

# report bremen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

April 2007

# ersatzkassen

## Nach der Reform - Welche Ziele werden mit dem WSG erreicht?

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) ist unter Dach und Fach. Nachdem der Bundespräsident das Reformwerk für rechtlich fehlerfrei erklärt und unterzeichnet hat, kann es seit dem 1. April umgesetzt werden. Was kommt nun auf die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Versicherten zu?

Eine zunächst deutlich erkennbare Veränderung werden die vielen unterschiedlichen Wahltarife der Krankenkassen sein. Verpflichtend müssen die Kassen ihren Versicherten spezielle Tarife anbieten, wenn diese an der Hausarztzentrierten Versorgung oder an einem Disease Management-Programm (strukturiertes Behandlungsprogramm) beispielsweise für Diabetiker oder Asthmatiker teilnehmen. Als Anreiz für die Versicherten können diese Tarife Vergünstigungen, wie den Wegfall der Praxisgebühr oder von Zuzahlungen für Arzneimittel anbieten. Hintergrund für die Verpflichtung der Krankenkassen solche Tarife anzubieten, ist die Überzeugung der Gesundheitspolitik, dass eine gebündelte Aufgabenwahrnehmung und Koordination durch Haus- und DMP-Ärzte zu einem effizienteren Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen führt.

### In dieser Ausgabe:

- Umsetzung der Gesundheitsreform
- Wer investiert in die Krankenhäuser
- Bremer Hausarztmodell gestartet
- Forschung zur Arzneimittelsicherheit an der Uni Bremen
- Ersatzkassen fordern Nichtrauchererschutz

Zusätzlich zu den Pflichttarifen können die Krankenkassen ihren Versicherten jetzt Wahltarife anbieten. Ähnlich wie bei privat Versicherten wird es für gesetzlich Versicherte möglich sein, unterschiedlichste Tarife zu wählen: Begrenzter Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme, Begrenzung des Leistungsanspruchs, Kostenerstattungsprinzip, oder Kostenübernahme bei Arzneimitteln besonderer Therapierichtungen, wie zum Beispiel der Homöopathie.

Auch für eine stärkere Wahrnehmung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sollen Anreize gegeben werden. So müssen Versicherte, die die Angebote der Krankenkassen zur Vorsorge und Früherkennung nutzen, im Krankheitsfall anstatt bis zu zwei Prozent nur maximal ein Prozent ihres Haushaltseinkommens für Zuzahlungen aufwenden – eine Regelung, die bisher ausschließlich für chronisch kranke Menschen galt. Dazu plant das Gesundheitsministerium, für unter 45-Jährige einen Vorsorgepass einzuführen, in den die Teilnahme an bestimmten Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen eingetragen wird.

Impfungen, alle Maßnahmen zur Rehabilitation und die Eltern-Kind-Kuren werden zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Grundsätzlich ändert sich für die Praxis allerdings nichts. Bisher schon haben die Kassen sich in der Regel nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission gerichtet und bei Kur- und Rehaanträgen müssen sie weiterhin darauf achten, ob ein angestrebtes Vorsorge- oder Rehabilitationsziel nicht auch mit zweckmäßigeren und wirtschaftlicheren Maßnahmen erreicht werden kann.

Ebenfalls als Pflichtleistung wird die geriatrische Rehabilitation in den Leistungskatalog der Kranken-

kassen aufgenommen. Zukünftig kann diese Form der ambulanten Rehabilitation für alte Menschen nicht nur in Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden, sondern auch in Pflegeeinrichtungen. So soll einer vermeidbaren Verstärkung der Pflegebedürftigkeit vorgebeugt werden.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll zukünftig gewährleisten, dass Menschen, die schwer erkrankt sind und eine begrenzte Lebenserwartung haben, durch ärztlich-pflegerischen Teams auch zuhause betreut werden können, selbst wenn sie eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Bisher können diese Menschen in der Regel nur in Krankenhäusern oder – in begrenztem Umfang – in Hospizen betreut und begleitet werden. So können Schwerstkranke und Sterbende auch mit sehr hohem Versorgungsaufwand zu Hause betreut werden.

