

report bremen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Aug. 2005

ersatzkassen

Einigung auf Landesbasisfallwert für Bremer Krankenhäuser

In allen Bundesländern muss ab diesem Jahr ein landesweiter Basisfallwert zur Vergütung der Krankenhausleistungen gefunden werden. Erste Gespräche dazu wurden in Bremen bereits im September 2004 geführt. Allerdings konnte man sich bis Mai 2005 nicht auf die Höhe des Basisfallwerts einigen, sodass die Bremer Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft die Schiedsstelle unter Vorsitz von Herrn Dr. Kuhlmann bemühen mussten.

Insgesamt drei Schiedsstellensitzungen brauchte es, bis der Vorsitzende am 25. Juni 2005 den Bremer Landesbasisfallwert in Höhe von 2.866,- Euro (nach Kappung) festlegte. Der Schiedsspruch von Dr. Kuhlmann basiert auf den diversen Verhandlungen, die während der dreitägigen Schiedsstellensitzung zwischen den Vertragsparteien geführt wurden – ein Ergebnis also, das zeigt, dass die Selbstverwaltung in der Lage ist, tragfähige Kompromisse zu erzielen. Mit der Findung des Landesbasisfallwerts ist nun in Gang gesetzt, was der Gesetzgeber Konvergenzphase genannt hat:

Um den Krankenhäusern die Umstellung auf eine einheitliche Vergütung zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber diese „Annäherungsphase“ von 2005

In dieser Ausgabe:

■ Arzneimittelausgaben

Maßnahmen für Qualität und Effizienz, Interview mit Gerd Glaeske.

■ Koronare Herzkrankheit

Drittes DMP in Bremen angelaufen.

■ Ambulante Hospizdienste

Förderung der Kassen sichert die Versorgung sterbender Menschen.

■ „Organspende – Ich entscheide selbst!“

Aktion der Bremer Ersatzkassenverbände läuft erfolgreich.

bis 2009 festgelegt. Innerhalb dieser Zeit sollen die Krankenhäuser ihren Betrieb so weit umstellen, dass am Ende eine Leistung in allen Krankenhäusern des Bundeslandes zum selben Preis durchge-

führt werden kann. Auch die individuellen Basisfallwerte der Krankenhäuser in Bremen werden in dieser Phase an den landeseinheitlichen Basisfallwert „herangeführt“.

„Die Ersatzkassen können mit der gefallene Entscheidung zum Landesbasisfallwert leben“, kommentiert Karl Nagel, Leiter der VdAK-AEV-Landesvertretung das Schiedsstellenergebnis. „Der Schiedsspruch gibt allen Beteiligten Planungssicherheit und legt damit den Grundstein für einen gangbaren Weg in die Konvergenzphase. Für die Ersatzkassenverbände ist es wichtig, dass wir mit dem gefundenen Basisfallwert den Abstand zum durchschnittlichen Basisfallwert auf Bundesebene verringern konnten.“, so der Leiter der Landesvertretung.

Berechnung der Krankenhausvergütung

Im neuen Abrechnungssystem für Krankenhausleistungen werden Krankheiten nach Gruppen zusam-

men gefasst und je nach den durchschnittlichen Kosten, die die Behandlung im Krankenhaus verursacht, mit einem Umrechnungsfaktor versehen. Diese Gruppen nennt man Diagnosis Related Groups (DRG).

