 für den Sprecherausschuß der Leitenden Angestellten von Schering kandidierte.“<sup>(2)</sup> (S. 106)

## Aus der Industrie – Für die Industrie – In die Industrie

Personelle Verbindungen zwischen Firmen der pharmazeutischen Geschäftsbranchen und der staatlichen Aufsicht existieren offenbar in mehreren Richtungen: Zahlreiche wissenschaftliche Mitarbeiter des Arzneimittelinstituts im BGA kommen aus der Industrie, zumindest einige bringen zumindest ihre dort erworbene Sichtweise in die Kontrollpraxis der Behörde ein. Einige kehren auch nach mehrjähriger Tätigkeit und Erfahrungssammlung im BGA wieder in die Industrie zurück. Wieder andere sorgen auch während ihrer Tätigkeit im BGA für einen möglichst reibungslosen Austausch mit der Industrie: „Das „Fortbildungszentrum Gesundheits- und Umweltschutz Berlin (FGU) e.V.“ veranstaltet dazu im Oktober und Dezember 1982 zum wiederholten Male Seminare zum Thema „Arzneimittelzulassung beim Bundesgesundheitsamt“. Die Teilnahme kostet mehrwertsteuerfrei 580 DM. Zu den Referenten gehören neben G. Lewandowski, dem Vizepräsidenten des BGA und gleichzeitig stellvertretendem Vorsitzenden des FGU e.V., die Drs. Prielipp, Schneider und Schuster vom BGA. Zumindest die beiden letzteren können die Bedürfnisse der Teilnehmer wahrscheinlich gut einschätzen: sie haben früher selbst bei Schering gear-

beitet. Das 72. und 78. Seminar des FGU e.V. werden für Oktober und Dezember 1982 angeboten. Das BGA hält diese „Fortbildungsveranstaltung“ für „gesundheitsspolitisch erwünscht“. Nun ist sicher nichts dagegen einzuwenden, wenn eine Behörde ihre Klientel mit den Verfahrensregeln vertraut macht. Für Finanz-, Arbeits- und Sozialämter öffnet sich hier ein weites Betätigungsfeld. Indes ruft die hochbezahlte „Gelegenheit, konkrete eigene Probleme mit qualifizierten Referenten (aus der Zulassungsbehörde! RR) in Seminarform zu diskutieren“<sup>9)</sup> (S. 1) zumindest den Eindruck von Asymmetrie hervor: Wann und wo haben die gesundheitspolitischen Interessen der Verbraucher und Patienten je die Gelegenheit, sich derart intensiv im kleinen und kompetenten Kreis zu artikulieren?

Daß Mitarbeiter des BGA ihre dort erworbenen Intimkenntnisse des Zulassungs- und Aufsichtsverfahrens gewinnbringend in Unternehmen wie der G.f.A. oder IDEA verwerten, stellt also nur eine unter mehreren Möglichkeiten dar. Und so will es niemand gern haben bzw. nahm Anstoß daran, daß die Professoren und Direktoren Herrmann und Stille mit der amtlichen Beurteilung von Prüfunterlagen befaßt sein konnten, die aus einem Unternehmen kamen, an denen dieselben Beamten kapitalmäßig beteiligt waren. Teilweise ließen sie sich sogar noch in den Handlungsregisterunterlagen als „Beamte“ titulieren.

Mehr noch: Unmittelbar nach seinem Ausscheiden aus dem BGA zum Ende 1981 rückte Herrmann sogar zum Geschäftsführer der G.f.A. auf, blieb aber gleichzeitig für das BGA tätig: Da seine Stelle im BGA noch nicht wieder besetzt wurde, begutachtet er seither auf der Basis von Stundenhonoraren für das Amt Zulassungsanträge für Psychopharmaka. Außerdem „betreut“ er aufgrund eines Werkvertrages die Arbeit der Aufbereitungskommission „Alterskrankheiten“, die u.a. die Kriterien für die Nachzulassung der Altersspezialitäten auf diesem Gebiet festlegt. An eine Beendigung dieser Vertragsverhältnisse ist derzeit nicht gedacht, der Werkvertrag läuft ohnehin bis zum ersten Halbjahr 1983. Das BGA bestreitet, daß hier ein Beamter bzw. Ex-Beamter in öffentlich-rechtlichem Auftrag über die Validität von klinischen Untersuchungen zu gutachten hat, an denen er selbst ein geschäftliches Interesse hat. Unbestritten jedoch bleibt, daß Prof. Herrmann zur gleichen Zeit sowohl geschäftlich Arzneimittel an Menschen erprobt als auch im amtlichen Auftrag das Ergebnis solcher Prüfungen begutachtet – beides gegen Entgelt.

Das BGA hätte allerdings auch bei geschärftem Problembewußtsein über die Gefahren von Interessenkollisionen in diesem sensiblen Bereich kaum die Möglichkeit, auf die vertragliche Verpflichtung externen Schverstandes vollständig zu verzichten: für die Bewältigung von ca. 800 Zulassungsanträgen pro Jahr wurde schon 1978 ein Mindestbedarf von 44 Wissen-

schaftlern berechnet. Die Zahl der Anträge liegt um 20 % höher, die der Stellen um 20 % niedriger. Für Risikoabwehr und Marktaufsicht sehen die Zahlenverhältnisse noch trostloser aus. Und auch die für die Kontrolle von Firmen wie G.f.A. und IDEA zuständigen Länderbehörden könne wegen Unterbesetzung nach Ansicht des BGA die „notwendige Kontrolle nur begrenzt durchführen“. Kein Wunder also, daß sich G.f.A. und IDEA Hoffnungen machen, die Geschäftsbeziehungen zum BGA auszubauen: Mit der Nachzulassung zigtausender Altersspezialitäten steht bis 1990 ein Arbeitsberg ins Haus, den das BGA mit den bestehenden Ressourcen nicht bewältigen kann. Es entspräche der Logik der Privatisierung im Gesundheitswesen, und es widerspräche den gesundheitspolitischen Minimalanforderungen, wenn die Hoffnung der Prüffirmen in Erfüllung ginge: Sie könnten dann in Zukunft auf diesem Feld öffentlich-rechtlich privatwirtschaftlich Umsätze tätigen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wäre das BGA gut beraten, wenn es seinen eigenen Ausführungen zum Hinweis auf „mangelhafte Seriosität von im Auftrag oder auf Veranlassung von pharmazeutischen Unternehmen erstellten Gutachten und Dokumentationen“ folgen würde: „Ein derartiger Verdacht ist nach den Erfahrungen im Zulassungsverfahren nicht immer von der Hand zu weisen. Hier ist kritische Aufmerksamkeit besonders bei der Bearbeitung von Zulassungsanträgen notwendig“<sup>10)</sup> (S. 8). Die „kritische Aufmerksamkeit“ scheint bei Personen, deren Erwerbsquelle die Erstellung solcher Zulassungsanträge ist, nicht in den besten Händen zu liegen.