### Die Ausgaben steigen

So positiv diese einzelnen Bestimmungen auch sind – so sie denn wirklich Veränderungen zur bisherigen Praxis bedeuten – für die Krankenkassen schlägt sich der Ausbau von Leistungen als rote Zahl im Kassenbuch nieder, der keine Entlassungen oder zusätzliche Einnahmen gegenüberste-



Karl L. Nagel, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung

## DER KOMMENTAR

Die Krankenkassen im Wettbewerb um „gute Risiken“... diese Konsequenz aus dem WSG führt den Gedanken der Solidarität im Krankheitsfall ad absurdum. Es lässt sich nicht leugnen, dass das WSG durch den Fonds den Wettbewerb verstärken wird. Aber es drängt sich die Frage auf, wozu dieser Wettbewerb nützlich sein kann, wenn er nicht dem Selbstzweck dienen soll.

Weder Kassenfusionen, noch die neuen Vertragsoptionen werden die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherungen senken und damit das Einnahmen-Ausgaben-Dilemma beseitigen können. Dazu hätte man einen mutigeren Schritt gehen und die Einnahmenbasis verbreitern müssen. Die Aufgaben der Krankenkassen werden nicht weniger und die medizinische Versorgung nicht günstiger – daran ändert auch die Verschärfung des Wettbewerbs nichts.

Trotzdem werden die Kassen die Umsetzung auch dieses Gesetzes konstruktiv begleiten: Ein neues Vergütungssystem für die Ärzte muss erarbeitet, die Modernisierung der Krankenhäuser vorangetrieben und die unzähligen kleineren bis mittelgroßen Änderungen durch das WSG umgesetzt werden.

Ein Gedanke drängt sich allerdings auf: Vielleicht hätte man das Gesetz von Anfang an GKV-Stärkungsgesetz nennen sollen? Dann wäre die Stärkung der gesetzlichen Krankenversicherung das Ziel gewesen und man hätte den Wettbewerb als eines der Mittel einsetzen können, um dieses Ziel zu erreichen...



Auch bisher haben sich die Krankenkassen an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission orientiert.

hen. Darüber hinaus sind immense Kosten durch die Reform der Gebührenordnung der Ärzte ab 2009 zu erwarten. Schätzungen zufolge birgt diese Vergütungsreform – hin zu Festpreisen und den Einbezug von Aspekten, die bisher nicht in den Praxisbudgets berücksichtigt werden – mögliche Ausgabensteigerungen von 5 bis 7 Milliarden Euro in sich.

Da durch das WSG aber die Einnahmenbasis der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verbreitert wurde, also nach wie vor ausschließlich der Arbeitslohn die Basis für die Beiträge bildet und viele Menschen sich außerhalb der Solidargemeinschaft privat versichern können, entsteht durch dieses neue Gesetz eine noch größere Finanzierungslücke als zuvor. Trotzdem wurden ursprünglich im Gesetzesentwurf enthaltene Sparansätze vor Verabschiedung aus dem Gesetz genommen.

So sollten die Apotheken mit der Einführung von Höchstpreisen für Arzneimittel ursprünglich 500 Millionen Euro zu den von der Gesundheitsministerin geplanten Einsparungen beitragen. Änderungsanträge während des Gesetzgebungsverfahrens sorgten jedoch für die Streichung dieser Maßnahme aus dem Gesetzestext. Stattdessen wurde der Apothekenabschlag von bisher 2,00 auf 2,30 Euro für Medikamente erhöht, wodurch die anvisierten Einsparungen jedoch keineswegs zu erreichen sind. Auf gleiche Weise wurde der Sanierungsbeitrag der Kliniken von 0,7 auf 0,5 Prozent der Klinikbudgets gekürzt.

### Ziel erreicht?

Die Regierung wollte das Gesundheitssystem innovativer, leistungsfähiger und bezahlbar machen. Ist dies gelungen? Als innovativ könnten die neuen Tarife gelten, die eine Krankenkasse für „Kunden“ attraktiv machen sollen. Oder die erweiterte Möglichkeit der Krankenkassen, Verträge direkt mit Ärzten oder Arztgruppen schließen und bei den Verträgen zur Integrierten Versorgung jetzt auch den Bereich der Pflege in ein Versorgungsmodell einbeziehen zu können. Vielleicht tragen diese Vertragsoptionen langfristig zum Wettbewerb in der Leistungsqualität bei. Auch die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung von schweren Erkrankungen könnte in diese Richtung gehen. Für letztere, durchaus positiven Ansätze, hätte es allerdings ausgereicht, den durchaus vorhandenen Veränderungsprozess innerhalb des Gesundheitswesens aufzugreifen und ihn

