

# report bremen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2005

# ersatzkassen

## Strukturplanung für Bremerhavener Kliniken ist festgefahren

In die Planung für die Bremerhavener Krankenhäuser scheint keine Bewegung kommen zu wollen. Nachdem das Ressort der Gesundheitssenatorin Karin Röpke (SPD) im November Vorschläge zu einer sinnvollen Umstrukturierung gemacht hatte, hat der SPD-Parteitag Bremerhavens diesen Vorstoß am 6. Dezember vom Tisch gefegt und damit seine eigene Gesundheitssenatorin brüskiert.

Um die jahrelange Stagnation der Gespräche in Bremerhaven endlich aufzulösen und die Diskussion über Qualität und Wirtschaftlichkeit zu versachlichen, hatte die Senatorin im November einen Vorschlag für die Neustrukturierung der Bremerhavener Krankenhauslandschaft auf den Tisch gelegt. Die Eckpunkte aus diesem Vorschlag sind:

### In dieser Ausgabe:

- **Pflegeversicherung**  
Zukunftssicherung durch Weiterentwicklung
- **Gesundheitsforschung**  
„Wieviel Medizin verträgt der Mensch?“
- **Gesellschaft**  
Tabuthema „Gewalt in der Pflege“
- **Qualitätscheck**  
Klinik-Lotse der Ersatzkassen

- Mutter-Kind-Zentrum mit Kinderklinik im Krankenhaus am Bürgerpark
- Unfallchirurgie (u. a. Polytrauma) an das Klinikum Reinkenheide
- Gynäkologie und Brustzentrum im St.-Joseph-Hospital
- Infarktzentrum im Klinikum Reinkenheide
- Schlaganfall-Akutbehandlung (Stroke-Unit) im Klinikum Reinkenheide
- Spezielle Chemotherapie am St.-Joseph-Hospital und Klinikum Reinkenheide

Mit diesem ersten Schritt zur Konzentration der Kompetenzen hätten die Bremerhavener Krankenhäuser eine Chance gehabt, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern und damit gegenüber den Kliniken im Umland wettbewerbsfähig zu bleiben. Denn über 50 Prozent der Patienten stammen nicht aus Bremerhaven selbst, sondern entscheiden sich aus dem niedersächsischen Umland, zur stationären Versorgung in eines der drei Bremerhavener Krankenhäuser zu gehen.

Die Ärztekammer, das St.-Joseph-Hospital und die Klinik am Bürgerpark stimmen dem Konzept der Gesundheitssenatorin grundsätzlich zu. Die Bremerhavener SPD allerdings lehnte die Pläne auf ihrem Parteitag ab, weil sie einen Kompetenzverlust des kommunalen Klinikums Reinkenheide befürchtet. Zudem hat der Parteitag den Magistrat der Stadt beauftragt zu prüfen, ob und zu welchen Bedingungen das DRK-Krankenhaus am Bürgerpark zu übernehmen sei. Pläne, an denen der Träger des Klinikums, das Deutsche Rote Kreuz, allerdings nicht interessiert ist.

### Erste Folgen

Nicht nur, um das Vertrauen in eine gute Versorgung zu halten, müssten die Bremerhavener Kliniken sich bewegen und ihr Versorgungsangebot zukunftsweisend strukturieren. Auch neue gesetzliche Regelungen, wie beispielsweise in der Geburtshilfe, zwingen zur Konzentration und Qualitätsverbesserung in der Versorgung. So dürfen Neugeborene künftig nur noch in nicht vorhersehbaren Notfällen in andere Krankenhäuser gebracht werden. Allein 50 Prozent der Schwangerschaften sind aber so genannte „Risikoschwangerschaften“ – Frauen mit dieser Indikation dürften danach also nicht mehr in Krankenhäusern entbinden, die nicht über

## DER KOMMENTAR

### Kliniken in Bremerhaven – Alles umsonst?

Über den Vorschlag der Bremerhavener SPD, das Krankenhaus am Bürgerpark zu kaufen, kommt man nicht nur ins Staunen, weil die Kassen der Seestadt bekanntermaßen leer sind, sondern allein aus der simplen Tatsache, dass der Träger des Klinikums gar nicht verkaufen will.