*Der seinerzeitige Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Prof. Dr. H. G. Wolkers fand nach dem von ihm selbst provozierten Abgang aus dem Ministerium sofort eine Anstellung als Abteilungsleiter bei der Hoechst AG. An den seinerzeitigen Geschäftsführer des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie und gleichzeitigen stellv. Fraktionsvorsitzenden der FDP im Landtag von Rheinland-Pfalz, Dr. H. O. Scholl sei erinnert. Sein Parteifreund, Dr. H. Friedrichs wirkte als Staatssekretär im dortigen Wirtschaftsministerium der Regierung Dr. H. Kohl, bis er 1972 zum Bundeswirtschaftsminister ernannt wurde. In dieser Funktion war er federführend für die Reform des Arzneimittelmarktes zuständig. Später wechselte er zur Dresdner Bank AG. Zu Dr. H. Kohl heißt es am 1. 10. 1982 im Tagesspiegel: „Die Weltfirma BASF blieb sein Mäzen, bis er das Berufsziel des Politikers erreichte“.*

## Ein neuer Präsident – Eine neue Politik?

Einige der hier dargestellten Sachverhalte verlangen nach Erklärungen durch das BGA. Es bleibt abzuwarten, ob diese Erklärungen befriedigen oder nicht. Entscheidend für die pharmapolitische Öffentlichkeit dürfte sein, wie das BGA in Zukunft Verquickung zwischen Amt und Geschäft sowie Geschäften im Zwielficht zwischen

öffentlich-rechtlicher und privatwirtschaftlicher Sphäre vorbeugen will.

Erklärungen und Maßnahmen werden vor allem vom Präsidenten des BGA, Prof. Dr. K. Überla, zu erwarten sein. Dabei müßte auch dessen eigene Rolle zur Sprache kommen: Bevor er 1981 Präsident des BGA wurde, diente er diesem als Vorsitzender der Zulassungskommission für den humanmedizinischen Bereich. Diese Kommission hat bei der Zulassung neuer Medikamente beträchtliches, auch öffentlich-rechtliches Gewicht. Seit Inkrafttreten des 2. AMG hat die Behörde nur vierzehnmal abweichend von der Kommission entschieden<sup>12)</sup> (S. 26) und muß diese Abweichungen jeweils besonders begründen.

Während K. Überla, im Hauptberuf Professor in München, dieser gewichtigen Kommission seit ihrer Konstituierung im Juni 1978 vorsah, war er gleichzeitig Mitarbeiter der iphar – International Pharmacological Research Institute GmbH, München-Ottobrunn. In dieser Funktion firmiert er als einer der beiden wissenschaftlichen Berater und zudem als verantwortlicher Biostatistiker einer klinischen Arzneimittelprüfung dieses Unternehmens. Geprüft wurde (Studie 76/129) im Auftrag der Chemie Grünenthal GmbH und mit dem Ziel der Zulassung durch das BGA. Erprobt wurde an 36 Altersheimbewohnern, von denen 26 den Test auch beendeten und 24 Fälle ausgewertet werden konnten, die Substanz C.G. 3033. Chemie Grünenthal GmbH ist als Hersteller von Contergan bekanntgeworden. Supidimid, so der Substanzname von C.G. 3033, ist in seiner Struktur dem Thalidomid (Contergan) sehr eng verwandt und wurde als angeblich „neues Hypnotikum“<sup>8)</sup> (S. 1295) getestet.

## Anmerkungen:

- 1) Rosenbrock, R., H. H. Abholz: Klinische Pharmakoforschung und Verbrechen, in: Jahrbuch für kritische Medizin Band 6, Argument-Sonderband AS 53, Berlin 1980, S. 153–174
- 2) Setzevits, S.: Über eine Aufsichtsbehörde, in: Jahrbuch für kritische Medizin Band 8, Argument-Sonderband, AS 88, Berlin 1982, S. 98–110
- 3) Simon, I.: Das 2. Arzneimittelgesetz, in: Jahrbuch für kritische Medizin Band 3, Argument-Sonderband AS 27, Berlin 1978, S. 218–228
- 4) Rosenbrock, R.: Die Rolle der chemisch-pharmazeutischen Industrie im Gesundheitswesen, in: H. U. Deppe (Hg.): Vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980, S. 222–256
- 5) Hoffmann, W.: Bonner Kullisse, in: Die Zeit Nr. 33 v. 13. 8. 1982, S. 16
- 6) Arzneimittelforschung Berlin (AFB): Die erfolgreiche Alternative (Prospekt), o.O., o.J. (Berlin 1982)
- 7) Wagner, W., R. Witte: Die Rolle des niedergelassenen Arztes bei der Arzneimittelprüfung, in: Der praktische Arzt, Nr. 27/1980, S. 3019–3030
- 8) Koch, H., Wirkstoffneheiten, Folge 139 und 140, in: Deutsche Apotheker Zeitung Nr. 25/1981, S. 1295
- 9) Fortbildungszentrum Gesundheits- und Umweltschutz Berlin e. V. (FGU): Arzneimittelzulassung beim Bundesgesundheitsamt, Prospekt zum 72. und 78. Seminar im Oktober und Dezember 1982
- 10) Bundesgesundheitsamt: Auswertung des Buches „Gesunde Geschäfte...“, Schreiben vom 13. 4. 1981 an das BMJFG (R 2-1770-00-33/81)
- 11) Handelsregister beim Amtsgericht Charlottenburg: IDEA GmbH: Eingetragen am 20. 6. 1977 HRB 11660. G.f.A. GmbH: Eingetragen am 5. 6. 1980 HRB 16251
- 12) Greiser, E.: Von Contergan zu Coxigon, in: Die Zeit Nr. 38 vom 17. 9. 1982, S. 25–27



# KONGRESS BERICHTE

## 31. Generalversammlung der IFMSA – Internatio- nales Treffen von Medi- zinstudenten

IFMSA – International Federation of Medical Students Associations – hinter diesen fünf Buchstaben steht eine schon seit über 30 Jahren bestehende internationale Vereinigung von Medizinstudenten. Vertreter aus ca. vierzig Ländern versuchen, im Rahmen der IFMSA Aufgaben und Themen wie Austausch von Familien, Medizinerbildung, Medizin und Dritte Welt oder medizinische Primärversorgung in weltweiter, internationaler Zusammenarbeit anzugehen und zu bewältigen.