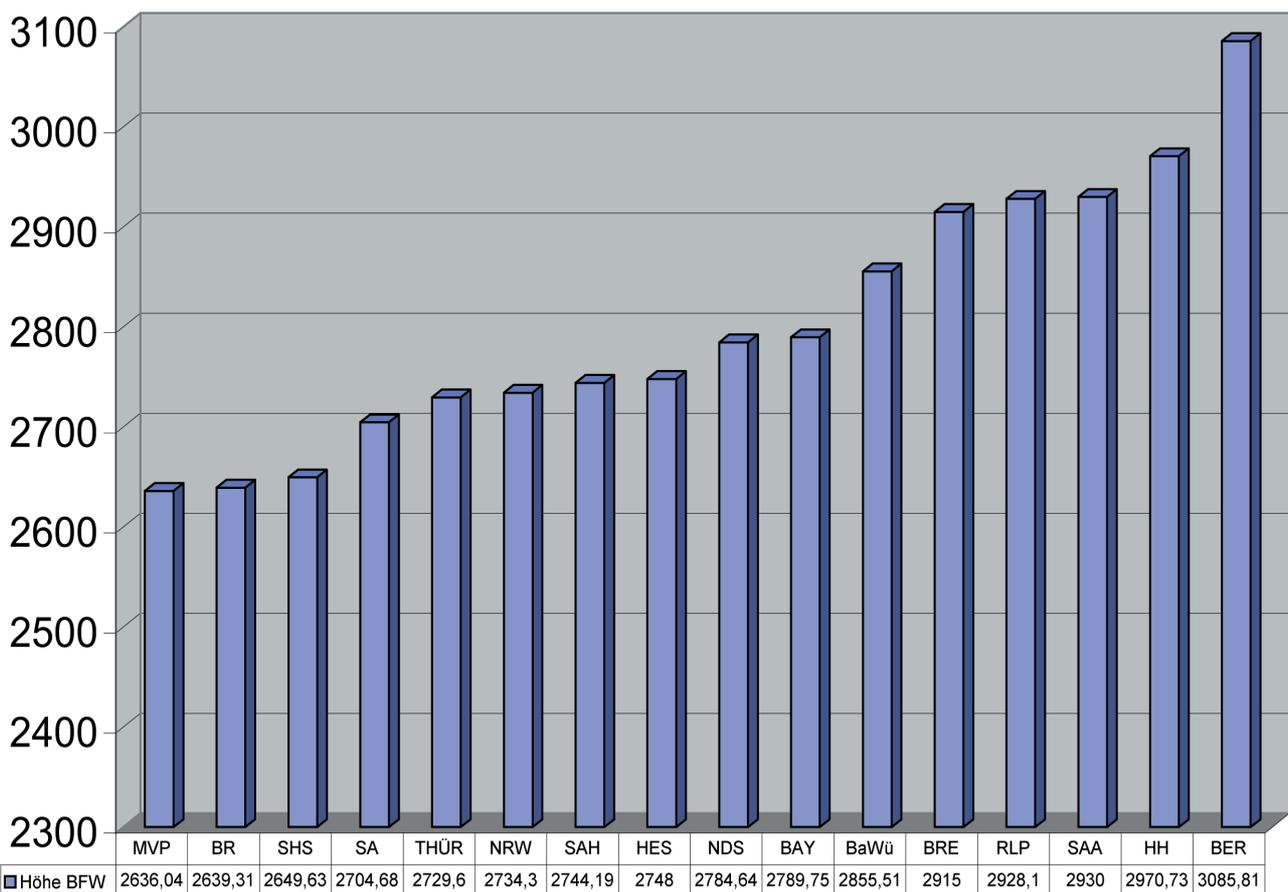
Diesen DRG's werden Punktzahlen (Bewertungsrelationen) zugeordnet, die bundesweit gelten. Der Basisfallwert, auf den man sich jetzt in Bremen geeinigt hat, ist sozusagen der Punktwert, mit dem die Punktzahl der einzelnen DRG's multipliziert wird.

Vereinfacht ergibt sich folgende Rechnung:

DRG-Bewertungsrelation x Basisfallwert

Allerdings müssen hier noch diverse Zu- und Abschläge berechnet werden, beispielsweise, wenn ein Patient nicht nur eine Diagnose aufweist, sondern auch Begleiterkrankungen im Krankenhaus behandelt werden müssen.

Landesbasisfallwerte Bundesweit



Fragen an Uwe Zimmer, den neuen Geschäftsführer der Bremer Krankenhausgesellschaft

▼ Herr Zimmer, Ende Juni 2005 hat die Krankenhausgesellschaft Bremen sich mit den Krankenkassen auf einen Landesbasisfallwert von 2.866 Euro geeinigt. Wie haben Sie diese erste wichtige Verhandlung in Bremen erlebt?

▲ Mit dem Beginn der Konvergenzphase in diesem Jahr werden die hausindividuellen Budgets schrittweise abgeschafft. Insofern gewinnt das Preisniveau auf Landesebene, ausgedrückt im Landesbasisfallwert, erheblich an Bedeutung.