Aber auch wenn die Posse auf ihre Art amüsiert, hat diese Blockade-Politik doch ernsthafte Auswirkungen auf die medizinische Versorgung in Bremerhaven. Wenn 50 Prozent der schwangeren Frauen nicht mehr in Bremerhaven entbinden können und als Risikoschwangere nach Bremen-Nord zur Entbindung fahren müssen, dann passiert hier etwas auf dem Rücken der Bürgerinnen und Bürger, was die Verantwortlichen wohl kaum noch vertreten können. Vertritt die SPD in Bremerhaven auf diese Weise die Interessen ihrer Wählerinnen und Wähler? Und ist es im Sinne der Beschäftigten der Kliniken, wenn sich die drei Bremerhavener Häuser nicht gemeinsam für die Zukunft gut aufstellen, um im Wettbewerb bestehen zu können?

Die Krankenkassen haben in den vergangenen Jahren ständig und in den letzten Monaten besonders intensiv versucht, einen konstruktiven Kurs in die Verhandlungen zu bringen. Es ist nicht zu verantworten, wenn die Bemühungen aller Beteiligten umsonst gewesen sein sollten.



Karl Nagel, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung

eine Einrichtung für Früh- und Neugeborene (Neonatologie) verfügen.

### Viele vertane Chancen

Die Strukturen der Krankenhauslandschaft im Land Bremen werden im Krankenhausrahmenplan geregelt. Während der Regionalteil Bremen im Frühjahr 2003 abgeschlossen werden konnte, wurde der Regionalteil Bremerhaven auf Basis des alten Krankenhausplans (1998 – 2003) fortgeschrieben, weil zwischen den Häusern seit Jahren keine Einigung über neue Strukturen erzielt werden kann.

Spätestens seit 2003 war es die Aufgabe des Magistrats Bremerhaven, im Dialog mit den drei Krankenhäusern Reinkenheide, Bürgerpark und St.-Joseph-Hospital eine sinnvolle Verteilung der Fachkliniken und ein zukunftsfähiges Kooperationsmodell der Häuser zu erarbeiten, in dem die Kliniken im Wettbewerb mit den Häusern des niedersächsischen Umlands gestärkt werden sollten.

Für diese Aufgabe hatte das Gesundheitsressort des Landes Bremen dem Magistrat Bremerhaven und den drei Krankenhäusern seit 2003 diverse Fristen gesetzt, die jedoch ohne Ergebnis verstri-

chen sind. Eine zukunftsgerichtete Planung wurde aus Bremerhaven nicht vorgelegt. Dabei hat es zwischenzeitlich intensive Bemühungen seitens des Gesundheitsressorts und der Krankenkassen gegeben, den Prozess in Bremerhaven zu begleiten und die schwierigen Gespräche in einen konstruktiven Dialog zu überführen.

Die vom Gesundheitsressort vorgeschlagene Aufteilung in Kompetenzschwerpunkte hätte den Bremerhavener Kliniken eine gute Chance zur Neuorientierung gegeben, um der Zukunft der drei Krankenhäuser eine klare Richtung zu geben. Denn ein klares Profil mit guten Qualitätsergebnissen ist für die Wettbewerbsfähigkeit der Kliniken zukünftig unentbehrlich. Zukünftig wird die stationäre Versorgung nicht zuletzt durch die Qualitätsberichte im Internet (siehe unten) für Patienten immer verständlicher und vergleichbarer.

Die erste drastische Folge der festgefahrenen Planung wird bereits ab 2006 deutlich sichtbar werden, wenn Frauen mit der Indikation „Risikoschwangerschaft“ nicht mehr in Bremerhaven entbinden können, sondern ins Klinikum Bremen-Nord überwiesen werden müssen.