Die 31. Generalversammlung fand im August 82 im idyllisch sommer-sonnigen Schloß Wartensee bei Rorschach am schweizerischen Teil des Bodensees statt. Neben Arbeitsgruppen zu den Themen „Frauen im Gesundheitswesen“, „Flüchtlinge im Libanon“, „Medizinische Primärversorgung“, „Medizinerbildung“ und „Medizin und Umwelt“ stand das Thema „Verhinderung eines Atomkriegs“ im Mittelpunkt der einwöchigen Tagung.

Bemerkenswert war die Betroffenheit aller neunzig Teilnehmer in Anbetracht der drohenden Gefahr eines Atomkriegs, unabhängig von der unterschiedlichen Situation in den einzelnen Ländern. Während wir als Vertreter der BRD aus einem Staat mit der höchsten Atomwaffendichte kommen, in dem die Stationierung weiterer 264 Erstschlagwaffen geplant ist, weiß der Kommilitone aus dem Sudan, daß auf seinem Kontinent jährlich mehrere Millionen Menschen verhungern. Während das Heimatland unserer Gastgeber durch seinen „vorbildlichen“ Zivilschutz mit Bunkerplatz für jeden Bürger die Illusion von der Überlebensfähigkeit eines Atomkriegs nährt, beschäftigt die Vertreterin aus Australien die Tatsache, daß ihr doch so sicheres und entferntes Land bei einem Atomkrieg dem radioaktiven Fallout ausgesetzt sein wird.

Ergebnis der Tagung war unter anderem eine Resolution zur „Verhinderung eines Atomkriegs und für atomare Abrüstung“, in der es heißt: „Es

ist unsere medizinische Verantwortung deutlich zu machen, daß es im Fall eines Atomkriegs keine wirksame medizinische Hilfe gibt. Die einzige Hilfe ist die Verhinderung eines Atomkriegs. Angesichts von Hunger, Krankheit und Tod von Millionen Menschen auf der Erde, fordern wir die Umverteilung ökonomischer Mittel und menschlicher Fähigkeiten – die gegenwärtig für Atomwaffen verschwendet werden – um die Grundbedürfnisse der Menschheit sicherzustellen.“

Bleibt zu hoffen, daß diese weltweite Informationskampagne mehr und mehr Menschen zur Teilnahme an Friedensinitiativen bewegt, daß die Zusammenarbeit mit bestehenden Friedensorganisationen im Gesundheitswesen (IPPNW-International Physicians for the Prevention of Nuclear War) verstärkt werden kann und wir so gemeinsam der Umsetzung und Verwirklichung unserer „Friedensbeschlüsse“ ein Stück näher kommen.

Elfi Gams

## Warnung vor weiterem Sozialabbau!

Vom 29.–31. Juli 1982 trafen sich in Königstein (Taunus) Ärzte, Wissenschaftler und Gesundheitspolitiker aus England, Italien, Holland, Österreich, Schweden, Spanien und der Bundesrepublik Deutschland zu dem Thema: „Gesundheitspolitik in Westeuropa – Wirtschaftliche Situation, Staatseinfluß und alternative Strategien“. Eingeladen hatte die International Group for the Study of the Political Economy of Health und die Abteilung Medizinische Soziologie des Fachbereichs Humanmedizin der Universität Frankfurt.

In einer abschließenden Erklärung hob der Koordinator der Konferenz, Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Deppe von der Universität Frankfurt, folgende Arbeitsergebnisse hervor:

1. Es wurde festgestellt, daß die wirtschaftliche Krise mit ihren Auswirkungen auf das Gesundheitswesen kein nationales, sondern ein internationales Problem darstellt.

Inzwischen sind davon – wenn auch mit unterschiedlicher Intensität und zeitlicher Verzögerung – alle Länder Westeuropas betroffen.

2. Soziale Krankenversicherungen und nationale Gesundheitsdienste sind von einer finanziellen Auszehrung bedroht. Dies ist vor allem das Ergebnis

– von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit und geringeren Lohnsteigerungen

– der wirtschaftlich und politisch starken Macht von privaten Interessengruppen wie Arzneimittelindustrie, Apparateindustrie, freiberuflich tätigen Ärzten und privaten Versicherungen sowie

– des Ausbaus der Verteidigungshaushalte auf Kosten der Sozial- und Gesundheitsversorgung.

Gewachsene Grundsätze des Sozialstaats werden dadurch in Frage gestellt.

3. Die Regierungen der Länder Westeuropas haben auf diese Situation ähnlich reagiert:

– Es kam nahezu überall zu Leistungseinschränkungen bei gleichzeitiger Erhöhung der Beiträge der Sozialversicherten.

– Staatlich kontrollierte Bereiche des Gesundheitswesens werden in zunehmendem Maße rationalisiert und in privatwirtschaftliche Betriebsformen überführt. Damit verschlechtern sich die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen und die Krankenversorgung orientiert sich immer deutlicher an marktwirtschaftlichen Prinzipien.

– Die Sozialversicherten werden immer häufiger zu einer zusätzlichen und direkten Kostenbeteiligung (Selbstbeteiligung) im Krankheitsfall herangezogen. Die Opfer werden gleichsam zu Schuldigen gemacht (victim blaming) und in

der Stunde der Not zu zusätzlichen Finanzleistungen verpflichtet.

4. Folge der staatlichen Kostendämpfung ist, daß die unteren Sozialschichten mit den häufigsten und schwersten Krankheiten davon am stärksten betroffen werden. Die soziale Ungleichheit wird zu Lasten der ohnehin gesellschaftlich Benachteiligten verschoben.

5. Die Teilnehmer der Konferenz warnen vor einem weiteren Sozialabbau und Privatisierungen im Gesundheitswesen. Sie sehen darin eine erhebliche Verschlechterung der sozialen Krankenversorgung. Gesundheit darf nicht zum Spielball eines geschäftlichen Kalküls gemacht werden.

6. Die Teilnehmer der Konferenz empfehlen vor allem den Ausbau präventiver Maßnahmen, die die Entstehung von Krankheiten durch die Verbesserung sozialer Bedingungen verhindern.

