

die auch in der Bundesrepublik für die Pflegeversicherung angeführt werden.

In den Niederlanden gab es im Lauf der Zeit allerdings Schwierigkeiten mit der Finanzierung des AWBZ. Andriessen wörtlich: „Der Staat hat es damals [1968, d. Red.] auf sich genommen, die Beiträge, die er vor dem Inkrafttreten des AWBZ für die Pflege via Sozialhilfe aufgebracht hat, in die Kasse des AWBZ zu zahlen. Im Anfang hat er dies auch getan, jedenfalls nominal. Prozentual aber ist der Anteil des Staates an den Netto-Kosten (das heißt, an den Gesamtkosten minus Selbstbeteiligung) von 71,7 Prozent im Jahr 1968 auf 19,8 Prozent in 1982 gesunken. Für 1983 wird eine weitere Senkung bis auf 8,7 Prozent erwartet.“ Der Staat zog sich also infolge verminderter Steuereinnahmen und des schlechten Konjunkturverlaufs aus seiner finanziellen Verantwortung für die obligatorische Versicherung zurück (siehe Tabelle). Der Zurückhaltung des Staates entsprach aber gleichzeitig eine erhebliche Kostensteigerung. Die gesamten Netto-Kosten (Totalkosten abzüglich Selbstbeteiligung) entwickelten sich im Zeitraum von 1968 bis 1982 von rund 565 Millionen auf mehr als 8,1 Milliarden Gulden. Die reinen Pflegekosten stiegen in ähnlichem Maße von fast 325 Millionen auf über 2,9 Milliarden Gulden.

Verantwortlich dafür, so Andriessen, sei eine Kumulation zunächst relativ harmlos erscheinender Faktoren. Die Zahl der allgemeinen Pflegepatienten (von knapp 21 700 auf rund 45 000) und der Pflegetage habe sich seit 1969 fast verdoppelt. Der Anteil der Pflegefälle an der Gesamtbevölkerung sei von 0,17 auf 0,32 Prozent entsprechend gestiegen. Wichtigste Komponente für die Kostenentwicklung ist für Andriessen jedoch der tägliche Durchschnittspreis für Pflegeheime. Er habe 1969 noch knapp über 42 Gulden betragen und sei bis 1981 auf fast 177 Gulden gestiegen.

Da höhere Beiträge für die Pflegeversicherung (1983 bei 4,45 Prozent) politisch nur schwer durchsetzbar sind, kommt auf die Niederländer nach Auskunft von Andriessen eine weitere Selbstbeteiligung zu. Zunächst habe die Regierung in Den Haag 1982 vorgeschlagen, diese Selbstbeteiligung von 876 Gulden einkommensabhängig auf maximal 2650 Gulden zu erhöhen. Nach Protesten des Parlaments und der Gewerkschaften beschränkte sie sich jedoch auf eine Selbstbeteiligung von maximal 1350 Gulden.

Die Generalsekretärin der FDP, Irmgard Adam-Schwaetzer, äußerte inzwischen in einem Interview der Deutschen Presse-Agentur (dpa) Bedenken gegen eine Pflegeversicherung in der Bundesrepublik. In den nächsten Jahren müßten zwar Lösungen gefunden werden, doch habe eine reine Pflegeversicherung den Nachteil, daß vor allem Organisationen gefördert würden.

Frau Dr. Adam-Schwaetzer wörtlich: „Das ist einer der Gründe, weshalb uns eine reine Pflegeversicherung als der falsche Weg erscheint. Der andere Grund ist die Erfahrung aus anderen Ländern. Wenn eine solche Pflegeversicherung eingerichtet ist, wird auch dieses System sich wieder verselbständigen, wie wir es in den anderen Sozialversicherungszweigen gesehen haben, und sehr viel größere Dimensionen annehmen, als man das vorausberechnen kann.“ Als Ausweg sieht die FDP-Politikerin – ähnlich wie die niederländische Regierung heute – „eine Pflegeversicherung mit einer hohen Selbstbeteiligung, zum Beispiel eine Beteiligung von einem Drittel bis zum halben Pflegesatz in einer Pflegeeinrichtung, während nur der Rest durch die Pflegeversicherung abgedeckt wird, so daß jeder, der das in Anspruch nimmt, auch einen Teil seiner Rente mit einzubringen hat. Ein solches Modell wird zur Zeit im Landchaftsverband Westfalen-Lippe diskutiert.“ WS

