

Norbert Schmacke

Sicherstellung der Versorgung in den Kommunen – was ist dazu nötig?

Vortrag zur Gesundheitskonferenz 2016 des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München
„Medizinische Versorgung. Was brauchen wir, damit die Münchnerinnen und Münchner gut versorgt sind?“ am 26.10.2016

Lassen Sie mich bitte ungewöhnlich wie folgt beginnen: ich bin davon überzeugt, dass wir in Deutschland eine neue Kultur im Umgang mit dem Thema Krankheit und Gesundheit benötigen, eine Kultur, die tatsächlich ausgeht von der Analyse der Versorgungsprobleme und von der Therapieforschung, und die sich frei macht von der Gedankenwelt der Wirtschaftsförderung und vom Statusdenken der etablierten Player. Das klingt, ich weiß, außerordentlich naiv. Für die Einleitung eines derartigen kulturellen Wandels können Kommunen aber vielleicht mehr tun als momentan vorstellbar ist, während sie im Kräfteparallelogramm des Gesundheitsmarktes erst einmal auf verlorenem Posten stehen.

Ich möchte noch eine zweite Vorbemerkung machen: Nach Beschäftigung mit Ihrem Vorhaben und Ihrem Stand der Debatte um die Aufgabe der Kommune ist deutlich, dass meine Rolle nicht sein kann, Ihnen eine Landkarte der rechtlichen, politischen und sozialen Zusammenhänge zum Thema Sicherstellung zu malen – diese Fakten sind Ihnen ja sämtlich bekannt. Es kann vielleicht darum gehen, dass ich meine Deutung der vorliegenden Fakten aus der Perspektive eines Gesundheitswissenschaftlers erzähle, der nach einer klinischen Ausbildung zum Arzt für Innere Medizin auch lange Zeiträume im öffentlichen Gesundheitsdienst und in Institutionen der sozialen Krankenversicherung verbracht hat. Wenn ich dann doch zwischendrin immer wieder Altbekanntes erzähle, dann tue ich das, um klar zu stellen, worauf ich meine Einschätzungen und Empfehlungen beziehe. Anders gesagt: ich bitte um Geduld, wenn ich auch vieles häufig Gesagte und Zitierte noch einmal bemühe, ehe ich zu dem abschließenden Fazit komme, um das ich zu der Frage ‚Sicherstellung der Versorgung in den Kommunen – was ist dazu nötig?‘ gebeten worden bin.

Ich beginne mit einem Zitat von Rainer Hess, Herausgeber des Kasseler Kommentars zum SGB V und ehemaliger Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses:

„Selbstverwaltung beinhaltet die Wahrnehmung öffentlicher Angelegenheiten durch diejenigen, die es angeht. Ihre rechtliche Grundstruktur ist die der Körperschaft des öffentlichen Rechts (KdöR). Als Erstes entstand die kommunale Selbstverwaltung als Gegengewicht eines erstarkenden Bürgertums in den Städten gegen die Allmacht von Königen und Fürsten. Ihr folgten berufsständische Selbstverwaltungsstrukturen, wobei in der Bundesrepublik Deutschland wegen der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern in Bezug auf das Gesundheitswesen die Heilberufekammern für Apotheker, Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte auf Landesebene gebildet wurden. Im

Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung entstand zunächst die Selbstverwaltung der Krankenkassen und ihrer Verbände, der aber schon bald (1931) die Selbstverwaltung der Kassenärzte als zentraler Vertragspartner gegenübergestellt wurde. Bei all diesen Strukturen der Selbstverwaltung handelt es sich um mittelbare Staatsverwaltung, da alle Gewalt verfassungsrechtlich vom Staatsvolk auszugehen hat und deswegen auch die Selbstverwaltungshoheit von der staatlichen Gewalt abgeleitet sein muss. Dabei ist nur die kommunale Selbstverwaltung in Deutschland durch Art. 28 Abs. 2 GG verfassungsrechtlich geschützt. Alle anderen Selbstverwaltungsstrukturen stehen zur Disposition des einfachen Gesetzgebers.“