Diese Bedeutung hat man in den langwierigen und komplexen Verhandlungen zur erstmaligen Findung dieses Wertes gespürt. Alle Beteiligten auf beiden Seiten waren sehr angespannt. Die Atmosphäre knisterte und es bedurfte aller Anstrengung nicht von der Sachebene auf die Beziehungsebene abzugleiten. Da ich im Saarland als Verhandlungsführer der Kassenseite diese Verhandlungen bereits erlebt habe, bin ich froh, dass es uns auch in Bremen gelungen ist, am Ende einen tragfähigen Kompromiss erreicht zu haben.

▼ Was sehen Sie in den nächsten Monaten als Ihre größte Herausforderung?

▲ Den Mentalitätswechsel zwischen den Saarländern und Bremern nachzuvollziehen und tragfähige persönliche Beziehungen zu den einzelnen Mitgliedern und Partnern im Gesundheitswesen aufzubauen, wird von großer Bedeutung sein. Da meine Familie noch relativ weit weg wohnt, ist auch die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben in dieser Zeit eine besondere Herausforderung.

Die anstehende Budgetrunde 2005, die Fortschreibung des Krankenhausplanes, die Verhandlung des Landesbasisfallwertes für 2006 sowie die angemessene Finanzierung der Ausbildungsstätten in den Krankenhäusern sind die Themen, die in den nächsten Monaten bestimmend sein werden. Hinzu kommen die Vorbereitungen auf die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und die Bewerbung Bremens als Testregion. Hier werden wir schnell nach der Bundestagswahl sehen, inwieweit wir uns in

Bremen gut aufgestellt haben. Es wäre schön, wenn unsere Bewerbung erfolgreich wäre.

▼ Wie sehen Sie die zukünftige Rolle der Bremer Krankenhausgesellschaft zwischen den Bremer Klinikverbänden Gesundheit Nord und Freien Kliniken Bremen?

▲ Die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen vertritt die gemeinsamen Interessen aller Mitglieder. Wir differenzieren hier in unserer Service- und Beratungsfunktion nicht zwischen unseren Mitgliedern. Soweit wir als Moderator zwischen den Mitgliedern gebraucht werden, stehen wir natürlich auch dafür zur Verfügung. Im Kern ist diese Art der Aufgabenerfüllung nicht anders als die Rolle des VdAK/AEV mit seinen Mitgliedern, die ich als stellvertretender Leiter der Ersatzkassenverbände viele Jahre im Saarland wahrnehmen durfte.

Die Umverteilungswirkungen des DRG-Systems bringt natürlich für die betroffenen Krankenhäuser höchst unterschiedliche Belastungen mit sich, aber noch steckt der Katalog in den Kinderschuhen und wer sich zu früh als Gewinner sieht, kann am Ende mit leeren Händen dastehen. Insofern sehe ich keinen Gegensatz zwischen den städtischen und den freigemeinnützigen Krankenhäusern.

Die bestehenden Unterschiede erhöhen die Wahlfreiheit für die Patientinnen und Patienten und sind für eine pluralistische Gesellschaft prägend.