## Verkehrsmedizin: Erforschung von Nebenwirkungen mit Testauto

Auf die Notwendigkeit, die pharmakologischen Wechselbeziehungen zu arbeitsphysiologischen Abläufen an Verkehrsteilnehmern genauer zu untersuchen, hat das „Institut für Arzneimittelsicherheit im Verkehr“ anlässlich der Vorstellung eines neuentwickelten Testautos hingewiesen und in dem Zusammenhang auch an das Merkblatt der Bundesärztekammer „Einschränkung der Verkehrstüchtigkeit durch Arzneimittel“ erinnert.

Der Objektivierung von Wirkungen und Nebenwirkungen im Straßenverkehr soll das vom Institut in Zusammenarbeit mit der Adam Opel AG entwickelte Testfahrzeug dienen, welches mit einer „Drive-Recorder-Technik“ eine reale Fahrprobe gewährleistet. Auf standardisierten Fahrtstrecken müssen die Probanden bestimmte Aufgabenkataloge erfüllen, die in Begleitung eines Fahrlehrers von Psychologen beurteilt werden.

Neu sind in diesem Verfahren die analogen Aufzeichnungsmethoden mittels digitalisierten und komplexen Fahrtschreibern, die Magnetbandaufzeichnung und Datenverarbeitung über angeschlossene Rechneranlagen gewährleisten.

Neben der Aufzeichnung von technischen Parametern, wie z. B. Quer- und Längsbeschleunigung, Bremsverzögerung, Lenkwinkelgeschwindigkeit u. ä. wird mittels zeitsynchroner „Life-Recorder-Technik“ von physiologischen oder pathologischen Parametern (Messung von Puls, Blutdruck, elektrischem Hautwiderstand und EKG-Dreifachschreiber) eine Korrelationsmöglichkeit gegeben, die Aussagen über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten im Straßenverkehr erlaubt.▷

KURZBERICHTE

Mit der vorgestellten Methodik sei es möglich, hieß es vor der Presse, verbesserte verkehrsmedizinische Studien zum Arzneimittel einfluß auf die Fahrtüchtigkeit durchzuführen. Insbesondere könnte die Frage, inwieweit krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der Fahrtüchtigkeit durch eine Arzneimitteltherapie kompensiert werden, untersucht werden.

Auch vergleichende Untersuchungen zwischen gesunden und kranken Probanden mit und ohne Medikamentenbeeinflussung seien möglich.

Das Institut für Arzneimittelsicherheit im Verkehr ist nach eigener Auskunft eine interdisziplinäre Arbeits- und Forschungsgemeinschaft, an der neben prominenten Ärzten verschiedener Fachrichtungen auch Verkehrspsychologen und Spezialisten aus dem Verkehrsrecht, aus der Verkehrswirtschaft und der Technik beteiligt sind. MP

## Kein „Bluthandel“ mit der Dritten Welt

Den Vorwurf der „BUKO“ (Bundeskongreß entwicklungspolitischer Aktionsgruppen), deutsche Pharmaunternehmen betrieben „Bluthandel“ mit der Dritten Welt, hat die Plasmapheresekommission, ein Koordinationsgremium der Bluttransfusionsdienste der Städte, Länder, Universitäten, freigemeinnützigen Einrichtungen, der Blutspendedienste des Deutschen Roten Kreuzes und der Blutspende- und Plasmapheresezentren der pharmazeutischen Industrie und des Deutschen Grünen Kreuzes, zurückgewiesen. In einer Resolution erklärt sich die Kommission bereit, „den Überwachungsbehörden der Länder – soweit sie es nicht schon bisher getan haben – Einblick in jene Unterlagen zu gewähren, die für das für Blutzubereitungen verwendete Blutplasma den Herkunftsnachweis bis zum Spender möglich

machen. Die Plasmapheresekommission vertritt den Grundsatz, daß in der Bundesrepublik Deutschland keine Blutzubereitungen vertrieben werden dürfen, die aus Blut oder Plasma hergestellt werden, das aus der Dritten Welt stammt.“