durch maßvolle und umsichtige Gesetzeskorrekturen zu befördern. „Bezahlbarer“ ist die gesundheitliche Versorgung von 90 Prozent der deutschen Bevölkerung mit dem WSG sicherlich nicht geworden – allein aufgrund der Finanzentwicklung ist schon die nächste Reform am Horizont erkennbar.

### Die Situation der Kassen

Die Krankenkassen müssen sich auf einen harten Konkurrenzkampf einstellen. Durch die neuen Tarife mit Selbstbehalt und Zusatzleistungen müssen sie versuchen, den Versicherten ein leistungsfähiges und kundenorientiertes Profil zu zeigen. Nur so bleiben sie im Wettbewerb attraktiv und ziehen wiederum ein leistungsfähiges, junges Klientel an, das möglichst keine medizinischen Leistungen in Anspruch nimmt. Mit dem so „erwirtschafteten“ Wettbewerbsvorteil sind sie in der Lage, die konstant steigenden Kosten für chronisch- und schwerstkranken Versicherte zu tragen. Kippt das Verhältnis von „guten“ und „schlechten“ Risiken, bringt dies eine Kasse in schwieriges Fahrwasser. Wenn ab 2009 alle Versichertenbeiträge in den Fonds eingezahlt werden und das Bundesgesundheitsministerium den allgemeinen Beitragssatz festlegt, muss jeder weitere Bedarf für die Versorgung der Versicherten durch einen Zusatzbeitrag aller Versicherten einer Kasse getragen werden. So wird durch diese Reform der großen Koalition das Prinzip einer solidarischen, überwiegend paritätisch finanzierten Krankenversicherung „auf leisem Wege“ immer weiter unterlaufen.

## Wie verändern Fallpauschalen die Krankenhäuser?

### Sozialforscher untersuchen den Wandel durch die DRG's

Seit 2002 erforscht das Zentrum für Sozialpolitik der Uni Bremen (ZeS) zusammen mit dem Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB) in Berlin den „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“. Die Studie soll bis zum Ende der Einführungsphase des Fallpauschalensystems in 2009 fortgeführt werden.

▼ Herr Dr. Braun, Sie wollen mit Ihrer Studie erforschen, wie sich Medizin und Pflege durch die DRG's verändern und wie sich dieser Wandel auf die Patienten sowie die Angestellten der Krankenhäuser auswirkt. Wie ist Ihre Untersuchung aufgebaut?

▲ Wir befragen seit Ende 2002, also der Zeit vor der flächendeckenden DRG-Einführung, mehrfach mit identischen Fragebögen PatientInnen, Pflegekräfte und Ärzte zu ihren Wahrnehmungen und Erfahrung der Versorgung und Arbeit im Krankenhaus. Eine dritte Befragungswelle ist in diesem beziehungsweise nächsten Jahr vorgesehen. Dies geschieht bundesweit, beziehungsweise für die Ärzte exemplarisch in einem Bundesland. Ergänzt werden die damit gewonnenen Erkenntnisse durch die Ergebnisse von Fallstudien an vier unterschiedlichen Krankenhäusern. Dazu werden ebenfalls zu verschiedenen Zeitpunkten des Einführungsprozesses ausführliche mündliche Interviews mit Medizincontrollern, Verwaltungschefs, Chef- oder Oberärzten und Pflegekräften durchgeführt. Abgerundet wird das Bild schließlich noch durch Analysen von Routinedaten zu den vor- und nachstationären Versorgungsverläufen von Krankenhauspatienten, die in der Gmünder Ersatzkasse (GEK) versichert sind.

▼ Können Sie bereits feststellen, ob es substantielle Veränderungen gibt, die sich negativ auf die Patienten auswirken?

