

## Kostendämpfung und die Folgen

dem Differenzbetrag gegenüber der reinen Verkaufsfirma ihre Forschung, eine Forschung in die Zukunft, finanzieren. Dazu muß im Interesse der Patienten der pharmazeutischen Industrie die Möglichkeit gegeben bleiben. Wenn dieser Weg, einfach verbilligte Medikamente dort zu kaufen, wo sie zu finden sind, ohne Rücksicht auf Forschungsvorgänge gegangen wird, wird es bald in der Bundesrepublik soweit sein, daß die Zahl der in Deutschland selbst gefundenen Medikamente stark zurückgeht und daß man dann in Deutschland gezwungen ist, mehr, noch mehr als es jetzt schon geschieht, Lizenzpräparate aus dem Ausland zu beziehen.

Schließlich werden von den renommierten pharmazeutischen Firmen wissenschaftliche Abteilungen unterhalten, bei denen der Arzt in Fragen, die die klinisch-wissenschaftliche Forschung betreffen, jederzeit ausführliche Angaben und Literaturhinweise bekommen kann. Solche Hilfen sind von reinen Verkaufsfirmen keinesfalls zu erwarten. Darauf sind diese nicht eingerichtet.

Es wäre zu wünschen, wenn solche Gedankengänge, die den Hintergrund unseres Gesundheitswesens heute beleuchten, mehr in der Öffentlichkeit bekannt würden und dort mitdiskutiert würden. In Zielplankonferenzen oder anderen Konferenzen, in denen Pflegesätze ausgehandelt werden, sind leider nur ausnahmsweise Ärzte aus der Praxis tätig, in erster Linie bleiben Verwaltungsleute der Krankenhäuser, die Vertreter der Krankenkassen und die Funktionäre der Gesundheitsbehörden unter sich. Vielleicht ist es auch bewußte Taktik, das Gremium der Beratung so zusammensetzen. Sicher läßt sich vieles so leichter in Bahnen hineindiskutieren und beschließen, die man aus eigenen sozialpolitischen Vorstellungen sich wünscht.

Professor Dr. med. Michael Hertl  
Chefarzt der Kinderklinik  
des Krankenhauses Neuwerk  
Dünner Straße 214–216  
4050 Mönchengladbach 1

## Schlußwort

Ihren Beitrag begrüße ich, bringt er doch dem niedergelassenen Kollegen nahe, wie sich die Folgen der Kostendämpfung für den Krankenhausarzt auswirken und welche Sorgen es hier gibt.

Mir lag daran, zu zeigen, daß die jetzige Form der Kostendämpfung den Arzt von seinen eigentlichen Aufgaben ablenkt. Die Qualität unserer Leistung leidet darunter, und das sollte bei allen Diskussionen mehr beachtet werden.

Ganz wichtig bei allen Lösungen ist es, unseren Alltag von allem Ballast für die Arbeit am Patienten freizumachen.

Die heutige Kostendämpfung ist so schlecht, daß wohl jeder Arzt bessere Vorschläge hat. Warum nicht den Krankenkassen ermöglichen, eigene Wege mit Pilotstudien zu gehen?

Was geschieht, wenn die Krankenkasse mit der höchsten Arzneikostensteigerung nicht mehr für jedes verordnete Medikament 1 DM, sondern 10 Prozent der Kosten als Selbstbeteiligung vom Mitglied verlangt? Patienten mit Mindesteinkommen sind sowieso befreit. Oder wenn eine Krankenkasse allen Mitgliedern, die ohne entsprechende Diagnose hohe Kosten verursachen, unter Hinweis darauf eine Broschüre mit Information zuschickt?

Die Kostendämpfung sollte zwischen den Krankenkassen und ihren Mitgliedern ausgehandelt werden.

Der Arzt hat dabei eine beratende Funktion für beide Seiten. Mehr Demokratie im Gesundheitswesen auf unterster Ebene würde vieles in Krankenhäusern und Praxis beseren.

