

wollte ihm niemand nehmen. Die öffentlich-rechtliche Einbindung konnte freilich auch niemand bestreiten. Der Präsident des Bundessozialgerichtes mahnte die Ärzteschaft, sie sei gut beraten, „Verständnis für die einfach notwendige Sozialbindung

aufzubringen“. Der Arzt sei in die öffentlich-rechtliche Organisation eingefügt. Der Staat greife indes auch mit dem GSG nicht in die Organisationskompetenz des niedergelassenen Arztes und seiner Selbstverwaltung ein. NJ

5. Arzneimittelgesetz-Novelle

Maus oder Normalgeburt?

Nur wenige Vorschläge der Ärzteschaft werden im neugefaßten Arzneimittelgesetz realisiert. Viele Wünsche bleiben offen.

Nach langen und heftigen Wehen wurde die 5. Novelle des Arzneimittelgesetzes in Bundestag und Bundesrat angenommen. Einige Vorschläge der Ärzteschaft wurden teilweise aufgenommen, zum Beispiel

- ▶ eine umfassendere Meldepflicht der Hersteller für schwerwiegende unerwünschte Wirkungen,
- ▶ die verstärkte Verpflichtung des Nachweises der therapeutischen Wirksamkeit beim Hersteller,
- ▶ das Aufdrucken von Warn- und Lagerhinweisen bereits auf der Verpackung,
- ▶ höhere Anforderungen an Arzneimittel biologischer Herkunft.

Es bleibt abzuwarten, ob sich die Neufassung insgesamt bewähren wird. Wer stellt zum Beispiel die fehlenden „therapeutischen Ergebnisse“ bei der Vielzahl auftragsgemäß gefundener Therapieerfolge fest, um dann die Zulassung widerrufen zu können?

Nicht berücksichtigt wurden bei der Novellierung aktuelle ärztliche Forderungen, darunter Beschlüsse des 97. Deutschen Ärztetages, zum Beispiel folgende:

▷ Von Bundesoberbehörden berufene Sachverständige müssen alle ihre Interessen offenlegen, die mit der pharmazeutischen Industrie in Zusammenhang stehen können.

▷ Ein Pharmaberater soll dem Arzt nicht nur eine Fachinformation

vorlegen (und dann wieder einpacken), sondern auf Anforderung auch zur Verfügung stellen.

▷ Nur ein dafür qualifizierter Arzt kann Informationsbeauftragter für Arzneimittel in einem pharmazeutischen Unternehmen sein.

▷ Die Texte der Packungsbeilagen von Medikamenten müssen verständlich, auch für ältere Menschen lesbar, bei Arzneimitteln mit gleichen Inhaltsstoffen identisch und stets aktuell sein.

▷ Der Zusatz „soweit nicht anders verordnet“ muß wieder in die Dosierungsempfehlungen aufgenommen werden, um dem Arzt situationsgerechtes Handeln zu ermöglichen.

▷ Ebenso unberücksichtigt blieben alte, bereits bei der Diskussion um die 4. Novelle vorgetragene Vorschläge der Ärzte wie zum Beispiel

– die Forderung nach einheitlichen Standardisierungsangaben insbesondere von biologischen Wirkstoffen und Pflanzenextrakten (z. B. werden Weißdornextrakte auf oligomere Procyanidine, Gesamtflavonoide oder Flavane standardisiert),

– die Einschränkung der freien Wahl der Bezeichnung eines Arzneimittels durch den Hersteller bei Austausch von Inhaltsstoffen des betreffenden Präparates (der Zusatz -N, -P zum „altbewährten“ Handelsnamen genügt nicht!).

▷ Die zum Teil weitgefaßten Indikationsangaben bis hin zur „Indikationslyrik“ sollten von den Bundesoberbehörden genauer überprüft werden.

▷ Kinder, Frauen und besondere Risikogruppen sollen vermehrt in Arzneimittelstudien einbezogen werden.

Diese Vorschläge werden wohl weiter in irgendeiner Schublade ruhen.

Fazit: Die Zangengeburt hat ein mittelprächtiges Kind mit einigen Geburtsfehlern hervorgebracht. Hoffen wir auf die nächste glückliche Geburt, auf die 6. Novelle.

Dr. Günter Hopf, Köln

Pflege-Versicherung: Vorbereitung beginnt

Das Pflege-Versicherungsgesetz ist am 28. Mai 1994 im „Bundesgesetzblatt“ verkündet worden. Damit ist die letzte (formale) Hürde für die Wirksamkeit des Pflege-Versicherungsgesetzes nach den zustimmenden Beschlüssen des Deutschen Bundestages und des Bundesrates genommen. Gleichzeitig wird die Entgeltfortzahlung vereinheitlicht.

Die Pflegeversicherung beginnt am 1. Januar 1995, 80 Millionen Bundesbürger erhalten Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit nach dem Grundsatz: Jeder, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, wird Mitglied der Pflegeversicherung. Jeder, der in der privaten Krankenversicherung versichert

ist, muß zum 1. Januar 1995 eine private Pflegeversicherung abschließen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden in zwei Stufen eingeführt: Die Leistungen der häuslichen Pflege bilden den Schwerpunkt des Pflege-Versicherungsgesetzes und werden vom 1. April 1995 an erbracht. Die Leistungen bei stationä-

rer Pflege wird es vom 1. Juli 1996 an geben.