▲ Ja, aber anders und andere als manche Akteure erwartet haben. So zeigen etwa die Patientenbefragungen, dass es die verbreitet befürchteten „blutigen Entlassungen“ wohl nicht gibt. Stattdessen verschlechtert sich die Versorgungsqualität aber für bestimmte Patientengruppen, wie ältere oder an mehreren Krankheiten leidende und damit aufwändigere und unkalkulierbare Patienten. Interessant ist eine weitere Veränderung bei den Patienten, die in einer Klinik mit privatem Träger behandelt wurden: 2002 berichtete diese Patientengruppe noch durchweg positiver über ihre Versorgung als die Patienten in öffentlichen oder freigemeinnützigen Häusern. 2006 sahen viele der Ver-

sorgungserfahrungen in den privat getragenen Kliniken allerdings deut-

lich schlechter aus und lagen häufig kräftig unter den Werten der Patienten in öffentlichen Kliniken. Manchmal ist aber auch die Nichtveränderung eine absehbar negative Entwicklung. Dies gilt beispielsweise für die Angebote im Bereich des Entlassungs- und Überleitungsmanagements in das nachstationäre Leben. Unisono berichten Patienten und Ärzte, dass sich hier bei deutlich verkürzter Liegezeit und anders lautenden Absichtserklärungen und Sonntagsreden kaum etwas verbessert hat. Bei diesen Leistungen handelt es sich beispielsweise um die Vorbereitung auf den Wiedereinstieg in das „normale Leben“, die Vermittlung von Möglichkeiten zur Selbsthilfe oder die Kooperation des Krankenhauses mit ambulant tätigen Ärzten.

Schließlich schildern vor allem die Ärzte, dass sie unter anderem wegen des durch die DRG's erzeugten Drucks vor dem Dilemma stehen, sich bei der Versorgung zunehmend an ökonomischen statt an professionellen Zielen zu orientieren.

▼ Gibt es innerhalb des DRG-Systems Spielräume, in denen das Verhältnis zwischen Ökonomie und Qualität austariert werden kann? Und wie können die Krankenhäuser dieses Spannungsfeld positiv nutzen?

▲ Sicherlich gibt es diese Spielräume. Positivbeispiele wie die Versorgungsbeobachtung geriatrischer Patienten zeigen, dass durch die beharrliche Dokumentation von Nachteilen einer zu undifferenzierten Standardisierung Gestaltungsspielräume durch die Differenzierung in mehrere DRG's zu gewinnen sind. Dazu müssen natürlich die Krankenhäuser endlich beginnen, mehr Transparenz über die Ergebnisqualität der Versorgung zu schaffen, also über Komplikationsraten und Behandlungserfolge zu berichten.

Zum anderen haben aber viele Krankenhäuser noch lange nicht die konsequente Sicherung der Prozess-



Dr. Bernhard Braun, Abteilung Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) an der Universität Bremen

und Ergebnisqualität als wesentliches Mittel genutzt, um ökonomische Spielräume zu schaffen. Solange mangelhafte Händehygiene der häufigste Grund für kostenträchtige Krankenhausinfektionen ist oder die Mehrheit der in einer Studie befragten Operateure über gravierende Mängel und das Gefährdungspotenzial der Ergonomie in Operationsräumen klagt, wirken die Klagen über unentrinnbare Ökonomisierungszwänge unglaublich unwahrscheinlich.

▼ Welche Aspekte der Qualitätssicherung – intern und zu den externen Schnittstellen – werden für die Krankenhäuser und entsprechend für die nachfolgende Behandlung und Pflege eine größere Bedeutung bekommen?

▲ Der wichtigste Aspekt ist mit Sicherheit die Verantwortlichkeit jedes Akteurs für den Gesamtprozess der medizinischen, pflegerischen oder rehabilitativen Versorgung in der Versorgungskette. Ob jedes Glied dieser Kette zum bedarfsgerechten Zeitpunkt, also möglichst nahtlos und unterbrechungsfrei sowie in der individuell benötigten Art, in Anspruch genommen werden kann, entscheidet maßgeblich über das Endergebnis und damit auch über die Wirtschaftlichkeit der Bemühungen aller Akteure. Zur Qualitätssicherung jedes Beteiligten gehört also auch so etwas wie die Sicherung der Versorgungskettenqualität und das könnte auch über die Vergütung belohnt werden.