Dr. med. Gerd Schleef  
Internist  
August-Exter-Straße 7  
8000 München-Pasing

## BRIEFE AN DIE REDAKTION

### BEREITSCHAFTSDIENST

Die arbeitsgerichtlichen Auseinandersetzungen um die Ableistung von Bereitschaftsdiensten an Krankenhäusern haben wiederholt die Leser zu Zuschriften veranlaßt. Dr. med. Heinz E. Junghans, der einen Musterprozeß beim Bundesarbeitsgericht in Kassel angestrengt hat, ergänzt die Beiträge von Dr. med. Wolfgang Dau (Heft 26/1979, Seite 1769 ff.) und Dr. med. H. Wittenburg (Heft 40/1979, Seite 2604 f.):

### Bundesarbeitsgericht angerufen

Das „aufsehenerregende Urteil des Hamburger Arbeitsgerichts“, Aktenzeichen: 11 Ca. 421/78 vom 31. Januar 1979 ist bekanntlich nicht das erste, sondern das dritte Gerichtsurteil mit einer Bereitschaftsdienstbegrenzung auf einmal pro Woche (hier: Dr. med. Gerhard Limbrock/ÖTV). Es handelt sich also um eine – begrüßungswerte – Nachfolgeklage, erweitert um die Zusatzforderung, nach jedem Nachtdienst nach Hause gehen zu dürfen. Die Forderung „nicht mehr als einmal pro Woche“ (zwangsweise zusätzlich zur regulären Arbeitszeit), also unbeschadet freiwilliger Mehrleistungen, wurde von mir mit der Klage vom 9. November 1976 erstmalig aufgestellt und gegen erhebliche Widerstände in zwei Instanzen durchgesetzt: 1. Arbeitsgericht Hamburg am 24. Februar 1977 (AZ: 4 Ca 230/76), 2. Landesarbeitsgericht Hamburg am 16. Oktober 1978 (AZ: 2 Sa 34/77). Über das Berufungsverfahren wurde schon 1977 und 1978 in Presse, Rundfunk und Fernsehen berichtet (u. a. „Spiegel“ Heft 29/1977, Seite 81). Näheres auch in der Monatschrift des Marburger Bundes „der arzt im krankenhaus“ Heft 10/78 und 11/78 sowie 6/79. Inzwischen ist die Sache (Dr. Junghans/Freie und Hansestadt Hamburg) zur Revision beim Bundesarbeitsgericht in Kassel (AZ: 4 AZR 1181/78) anhängig. Wegen „Arbeitsüberlastung“ sollte ursprünglich erst Ende 1981 dort verhandelt werden können. Nach meinem „Offenen Brief“ an Bundesarbeitsminister Dr. Herbert Ehrenberg vom 2. Mai 1979 und Eingaben an das Gericht („der arzt im krankenhaus“ Heft 6/1979) erhielt ich aber

sowohl vom Bundesarbeitsgericht als auch aus dem Bundesarbeitsministerium Informationen, nach denen die Sache als dringlich anerkannt wird und eine vorzeitige Terminierung versucht werden soll. Nach Lage der Dinge wird das Bundesarbeitsgericht also wohl in absehbarer Zeit grundsätzlich über einen Arbeitszeitschutz für angestellte Ärzte zu entscheiden haben, und damit auch über die Anwendung der Arbeitszeitordnung (AZO), die ja von der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV) so demonstrativ in den Vordergrund ihres Nachfolgeprozesses gestellt wurde. Meine Meinung zum letzten Punkt: die *volle, uneingeschränkte Anwendung* der ohnehin antiquierten AZO auf Krankenhausärzte zum jetzigen Zeitpunkt würde einen Kollaps der ärztlichen Krankenhausversorgung hervorrufen. Die Reduzierung der höher ausgelasteten „Bereitschaftsdienste“ und damit der unmenschlichen 32stündigen Marathon-Dienstzeiten auf einmal pro Woche – zwangsweise – ist aber trotz der tariflichen „Zulässigkeit“ aus humanitären und rechtsstaatlichen Gründen längst überfällig und muß auch organisatorisch machbar sein.