## Klinik-Lotse der Ersatzkassen gestartet

### Qualitätsberichte bringen Transparenz



Bundesweit sind in diesem Jahr erstmals alle 2.144 Krankenhäuser dazu verpflichtet, einen Qualitätsbericht über das vorangegangene Jahr zu erstellen und ihn über die gesetzlichen Krankenkassen veröffentlichten zu lassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat diese gesetzliche Regelung zur Schaffung von Transparenz eingeführt, damit alle Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit haben, Leistungen der Krankenhäuser zu vergleichen und für planbare Eingriffe eine geeignete Klinik auszuwählen.

Seit Oktober können alle Interessierten über den Klinik-Lotsen der Ersatzkassen im Internet gezielt nach einem geeigneten Krankenhaus suchen. Die eingestellten Qualitätsberichte enthalten Informa-

tionen über die Leistungen, auf die sich ein Krankenhaus spezialisiert hat, wie oft welche Operationen durchgeführt werden und über welche Qualifikationen das ärztliche und pflegerische Personal verfügt.

Der Klinik-Lotse will Entscheidungshilfe sein für Patienten, die ein Krankenhaus suchen, das auf ihre Erkrankung spezialisiert ist, oder für Vertragsärzte, die ihre Patienten in geeignete Kliniken in der Umgebung einweisen wollen. Außerdem bietet das Portal den Krankenhäusern die Möglichkeit, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen sichtbar darzustellen.

[www.klinik-lotse.de](http://www.klinik-lotse.de)

# Zukunftssicherung der Pflegeversicherung – Eine konsequente Weiterentwicklung ist notwendig

Vor 10 Jahren trat die soziale Pflegeversicherung in Kraft. Ihre Erfolge sind insgesamt beachtlich: Pflegenden Angehörige wurden entlastet, der Eintritt in ein Heim erfolgt später und die pflegebedingte Abhängigkeit von Sozialhilfe konnte reduziert werden. Ein weiteres Plus: Seit 1996 kann der Beitragssatz von 1,7 Prozent gehalten werden. Damit sie weiterhin leistungsfähig und zukunftssicher ist, muss die gesetzliche Pflegeversicherung allerdings konsequent weiterentwickelt und ihre zukünftige Finanzierung geklärt werden.

Das sich die gesetzliche Pflegeversicherung mit ihrer paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer etabliert hat, zeigt eine aktuelle repräsentative Umfrage im Rahmen des Altenpflegebarometers: 89 Prozent der Befragten sprachen sich für die Beibehaltung der Pflegeversicherung aus.

Derzeit ist die jüngste Säule der Sozialversicherung allerdings mit großen Veränderungen konfrontiert:

- Die jetzt schon erkennbare Zunahme pflegebedürftiger alter Menschen mit Demenz- oder Alzheimer-Erkrankungen führt sowohl im häuslichen als auch im stationären Pflegebereich zu neuen Anforderungen. Zum jetzigen Zeitpunkt leiden etwa 1,2 Mio. Menschen an Demenzerkrankungen – eine Zahl, die sich bis zur Jahrhundertmitte verdoppeln wird.
- Hinzu kommt die demografische Entwicklung. Sie wird dazu führen, dass die Anzahl pflegebedürftiger Menschen bis zum Jahr 2030 auf etwa 3,1 Mio. ansteigen wird.
- Eines der wesentlichen Ziele bei Einführung der Pflegeversicherung war die Stärkung der häuslichen Pflege. Zwischenzeitlich ist allerdings ein Trend zur stationären Pflege festzustellen – auch in Bremen ist in den vergangenen 15 Monaten ein stärkerer Anstieg der vollstationären Pflegeplätze zu verzeichnen.
- Der im Gesetz verankerte Grundsatz von Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung oder Verzögerung einer (stärkeren) Pflegebedürftigkeit ist bisher noch nicht ausreichend verwirklicht.