Das ist eine klare juristische Aussage, die zu gewaltigen Überlegungen Anlass geben könnte. Hess zeigt im weiteren Verlauf dann freilich auf, warum Vorsicht geboten ist. Christian von Ferber, emeritierter Medizinsoziologe, hat den notwendigen Realismus wie folgt getextet:

„Zu den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen gehört die Verteilung der Zuständigkeiten im Gesundheitswesen. Sie ist im Grundgesetz nicht - wie es sich Reformer stets wünschen - nach funktionalen Kriterien, sondern nach institutionellen Gesichtspunkten erfolgt. Danach ist der Bund für die Sozialversicherung zuständig (Art. 74 Zfr. 12. in Verbindung mit Art. 72 Abs. 2), während für die Bundesländer und die Kommunen alle die gesundheitlichen Aufgaben und gesundheitsrelevanten Leistungen übrig bleiben, die nicht über die Sozialversicherung finanziert werden können oder auch sollen.“

Unter den zahlreichen Dokumenten, die sich mit der Rolle der Kommune in der Gesundheitspolitik beschäftigen, fand ich die Protokollierung eines 2012 vom Landkreistag Baden-Württemberg durchgeführten Professorengesprächs (Henneke 2012) besonders bemerkenswert.

Thomas Reumann, Landrat und Repräsentant der Krankenhausgesellschaften, wird wie folgt zitiert: „Aus Sicht der Landkreise sei nicht zuletzt die Möglichkeit von Bedeutung, als Kommune eigene Einrichtungen der medizinischen Versorgung zu gründen und zu betreiben, wenn die Kassenärztliche Vereinigung der kommunalen Eigeneinrichtung zustimme und sich damit im Ergebnis die Auffassung zu eigen mache, dass sie selbst nicht mehr in der Lage sei, den ihr obliegenden Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. Die Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge würden so potenziell erweitert, ohne dass die Landkreise ordnungspolitisch verpflichtet würden... Wichtig in dem Zusammenhang sei die gesetzliche Klarstellung, dass die Vergütung der in den kommunalen Eigeneinrichtungen erbrachten ärztlichen Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erfolgen müsse.“ (Reumann in Henneke, S. 4)

Der Staatsrechtler Martin Burgi führte aus: „Die Nichtberücksichtigung der Kommunen bei den Aufgaben der ambulanten Krankenversorgung sei unter dem Blickwinkel des Art. 28 Abs. 2 GG dauerhaft nicht zu rechtfertigen. Man müsse aus der Korporatismusfalle herauskommen. Künftig werde es um mehr Dezentralisierung und Kooperation bei weniger Partikularisierung gehen.“ (ebendort, S 7)

Peter Uschding, bis 2013 Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, skizzierte das Kräftefeld im Gesundheitswesen für die Kommunen wie folgt: „Während im ambulanten Bereich die Kommunen mit der Übermacht der Vertragsärzte und ihrer Verbände zu kämpfen hätten, litten im stationären Bereich die Kassen unter der Vorherrschaft der Krankenhausplanung des jeweiligen Landes. Gegenüber den in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommenen Krankenhäusern bestehe für die Krankenkassen Kontrahierungszwang. Sie müssten die Betriebskosten und das vorgehaltene Leistungsangebot auch dann mitfinanzieren, wenn sie es für unwirtschaftlich hielten“ (ebendort, S. 8)

Uschding wies auch auf die Auswirkungen des Einigungsprozesses hin: „Vor allem im Hinblick auf den drohenden Rückgang der Anzahl der ambulant tätigen Ärzte in Ostdeutschland werde deutlich, dass die zur Zeit der Wiedervereinigung auf massiven Druck der westdeutschen Ärzteverbände getroffene Entscheidung falsch gewesen sei, die kollektive ärztliche Tätigkeit in Polikliniken und Ambulatorien auf Dauer in der vertragsärztlichen Versorgung nicht zuzulassen. Heute sei bei jungen Medizinern die Einstellung weit verbreitet, die mit dem hohen Kapitaleinsatz verbundenen Risiken und wirtschaftlichen Zwänge zu scheuen und sich stattdessen lieber in eine Organisation einzufügen, die die Investitionen trägt und das Amortisations- und Personalkostenrisiko für den einzelnen Arzt vermindert“.(ebendort S. 7).