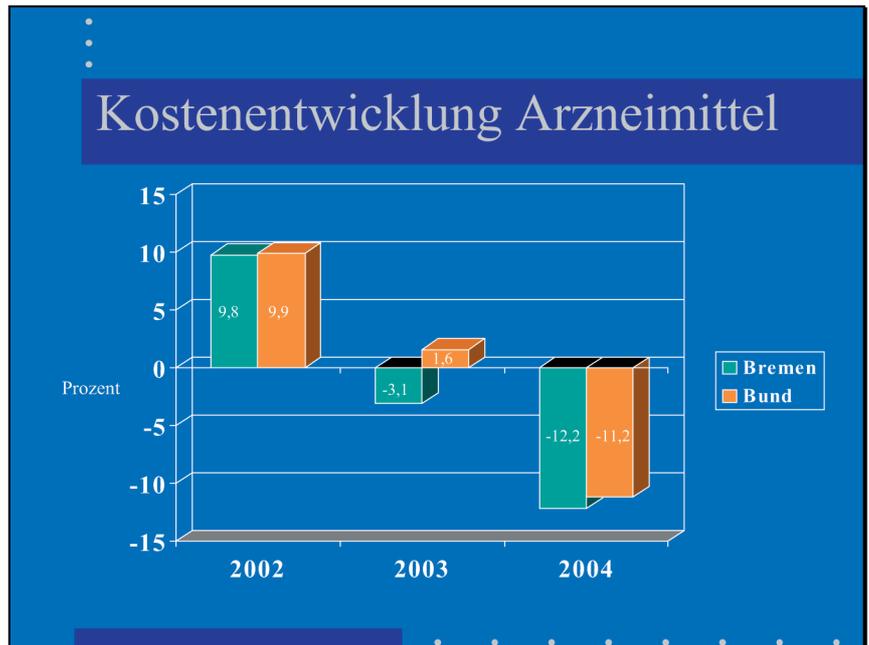
Uwe Zimmer, Dipl.-Volkswirt

Arzneimittelausgaben – Allianzen für eine wirkungsvolle und effiziente Therapie

Nach jahrelangem Anstieg konnten die Arzneimittelkosten in den vergangenen zwei Jahren endlich etwas reduziert werden. Jetzt befürchten die Krankenkassen aber für 2005 wieder einen massiven Anstieg der Ausgaben in diesem Sektor. Denn zum größten Teil waren die Maßnahmen zur Kostensenkung aus dem Gesundheitsreformgesetz einmalige Interventionen, wie zum Beispiel erhöhte Rabatte von den Pharmaherstellern bei nicht festbetragsregulierten Arzneimitteln, die nun im zweiten Jahr nach der Reform wieder von 16 auf 6 % abgesenkt wurden.

Zudem begegnet die Pharmaindustrie den politischen Regulationen zu Einsparungen mit massiven Werbekampagnen für teure neue Produkte, die allerdings oft keinen zusätzlichen Nutzen gegenüber Arzneimitteln haben, die bereits kostengünstiger angeboten werden. In diesem Bereich sind nach wie vor große Einsparmöglichkeiten zu finden, solange Produkte verordnet werden, bei denen das Preis-Leistungsverhältnis nicht stimmt.

Daher werden die strukturellen Maßnahmen der Gesundheitsreform durch intensive Bemühungen auf der Landesebene begleitet, die die Ärzte zu einem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten bewegen sollen. Dazu dient beispielsweise die konsequente Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung, mit der die



Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung in den Ländern per Gesetz beauftragt sind.

Im Rahmen dieses Verfahrens werden mit den Ärzten Zielvereinbarungen über die Verordnung von Medikamenten getroffen. Flankiert werden diese Vereinbarungen durch die Beratung unabhängiger pharmazeutischer bzw. pharmakologischer Institute und durch industrieunabhängige Fortbildungsmaßnahmen für die Ärzte. Mit einem konsequenten Prüfverfahren, bei dem auch Regresse realisiert sind, kann dabei eine langfristige Veränderung des Ordnungsverhaltens von Ärzten erreicht werden. In Bremen wurden die geschilderten Maßnahmen bisher mit Erfolg eingesetzt.



INSTITUTE ZUR SICHERUNG DER QUALITÄT, WIRTSCHAFTLICHKEIT UND SICHERHEIT VON MEDIKAMENTEN

BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist eine selbstständige Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Zentrale Aufgabe des Instituts ist die kontinuierliche Verbesserung der Sicherheit von Arzneimitteln und die Risikoüberwachung von Medizinprodukten. Im Rahmen der Zulassung und Registrierung von Arzneimitteln prüft das BfArM deren Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und die angemessene pharmazeutische Qualität. Zudem ist das Institut verantwortlich für die Risikoüberwachung zugelassener Arzneimittel. Werden zuvor unbekannte Nebenwirkungen eines Medikaments entdeckt, sammelt und bewertet das BfArM diese Informationen und nimmt gegebenenfalls die Zulassung für das Medikament zurück.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern. Seine Aufgabe ist es zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag der Gesundheitsreform von 2003 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (s. o.) das IQWiG in Form einer privaten Stiftung errichtet. Dem Institut obliegt die wissenschaftliche Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit von Leistungen. Dazu gehört die Bewertung von Behandlungsleitlinien, die Abgabe von Empfehlungen zu strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP), die Nutzenbewertung von Arzneimitteln sowie die Herausgabe von Patienteninformatoren (siehe Kampagne „Arzneimittel im Fokus“).