## Perspektiven

Zukünftig notwendig ist eine Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit über die bisherige rein somatische Begrenzung hinaus. Demenzerkrankungen erfordern eine intensive Beschäftigung mit den Betroffenen; der soziale Betreuungsaufwand muss daher einbezogen werden, um die sinnvolle Einordnung in eine Pflegestufe zu ermöglichen und pflegende Angehörige durch professionelle Hilfe zu entlasten – hier muss der Gesetzgeber nachbessern.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ muss mit unterstützenden Angeboten für die häusliche Pflege noch intensiver als bisher verwirklicht werden: Professionelle Pflegefachkräfte zur Unterstützung und Anleitung, Hilfe durch hauswirtschaftliche Dienste, oder die Kurzzeitpflege zur Überleitung in die häusliche Pflege und zur Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Eine ganzheitliche Versorgung Pflegebedürftiger kann allerdings nur in Netzstrukturen gelingen, für die auf kommunaler Ebene Angebote zur Koordination, Beratung und Prävention zur Verfügung gestellt werden müssen. Das bisherige Nebeneinander von Institutionen und Berufsgruppen (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Hauswirtschaftliche Dienste, Mahlzeitendienste etc.) muss abgestimmt werden – neue Konzepte und Strukturen (z. B. Wohngruppen mit familienähnlichen Strukturen, neue Wohnformen wie Jung und Alt) müssen erprobt und umgesetzt werden. Den Berufsgruppen und Institutionen, aber auch den Städten und Gemeinden, im Rahmen ihrer Verpflichtung zur „Daseins-Fürsorge“, wachsen hier neue Aufgaben zu.

## Finanzierung

Jeder Bürger/jede Bürgerin kann vom Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen sein. Deshalb wurde für gesetzlich und privat Versicherte eine Versicherungspflicht eingeführt. Die private Pflegeversicherung wurde als eigenständiger Zweig etabliert, der sich somit der umfassenden Solidarität entziehen konnte. Dieser schwere Konstruktionsfehler führt al-

lerdings dazu, dass gerade diejenigen entlastet werden, die aufgrund ihrer Leistungsfähigkeit zu einem angemessenen Solidarbeitrag in der Lage sind. Zur Durchsetzung einer umfassenden Solidarität in der Pflegeversicherung ist daher eine gemeinsame Finanzierung der Pflege durch alle gesetzlich und privat Versicherten notwendig.

Die Ersatzkassen begrüßen daher die geplante gesetzliche Regelung zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung. Bis zum Sommer 2006 soll ein entsprechendes Gesetz zum Finanzausgleich zwischen den Systemen vorgelegt werden.

## „Mir passiert das nicht!“ – Gewalt in der Pflege ist nicht immer sichtbar



Adele Ihnen

### Beitrag von Adele Ihnen, Mitarbeiterin der Unabhängigen Patientenberatung Bremen

Wer pflegebedürftig wird, sieht sich einer völlig neuen Lebenssituation gegenüber. Jeder, der pflegeabhängig wird, muss sich daran gewöhnen, dass er/sie auch in den elementaren Bereichen des Lebens von dem Tun anderer Menschen abhängig ist. Frustration, Zorn und Aggressionen sind dabei keine Seltenheit und besonders zu

Beginn dieser Abhängigkeit nachvollziehbar.

Wenn wir an Pflege denken, stellen wir uns zuverlässige Versorgung und eine zugewandte Fürsorge vor. Aber die Pflege wird bestimmt von wirtschaftlichen Zwängen, von der Persönlichkeit eines jeden Einzelnen und den Beratungs- und Fortbildungsmöglichkeiten für die Menschen in einer Pflegebeziehung. Jeder, der sich einmal in einer Pflegesituation befunden hat, weiß, dass Pflege – aktiv oder passiv – nicht konfliktfrei verläuft.