## Zeit für Investitionen in die Krankenhäuser wird knapp

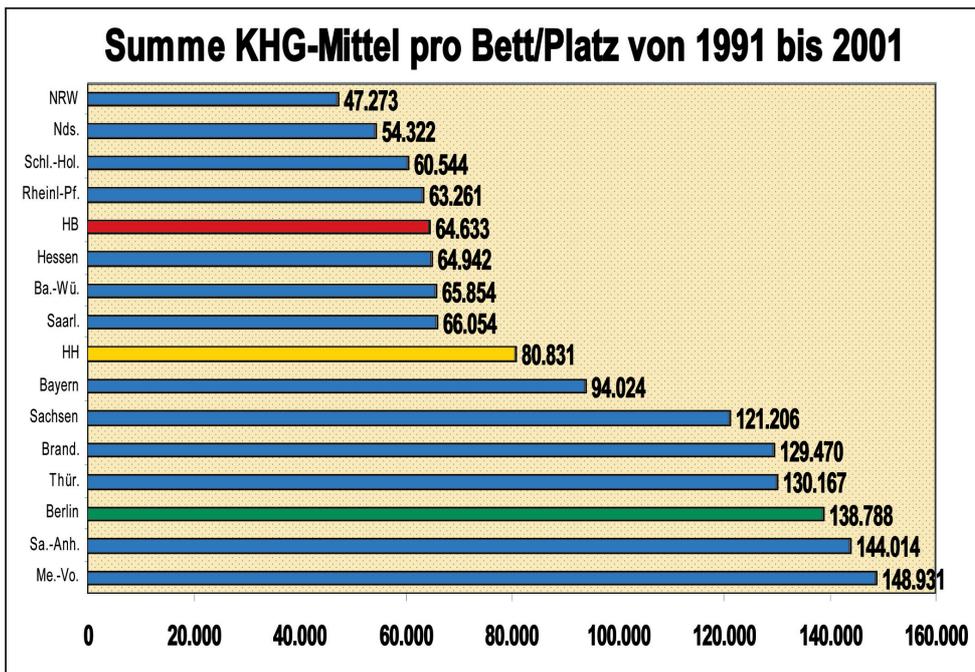
### Vergleichbare Ausstattung der Kliniken bei gleicher Vergütung notwendig

Bundesweit haben die kommunalen Krankenhäuser unter mangelnden Fördermitteln für Investitionen in Ihre Häuser zu leiden: Gebäude veralten, verursachen hohe Betriebskosten oder sind unwirtschaftlich angelegt, wie beispielsweise das Pavillonsystem des Klinikum Bremen Mitte. Bei den Investitionen liegt Bremen im Bundesvergleich bei seinen Krankenhäusern sogar deutlich im unteren Drittel.

Bis 2009 läuft die Einführungsphase für die Krankenhaus-Fallpauschalen – so lange werden noch die regionalen und klinikinternen Besonderheiten bei der Vergütung berücksichtigt. Danach ist jedoch ein bundesweiter Basisfallwert zu erwarten. Daher ist die Investitionsfinanzierung eines der Probleme die gelöst werden müssen, bis von allen Kliniken dieselben Leistungen für eine einheitliche Fallpauschale abverlangt werden können.

Ein Investitionsrückstand für notwendige Neubauten und Renovierungen ist dann für die Krankenhäuser nicht mehr hinnehmbar.

Darüber wurde auf einer Sondersitzung der Gesundheitsminister der Länder zum Thema „Zukunft der Krankenhausversorgung“ am 8. März beraten. Eine einheitliche Linie konnten die Länder bisher allerdings nicht finden. Bis Ende des Jahres soll nun eine Analyse durch die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden erarbeitet werden, ein Zwischenbericht wird zur nächsten GMK im Juli 2007 erwartet.