Die Debatte näherte sich letztlich immer stärker dem Thema „Die Macht des Faktischen“: „Kirchhof, Wieland, Maurer u. a. warfen die Frage auf, ob die Gesundheitsversorgung als Art. 28 Abs. 2 GG unterfallende Angelegenheit der örtlichen Gemeinschaft angesehen werden könne und ausgestaltet werden solle. Kirchhof meinte, erhebliche Gesichtspunkte sprächen dafür, die Gesundheitsvorsorge als Grundversorgung vor Ort und damit als Angelegenheit der örtlichen Gemeinschaft anzusehen. Wenn man dieser Überlegung nähertrete, ergäben sich aber erhebliche Folgefragen. Wegen der gebotenen Aufrechterhaltung des Sicherstellungsauftrags komme dann nur eine gesetzlich ausgestaltete Pflichtaufgabe in Betracht, was zur Folge habe, dass der Sicherstellungsauftrag und die Finanzierungsverantwortung auf die Kommunen überzugehen hätten. Nachdem die Landkreise im Pflegebereich bereits erhebliche Fürsorgeleistungen erbrächten und sich auch als Krankenhausträger engagierten, sei letztlich zu bezweifeln, ob sie auch noch eine Verantwortung für den ambulanten Bereich schultern könnten und sollten.“ (ebendort, S.12)

Die Diskussion schwankte dann hin und her zwischen Lob des Gesetzgebers für die Öffnungsklausel zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (§ 99 Abs. 1 S. 3 SGB V) und die Schaffung des Gemeinsamen Landesgremiums (§ 90a SGB V) und drastischen Warnungen vor allen Schritten in Richtung Systemwechsel.

Der Verwaltungsrechtlicher Schmidt-Aßmann – so weiter im Protokoll - hob hervor, „dass man eine Umstellung der Perspektive in der Gesundheitsversorgung von der funktionalen zur kommunalen Selbstverwaltung sehr sorgsam bedenken müsse. Die funktionale Selbstverwaltung habe es bei allen Schwächen bisher geschafft, für ein System zu sorgen, in dem klar sei, wer welche Leistungen erbringe und wer welche

Kosten zu tragen habe. Bei einer stärkeren Umstellung hin zur kommunalen Selbstverwaltung gerate man in große Interessenkonflikte hinein, sowohl was die Leistungserbringung als auch, was die Finanzierung angehe. Burgi entgegnete, dass es nicht um einen Schwenk, sondern nur um eine Dosierungsänderung gehe. Es sei nicht nur unreal, sondern auch nicht erstrebenswert, angesichts des bewährten Finanzierungssystems der GKV das überkommene System zu beseitigen. Im Gesundheitswesen könne einer allein die Dinge nicht voranbringen“ (ebendort S. 13).

Ein letztes Zitat aus dieser wirklich bemerkenswerten Veranstaltung aus dem Mund des Staatsrechtlers Friedrich Schoch:

„Hinsichtlich des Leitbilds der anzustrebenden Versorgung sprach Schoch von der Gefahr einer ‚Leitbildfalle‘. Je weiter der Erwartungshorizont reiche, desto größer sei der Enttäuschungseffekt, wenn die vom Staat in der Öffentlichkeit geweckten Erwartungen später nicht eingelöst werden könnten. In § 72 Abs. 2 SGB V würden die Begriffe ‚flächendeckend‘, ‚bedarfsgerecht‘ und ‚wohnnah‘ des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes durch die Begriffe ‚ausreichend‘, ‚zweckmäßig‘ und ‚wirtschaftlich‘ ersetzt. Darin liege eine stärkere Annäherung an die Lebenswirklichkeit, die keine zu hohen Erwartungen nähre, nicht idealisiere und damit Überforderungen des Gesundheitssystems vorbeuge“ (ebenda S. 28).