Wenn wir an Gewalt in der Pflege denken, fallen uns Meldungen über schlimme Zustände in Krankenhäusern, Pflegeheimen und auch in der häuslichen Pflege ein, die mit massiver körperlicher Gewalteinwirkung zu tun haben. Offene Aggressionen wie Mord, Raub und Betrug sind allerdings sehr selten und finden sich immer auf den Sensationsseiten der Medien wieder. Das genaue Ausmaß von Gewalthandlungen in der Pflege ist nicht bekannt, aber das Kuratorium Deutsche Altershilfe vermutet eine sehr hohe Dunkelziffer.

Die Pflege ist eine besondere Form der Beziehung zwischen Menschen:

Stellen Sie sich vor, Sie bitten die Pflegekraft darum, Ihnen zur Toilette zu helfen, und diese fordert Sie auf, doch die Windeln, die Sie tragen, zu benutzen.

Oder: Stellen Sie sich vor, ein pflegebedürftiger Mensch setzt alles daran, dass Sie als Pflegekraft sich den ganzen Tag mit ihm beschäftigen müssen und am Abend so abgearbeitet sind, dass Sie ihren Beruf am liebsten aufgeben würden.

Das Gewaltpotenzial in der Pflege liegt vor allem in ihrer subtilen Erscheinungsform. Unabgesprochenes Duzen, Verletzung des Schamgefühls, mangelhafte Ernährung oder unzureichende hygienische Versorgung sind als Gewalteinwirkung zu betrachten – auch ein ständiges Klingeln, eine ständige Forderung des Patienten, obwohl er/sie geistig in der Lage ist, die Situation zu erkennen, ist Gewalt – in diesem Fall gegenüber dem Pflegepersonal.

In diesen Situationen fallen nicht immer „nur“ böse Worte, sondern es kann sich ein Verhalten entwickeln, das die Bezeichnung gewalttätig verdient. Gewalt hat viele Gesichter. In vielen Fällen geschieht die Reaktion nicht bewusst. Aber Verhaltensweisen können sich in einer Spirale weiterentwickeln und damit eine gewalttätige Atmosphäre schaffen.

In Bremen hat sich jetzt ein Forum gebildet, in dem Vertreter der Sozialbehörde, Pflegefachleute, Pflegekassen, Beratungsstellen, Fachleute aus dem Be-



Die Pflege ist eine besondere Form der Beziehung

reich der gesetzlichen Betreuung und vor allem ehrenamtlich tätige Menschen sich zusammengetan haben, um sich der Gewalt in Pflege- und Betreuungsbeziehungen zu widmen. Es geht darum, Gewalterschei-

nungen auf die Spur zu kommen und eine offene Gesprächskultur zu entwickeln, also auch subtile Gewaltausübungen aus der Tabuzone herauszuholen. Eine wissenschaftliche Untersuchung dazu kann zukünftig als Baustein dienen, um sich ein Bild davon zu machen, wie es um diesen „sozialen Nahbereich“ in unserer Stadtgemeinde steht.

Auch die Pflegekassen bieten praktische Beratung vor Ort an. So befasst sich das grundlegende Konzept der Ersatzkassen zur Pflegeberatung unter anderem mit dem sensitiven Beratungsfeld „Gewalt in der Pflege“.

Das Konzept kann im Internet unter der Adresse [www.vdak-aev.de/pflege/pflege.htm](http://www.vdak-aev.de/pflege/pflege.htm) heruntergeladen werden.

Eine weitere hilfreiche Adresse ist der Internetratgeber „Hilfe und Pflege im Alter“. Unter [www.hilfe-und-pflege-im-alter.de](http://www.hilfe-und-pflege-im-alter.de) findet sich ein Überblick über die vielfältigen Hilfen und Dienstleistungen, die für Ältere angeboten werden. Das Spektrum reicht von Beratungsstellen über ambulante Dienste bis hin zur Finanzierung der häuslichen Pflege.

Mit Broschüren, Veranstaltungen und einem Angebot für Ehrenamtliche will das Forum im nächsten Jahr an die Öffentlichkeit gehen.