AkdÄ – Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Die AkdÄ erhält ihre Aufgaben von der Bundesärztekammer. Sie informiert die Ärzteschaft über rationale Arzneitherapie und Arzneimittelsicherheit. Sie gibt Therapieberatung auf aktueller wissenschaftlicher Basis und leitet die von den Ärzten gemeldeten Informationen über unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten an das BfArM weiter. Die Mitglieder der Arzneimittelkommission arbeiten ehrenamtlich.

Interview mit Prof. Dr. Glaeske



Prof. Dr. Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen

▼ All die Institute, Maßnahmen und Vereinbarungen sind von außen betrachtet schwer durchschaubar und schaffen für den Einzelnen zunächst eher Verwirrung, als Transparenz. Was wird getan, um Patienten gezielt in die Bemühungen um eine wirksamkeits- und nicht marktgeleitete Verordnung einzubeziehen?

▲ Hier müssen die Kassen mithelfen und noch aktiver werden als bisher. Sie müssen den Arzneimittelmarkt läutern, sie müssen z. B. darstellen, was Generika sind und warum diese Nachahmerprodukte – ein

Begriff, bei dem viele an Urlaubs-Angebote wie nachgemachte Louis-Vitton-Taschen oder Rolex-Uhren denken –

hohe Qualität zu günstigen Preisen bieten. Bei uns stimmt bei vielen Medikamenten das Preis-Leistungsverhältnis nicht: Nicht der Preis entscheidet über die Wirksamkeit eines Mittels, sondern der Inhaltsstoff des Medikaments. Und häufig sind eben die älteren Mittel bewährt und besser als die neuen – und die gibt es sogar schon zu günstigeren Preisen als Generika.

▼ Welche Rolle spielt der Patient in diesen Bemühungen – kann er im pharmazeutischen Bereich Wissen erlangen?

▲ Da gibt es viele Angebote. Einige Kassen bieten z. B. Informationen in ihren Mitgliederzeitschriften an. Dabei geht es darum, mit Preisvergleichen Verständnis dafür zu entwickeln, dass z. B. zur Behandlung des Bluthochdrucks mit dem gleichen Wirkstoff pro Monat die Preise zwischen 5,50 Euro und 22 Euro liegen.

Wenn die Qualität der Mittel vergleichbar ist, warum sollte dann das teurere Mittel angewendet werden? Daneben gibt es Mittel, die überhaupt nicht mehr angewendet werden sollten, weil ihr Nutzen zweifelhaft ist. Manche meinen natürlich, dass die Kassen solche Informationen nur um des Sparen willens publizieren. Darum auch der Rat: Schauen Sie auch in die Medikamentenbücher der Stiftung Warentest: Dort finden Sie ganz ähnliche Hinweise – und die Stiftung Warentest ist ganz sicher nicht mit den Kassen „verbandelt“.

▼ Wie kann ein „aufgeklärter“ Patient Bedeutung in den Einsparbemühungen haben?

Arzneimittel im Fokus – Aufklärung für Versicherte

Arzneimittel im Fokus ist eine gemeinsame Internet-Plattform der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hier finden Ärzte und Patienten wichtige Informationen über Arzneimittel, die aufzeigen sollen, welche Versorgungsalternativen bei bestimmten Krankheiten die größtmögliche Arzneimittelsicherheit bieten. Der zentrale Ansatz dieser gemeinsamen Informationsplattform ist, dass günstige und langjährig bewährte Medikamente zur Verfügung stehen, deren Nutzen gut belegt ist. Die Plattform will damit objektive Informationen bieten, die unabhängig von der herstellenden Industrie sind.

Das Informationsangebot richtet sich nach unterschiedlichen Krankheitsbildern und wird monatlich um neue Beispiele ergänzt. Den Anfang bilden bisher Medikamente bei Fettstoffwechselstörungen und Antirheumatika.

www.kbv.de/amfo

▲ Patientinnen und Patienten müssen Verständnis für die Einsparbemühungen ihrer Ärztinnen und Ärzte mitbringen. Sie sollen die Verordnungen kostengünstiger Mittel unterstützen, gerade auch, wenn sie z. B. aus dem Krankenhaus kommen und dort mit anderen Mitteln behandelt wurden. Patienten sollten nicht davon ausgehen, dass sie in der Praxis schlechter behandelt werden, auch wenn das Mittel eine andere Farbe oder Form hat.