Was heißt das alles? Die Kommunen können ihre Meinung zu Mängeln in der Versorgung sagen, ihnen ist wegen des Verbots der Mischverwaltung aber lediglich eine Beratungsfunktion in dem durch die Länder errichtbaren gemeinsamen Gremiums zugesprochen worden, konkret zur Abgabe von Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Versorgung. Sie sind auch in der Frage der Neugestaltung der ambulanten Versorgung auf die Konzilianz der großen Player angewiesen. Und sie können – natürlich – für alles und jedes selber Geld in die Hand nehmen, ich denke hier jetzt vor allem an die häufig diskutierte Verbesserung der Niederlassungsbereitschaft von Ärztinnen und Ärzten in strukturschwachen Regionen und sozialen Brennpunkten. Das stößt aber nicht nur schnell an ökonomische Grenzen sondern ist auch nur dann sinnvoll, wenn es eingebunden ist in systematische Förderprogramme.

Bezogen auf Verbesserungsmöglichkeiten in medizinische Versorgung im engeren Sinn ist also tatsächlich Realismus angesagt. Es ist leider zudem auch zutreffend, dass es keine Zauberformel gibt, mit der eine gerechte Verteilung von ÄrztInnen ermittelt werden könnte. Insofern ist dem letzten Chef der KBV, Andreas Köhler erst einmal zuzustimmen, als er formulierte: „Trotz intensiver Recherchen wurden keine Veröffentlichungen gefunden, die evidenzbasiert oder aber als Konsens großer internationaler Organisationen wie der WHO, OECD oder EU Auskunft darüber geben, welcher Arzt- respektive Psychotherapeuten-/Patientenschlüssel erforderlich ist, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen“ (Köhler 2012 – zur Thematik unter dem Schwerpunkt der primärärztlichen Versorgung/ von primary care s. Schmacke 2014). Gleiches gilt im Prinzip für den stationären Sektor. Hier käme es wohl tatsächlich darauf an, Mut zu zeigen und ein nach Leistungsklassen gestuftes System neu aufzubauen. Die Gelder, die jetzt im Strukturfonds für eine erste ‚Neusortierung‘ eingestellt sind, werden allein sicher nicht dafür reichen. Und die

wirklich grandiose Idee der Lenkung der Krankenhausbedarfspläne durch Qualitätsindikatoren halte ich für reine Symbolpolitik: dafür gibt es weltweit keine Mut machenden Beispiele (Schmacke 2015).