Günar Stempel ■

# buch *Kritik* buch



## Alte Menschen in Heimen

Ingrid Schlick: Hanstein-Verlag, 1978

Die 1978 veröffentlichte Dissertation wendet sich nicht nur an Gerontologen, sondern auch an interessierte, in der Altenarbeit tätige Praktiker.

Die Untersuchung an 1002 institutionalisierten alten Menschen hat zum Ziel, individuelle, heimspezifische und soziale Determinanten der Anpassung an die Heimsituation und des Wohlbefindens alter Menschen in Heimen zu untersuchen.

Zu den wichtigsten Ergebnissen gehört der Einfluß der Klassen- bzw. Schichtzugehörigkeit auf das psychische Wohlbefinden der Heimbewohner. Schon im Vorfeld des Heimeintritts entscheidet der soziale Status über Vorbereitung, Freiwilligkeit des Eintritts und Auswahlmöglichkeiten – wichtige Determinanten einer gelungenen Anpassung an die Heimsituation. Vom sozialen Status hängt es ebenfalls ab, ob ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit im Alter vorherrscht oder ein hohes Ausmaß an Resignation und Tendenzen zur sozialen Isolierung. Alte Menschen mit niedriger sozialer Schichtzugehörigkeit sind weniger gesund, leben in schlecht ausgestatteten Heimen, haben weniger Kontakte und weniger Möglichkeiten, ihre Freizeit sinnvoll zu gestalten.

Nur ein kleiner Teil der Untersuchten lebt in personell und räumlich gut ausgestatteten Heimen. In der Mehrzahl der Heime fehlt es an qualifiziertem Personal sowie an räumlichen Gegebenheiten, die der Aktivierung und Rehabilitation der Bewohner dienen können.

Wesentlich bestimmt ist das Wohlbefinden im Alter von der Art der Heimunterbringung: in Wohnheimen mit weitgehender Selbstversorgung, stadtnah gelegen – ist die Lebenszufriedenheit weitaus größer als in Alten- und Pflegeheimen – nicht zuletzt aufgrund der geringeren Reglementierung durch strikte Heimordnungen, die die Aktivitäten der Bewohner in anderen Heimformen erheblich einschränken.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der soziale Status, gesundheitliches Wohlbefinden und die Situation im Vorfeld des Heimeintritts die kausalen Ausgangspunkte sind, die über Qualität des Heims, Reglementierungsgrad und Einstellung des Personals zu den alten Menschen entscheiden und die für das Erleben der Heimsituation bedeutsam sind: für Lebenszufriedenheit und das Ausmaß von sozialem Rückzug und Resignation sowie für die Kontakte und Aktivitäten der Bewohner. Je wohlhabender und gebildeter ein alter Mensch ist, umso eher kann er sich Heime leisten, die sein Wohlbefinden und seine Anpassung an die neue Situation fördern und ihm hohe Lebenszufriedenheit geben. Dies gilt jedoch nur für ein Fünftel der Untersuchten. Für den großen Rest der Befragten gilt jedoch das Gegenteil: lebenslange Armut und Einschränkung hört im Alter nicht auf, verschärft sich vielmehr noch.

Norbert Andersch

## Altwerden in der Bundesrepublik Deutschland: Geschichte – Situationen – Perspektiven

Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.  
Manfred von Richthofenstr. 2, 1000 Berlin 42  
3 Bände, zus. DM 27,—

Im Auftrage des Bundesministeriums Jugend, Familie und Gesundheit erstellte das Deutsche Zentrum für Altersfragen einen umfassenden Fachbericht zur Situation älterer Menschen in der BRD. Dieser Bericht sollte zur Vorbereitung der UNO-Weltversammlung zu Problemen des Alterns und des Alters in Wien dienen. Gegenstand der UNO-Versammlung war jedoch weniger die Situation alter Menschen in einem hochentwickelten Industrieland wie der BRD, als der zu erwartende dramatisch beschleunigte Alterungsprozeß der Bevölkerung in der Dritten Welt mit den sich daraus ergebenden sozial- und gesellschaftspolitischen Konsequenzen.

Die durch das DZA zusammengerufene Wissenschaftlergruppe befaßt sich im ersten Band mit Problemen der zukünftigen Bevölkerungs- und Altersstrukturentwicklung, der Lebenssituation älterer Menschen (Betrieb, Arbeitsmarkt, Wohnen, Familienbeziehungen, Rentenentwicklung), mit Selbst- und Fremdhilfe sowie mit politischer Partizipation.

Der zweite Band bietet einen Überblick über Angebote und Dienste für alte Menschen. Er umfaßt eine kritische Darstellung der Altersvorbereitung und Altenbildung, der Aus- und Fortbildung in Altenarbeit und Altenhilfe und der bestehenden Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen. Folgende Probleme halten die Autoren für vordringlich:

1. Verhinderung eines Einfrierens des Erreichten oder gar des Rückgangs auf überholte Versorgungsformen;
2. Sicherung einer adäquaten Personalgesetzgebung nach Zahl und Ausbildung in stationären und ambulanten Diensten;
3. Gleichstellung, wenn nicht verstärkte Förderung

ambulanten und teilstationärer Dienste im Vergleich zu stationären;

4. Beachtung der Bedingungen, unter denen häusliche Pflege von den Angehörigen geleistet wird und Verbesserung dieser Situation, damit Folgeschäden vermieden werden.

Ohne Übertreibung kann man diesen dreibändigen Bericht über Probleme des Alterns mit der Psychiatrie Enquete von 1975 vergleichen. Ob er allerdings, angesichts wachsender Wirtschaftsprobleme und der politischen „Wende“ zur Verbesserung der Situation dieser „Randgruppe“ beiträgt, muß bezweifelt werden.

Gregor Weinrich

## Das Elend der alten Leute

Rudolf Schenda, patmos-paper-back, DM 16,—

Nicht mehr ganz taufisch aber hochaktuell. Die meisten Menschen erreichen eines Tages ein Alter, in dem sie, ob sie wollen oder nicht, immer deutlicher zum „alten Eisen“ gezählt werden. Wie diskriminierend oder deprimierend diese Situation ist, wie sich dies in Zahlen ausdrückt und wo die Ursachen liegen, kann im vorliegenden Buch nachgelesen werden. Da es ein kritisches Buch ist, erfahren wir, daß das traurige Schicksal der älteren Menschen in der BRD nur ein unmenschlicher Aspekt von vielen ist, die mit unseren materialistischen Produktions- und Konsumbedingungen einhergehen.