## Hausarztmodell soll Hausbesuche fördern

**Mehr Hausbesuche, keine unnötigen Krankenhauseinweisungen und eine koordinierte Behandlung und Arzneimitteltherapie – das sind die Ziele des Bremer Hausarztmodells. Dabei ist die höhere Vergütung für Hausbesuche bundesweit einmalig. Im Zentrum der Versorgung soll zukünftig wieder der Hausarzt stehen.**

Besonders vor dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft und der damit verbundenen Zunahme von chronischen Erkrankungen ist eine koordinierte Betreuung der Patienten wichtig. Denn die Möglichkeiten der Behandlung und Diagnostik sind vielfältig: Ist eine differenzierte fachärztliche Diagnostik notwendig? Wo kann diese geleistet werden? Ist eine ambulante Operation möglich oder doch ein Krankenhausaufenthalt erforderlich? In diesen Fragen kann der Hausarzt Lotse und Begleiter durch das Gesundheitswesen sein. Ihm sind die Strukturen und Angebote vor Ort vertraut und er kennt im optimalen Fall die Patienten mit ihrer Krankengeschichte und ihren individuellen Lebensumständen. Dies ist gerade für ältere, und chronisch kranke Menschen wichtig. Besonders für diese Gruppe der Versicherten wurde mit dem Bremer Hausarztvertrag eine Extra-Förderung für Hausbesuche eingeführt, damit Patienten, die nicht oder nur mit viel Mühe in die Praxis kommen können, zuhause ärztlich versorgt werden können.

Die Arzneimittelsicherheit ist ein weiterer Faktor, der für die hausarztzentrierte Versorgung spricht. Uner-

kannte Arzneimittelwechselwirkungen führen zu schätzungsweise 300.000 überflüssigen Krankenhauseinweisungen jährlich und es wird vermutet, dass etwa 16.000 Menschen im Jahr an diesen Wechselwirkungen sterben. Durch die koordinierte Behandlung werden zudem medizinisch unnötige Mehrfachuntersuchungen vermieden. Die Versorgung geschieht gezielter und entlastet somit die einzelnen Patienten und – ökonomisch betrachtet – auch die Versichertengemeinschaft.

Für den umfassenden Betreuungsauftrag ist die Bereitschaft zur ständigen Fortbildung notwendig. Die Hausärzte verpflichten sich daher mit Beitritt zum Hausarztvertrag zu regelmäßigen Fortbildungen und zur Teilnahme an Qualitätszirkeln.

Versicherte fast aller gesetzlichen Krankenkassen können sich inzwischen in das neue Bremer Hausarztmodell einschreiben – die Teilnahme ist freiwillig und kann nach einem Jahr jederzeit gekündigt werden. Mit ihrer Einschreibung verpflichten sich die Versicherten, bei einer Erkrankung zunächst den Hausarzt aufzusuchen. Gynäkologen und Augenärzte können allerdings unabhängig vom Hausarzt aufgesucht werden. Der Hausarzt sollte aber, um eine koordinierte Behandlung zu ermöglichen, darüber informiert werden. Eine Liste der teilnehmenden Hausärzte erhalten Versicherte über ihre Krankenkasse.

## Der Arzneimittelsicherheit auf der Spur

### Neue Stiftungsprofessur für die Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen

Im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen wird ab sofort über 5 Jahre eine Stiftungsprofessur für Klinische Epidemiologie gefördert. Die Stiftungsprofessur wurde zum 1. März 2007 mit der Professorin Dr. med. Edeltraut Garbe besetzt. Die Medizinerin und Epidemiologin war vor ihrer Berufung nach Bremen als Professorin für Klinische Pharmakologie an der Charité Universitätsmedizin in Berlin tätig. Ihr Forschungsschwerpunkt ist die Pharmakoepide-

miologie, das heißt die Untersuchung der Arzneimittelsicherheit und des Routinegebrauchs von Arzneimitteln auf Bevölkerungsebene. Dieser Forschungsschwerpunkt soll unter ihrer Leitung an der Universität Bremen etabliert werden. Gleichzeitig übernimmt Edeltraut Garbe die Leitung der Abteilung Klinische Epidemiologie am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), das seit Januar dieses Jahres zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Universität Bremen ist.