In der Frage schwer wiederzubesetzender Arztsitze scheint mir allen Schwierigkeiten zum Trotz zielführend zu sein, über die klassische Struktur von Arztpraxen und vielleicht auch über das heute bereits stärker vertretene Konzept von MVZs hinauszudenken. Fakt ist, dass sich in Deutschland das Verhältnis von primärärztlicher zu spezialisierter Versorgung fortlaufend zugunsten der spezialisierten Medizin verschoben hat. Wenn man nun davon ausgeht, dass dies gerade für strukturschwache Regionen und soziale Brennpunkte eine dramatische Fehlentwicklung ist, dann müssen m.E. die bestehenden Förderungsprogramme um zwei Aspekte erweitert werden: Erstens ist dringend anzuraten, vor allem die jungen Medizinstudentinnen und Ärztinnen am Beginn von Weiterbildungsplänen in die Planungsprozesse einzubeziehen: neue Konzepte benötigen eine lange Vorlaufzeit und kontinuierliche Begleitung der potentiell interessierten Ärztinnen und Ärzte. Der Begriff der Feminisierung der Medizin kann von Lösungsansätzen ablenken: es geht schlicht darum, unterschiedliche Karrieremöglichkeiten und -vorstellungen auch unter dem Genderaspekt ernst zu nehmen. Die bestehenden Ansätze reichen definitiv nicht aus. Zweitens ist anzuraten, bezüglich der medizinischen Versorgung viel stärker als heute über einen anderen Professionenmix (Schmacke 2010) und eine stärkere Übertragung konventionell ärztlich definierter Leistungen nachzudenken. Drittens spricht meines Erachtens sehr viel dafür, derartige medizinische Teams in einen größeren Rahmen einzubinden, ich benutze hierfür jetzt den Begriff von Familienzentren. Gerade wo Sprach- und soziale Kompetenz am schwächsten ausgeprägt ist, sollten derartige integrierte Konzepte als Zukunftsmodell für die ambulante Medizin erprobt werden. Das Insistieren auf dem klassischen Modell der Einzel- oder Doppelpraxis führt zu unnötigen Zeitverlusten. Wenn Sie die Möglichkeit haben, eine kleinräumig dargestellte Prognose über die Beendigung von Arztpraxen anzustellen, wird Ihnen rasch deutlich werden, dass die heute schon bestehende Ungleichverteilung der Arztgruppen deutlich zuzunehmen droht. Wenn man dagegen ankämpfen will, muss man sich aber auch klar entscheiden, welche Arztgruppen prioritär wohnortnah vertreten sein sollen. Nicht alle Facharztgruppen werden künftig ‚um die Ecke‘ erreichbar sein, wobei die Distanzen sich zwischen ländlichen und städtischen Regionen deutlich unterscheiden werden. Trotzdem ist dies eine heute noch gern verdrängte Wahrheit.

Zur stationären Seite fällt mir – ehrlich gesagt – jenseits utopischer Überlegungen nicht viel ein. Jedenfalls nicht, wenn es darüber hinausgehen soll, dass die Entwicklung von Rückbau, Umbau oder Verteidigen des Status Quo ganz überwiegend von den Betreibern entschieden wird. Sinnvoll und umsetzbar erscheint mir in jedem Fall die Arbeit an der strukturellen Verbesserung einer stärker integrierten notärztlichen und notfallmedizinischen Versorgung. Was mir zur Qualität der stationären Versorgung aber schon einfällt: Palliativmedizin, besser ‚palliative care‘, weil es immer multiprofessionell hergehen sollte, wird zwar heute deutlich höher bewertet und weist überall gute Ansätze auf, wird aber noch immer systematisch verengt gedacht (Schmacke 2015). Es geht nicht allein um die Planung

und die Angebote für die absolut letzte Lebensphase, sondern es geht um die viel frühzeitigere Integration von Palliation in den Alltag der Kliniken: in der internationalen Debatte ist die Rede von Early Integrated Palliative Care. Diese Philosophie ist auch für den ambulanten und heimstationären Sektor bedeutsam. Für die Krankenhäuser ist der auf der Hand liegende nächste Schritt der systematische Aufbau von beratenden Palliativdiensten, die mehr leisten können als klassische Konsiliardienste, nämlich einen Beitrag zur Veränderung einer Behandlungskultur, die sich von traditionellen Größenvorstellungen der so genannten kurativen Medizin verabschiedet, ohne den Segen der modernen Medizin für Menschen in palliativen Stadien einer Erkrankung gering zu schätzen (Schmacke u.a. 2016 i.E.).

