

schon diese Erfahrungen je nach Lage des Einzelfalles die Basis für eine Zulassung bilden. Der Wirksamkeitsnachweis ist demnach entscheidungstheoretisch anzusehen.“ ...

„Jede Entscheidung über die Zulassung eines Arzneimittels ist eine Ermessensentscheidung, in die vor allem bei der erforderlichen Güterabwägung von Risiko und Nutzen höchst persönliche Wertungen als mitentscheidende Faktoren einfließen. Deshalb kam es dem Ausschuss wesentlich darauf an, das Verfahren der Entscheidungsfindung so auszugestalten, daß die Monopolisierung einer herrschenden Lehre als verbindlicher ‚Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis‘ vermieden wird, und die durch die besonderen Therapierichtungen repräsentierten Minderheiten nicht majorisiert werden.“ ...

Bei aller Hochachtung vor den entscheidungstheoretischen Anwendungen des 13. Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit muß festgestellt werden, daß „höchstpersönliche Wertungen“ nicht in ein Gesetz gehören und daß eine „Therapierichtung“ noch keine „Wissenschaft“ ist.

Auf der ganzen Welt weiß man, daß zum verantwortungsbewußten ärztlichen Handeln auch die Bemühungen um eine richtige Diagnose gehören. Es ist bedauerlich, daß in den anerkanntenswerten sachlichen Gesetzentwurf später so viele dilettantische Emotionen und gezielte Pressionen des Wahljahres eingeflossen sind. Im übrigen wird an anderen Stellen des Gesetzestextes immer wieder ausdrücklich auf die „Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft“ und den „jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“ Bezug genommen (§§ 5, 21, 23, 24, 38, 46, 50, 64).

▷ Durch das schleppende und in der praktischen Handhabung kaum zu meisternde Zulassungsverfahren für alte und neue Mittel sowie für die vielen Kombinationspräparate

wurde das Bundesgesundheitsamt diffamiert und an das Gängelband eines nur sehr vage definierten „externen Sachverständigen“ gebunden. War diese Lahmlegung der Exekutive politische Absicht? Woher soll bei einer solchen Sachlage eigentlich der qualifizierte und wissenschaftlich interessierte Nachwuchs für das Medizinalwesen kommen? Wie hat sich der Ausschuss die Arbeitsweise eines „Instituts für Arzneimittel“, welches im Rahmen einer Bundesoberbehörde für die langersehnte Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt und für eine Kostendämpfung sorgen soll, gedacht?

In der Ärzteschaft und auch in der Öffentlichkeit mehren sich die Stimmen, die diesem jetzt so stark veränderten Gesetz bezüglich der Ausführbarkeit eine schlechte Prognose stellen. Von den für Arzt und Patient wichtigen Problemen wurden nur einige wenige gelöst. Damit ist eine große Chance veran.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. R. Aschenbrenner,
Vorsitzender der
Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft

ZITAT

Leistungsstarkes Gesundheitswesen

„Nur durch eine Eingrenzung des Kostenanstiegs kann die Finanzierbarkeit eines leistungsstarken Gesundheitswesens gewährleistet werden.“

Forschung und Technologie im Dienst der Gesundheit, Diskussionsentwurf eines längerfristigen Rahmenprogramms der Bundesregierung, April 1976.

Mitbestimmungsexperimente am ungeeigneten Objekt

Das Krankenhaus scheint zu einem Lieblingsobjekt zu werden, um das Modell der total paritätischen Mitbestimmung zu erproben. Mehr noch: Die Mitte April 1976 veröffentlichten „ÖTV-Vorschläge zur wirtschaftlichen Betriebsführung der Krankenhäuser“ haben mit dem Krankenhaus das am wenigsten geeignete Objekt ausgesucht, um es von außen fernzusteuern. Um dies zu bewerkstelligen, fordert die ÖTV, einen Krankenhausausschuss als Beschlußorgan einzusetzen, dessen Arbeitnehmerseite je zur Hälfte aus betrieblichen und außerbetrieblichen Funktionären rekrutiert wird.

Folgender Wahlmodus wird von der ÖTV vorgeschlagen: Die *betrieblichen* Arbeitnehmervertreter werden von den Betriebsbeziehungsweise Personalräten gewählt. Die *außerbetrieblichen* Arbeitnehmervertreter werden von den im Krankenhaus vertretenen Gewerkschaften entsandt.

Pate für dieses Paritätsmodell stand der im Dezember 1975 veröffentlichte SPD-Entwurf für ein neues Landeskrankenhausgesetz im Saarland, der ebenfalls die Installation einer paritätisch besetzten „Krankenhauskonferenz“ für jeden Krankenträger vorsah (der Antrag verfiel inzwischen der Ablehnung der parlamentarischen Gremien).

Berücksichtigt man, daß der Krankenhausausschuss beschließende und nicht nur beratende Funktion haben soll, so hätte er auch das Recht, die Krankenhausleitung zu wählen und abzuwählen und würde so auf den Krankenhausbetrieb und die Krankenhausstruktur unmittelbar starken Einfluß nehmen können. Für die nahezu perfekte Funktionärsfernsteuerung wäre es dann ein leichtes, die

ideologischen Vorstellungen der als Tarifpartei tonangebenden ÖTV auch gegen den Willen der Arbeitnehmer des Krankenhauses und der Patienten durchzusetzen. Daß eine solche Vermutung nicht völlig aus der Luft gegriffen ist, dafür enthält das ÖTV-Memorandum zahlreiche Hinweise: So soll der paritätisch besetzte Ausschuß die durch den Landeskrankenhausplan vorgesehene Aufgabenstellung „sichern“, die Fachdisziplinen und die Bettenzahl des Krankenhauses überwachen, den Geschäftsführer bestellen und abberufen, die rechtmäßige, zweckmäßige und wirtschaftliche Geschäftsführung der Krankenhausleitung überwachen, die Krankenhausordnung genehmigen und bei der Vorberatung der jährlichen und mehrjährigen Ausbau- und Investitionsprogramme eingeschaltet werden.