Prof. Edeltraut Garbe,  
Bereich Klinische Epidemiologie  
im Fachbereich Human-  
und Gesundheitswissenschaften  
der Universität Bremen

Die Pharmakoepidemiologie ist eine noch relativ junge Wissenschaftsdisziplin an der Schnittstelle zwischen Epidemiologie und Klinischer Pharmakologie. Ein Hauptanliegen pharmakoepidemiologischer Forschung ist die Verbesserung der Arzneimittelsicherheit. Arzneimittel, die neu auf den Markt kommen, werden in den klinischen Studien vor Zulassung nur an einer sehr begrenzten Zahl von Patienten (meist weniger als 3000) getestet. Aufgrund der geringen Patientenzahl ist es nicht möglich, seltene schwerwiegende Arzneimittelrisiken zu erkennen, die jedoch zu einer drastischen Veränderung der Nutzen-Risiko-Bewertung eines Arzneimittels führen können. Auch sind die Patienten in den klinischen Studien vor der Zulassung stark selektiert und Risikopatienten, wie zum Beispiel Patienten mit mehreren Erkrankungen, häufig von den klinischen Studien ausgeschlossen. Im Routinegebrauch werden die Arzneimittel dann jedoch auch bei diesen Patienten eingesetzt, was ebenfalls zu einer Veränderung der Arzneimittelsicherheit führen kann.

Aus diesen Gründen ist es erforderlich, Untersuchungen zur Arzneimittelsicherheit auch nach der Zulassung eines Medikaments durchzuführen – dies ist der Ansatz der Pharmakoepidemiologie. Diese Untersuchungen werden weltweit häufig von Daten großer Gesundheitsdatenbanken durchgeführt. Im BIPS ist geplant, die Sicherheit von neu auf den Markt kommenden Arzneimitteln anhand von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung zu bewerten, um frühzeitig Probleme der Arzneimittelsicherheit zu erkennen. Auch für Fragen der Arzneimittelsicherheit bei schon länger auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln sollen diese Daten herangezogen werden.

Um die Aussagefähigkeit der Daten zu prüfen, sind am BIPS zurzeit 2 Projekte geplant. Eines dieser Projekte betrifft die Untersuchung des Risikos schwerwiegender Blutungsereignisse unter dem

Gerinnungshemmer Phenprocoumon (Marcumar®). Obwohl es sich bei Marcumar um ein schon lange auf dem deutschen Markt befindliches Arzneimittel handelt, gibt es zum Blutungsrisiko erstaunlich wenige Daten. Weltweit und insbesondere in den angelsächsischen Ländern wird häufiger der Gerinnungshemmer Warfarin verordnet, für den entsprechende Untersuchungen durchgeführt wurden. Von klinischer Relevanz ist für dieses Projekt insbesondere, inwieweit Wechselwirkungen mit anderen gleichzeitig verordneten Arzneimitteln das Blutungsrisiko unter Marcumar erhöhen können. Das klinisch relevante Wechselwirkungsspektrum muss allerdings für jedes Arzneimittel individuell untersucht werden und kann nicht einfach von Warfarin auf Marcumar übertragen werden.

In einem zweiten Projekt sollen die gesundheitlichen Auswirkungen von Diabetes mellitus in der Schwangerschaft auf die Mutter und das Neugeborene untersucht werden. In Deutschland ist das Screening auf Gestationsdiabetes zurzeit nicht Bestandteil der Mutterschafts-Richtlinien, es wird jedoch in den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften empfohlen. Die im BIPS geplante Untersuchung soll weitere Daten liefern, um den möglichen Nutzen eines Screeningprogramms auf Diabetes während der Schwangerschaft abzuschätzen.

In der Arzneimittelsicherheits- und Gesundheitsforschung liegt ein wichtiges Forschungsfeld, das Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen hervorbringt, die helfen, Prozesse und Entwicklungen des Gesundheitswesens korrigieren und weiterentwickeln zu können. Neben weiteren Stiftern aus den Bereichen Industrie, medizinischen Verbänden, Bankwesen und privaten Stiftungen sind die Ersatzkassen daher an der Finanzierung der mit 350.000 Euro dotierten Stiftung beteiligt.

## Epidemiologie

Die Epidemiologie beschäftigt sich nicht mit der Gesundheit des einzelnen Menschen, sondern mit dem Auftreten und der Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung, damit dieses Wissen für die Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt werden kann.