Alterskunde (und die vom Sterben und Tod) muß in der Grundschule beginnen, denn hier sitzen die Alten von morgen.

Wer einmal mehr als Statistik und Testamentsanweisungen erfahren möchte, sollte dieses Buch lesen.

Helmut Züfle-Tunger





# Gramp. Ein Mann altert und stirbt

## Die Begegnung einer Familie mit der Wirklichkeit des Todes

Mark Jury und Dan Jury:  
Dietz Verlag, 1982  
160 S., 29,80 DM

Es ist in jeder Hinsicht ein ungewöhnliches Buch, das der Dietz-Verlag jetzt herausgebracht hat: Sowohl das Thema – Alter und Tod – wie auch die Art der Darstellung – Fotos und Texte sind von Familienangehörigen (beides allerdings Profis) des alten Mannes Gramp gemacht – rühren an Tabus in unserer Gesellschaft. Altersprozeß und Sterben gehörten bislang nicht an die Öffentlichkeit – schon gar nicht auf Initiative der betroffenen Familie hin!

Mich hat dieses Buch eher neugierig gemacht, da ich in der Arbeit mit Krebskranken erfahren habe, daß die Auseinandersetzung mit dem Tod gerade auch für den gesunden Menschen unumgänglich ist. Von daher bedeutet die Lektüre dieser Dokumentation für mich auch die Beschäftigung mit meiner eigenen Einstellung, meinen Gedanken und Gefühlen zu Alter, Krankheit und Tod.



Das Buch schildert, in 8 Kapitel mit Vor- und Nachwort unterteilt, „Frank Tugends Auseinandersetzung mit jenem Übel, das von den einen als Vergreisung, von den anderen als Arterienverkalkung oder allgemeine Arteriosklerose bezeichnet wird“. Das zuerst vorgestellte Familienalbum, eine Sammlung von Bildern aus Franks, genannt Gramp, Jugendzeit und seinem späteren Familienleben, macht mit den Menschen in dieser Familie bekannt und löst die Anonymität des alten Mannes auf dem Buchumschlag in angenehmer Weise auf. Daran schließt sich die Schilderung seiner allmählichen Veränderung an – zunächst sind es noch durchaus nachvollziehbare Marotten und Verrücktheiten, die bei mir häufiger ein Schmunzeln auslösen. So, als er quer durchs Lokal an die Adresse eines adrett gekleideten Pärchens gerichtet, ruft: „Mensch, schaut euch mal die beiden Lackaffen an!“

Der erste Übergang erfolgt fast zu schnell; Frank wird von seiner Krankheit in eiligen Schritten eingeholt. Er wird für seine Angehörigen zunehmend mehr zu einer Belastung, da er Orte, Zeiten und Personen durcheinanderbringt und sich nicht mehr selbst versorgen kann. Er wird

kindischer, seine Phantasie wird für ihn zur Realität und damit stößt die Familie auf die Ablehnung ihrer Umgebung. Nach deren Ansicht gehören „Verrückte“ nicht in die Öffentlichkeit und die ganze Familie erlebt bitter ihre Isolierung und Meidung durch frühere gute Bekannte und Freunde. Sie können es nicht ertragen, wenn Gramp im scharlachroten Morgenmantel seiner Frau rumläuft, von Mondschränzlern und Fadenscheinis erzählt oder beim Kaffeetrinken sein künstliches Gebiß herausnimmt und seinen Nebenmann bittet, es ihm mit Butter zu bestreichen. Körperlich wie auch psychisch geht es mit Frank rapide bergab. Zerstörungslust, völlige Verwirrheitszustände, Einnässen und Einkoten lassen ihn zum „Problemfall“ werden.

Je beklemmender die Bilder dies dokumentieren, je schwieriger die Probleme dieser Menschen werden, desto mehr schweifen meine eigenen Gedanken ab. Ich bewundere die Aufopferungsbereitschaft und das Durchhaltevermögen dieser Angehörigen. Ich frage mich, wie ich wohl in ähnlicher Lage bei meinen eigenen Eltern reagieren würde. Ich habe keine Antwort. Meine Betroffenheit wird größer, je weiter ich lese. Gramp wird vom Problem- zum Pflegefall, der einen Rund-um-die-Uhr-Dienst erfordert. Es taucht die vom Hausarzt aufgeworfene Frage eines Pflegeheims auf. Doch die Familie entscheidet sich aus finanziellen Erwägungen heraus und um ihrem Großvater ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen, trotz unsagbarer Belastung, durchzuhalten.

Aber auch Gramp hat einen Entschluß gefaßt. Mit den Worten „Ich brauch es nicht mehr. Ich will nichts mehr essen“ nimmt er sein Gebiß heraus und gibt es seinem Enkel. Die drei letzten Wochen des alten Mannes, eindrucksvoll dokumentiert, lösen in mir tiefe Traurigkeit aus. Erinnerungen an meine kürzliche Begegnung mit dem Tod schmerzen. Für Momente vergesse ich zu atmen, spüre Tränen. Dargestelltes Sterben, noch so menschenwürdig und einfühlsam fotografiert, rührt an meine Angst, macht mich hilflos. Auch das positive Nachwort verändert meine Gefühle nicht.

Erst nach zwei Tagen Distanz kann ich mich wieder mit dem Bildband beschäftigen. Dieses Buch vereint drei wichtige Themen: der Umgang mit alten und psychisch kranken Menschen und die Problematik menschenwürdigen Sterbens. Aktuelle Themen, liest man in Psychologie heute 7/82, daß 70 % der Mitmenschen in Kran-



kenhäusern und 20 % in Alten- und Pflegeheimen, meist abgeschoben in Badezimmern und Einzelzimmern, sterben müssen. Dem dort gezogenen Schluß „Erst wenn unsere Generation aufhört, die psychisch und physisch Kranken, die Alten und Sterbenden auf „Institutionsinseln“ unterzubringen, um sich der Belastung zu erledigen und vor allem, der Angst vor der eigenen Sterblichkeit zu entziehen, ist eine Integration in der Familie wieder möglich“ muß ich zustimmen.

Die praktizierte Lösung, die hier dokumentiert wird, scheint ideal. Nur, genießt diese Familie nicht ein ungeheuerliches Privileg, sich in ihrem Beruf Zeit frei einteilen zu können und gleich mehrere Personen für die Versorgung eines schwierigen alten Mannes zur Verfügung zu haben? Utopie bundesdeutscher, städtischer, im Industriezeitalter lebender Normalkleinfamilie? Und ist diese Form der Betreuung nicht nur dann möglich, wenn schon vorher starke positive Bindungen in einer Familie vorhanden sind?