▼ Muss man bei der Informationsstrategie zwischen akut und chronisch erkrankten Patienten unterscheiden?

▲ Grundsätzlich nicht: In beiden Bereichen gibt es kostengünstige Alternativen. Im Vordergrund steht da vielmehr das Problem, auch bei chronischen Erkrankungen die Mittel zuverlässig so einzunehmen, wie es notwendig ist. Bei akuten Beschwerden, wenn z. B. Antibiotika oder Pilzmittel für 8 - 10 Tage nötig sind, ist die Sorgfalt bei der Einnahme wahrscheinlich etwas höher, weil die Krankheit kurzfristig auftritt und schnell überwunden werden soll.

▼ Ist es in seinem eigenen Interesse sich zu informieren, oder soll dies nur den ökonomischen Interessen der Krankenkassen dienen?

▲ Es geht um die eigene Gesundheit, das steht im Vordergrund. Arzneimittel müssen so eingenommen werden, dass sie zuverlässig wirken, und es sollen nur die Mittel angewendet werden, die gleichzeitig notwendig und effizient sind. Und wenn beides berücksichtigt wird, ist dies auch für den Beitragssatz ihrer Kasse gut.

Koronare Herzkrankheit - drittes DMP in Bremen erfolgreich gestartet

Die Koronare Herzkrankheit (KHK) ist die Verengung oder der Verschluss von Herzkranzarterien, die so genannte Arteriosklerose. Durch Ablagerungen in den Gefäßen wird der Herzmuskel nicht mehr optimal mit Sauerstoff versorgt, was zu Herzinsuffizienz oder zum Infarkt führen kann. Mehr als 340.000 Menschen sterben pro Jahr an den Folgen der Koronaren Herzkrankheit. Wegen der zum Teil beträchtlichen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen und der Folgekosten der Erkrankung gehört KHK zu den gravierenden chronischen Erkrankungen unserer Zeit.

Die Krankenkassen in Bremen haben mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhausgesellschaft Verträge über das strukturierte Behandlungs-

programm geschlossen. Seit April 2005 läuft in Bremen das Disease-Management-Programm (DMP) für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit, in das sich bisher insgesamt 455 Patienten eingeschrieben haben. Dies ist das dritte DMP, das in Bremen angeboten wird. In das DMP Diabetes haben sich inzwischen 16.379 und in das DMP Brustkrebs 1.125 Patientinnen und Patienten eingeschrieben.

Das DMP KHK soll zur Vermeidung von Herzinfarkten beitragen und die Entwicklung einer Herzinsuffizienz verhindern helfen. Auch die Steigerung der Lebensqualität und der Erhalt der Belastungsfähigkeit des Patienten sind Ziele des DMP. Wichtig ist aber bei allen DMP's, dass der Patient intensiv in die Behandlung und Bewältigung seiner Krankheit einbezogen

wird. Dazu bieten auch die Krankenkassen vielfältige Hilfe und Informationen an.

Die Behandlung im DMP ist nach an anerkannten medizinischen Leitlinien ausgerichtet und stellt damit eine Versorgung auf sicherem, hohem Niveau dar.

Patienten, die sich in das DMP einschreiben, können unter den teilnehmenden Ärzten den Arzt ihres Vertrauens wählen, der die Behandlungsprozesse steuert und in engem Kontakt zu weiteren behandelnden Ärzten, den beteiligten Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen steht.

Krankenkassen unterstützen ambulante Hospizdienste in Bremen Förderung steigt in 2005 auf 150.000 Euro

Ambulante Hospizdienste erbringen palliativ (lindernd)-medizinische Beratung und Betreuung von sterbenskranken Menschen und ihren Angehörigen. Zu ihren Aufgaben gehört neben der Koordination der Betreuung auch die Gewinnung, Schulung und Unterstützung der ehrenamtlich HelferInnen. Etwa 170 ehrenamtliche Kräfte betreuen in Bremen und Bremerhaven sterbende Menschen in ihrem Zuhause.