## KURZ GEMELDET

- Die Ersatzkassen in Bremen haben die Arbeit der Bremer und Bremerhavener **Selbsthilfekontaktstellen** in 2006 mit insgesamt 17.600,- Euro gefördert. Die Kontaktstellen unterstützen Selbsthilfegruppen bei der Gründung und bei ihrem Bemühen um die Bewältigung einer Erkrankung.
- Menschen, die einen Angehörigen pflegen, können die **Psychosoziale Angehörigenberatung** am Klinikum Bremen Mitte in Anspruch nehmen, um Konflikte zu lösen und Entlastungsmöglichkeiten zu besprechen. Zwei professionelle Beraterinnen und 14 Ehrenamtliche beraten und begleiten dort Angehörigen mit ihren Sorgen und Problemen. Die psychosoziale Angehörigenberatung ist unter der Telefonnummer 0421-497-2670 zu erreichen.
- Durch die **Erhöhung der Mehrwertsteuer** auf 19 Prozent werden die Kosten für Arzneimittel in diesem Jahr um 2,6 Prozent mehr steigen, als der jährliche Ausgabenzuwachs, den die gesetzlichen Krankenkassen mit Festpreisen und Rabattverträgen einzudämmen versucht. Hochgerechnet auf das Jahr ergeben sich allein für die gestiegene Mehrwertsteuer bei den Arzneimitteln bundesweit Mehrkosten von etwa 700 Millionen Euro.

## Die Ersatzkassen in Bremen fordern konsequente Maßnahmen zum Nichtraucherschutz

Rauchen ist das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und damit die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit. Etwa 23 Prozent der Bevölkerung (28 Prozent Männer und 19 Prozent Frauen) rauchen regelmäßig – etwa 110.000 bis 140.000 Menschen sterben jährlich in Deutschland an den unmittelbaren Folgen des Tabakkonsums.

Durch die gesundheitlichen Folgen des Rauchens entsteht insgesamt ein volkswirtschaftlicher Schaden von fast 20 Milliarden Euro pro Jahr, wovon 7 Milliarden Euro in die medizinische Behandlung der

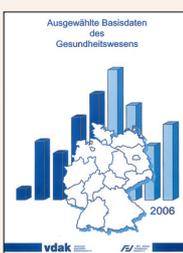
Patienten fließen und 12,4 Milliarden Euro Schaden durch den Ausfall bezahlter Arbeit bedingt sind, wie das Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt ermittelt hat. Für Bremen bedeutet dies, dass die Krankenkassen schätzungsweise 70 Millionen Euro im Jahr für die Behandlung der unmittelbaren Folgen des Tabakkonsums ausgeben müssen.

Aber nicht nur die Raucher selbst müssen mit schweren Folgen durch regelmäßigen Tabakkonsum rechnen, sondern auch das Passivrauchen verursacht schwerwiegende Erkrankungen wie Lungenkrebs, koronare Herzerkrankungen und Schlaganfälle. Bisher sind viele Nichtraucher gezwungen, den Tabakrauch ihrer rauchenden Mitbürger einzuatmen. Besonders in der Gastronomie sind Gäste und Beschäftigte hohen Konzentrationen von gesundheitsgefährdenden Substanzen des Tabakrauchs ausgesetzt.

Zwar ist in Bremen seit August 2006 das Rauchen in Krankenhäusern, Tageseinrichtungen für Kinder und in Schulen verboten, aber dies ist aus Sicht der Ersatzkassen für einen umfassenden Nichtraucherschutz nicht ausreichend.

„Hier schützt nur ein konsequentes Rauchverbot – nicht nur in öffentlichen Einrichtungen wie Schulen und Krankenhäusern, sondern auch in Gaststätten, Bars und Diskotheken sowie in allen anderen öffentlichen Räumen. Deshalb ist die Landesregierung aufgefordert, sich für ein umfassendes Rauchverbot einzusetzen“, fordert Karl Nagel, Leiter der Ersatzkassenverbände in Bremen.

### BÜCHER



#### Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens

Die Broschüre ist jetzt in der 14. Auflage als Ausgabe 2006 erschienen

und kann per Email unter [basisdaten@vdak-aev.de](mailto:basisdaten@vdak-aev.de) oder per Fax 02241/10 85 67 angefordert werden. Sie enthält Tabellen und Grafiken aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens. Die Daten stehen auch auf der Website [www.vdak-aev.de](http://www.vdak-aev.de) im PDF-Format zum Download zur Verfügung.

#### IMPRESSUM

Herausgeber:  
Landesvertretung Bremen des VdAK/AEV  
Benningsenstraße 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)