Genau so wichtig ist es, die skizzierte Debatte für die ambulante und heimstationäre Pflege zu führen. Hämel, Ewers und Schaeffer haben hierzu in ihrer Vision folgendes gesagt: „Die Neubestimmung kommunaler Gestaltungsmöglichkeiten führt weg von einem technokratischen Verständnis der Planung, das als Top-down-Steuerung angelegt war, hin zu einem dialogischen und partizipativen Planungsprozess, in den die am Versorgungsgeschehen beteiligten Akteure, Vertreter von Selbsthilfegruppen, Seniorenorganisationen und andere Betroffenen- und Interessengruppen einbezogen sind und in dem die Kommunen Moderationsfunktion einnehmen“ (Hämel u.a. 2013, 327). Und das Hospiz- und Palliativgesetz von 2015 bietet wirklich neue Ansatzpunkte, wobei die ökonomischen Rahmenbedingungen vermutlich manches schlichter aussehen lassen werden als es im Gesetz klingt.

Mit Blick auf Ihr Referat kann ich feststellen, dass München vermutlich ‚weit vorn‘ ist, was die Suche nach zeitgemäßen Lösungen der Versorgungsmängel angeht. Das betrifft sowohl die Intention, die Planungskompetenz weiter zu stärken, die Gesundheitsberichterstattung auszubauen und Ansätze von Prävention und Gesundheitsförderung systematischer als früher in den Alltag der Menschen und der Systeme zu integrieren.

Ich habe einleitend behauptet, dass Kommunen für die Einleitung eines meines Erachtens überfälligen kulturellen Wandels bei der Erkennung und Behebung von Schwächen der gesundheitsbezogenen Versorgung vielleicht mehr tun können als momentan vorstellbar ist. Damit wollte ich abheben auf das Thema ‚Bürgerrechte im Gesundheitswesen‘. Ein Beispiel auf der Mikroebene hierfür ist das Rooming-in in Geburtskliniken: heute ist das Standard, das musste aber von Eltern mühsam erkämpft werden. In Wikipedia habe ich folgenden Eintrag gefunden:

„Seit 1969, als am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke und im gleichen Jahr in München erstmals die gemeinsame Unterbringung und Aufnahme von Mutter und Kind in der Bundesrepublik Deutschland angeboten wurde, ist dies inzwischen zur täglich geübten Praxis geworden. Zuvor gab es bereits in den 1950er Jahren in Mainz und Würzburg das Angebot einer zeitweiligen Unterbringung des Neugeborenen im Zimmer der Wöchnerin. Doch schon in den 1920er Jahren hatte es im Deutschen Reich Frauenkliniken mit Rooming-in gegeben, was die nationalsozialistische Familienpolitik wieder rückgängig machte“.

(<https://de.wikipedia.org/wiki/Rooming-in>). Die Kommune ist der Ort, gewissermaßen seismographisch aufzuzeichnen, wo es hapert. Unweigerlich aber bewegen sich alle

Lösungsversuche in der politischen Großlandschaft. Ich zitiere noch einmal Christian von Ferber aus dem Jahr 2003:

„Die Gesundheitspolitik auf Bundesebene trägt zwei Gesichter, das eine blickt auf die Forschungs- und Wirtschaftsförderung, das andere auf die bedarfsgerechte Versorgung und die Einhaltung des Diskriminierungsverbots („Keine Zwei-Klassen-Medizin“). Um nicht eines der beiden Gesichter oder gar beide zu verlieren, benötigt die Gesundheitspolitik des Bundes entgegen dem Grundsatz der Beitragsstabilität ... ständig mehr Geld. Sie wird die Einnahmequellen der GKV ausweiten und sie wird die Versorgungsformen nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten umgestalten müssen, wie z.B. neue Entgeltsysteme in den Krankenhäusern, kollektive Formen der ambulanten Patientenversorgung wie Arztzentren, Ärztenetze, Sonderverträge mit Ärztegruppen, Health Maintenance Organisationen. Welche berechtigten Bedürfnisse von Patienten damit aus der Versorgung ausgeblendet, für welche Patientengruppen die Zugangsschwellen in einer unzumutbaren Weise erhöht werden, so dass sie zu Zielgruppen einer ‚sozialkompensatorischen Versorgung‘ werden, bedarf einer ebenso aufmerksamen wie wissenschaftlich unabhängigen Beobachtung. Letzteres ist die Aufgabe des Public Health.“ Den Schlußschluss mit den Gesundheits- und Pflegewissenschaften auszubauen, wäre somit meine abschließende Idee zur Konsolidierung Ihrer Konzepte. Ich wünsche Ihnen Hartnäckigkeit und gutes Verhandlungsgeschick für Ihre begonnenen Prozesse. Sie sind meines Erachtens auf dem richtigen Weg.