Auf Grund der demografischen Entwicklung und der zunehmenden Lebenserwartung der Menschen steigen Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) und schwere Erkrankungen und damit auch die Anforderungen an eine qualifizierte Sterbebegleitung. Durch den Einsatz der ambulanten Hospizdienste kann der Wunsch vieler Menschen, die letzten Lebensstage in der vertrauten Umgebung mit den Angehörigen zu verbringen, erfüllt werden.

Mit neuen gesetzlichen Regelungen können die Krankenkassen seit 2002 die ehrenamtliche Sterbebegleitung durch die ambulanten Hospizdienste

mitfinanzieren. Das soll helfen, die Hospizdienste weiter auf- und auszubauen. Die Bremer Kassen fördern seit drei Jahren den Einsatz und die Leistungen der Ehrenamtlichen mit jährlich steigenden Zuschüssen von 90.000 Euro, 113.000 und im Jahr 2005 mit 150.000 Euro – davon werden rund 40 Prozent von den Ersatzkassen geleistet.

Um von den gesetzlichen Krankenkassen gefördert zu werden, muss ein ambulanter Hospizdienst mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammen arbeiten und von einer qualifizierten Fachkraft mit mehrjähriger Erfahrung in der Hospizarbeit geleitet werden.

Eine weitere Möglichkeit die letzte Phase des Lebens zu gestalten, ist die stationäre Sterbebegleitung im Bremer *Hospiz: Brücke*, das ebenfalls von den Krankenkassen unterstützt wird, oder die palliativ-medizinischen Einheiten des Klinikums Links der Weser in Bremen oder des St. Joseph-Hospitals in Bremerhaven.

„Organspende – ich entscheide selbst!“

Aktion der Bremer Ersatzkassenverbände läuft seit 4. Juni

Fast 14.000 Menschen warten in Deutschland auf ein Organ, das ihr Leben rettet. Aber es stehen viel zu wenig Spenderorgane zur Transplantation zur Verfügung. So vergehen etwa fünf bis sieben Jahre, bis ein kranker Mensch ein lebenswichtiges Spenderorgan bekommt – für manche eine zu lange Wartezeit.

Die Bremer Landesvertretung der Ersatzkassenverbände hatte Anfang des Jahres dieses Missverhältnis zum Anlass genommen, der Krankenhausgesellschaft und der Bremer Ärztekammer vorzuschlagen, eine gemeinsame Aktion zum Thema „Organspen-

de“ zu gestalten. Als weitere Initiatorin für diese Aktion konnte die Gesundheitssenatorin gewonnen werden. Somit waren alle Partner im Boot, die im vergangenen Jahr von der Gesundheitsministerkonferenz zu mehr Aufklärungsarbeit aufgerufen worden waren.

Aber Aufklärung allein reicht nicht. Das Thema Organspende berührt viele Menschen, wenn sie beispielsweise im Fernsehen Reportagen über kranke Menschen sehen, die auf ein Spenderorgan warten. Von dem Gedanken, im Falle des eigenen Todes zur Organspende bereit zu sein, bis zum Ausfüllen



eines Organspendeausweises liegt allerdings eine nicht zu unterschätzende Hürde: Der Alltag.

Schnell überlagern die alltäglichen Anforderungen und Sorgen unseres Berufs- und Privatlebens den Entschluss zu helfen, und so tritt dieses anscheinend so ferne Thema „Organspende“ wieder in den Hintergrund.

Hier setzt die Kampagne der Bremer Initiatoren an: Es sollte möglichst an vielen öffentlichen Stellen in Bremen ein gemeinsamer

Informationsflyer zur Organspende ausliegen, über den die Bürgerinnen und Bürger „stolpern“ können. Und damit zwischen Information und dem eigenen Handeln keine Hürde entstehen kann, ist in diesem

Flyer ein heraustrennbarer Organspendeausweis integriert. Tenor des Flyers ist die Aussage „Organispende – ich entscheide selbst!“ die auch die Senatorin auf der ersten Seite mit ihrem Bild und ihrer Unterschrift unterstützt.