In die Zuständigkeit dieses Organs soll auch die Genehmigung von Forschungsaufgaben und der Anstellungsverträge der leitenden Beamten und Angestellten liegen. In selbstgefälliger Weise rät die Gewerkschaft, daß dies alles schleunigst eingeführt werden müsse, um die wirtschaftliche Betriebsführung der Krankenhäuser zu verbessern und zu einer Kostendämpfung beizutragen.

Der ÖTV versteigt sich weiter sogar dazu, das Paritätsmodell nicht nur kommunalen, sondern auch freigemeinnützigen und privaten Häusern zu empfehlen, um ein „Hineinregieren anderer Ämter“ in die Krankenhausführung zu verhindern (um dann selbst regieren zu können).

Ferner empfiehlt die Gewerkschaft, das Krankenhaus gegenüber dem Träger weitgehend zu verselbständigen und eine eigenständige Rechtsform einzuführen. Dieser diskutabile Vorschlag dürfte bei den Betroffenen jedoch solange auf Widerstand stoßen, als die ÖTV die Mitbestimmungsforderung und die Vorschläge zur Verbesserung der Betriebsführung als Junktim begreift. Harald Clade

Leichter Rückgang bei den meldepflichtigen Infektionskrankheiten

Die registrierten Erkrankungen an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten (ohne Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten) gingen 1975 mit 100 800 Fällen gegenüber 1974 (102 250 Fälle) leicht zurück. Im Vergleich zu 1970 sind jedoch 1975 über ein Drittel (37 Prozent) mehr Erkrankungsfälle gemeldet worden, teilt das Statistische Bundesamt mit. Im einzelnen: Nach einem Höchststand der Scharlacherkrankungen mit 46 000 Fällen im Jahr 1974 wurden im Berichtsjahr nur noch 39 200 Fälle registriert. Damit war der Scharlach 1975 aber nach wie vor die am häufigsten gemeldete Infektionskrankheit. Auf ihn entfielen 39 Prozent aller Meldungen (1974: 45 Prozent). An zweiter Stelle rangiert die infektiöse Darmentzündung mit 31 260 Fällen und mit einem Anteil von 31 Prozent. Es folgen infektiöse Gelbsucht mit 20 940 Fällen (21 Prozent), die übertragbare Hirnhautentzündung mit 6500 gemeldeten Erkrankungsfällen (6 Prozent). Die übrigen Infektionskrankheiten machen zusammen nur rund drei Prozent aller Fälle aus. EB

Finanzielle Engpässe in der Forschungsförderung

Nach fast zweijähriger Vorbereitung hat die Deutsche Forschungsgemeinschaft ihren Aufgaben- und Finanzplan für die Jahre 1976 bis 1978 veröffentlicht. Neben einer Darstellung der Situation der Forschung in der Bundesrepublik, insbesondere an den Hochschulen, enthält die Schrift — an der fast 1000 Wissenschaftler im Rahmen einer schriftlichen Befragung mitmachten — auch Trendanalysen der Forschung. In gesonderten Abschnitten werden außerdem Probleme der Ausstattung der Hochschulen mit Großgeräten und elek-

tronischen Rechenanlagen, des wissenschaftlichen Bibliothekswesens und der wissenschaftlichen Auslandsbeziehungen behandelt. Aus den Trendanalysen für die einzelnen Wissenschaftsgebiete werden Vorschläge für insgesamt 83 neue Förderungsprogramme abgeleitet, die in den Jahren 1976 bis 1978 begonnen werden könnten, sofern die Finanzierung gesichert werden kann. Damit ist im wesentlichen die öffentliche Hand angesprochen, die derzeit rund 98 Prozent der Mittel für die DFG aufbringt. Die DFG rechnet mit erheblichen finanziellen Schwierigkeiten. Von insgesamt 27 ursprünglich für 1976 neu vorgesehenen Programmen konnten vorerst nur fünf in Angriff genommen werden. EB

In einem Satz

Krankenhausforschung — 1976 stellt der Bund im Einvernehmen mit den Ländern rund 2,5 Millionen DM aus Mitteln des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Forschung im Krankenhausbereich zur Verfügung.

Rehabilitation — Insgesamt 250 Millionen DM hat der Bund zur Förderung von Einrichtungen der beruflichen Eingliederung von Behinderten im Zeitraum von 1970 bis einschließlich 1975 bereitgestellt, wie das Bundesarbeitsministerium kürzlich bekanntgab.

Landwirtschaftliche Krankenkassen — Die landwirtschaftliche Krankenversicherung hat im Jahr 1975 insgesamt 1,507 Milliarden DM für Leistungen aufgewendet und weist mit einem Verwaltungskostenanteil von 4,8 Prozent eines der günstigsten Ergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung auf.

Pflegebedürftige — Über die Hälfte der pflegebedürftigen Sozialhilfeempfänger ist älter als 65 Jahre, rund zwei Drittel sind Frauen, wie aus einem Bericht der Bundesregierung hervorgeht. DÄ