Dr. med. Heinz E. Junghans  
Waldtenfelweg 17  
2000 Hamburg 73 (Meiendorf)

#### WIDERSPRUCH

Der Korrektor des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES, ein Mann, der von und mit der deutschen Sprache lebt und dem die Redaktion zahllose Anregungen und Verbesserungen verdankt, hatte seine Stellungnahme schon kurz vor Erscheinen des Aufsatzes in Heft 43/1979, Seite 2858, geschrieben. Da die Publikation aber bereits fest eingeplant war, kann sein nachdenkenswertes Text erst nachträglich veröffentlicht werden:

#### „Stimmt“ das?

In seinem Aufsatz „Das Baby – oder – Unser (kleines) Kind?“ wendet sich Professor Dr. Hans-Georg Jaedicke gegen den Titel der Broschüre „Das Baby“, die von der „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklä-

rung“, Köln, in hoher Auflage herausgegeben wurde. Im Absatz „Das Baby‘: ein beziehungsloser Begriff“ bemängelt der Autor: „Unser Kind‘ drückt elterliche Beziehung und verpflichtende Zuordnung aus. ‚Das Baby‘ bleibt beziehungslos.“ Die Schuld sucht er im folgenden beim Wort „Baby“. M. E. liegt es aber an den Wörtern „das“ oder „unser“, ob eine Beziehung hergestellt wird oder nicht. Beweis: Man drehe den Titel der Arbeit um: „Unser Baby – oder – Das (kleine) Kind.“ Unter der Zwischenüberschrift „Wörter und Wirkungen“ stellt Professor Jaedicke darauf ab, daß „unmittelbare Beziehungen bestehen zwischen Wort und Gefühlswelt („Seele“), die unser Verhalten ‚stimmen‘ und ‚bestimmen‘ ähnlich der Musik“. – Wenn ich so vom Wortklang und dem darin zum Ausdruck kommenden Gefühlswert ausgehe, kann ich mir schlecht vorstellen, daß in dem Lied aus „Die Blume von Hawaii“ in der Wortfolge „My golden Baby . . . , my darling, my sweetheart“ gemeint sein soll, „eine Sache, die ‚babbelt““ (vgl. den so betitelten Absatz in der Arbeit von Professor Jaedicke). Junge Frauen freuen sich auf *ihr* Baby; ein kleines Mädchen erzählt strahlend „*wir* haben ein Baby gekriegt“ – heute bekommt die ganze Familie ein Baby, nicht mehr bringt der Storch ein Brüderchen –. Die schon vorhandenen Kinder freuen sich mit der werdenden Mutter auf „unser neues Baby“ (egal ob Brüderchen oder Schwesterchen). „Unser neues Kind“ klingt eckig und könnte in älteren Geschwistern Rivalitätsgefühle aufkommen lassen (Kinder sind sie auch, aber keine Babys mehr – ein Baby ist kein Rivale). Etymologie hin und indogermanische Sprachwurzel her: Das Wort ist inzwischen in unseren alltäglichen Sprachgebrauch integriert und hat seine klare Bedeutung. Es entsteht der Eindruck, der Autor mag das (amerikanische) Wort „Baby“ nicht und versucht nun mit allen erdenklichen Argumenten, dieses Wort „abzuschieben“. Sorry!

Heinz Wilmsen  
Weezer Straße 67  
4178 Kevelaer

## Apothekertag stellt Arzneimittelsicherheit in den Vordergrund

Kostendämpfung soll weitergehen

Die „Arzneimittelsicherheit“ war ein zentrales Thema des diesjährigen Deutschen Apothekertages, der vom 11. bis 14. Oktober 1979 in der Berliner Kongreßhalle stattfand. Unter dieses Motto wurden dann auch die beiden einzigen Entschlüsse rubriziert, die von der Hauptversammlung Apothekerschaft verabschiedet wurden. Die Entschlüsse haben folgenden Wortlaut:

① „Die Hauptversammlung der deutschen Apotheker stellt fest, daß die derzeit gültigen Regelungen für Arzneimittelmuster nicht ausreichen, Mißbrauch zu verhindern und Arzneimittelsicherheit zu gewährleisten. Sie fordert deshalb den Deutschen Bundestag auf, durch gesetzgeberische Maßnahmen die Herstellung und Abgabe von Arzneimittelmustern zu unterbinden.“

② „Im Interesse der ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln und im Interesse der Arzneimittelsicherheit fordert die Hauptversammlung der deutschen Apotheker alle Hersteller von Fertigarzneimitteln auf, diese an den gesamten pharmazeutischen Großhandel zu liefern. Nur so ist gewährleistet, daß Arzneimittel unverzüglich beschafft werden können.“

Zur zweiten Entschlüsse wird gesagt, daß damit „Verzögerungen in der Versorgung“ ausgeschlossen werden sollen. Sie könnten sich derzeit ergeben, weil einige Hersteller ihre Produkte nicht an den Zwischenhandel, sondern direkt an Apotheken liefern. ▷