Literatur

Von Ferber, Christian. Das Gesundheitswesen im Umbruch - Perspektiven eines zukunftsfähigen ÖGD aus der Sicht des Public Health. Vortrag beim Fachkolloquium "Neuorientierung des ÖGD - Risiken und (Neben-)Wirkungen" am 29.08.2003.

<https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/oeffentlicher-gesundheitsdienst/berichte-und-konzepte/>

Francke, Robert, Hart, Dieter. Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos 2001

Hämel, Karin; Ewers, Michael; Schaeffer, Doris. Versorgungsgestaltung angesichts regionaler Unterschiede. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2013; 45: 323-328

Hess, Rainer. Die gemeinsame Selbstverwaltung. In: Volker Schumpelick / Bernhard Vogel (Hg.). Gesundheitssystem im Umbruch. Herder, 2012: 289-302

Köhler, Andreas (2012). <http://www.aerzteblatt.de/archiv/118228/Neuausrichtung-der-Bedarfsplanung-Fuer-eine-gute-Zukunft-der-ambulanten-aerztlichen-Versorgung>

Landkreistag Baden-Württemberg. An die Landratsämter in Baden-Württemberg Rundschreiben Nr.: 444/2012. Stärkung kommunaler Verantwortung im Gesundheits- und Pflegesektor (der Protokolltext ist so im Internet auffindbar, eine vollständige Darstellung findet sich in den Schriften zum deutschen und europäischen

Kommunalrecht Band 43: Henneke (Hrsg) „Kommunale Verantwortung für Gesundheit und Pflege“. Richard Boorberg Verlag 2012).

Schmacke, Norbert. Wie viele und welche Ärzte braucht das Land? GGW, 2013; 13 (4), S. 7 - 15

Schmacke, Norbert. Professionenmix in der Patientenversorgung: ein weiterer steiniger Weg. Gesundheit und Sozialpolitik 5/2010, 35-39

Schmacke Norbert. Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Potenziale für eine angemessene Versorgung. ipp.schriften 11, 2013. <http://www.ipp.uni-bremen.de/veroeffentlichungen/ipp-schriften/>

Schmacke, Norbert. Das Q-Fieber der Gesundheitspolitik: Über die Frage der Immunisierung, Gesundheits- und Sozialpolitik 2015 (2), S. 21 - 25

Schmacke Palliativmedizin. Stiefkind der Medizin. Sueddeutsche Zeitung 7.3.2015

Schmacke. Die amtliche Bedarfsplanung führt einen Namen, den sie nicht verdient. Sie ist aber schwer zu ersetzen (<http://wp.vdaeae.de/?cat=22>)

Schmacke, Norbert; Stamer, Maren; Höfling-Engels Nicole; Müller, Veronika. Der integrierte Palliative Dienst: Beginn einer neuen Krankenhauskultur. Eine Studie zur Sicht der Professionellen im Klinikum Links der Weser auf den palliativen Liaisondienst (Abschlussbericht i.E. 2016)

Über den Referenten:

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke ist Internist und Hochschullehrer für Gesundheitswissenschaften. Er arbeitet an der Abteilung Versorgungsforschung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung. Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Bis Juli 2018 benanntes stellvertretendes unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss. Seine aktuellen Forschungsfelder beziehen sich auf die Implementierung von palliativen Diensten in der stationären Versorgung und Fragen der so genannten Alternativmedizin.

ipp.uni-bremen.de

schmacke@uni-bremen.de