Natürlich liegt es den Initiatoren am Herzen, dass möglichst viele Menschen sich für eine Organspende nach ihrem Tode entscheiden. Aber auch ein klares Nein ist ein deutliches Zeichen, dass man mit dem Organspendeausweis setzen kann. Denn in beiden Fällen werden die Angehörigen im Todesfall nicht mit dieser schweren Entscheidung konfrontiert.

Mit einer Auftakt-Pressekonferenz wurde die Aktion am 31. Mai über die Medien verbreitet und am Tag der Organspende, dem 4. Juni, verteilte der Dialyseverein an seinem Informationsstand in der Bremer Innenstadt erstmals die Flyer öffentlich. Diese liegen nun in den Geschäftsstellen der Krankenkassen, bei den Bremer Hausärzten und Internisten, im Bereich der Krankenhäuser und anderen öffentlichen Orten zur Mitnahme aus.

KURZ GEMELDET

- Nach neun Jahren im Amt, als Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer in Bremen, trat Ende Juni Gerd Wenzel in den Ruhestand. Ihm verdankt die Ärztekammer unter anderem die gründliche Reorganisation interner Strukturen und Arbeitsabläufe sowie den Neuaufbau der Fort- und Weiterbildung. Auch die Gründung der „Unabhängigen Patientenberatung“ wurde maßgeblich von ihm gestaltet.

Seit Juli leitet Dr. Heike Delbanco die berufsrechtliche Vertretung von 4000 Ärztinnen und Ärzten im Lande Bremen. Frau Delbanco ist habilitierte Juristin und war zuletzt in Reutlingen bei der Bezirksärztekammer Südwürttemberg als Assistentin des Geschäftsführers tätig.

- Im Klinikum Bremen Mitte erforscht derzeit Prof. Wilibald Schröder ein neues Medikament gegen Eierstockkrebs. Der Bremer Gynäkologe stellte die Ergebnisse seiner Studie Anfang Juni beim Jahreskongress der amerikanischen Krebsgesellschaft ASCO in Orlando der Fachwelt vor. Prof. Schröder leitet eine europaweite Studie, die einen neuen Ansatz in der Tumorthherapie verfolgt. Die Substanz, die erforscht wird, greift in den Wachstums- und Metastasierungsprozess des Tumors ein und stoppt ihn, indem sie die Neubildung tumoreigener Blutgefäße blockiert.

Das Medikament werde kaum Nebenwirkungen haben – da es die Tumorzelle nicht direkt angreife, würden auch andere Zellen nicht geschädigt, so Prof. Schröder. Zwar werde es die Chemotherapie nicht ersetzen können, es wird aber begleitend und über die Chemotherapie hinaus anwendbar sein, um die Krebszellen nachhaltig „auszuhungern“. Bis das Medikament auf den Markt kommt, muss es noch einige Prüfungen über sich ergehen lassen. Mit den bisherigen Ergebnissen ist man allerdings sehr zufrieden. „Das Prinzip der Blockade scheint zu funktionieren“, so Schröder.

- „Selbsthilfe verbindet: Angehörige – Freunde“. Unter diesem Motto stellen sich 70 Bremer Selbsthilfegruppen auf den 10. Bremer Selbsthilfetagen am 23. und 24. September in der Unteren Rathaushalle vor. Hintergrund für das gewählte Motto ist, dass in den Selbsthilfegruppen nicht nur den selbst Betroffenen geholfen wird, sondern dass auch Angehörige und Freunde von der Arbeit und den Angeboten der Selbsthilfegruppen profitieren können. Finanzielle Unterstützung bekommen die Veranstalter auch in diesem Jahr von den Krankenkassen.

Die Untere Rathaushalle ist während der Selbsthilfetage am Freitag, den 23. September von 10 bis 18 Uhr und am Samstag, den 24. September von 10 bis 16 Uhr geöffnet.



Dr. jur.
Heike Delbanco

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bremen des VdAK/AEV
Benningensstraße 2-6 · 28207 Bremen
Telefon: 04 21 / 16 56 56 · Telefax: 04 21 / 16 56 5-99
Verantwortlich: Karl Nagel · Redaktion: Christiane Sudeck
E-Mail: LV_Bremen@vdak-aev.de