Auslöser waren Behauptungen der BUKO, daß in Entwicklungsländern in ausbeuterischer Weise von unwissenden und angeblich unterernährten Menschen Blutspenden gegen geringes Entgelt abgenommen werden, um sie mit hohem Gewinn in der Bundesrepublik oder an ortsansässige deutsche Pharmafirmen zu verkaufen. Dazu Dr. Jürgen Fischer, Schriftführer der Kommission: „Die Mitglieder im Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie verwenden für ihre Präparate, die aus Blutplasma hergestellt werden, kein Plasma, das aus der Dritten Welt stammt.“

Die Bundesrepublik gehöre zwar zu den „Hochverbrauchsländern“ von Plasma, wie der Referent für Blutspendewesen im Roten Kreuz, Rolf Herzbach, auf Anfrage dem DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT bestätigt, decke seine Bedarfsspitzen aber mit Importen aus den Vereinigten Staaten und Westeuropa ab. In den USA bestehe sogar ein Überangebot an Blutplasma, weil es dort auch privat organisierte Blutspendedienste gebe, die Blutspenden vergüten.

In der Bundesrepublik stammen 80 Prozent der Blutspenden vom Blutspendewesen des Roten Kreuzes – dort gibt es kein Entgelt – und 20 Prozent von Universitätskliniken. Blutspender erhalten dort rund 50 Mark „Aufwandsentschädigung“. Herzbach: „Das bedauern wir, ist aber so.“

Auf der anderen Seite ist die Bundesrepublik in Katastrophensituationen ein Lieferant von Trockenplasma. Im Libanonkonflikt zum Beispiel hat das Deutsche Rote Kreuz in Westbeirut spontan mit 1500 Einheiten ausgeholfen. ck

FORUM

## „ . . . so endete der Traum von der Krankengymnastik“

Bettina Henrietta Stephan

Ein Erfahrungsbericht, der nachdenklich stimmen muß: Die Verfasserin bewarb sich für eine Ausbildung zur Krankengymnastin. Ob sich die beschriebenen Praktiken der Lehranstalt bei der Aufnahmeprüfung als „konjunkturbedingt“ entschuldigen lassen?

Den Wunsch, Krankengymnastin zu werden, hatte ich seit meinem 16. Lebensjahr. Da ich wußte, wie schwer es ist, einen Ausbildungsplatz zu bekommen, fing ich deshalb im Frühjahr 1980 an, Bewerbungsschreiben an verschiedene Lehranstalten zu schicken.

Nach einiger Zeit bekam ich meine Bewerbungsunterlagen zurück mit der Begründung, es seien zu viele Bewerbungen eingegangen, ich hätte „leider“ in einem Losverfahren eine „Niete“ gezogen. Das bedeutete, daß man noch nicht einmal an einem Eignungstest teilnehmen konnte. Eine einzige Lehranstalt, und zwar in Frankfurt-Höchst, blieb übrig. Im Sommer 1981 bekam ich von dort den Bescheid, daß ich 1983 an einer Aufnahmeprüfung teilnehmen könne. Die Prüfung fand dann auch am 3. 1. 83 in Frankfurt-Höchst statt. Sie begann um Punkt 8.00 Uhr in der Früh.

Die Prüfung bestand aus einem Konzentrationstest, in dem wir auf einer Schreibmaschinenseite gedruckte d und p, die mit Strichen versehen waren, innerhalb weniger Sekunden nach einem gewis-