Um einen reibungslosen Start der Pflegeversicherung und vor allem bei der Leistungsgewährung ab 1. April 1995 sicherzustellen, sieht das Gesetz vor, daß bereits vom 1. Juni 1994 an organisatorische Vorarbeiten von den Krankenkassen begonnen wurden. Die Pflegekassen konnten die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten anschreiben und darauf hinweisen, daß sie sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen können. Voraussetzung ist, daß ein gleichwertiger privater Versicherungsschutz abgeschlossen wird. Befreiungsanträge können auch schon in diesem Jahr mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden.

Privat Krankenversicherte müssen den Pflegeversicherungsvertrag bei ihrem Krankenversicherungsunternehmen oder einem anderen Unternehmen abschließen. Die Wahl kann schon vor Inkrafttreten des Gesetzes mit Wirkung zum 1. Januar 1995 erfolgen.

Um die Versorgung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern mit bedarfsangemessenen und modernen Pflegeeinrichtungen rasch zu verbessern, ist ein Investitionsprogramm für die neuen Bundesländer vorgesehen, das vom 1. Juni 1994 an in Kraft trat. Mit einer Finanzhilfe von 6,4 Milliarden DM, die den neuen Ländern von 1995 bis zum Jahr 2002 zur Verfügung gestellt wird, sollen auch im Bereich der Pflegeeinrichtungen einheitliche Lebensverhältnisse in Deutschland geschaffen werden.

Auch das in das Pflege-Versicherungsgesetz eingestellte Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall („Entgeltfortzahlungsgesetz“) trat am 1. Juni 1994 in Kraft. Hiernach haben alle Arbeitnehmer einschließlich der geringfügig und kurzzeitig Beschäftigten einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für die Dauer bis zu sechs Wochen. Mit diesem neuen Gesetz wird das bisher zersplitterte Entgeltfortzahlungsrecht auf eine einheitliche Basis gestellt. BMA

XXX. Internationaler Kongreß für Wehrmedizin

Sanitäter und Militärärzte kennen keine Grenzen

In der alten Römer- und Fuggerstadt Augsburg trafen sich kürzlich an die 1 000 Teilnehmer beim XXX. Internationalen Kongreß für Wehrmedizin. Gegründet wurde die veranstaltende Organisation, das Comité International de Médecine Militaire (CIMM), 1921 nach den Schrecken des Ersten Weltkrieges von zunächst acht Nationen. Dieses Jahr nahmen Teilnehmer aus 90 Staaten an der Tagung teil.

Sanitäter und Militärärzte kennen keine Grenzen. Da diskutierte der kuwaitische „Medicus in Uniform“ mit dem aus dem Irak, und „ich habe auch erlebt, daß die Vertreter der Volksrepublik China mit denen Taiwans gesprochen haben, was im politischen Raum so ohne weiteres nicht denkbar ist“, sagte Generalarzt Dr. Karl Demmer vom Verteidigungsministerium, Vizepräsident des Organisationskomitees.

„Der Sanitätsdienst war in der Vergangenheit weitgehend nationale Aufgabe. Die Entwicklungen der letzten Jahre aber haben deutlich gemacht, daß immer häufiger bestimmte Leistungen nur noch im Rahmen multinationaler Versorgungssysteme erbracht werden können“, stellte der Inspekteur des Sanitätswesens der Bundeswehr, Generaloberstabsarzt Dr. Gunter Desch, fest, der beim Kongreß für die nächsten zwei Jahre die Präsidentschaft des CIMM übernahm. „Um so wichtiger wird es für die Sanitätsdienste aller Länder, ihre Leistungsfähigkeit auf vergleichbares Niveau zu bringen und ihre Aktivitäten zu koordinieren“, sagte Desch (vgl. auch Heft 22-23/1994, „Das Interview“).

Zusammenarbeit zum Wohl der Soldaten aller Kontinente, Erfahrungsaustausch und neueste Forschung standen bei den rund 300 Vorträgen im Vordergrund. Dabei

galt es, kulturellen Unterschieden Rechnung zu tragen. „Gerade beim Themenkreis HIV haben wir viel voneinander lernen können und stellen fest, daß unsere Strategien der AIDS-Prävention und der Betreuung nicht ohne weiteres in der ganzen Welt umsetzbar sind“, erklärte Dr. Demmer.

Für den Einsatz bei UN-Missionen war für alle Teilnehmer die Nutzung von EDV und Telemedizin ein „hochinteressantes Kapitel“. Die Amerikaner hätten damit begonnen, als sie feststellten, daß man nicht unbedingt jeden Spezialisten vor Ort bringen könne, betonte Demmer. Personalengpässe, die bei einem Blauhelmeinsatz bei hochspezialisierten Kräften drohen, könnten auf diese Weise überbrückt werden. Es sei beispielsweise möglich, die Diagnostik zu unterstützen und Laborparameter zu bewerten. Künftig könne per Satellit über eine Datenstrecke sogar ein Operationsroboter gesteuert werden.

Bei der Therapie von Brandwunden läßt ein deutsches Projekt hoffen, das die Züchtung von Hautkulturen erforscht. Erste Ergebnisse sind vielversprechend: „Wir können dem Patienten mit Kulturen seiner eigenen Haut helfen“, so Dr. Demmer, „was auch das HIV-Risiko mindert“.

In den nächsten zwei Jahren der deutschen Präsidentschaft sind unter anderem Veranstaltungen für junge Sanitätsoffiziere geplant, zum Beispiel in Genf zum humanitären Völkerrecht. Noch mehr will Deutschland die Chance ergreifen, „die Kontakte in der Wehrmedizin zu festigen, ohne ideologische Differenzen zu beachten, und der Politik damit vielleicht eine gewisse Hilfestellung geben“ – im Sinne der Humanität. Volker Koop, Bundesministerium der Verteidigung