Wer sich zum Thema äußern möchte, kann sich gerne an die Unabhängige Patientenberatung Bremen, Tel. 3477374 wenden.

## KURZ GEMELDET

- **Jürgen Moroff**, der Leiter der Unabhängigen Patientenberatung Bremen (UPB) ist in den Ruhestand gegangen. Seit dem Start der UPB im Jahr 1998 hat der Mitbegründer die Beratungseinrichtung geleitet und mit einem Team von inzwischen fünf MitarbeiterInnen eine jährlich zunehmende Zahl von Beratungsgesprächen geführt. In 2004 wandten sich 4.457 Menschen an die UPB – das waren 28 Prozent mehr als im Jahr 2003. Themen der Gespräche waren unter anderem die Neuerungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, die „individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) oder der Umgang mit Patienten in der Arztpraxis. Die Leitung der UPB hat Moroff an die Juristin Anette Drewes-Kirchhoff weitergegeben.
- Die Ersatzkassen haben die **Selbsthilfekontaktstellen** in Bremen und Bremerhaven in diesem Jahr mit 17.564,58 Euro gefördert. Von dem Geld wurden pauschale Kosten der Kontaktstellen, aber auch Veranstaltungen, wie der jährlich stattfindende Selbsthilfetag in Bremen finanziert.
- Die Bremer Landesvertretung der Ersatzkassen hat gemeinsam mit den übrigen Krankenkassenverbänden ein neues Verfahren zur **Prüfung von Zulassungsanträgen** eingeführt. Die Anträge werden seit September dieses Jahres nur noch von dem für den jeweiligen Bereich federführenden Verband überprüft und die Ergebnisse den anderen Verbänden zur Verfügung gestellt. Das neue Verfahren dient damit nicht nur der Vereinfachung des Verfahrens, sondern durch die Vereinheitlichung der Zulassungspraxis auch einer qualitativen Verbesserung.

## „Wieviel Medizin verträgt der Mensch?“

Ein Interview mit Prof. Norbert Schmacke von der Universität Bremen

▼ „Wieviel Medizin verträgt der Mensch?“ Der Titel Ihres Buches deutet an, dass wir in der medizinischen Versorgung nicht etwa ein Problem der Quantität hätten. Die viel beschworene Rationierung aus Kostengründen scheint demnach nicht die Gesundheit der Republik zu bedrohen...

▲ Die Beschäftigung mit den Forschungsergebnissen zu Über-, Fehl- und Unterversorgung legt meines Erachtens die Diagnose nahe, dass durch angemessene Indikationsstellung und qualifizierte Bewertung von Innovationen eine Menge Leistungen nicht erbracht werden müssten oder dass nicht sel-



Prof. Norbert Schmacke, Universität Bremen

ten bei gleicher Qualität wirtschaftlichere Verfahren eingesetzt werden könnten. Wir haben jetzt im Bereich der Arzneimitteltherapie eine stattliche Liste von Wirkstoffen bzw. Wirkstoffgruppen, bei denen der angeblich vorhandene Fortschritt sich extrem relativiert hat oder sogar das Nutzen-Schaden-Verhältnis nicht stimmt: Antidepressiva, Schmerzmittel, besonders das Beispiel der Hormongabe in den Wechseljahren, wo ein möglicher Nutzen in keinem Verhältnis zur nachgewiesenen Gefahr einer Krebserkrankung steht. Die

Frage ist wirklich, wann hier ein Ruck durch das System geht, dass sich die Dinge grundlegend ändern müssen.