Gleichzeitig taucht in meinem Hinterkopf fast verschämt die Frage auf, ob diese unsagbaren Anstrengungen über drei Jahre hinweg, nicht nur deshalb ausgehalten wurden, weil die Idee zum Buch relativ früh vorhanden war? Oder wurde es dadurch wenigstens einfacher?

Das Buch schildert nicht nur ein individuelles Schicksal, sondern es informiert auch über den Verlauf einer Krankheit, mit der doch viele Menschen als selbst Betroffene oder aber als Angehörige konfrontiert sind. Demjenigen, der die Bereitschaft mitbringt, sich auf die hier angesprochenen Themen einzulassen, ist der Bildband eine Bereicherung. Die gefühlsmäßig ehrlichen Kommentare, Tagebuchaufzeichnungen, Tonbandprotokolle und Fotos helfen, die eigenen Widerstände zu überwinden und sich selbst näherzukommen, weil es möglich wird, sich mit seinen eigenen Ängsten vor dem Tod zu beschäftigen. Dabei muß betont werden, daß gerade die zahlreichen Fotografien viel erzählen und durch sie erst die intensive emotionale Wirkung zustande kommt. Hier schlägt natürlich positiv zu Buche, daß Gramps Enkel professionelle Fotos gemacht haben. Nicht zuletzt bestärkt die Offenheit, mit der die ganze Familie, Kinder miteinbezogen, mit dem Problem umgeht, darin, die hier übliche Verheimlichungs- und Verdrängungspraxis aufzugeben.

Brigitte Creder

# Lieber reich und gesund als arm und krank

## Bei Beitrag zum Bonner Regierungswechsel

Von Hans See

Regierungswechsel gehören zu den Regelmechanismen der kapitalistischen Demokratien. Dort hat die seit Jahren anhaltende Weltwirtschaftskrise – bis auf wenige Ausnahmen – die Regierenden in die Opposition, die Oppositionen auf die Regierungsbank gebracht. Dabei war es gleichgültig, ob gerade Konservative, Liberale oder Sozialdemokraten bzw. Sozialisten regierten. Was blieb, war der Kapitalismus. Daran hat auch die Verstaatlichung einiger Banken durch die Regierung Mitterand nichts geändert und nichts ändern wollen.

Nun hat der Mechanismus auch in der Bundesrepublik gewirkt. Die dabei praktizierte Wechselreiterei der FDP hat freilich manche Illusion vernichtet. Wer von den FDP-Wählern der Bundestagswahl 1980 hätte gedacht, daß er in Wirklichkeit die CDU wählt? Viele wählten die Regierung Schmidt/Genscher, um Strauß zu verhindern. Jetzt hat Genscher den gewiß nicht im Verdacht des Liberalismus stehenden Fritz Zimmermann zum Innenminister gemacht. Man darf sich moralisch entrüsten. Aber legal ist das alles doch.

Der gewählte Abgeordnete, hat er erst einmal die Stimmen seiner Wähler in der Tasche, kann mit diesen – laut Grundgesetz – machen was er will. Er muß es nur mit seinem Gewissen vereinbaren können. An Aufträge und Weisungen ist er nicht gebunden. Wer also vom Verrat am Wählerauftrag spricht, verwechselt Moral mit Politik. Und wer glaubt, eine Parteiführung müsse sich an Parteitagebeschlüsse halten, wenn es ums Regieren geht, der hat – wie die Bundesdeutschen hoffentlich inzwischen gelernt haben – ein völlig falsches Demokratieverständnis.

Auch im Falle vorgetäuschter Absichten sind keine Neuwahlen vorgesehen. Denn der Wortbruch wird ja in der Regel nur an einer Minderheit der Wähler begangen, aber – wie wir alle ruhig glauben würden – immer zum Wohle des ganzen Volkes. Diejenigen, die nun das ganze Volk befragen wollen, ob ihm der Wechsel recht ist, nehmen das Grundgesetz viel zu wörtlich. Zugegeben, da steht in Art. 20 lapidar: „Alle Staatsgewalt geht vom Volk aus.“ Aber doch nicht mitten in der Legislaturperiode. Was wäre das für eine Demokratie? Wo kämen wir denn da hin? Das Volk würde am Ende den Wechsel verhindern, weil es seine Notwendigkeit gar nicht einsieht. Es könnte meinen, man müsse die Wechselreiterpartei für den Verrat bestrafen und sie nicht mehr wählen.

Durch eine solche vorgezogene Wahl könnte sich der Wähler direkt in politische Entscheidungen einmischen. Aber würde er reif genug sein einzusehen, daß man neue Arbeitsplätze nur mit noch mehr Rüstung, mit mehr Atomkraftwerken und Wiederaufbereitungsanlagen, mit Mehrwertsteuererhöhung, Mieterhöhungen, Abbau der Mieterschutzbestimmungen, Abschaffung des Schülerbafög, Kostenbeteiligung im Krankenhaus, Verzögerung der Rentenanpassung, Senkung des Kindergeldes und vielen anderen Einschnitten in die soziale „Hängematte“ schaffen kann? Würde er für einen Arbeitsminister stimmen, der die Interessen der Unternehmer öffentlich vertritt und eine Lohnpause fordert? Könnte man dem Wähler so schnell erklären, weshalb man die Reichen reicher machen muß, damit es den Ärmern gut geht?

Zu solchen höheren Einsichten ist der Wähler wohl kaum fähig. Wenn CDU/CSU und FDP nun aber dennoch im März 1983 Neuwahlen möglich machen sollten, dann nur, weil die CDU/CSU, als sie noch auf den Oppositionsbänken saß, ständig Neuwahlen gefordert hatte. Nun meint der grundehrliche Helmut Kohl, seinen Wählern nicht auch noch einen Wortbruch zumuten zu dürfen.