#### ▼ Welche Logik bestimmt über die Qualität in unserem Gesundheitswesen?

▲ Noch immer ist in Deutschland die unkritische Expertengläubigkeit stärker als in skandinavischen Ländern oder etwa in Holland, wo die evidenzbasierte Medizin selbstverständlicher akzeptiert wird. Hierdurch haben sich in Deutschland viele nicht qualitätsgesicherte Routinen im Alltag eingeschliffen, die nur sehr schwer zu überwinden sind. Die so genannten Innovationen haben es hier besonders leicht, über die Einübung in den Kliniken und ein geschicktes Marketing der Firmen stationär und ambulant rasch in die Breite zu gelangen. Man darf es ja der Industrie nicht übel nehmen, dass sie Gewinne machen will. Aber der Gesundheitsmarkt muss ein regulierter Markt sein. Und es kann nicht sein, dass am Ende Niklas Luhmann Recht behalten würde, der einmal gesagt hat, das Gesundheitssystem hört immer auf eine Melodie: mehr Geld.

#### ▼ Wie kann es gelingen, den medizinischen Fortschritt in unser Gesundheitswesen zu integrieren, ohne dass wirtschaftliche Interessen darüber bestimmen, was Innovation bedeutet?

▲ Mit dem neuen gemeinsamen Bundesausschuss ist einiges besser geregelt; allerdings ist die Privilegierung des stationären Bereichs dabei im Wesentlichen unberührt geblieben. Die Verfahren der Diagnostik und Behandlung unterliegen vor ihrer Einführung im stationären Bereich keiner effektiven Kosten-/Nutzen-Abwägung. Zudem können Krankenhausapotheken ohne Abstimmung mit dem vertragsärztlichen Bereich ihre eigene Einkaufspolitik bei Arzneimitteln verfolgen und dabei hochpreisigen Innovationen den Vorzug geben, auch wenn die Überlegenheit gegenüber den Standardpräpa-

raten nicht bewiesen ist. Wir werden wie alle anderen Industrienationen noch weit intensiver darüber nachdenken müssen, an welche Nutznachweise Untersuchungs- und Behandlungsnachweise innerhalb der Sozialversicherung zu binden sind. Und es sollten Wege gefunden werden, das Mauerblümchen „Versorgungsforschung“ tüchtig zu gießen!

#### ▼ Wie sehen Sie die Rolle der Ärzteschaft in dem Bemühen, der Quantität eine höhere Qualität entgegenzusetzen?

▲ Die Ärztinnen und Ärzte spielen heute und in Zukunft eine Schlüsselrolle bei der Frage Indikation und Mengen. Diesen Teil der Verantwortung müssen sie übernehmen und können hier nicht auf die Politik oder die Kassen zeigen. Andererseits müssen auch die Rahmenbedingungen für das Leistungsgeschehen vielleicht noch deutlich präziser formuliert werden, damit nicht die einzelne Ärztin und der einzelne Arzt das Gefühl bekommen, künftig vor allem im Einzelfall explizite Rationierungsentscheidungen treffen zu sollen. Ich glaube schließlich, dass es Möglichkeiten der Entbürokratisierung gibt, wenn endlich die Möglichkeiten der modernen Informationstechnologie – beispielsweise in Form der elektronischen Patientenakte – vernünftig genutzt werden. Das könnte manchen verständlichen Frust abbauen.

Prof. Norbert Schmacke ist Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsforschung an der Universität Bremen und Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses.

## STICHWORT

### Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gesetzgeber hat zum 1. Januar 2004 den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als neues Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und als Rechtsnachfolge der Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen, des Koordinierungsausschusses und des Ausschusses Krankenhaus errichtet. Alle Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung sind von den Beschlüssen des G-BA betroffen, denn er hat u. a. die Aufgabe, zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die von ihm dazu beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen.

## VERÖFFENTLICHUNGEN



### „Wieviel Medizin verträgt der Mensch?“

Norbert Schmacke, KomPart-Verlag,  
Bonn/Bad Homburg, 2. Auflage  
2005, 204 Seiten, 11,80 €.

Höher, schneller, weiter – weit verbreitet ist der Glaube an eine Medizin, die immer neue Höchstleistungen verspricht. Aber kommt dabei automatisch das Beste für den Patienten heraus?