Damit das Volk sieht, wie die neue Regierung mit gutem Beispiel allen vorangeht, hat sich die Ministerriege einfach eine fünfprozentige Kürzung ihrer ohnehin schon knappen Bezüge verordnet. Hieran können sich dann die Beschäftigten im öffentlichen Dienst, der Briefträger, der Müllmann, die Krankenschwester ein Vorbild nehmen. Denn nur durch radikale Sparmaßnahmen, durch Rücknahme unseres Anspruchsdenkens, durch Bekämpfung der Arbeitslosen und der Sozialhilfeempfänger, durch menschliche Ausweisung der Türken und mehr Eigeninitiative kann die Arbeitslosigkeit erfolgreich bekämpft werden. Der arbeitswillige Arbeitslose ist aufgerufen, sich selbständig zu machen. Den Segen der neuen Regierung hat er. Wer bisher nach dem Vater Staat rief, wenn er keine Lust mehr hatte, selbst etwas zu unternehmen, muß demnächst für sich selbst sorgen. Wer wäre nicht lieber reich und gesund als arm und krank? Los also! An die Arbeit! Wenn die Unternehmer wieder Gewinne machen, wofür die neue Regierung schon sorgen wird, und die Gewerkschaften den Arbeitern sagen, daß jetzt eine Lohnpause und mehr Arbeit nötig sind, wird mit Gottes Hilfe unsere Volksgemeinschaft bald wieder an der Spitze der Welt liegen, der höchste Wert unserer Wertordnung, der Mehrwert, wieder zur Geltung gelangen und der Kapitalismus wieder einmal gezeigt haben, daß er noch lange nicht tot ist.

### Bundeshaushalt

dpa	1982 + Entwurf 2. Nachtrag	Entwurf 1983	Veränderung gegenüber 1982 (in %)
Bundespräsidentamt	15,7	15,5	— 1,3
Bundestag	364,5	364,1	— 0,1
Bundesrat	10,0	10,0	+ 0,0
Bundeskanzleramt	415,6	439,2	+ 5,7
Auswärtiges Amt	2305,5	2283,7	— 0,9
Innere	3497,9	3533,3	+ 1,0
Justiz	360,6	358,8	— 0,5
Finanzen	3455,2	3531,7	+ 2,2
Wirtschaft	4615,7	4212,1	— 8,7
Ernährung, Landwirtschaft	6097,7	5944,2	— 2,5
Arbeit und Soziales	59722,0	58924,8	— 1,3
Verkehr	24775,0	24807,9	+ 0,1
Post- und Fernmeldewesen	16,2	12,2	— 24,7
Verteidigung	44061,3	46180,6	+ 4,8
Jugend, Familie, Gesundheit	18726,6	17235,9	— 8,0
Bundesverfassungsgericht	12,2	12,0	— 1,6
Bundesrechnungshof	41,3	41,3	+ 0,0
Wirtschaftl. Zusammenarbeit	6030,1	6262,9	+ 3,9
Raumordnung, Bauwesen	5128,3	4830,9	— 5,8
Innerdeutsche Beziehungen	439,4	453,7	+ 3,3
Forschung und Technologie	7078,5	6911,8	— 2,4
Bildung und Wissenschaft	4494,1	4603,7	+ 2,4
Bundesschuld	25250,5	31213,1	+ 23,6
Versorgung	10214,4	10072,2	— 1,4
Verteidigungskosten	1463,8	1508,6	+ 3,1
Zivile Verteidigung	767,1	791,5	+ 3,2
Allgemeine Finanzverwaltung	17268,4	19284,3	+ 11,7
<b>Gesamtsumme</b>	<b>246627,5</b>	<b>253840,0</b>	<b>+ 2,9</b>



# In eigener Sache:

3 Jahre DG

Die Redaktion feiert ein kleines Jubiläum. Die Zeitschrift besteht im November 1982 3 Jahre. Selbster sind 17 Ausgaben erschienen. Wir haben die Zahl der Abonnenten kräftig steigern können, sind mit dem Ergebnis aber noch nicht zufrieden. Immer noch ärgert uns die Regionale Ungleichverteilung; während in NRW, Hamburg, Bremen und Berlin  $\frac{1}{4}$  unserer Bezuhler sitzen, zählt die übrige BRD vom Standpunkt unserer Zeitung aus gesehen zu den total unterversorgten Gebieten. Wir hoffen dies in Zukunft noch ändern zu können, brauchen dafür aber weiterhin die Hilfe von Kontaktadressen, vor allem aus den entlegeneren Orten und Gemeinden.

## Neue Medizinerzeitungen

Die Zeitungen, die im Gesundheitswesen den linken oder gewerkschaftlichen Standpunkt vertreten, sind nach wie vor an einer Hand abzuzählen. In letzter Zeit war sogar eine Abnahme zu verzeichnen. So mußten trotz engagierten Einsatzes ihrer Mitarbeiter die Zeitschriften „Forum für Medizin und Gesundheitspolitik“ sowie die Berliner „Eingriffe“ ihr Erscheinen einstellen. Daß die Pharmaindustrie diese Probleme nicht hat, zeigen zwei Neuerscheinungen auf dem sonst schon inflationären Zeitungsmarkt. Die Hoechst-AG gibt speziell für junge Ärzte die Zeitung „Start“ heraus. Dies ist eine Zeitung mit einer ästhetisch-poppligen Aufmachung, auf Hochglanz-Seidenpapier; man gewinnt den Eindruck, daß das Blatt eher in einer Schwabinger Kneipe, denn im Bereich des Gesundheitswesens konzipiert worden ist. Die Hauptartikel des

# Wieselige Weihnachten und ein zerwiesenes neues Jahr

## Die Redaktion



Blattes, die eine flockig aufgemachte reaktionäre Standespolitik verbreiten, stammen fast alle aus der Feder des selben Autors. Im angeblichen Dokumentartell wird nichts als billige Pharmawerbung an den Mann gebracht. Das Ganze gibt es natürlich kostenlos; und nicht nur das, wer das Blatt abonniert, bekommt auch noch ein Buch im Gegenwert von ca. DM 50,-. Es ist nicht nur schlimm, daß solche Blätter massenweise in den Krankenhäusern verbreitet werden, der Skandal daran ist, daß sie mit den Geldern der Patienten über die extrem überhöhten Pharmapreise bezahlt werden müssen.

Die letzte Neuheit auf dem Zeitungsmarkt ist die jetzt seit Anfang Oktober täglich erscheinende „Ärztzeitung“. Diese hofft, aus dem riesigen Topf der Pharmawerbeausgaben einen genügend großen Teil für ihre tägliche Existenz abzweigen zu können. Und diese Hoffnung scheint nicht vergebens. In ihren ersten Nummern will sie sich als unentbehrlich und diskussionsfreudig anpreisen. Nach mehrtägiger Lektüre merkt man, daß das ganze Blatt überflüssig ist. Die Stellungnahmen sind „nicht Fisch, nicht Fleisch“, Kritik an Pharma- und Geräteindustrie wird völlig ausgespart, die Diskussionen über einige Arzneimittel sind zum Teil vom Zaun gebrochen und werden nach dem 25. Diskussionsbeitrag eingestellt, ohne daß man mehr weiß, als beim Lesen des ersten Artikels.

Der monatliche Bezugspreis liegt natürlich wieder weit unter dem herkömmlicher Zeitungen. Bezahlt wird der Großteil der Unkosten und hieraus macht selbst der Herausgeber keinen Hehl, über Anzeigen der pharmazeutischen Industrie.

festen Abonnenten hatten, bis zum November dieses Jahres konnte die Abonnentenzahl, einschließlich der Mehrfachabnehmer auf 3800 gestiegen werden. Wir glauben, daß wir trotzdem noch längst nicht die mögliche Obergrenze erreicht haben. Auf die regionale Ungleichverteilung haben wir oben ja schon hingewiesen. Wir erleben es immer wieder, daß viele Kollegen in Krankenhäusern, aber auch in der niedergelassenen Praxis das „Demokratische Gesundheitswesen“ überhaupt noch nicht kennen und gern zu einem Abonnement bereit sind, wenn sie darauf angesprochen werden. Hier sind unsere bisherigen Leser gefordert.

## Schwerpunkthemen 1983

Die 6 Hefte im folgenden Jahr werden folgende Schwerpunkte haben:

- Jan./Febr.: „Armut, Arbeitslosigkeit, Klassenmedizin“;
- März/April: „Militärmedizin und Kriegsverhütung“;
- Mai/Juni: „Chron. Erkrankungen“;
- Juli/August: „Europäische Medizin im Vergleich“;
- Sept./Okt.: „Alltag im Krankenhaus“;
- Nov./Dez.: „Beschäftigte im Gesundheitswesen klagen an“.

Anfang des nächsten Jahres wird noch eine nähere Beschreibung der einzelnen Heftschwerpunkte veröffentlicht werden; möglicherweise schaffen wir es auch wieder, ein neues Werbefaltblatt drucken zu lassen.

Wir wünschen allen Lesern ein frohes Weihnachtsfest und einen guten und gesunden Rutsch ins Jahr 1983.

Die Redaktion

## DG-Kontakte

Ansbach: Birgitte Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 14444; Bad Wildungen: Claudia Lehner, Mittelstr. 25, 3590 Bad Wildungen, Tel. (05621) 87139; Berlin: Hermann Dittich, Grunewaldstr. 28, 1 Berlin 41, Tel. (030) 8226328; Bonn: Edi Erken, Röttgerer Str. 12, 53 Bonn 1, Tel. (0228) 284621; Bremen: Cornelia Selke, Clausenitzstr. 25, 28 Bremen 1, Tel. (0421) 354442; Darmstadt: Jürgen Frohnert, Liebfrauenstr. 110, 61 Darmstadt 1, Tel. (06151) 74551; Düsseldorf: Gunar Stempel, Aachener Str. 198, 4 Düsseldorf, Tel. (0211) 151187; Duisburg: Felix Richter-Hebel, Hochfeldstr. 19, 41 Duisburg 17, Tel. (02136) 5120; Essen: Uwe Schmitz, Rüttelskamp 35, 43 Essen 1, Tel. (0201) 42697; Frankfurt: Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6 Frankfurt 90, Tel. (0611) 705449; Gießen: W. Blenck, Bismarckstr. 6, 63 Gießen, Tel. (0641) 75245; Göttingen: Barbara Wille, Ostlandweg 23, 34 Göttingen, Tel. (0551) 33710; Hamburg: Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2 Hamburg 70, Tel. (040) 6564845; Hanau: Hans See, Gustav Hochstr. 37, 645 Hanau, Tel. (06181) 83981; Hannover: Martin Walz, Tieferstr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 906557/p; (0511) 818868; Heidelberg: Michael Gerstner, Burgstr. 44, 69 Heidelberg, Tel. (06221) 474101; Kassel: Matthias Dippel, Walzstr. 2 d, 3500 Kassel, Tel. (0561) 54925; Kiel: Ralf Güppers, Saarbrückener Str. 176 B, 23 Kiel 1, Tel. (0431) 686397; Kleve: Ulla Funke, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 8424; Köln: Peter Liebermann, Lessingstr. 59, 5 Köln 30, Tel. (0221) 5501079; Lengerich: Jan Hendrik Herdtless, Niederringel 3, 4540 Lengerich; Linz/Rhein: Richard Beltzen, Magdalena Dämenstr., 5460 Linz, Tel. (02644) 551; Lübeck: Angela Schürmann, Geninerstr. 44, 24 Lübeck, Tel. (0451) 56586; Mannheim: Werner Weindorf, Maxstr. 5a, 68 Mannheim, Tel. (0621) 855408; Minden: Susanne Steuber, Artilleriestr. 12, 495 Minden, Tel. (0571) 28967; Mönchengladbach: Joachim Gill, Weichselstr. 65, 4050 Mönchengladbach 1, Tel. (02161) 480427; München: Margret Samardt, Pommernstr. 15, 8 München 40, Tel. (089) 352935; Mündelheim: Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mündelheim, Tel. (08261) 9733; Münster: Helmut Copak, Geiststr. 67a, 44 Münster, Tel. (0251) 794688; Oldenburg: Helmut Koch, Saarsr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 83856; Recklinghausen: Petra Voss, Am Lothor 4, 4360 Recklinghausen, Tel. (02361) 15453; Remscheid: Michael Sünner, Klausenerstr. 34, 5630 Remscheid-Lüttringhausen, Tel. (02191) 55279; Riedstadt: Harald Skrobiles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 6161; Siegen: Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 59 Siegen, Tel. (0271) 76860; Sprockhövel: Wolfgang Münster, Hohe Egge Unterweg 17, 4322 Sprockhövel 1, Tel. (02324) 72358; Tübingen: Elke Schön, Jacobsgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 212798; Ulm: Wolf Schleinzor, Ringstr. 22, 79 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 66544; Viersen: Sebastian Stierl, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4060 Viersen 12, Tel. (02162) 77694.

## DG-Abonnentenentwicklung

Mit der Abonnentenentwicklung insgesamt sind wir recht zufrieden. Von November 1979, als wir 800



# Bilder aus „Vereins f

02-394711-07-01  
BOEKER  
KARL

TARPENBECKSTR. 125

2000 HAMBURG 20

582

# ft Jung und Alt des d e.V.“