Der Mediziner und Gesundheitswissenschaftler Prof. Dr. Schmacke stellt in seinem Buch „Wie viel Medizin verträgt der Mensch?“ die Frage: „Stehen die erbrachten Mengen und die Qualität in einem nachvollziehbaren Verhältnis zum Nutzen für die Patienten und hält der medizinische Fortschritt, was er verspricht?“. Eine grundsätzliche Kritik an der fortwährenden Ausweitung des Leistungsvolumens im Gesundheitsbereich, die sich für die Patienten sogar schädlich auswirken kann.



### „Gute Pillen – Schlechte Pillen“

Magazin

Gemeinsamer Herausgeber:  
Arznei-Telegramm, Arzneimittelbrief,  
Pharma-Brief; Herstellung und Vertrieb:  
Westkreuz-Verlag GmbH, Berlin/Bonn,

Töpchiner Weg 198/200, 12309 Berlin,  
6 Ausgaben pro Jahr, Abonnement für Einzelpersonen  
15 Euro, für Firmen, Behörden und sonstige Institutionen  
30 Euro,  
Internet: [www.gutepillen-schlechtepillen.de](http://www.gutepillen-schlechtepillen.de)

Arzneimittel können Krankheiten heilen, sie können aber auch schaden. Die neue Zeitschrift „Gute Pillen – Schlechte Pillen“ will Orientierung im Pharma-Dschungel bieten. Sie richtet sich mit Informationen über Medikamente, neue Verfahren und Wissenswertes über das Gesundheitswesen an Patienten und Verbraucher. Für die Qualität der Information bürgen die Herausgeber von drei unabhängigen Arzneimittelzeitschriften. Das Magazin enthält keine Werbung und wird ausschließlich über die verkauften Hefte und Abonnements finanziert.



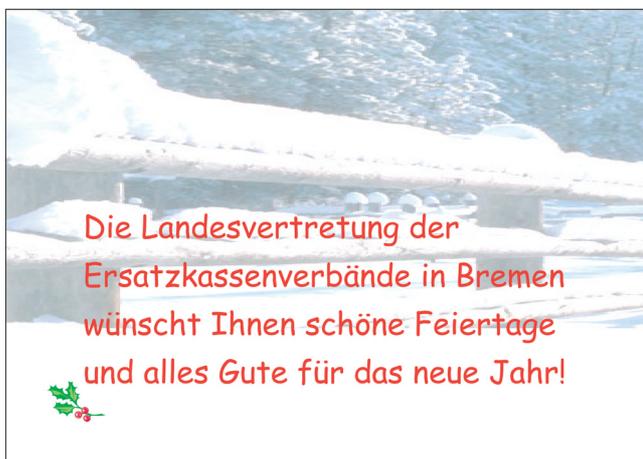
### „Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) – Grundlegende Informationen“

Broschüre

Herausgeber: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Essen, November 2005,  
6 Seiten, Download unter: [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de), Bestellung einzelner Exemplare per E-Mail:  
[office@mds-ev.de](mailto:office@mds-ev.de) oder telefonisch unter 0201 / 83 27-0

Die Broschüre gibt Auskunft über die wichtigsten Fragen zum Thema „Individuelle Gesundheitsleistungen“: Was sind IGeL-Leistungen? Was unterscheidet IGeL von GKV-Leistungen? Und wo liegen die Risiken? Außerdem gibt die Broschüre Hinweise, wie Versicherte sich verhalten sollten, wenn ihr Arzt sie auf IGeL-Leistungen anspricht.

Zudem wird über häufige Fehlinformationen aufgeklärt, wie beispielsweise die gern benutzte Formulierung „Diese Leistung wird nicht mehr von der Krankenkasse bezahlt“.



Die Landesvertretung der  
Ersatzkassenverbände in Bremen  
wünscht Ihnen schöne Feiertage  
und alles Gute für das neue Jahr!



#### IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Bremen des VdAK/AEV

Benningssenstraße 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](mailto:LV_Bremen@vdak-aev.de)