

report mecklenburg-vorpommern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2007

ersatzkassen

Pflegereform auf dem Weg: Mehr Leistungen und Qualität für Versicherte

Erstmals seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 werden mit dem neuen Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PfWG) im nächsten Jahr die Leistungen für die ambulante und stationäre Pflege sowie das Pflegegeld angehoben.

Das ist nur eine erfreuliche Neuerung, die das Gesetz bringen wird. Pflege soll letztlich dort stattfinden, wo sie von den Betroffenen und Angehörigen gewünscht wird – in der eigenen Häuslichkeit und im Wohnumfeld. Wo dies nicht möglich ist, sieht das Gesetz Möglichkeiten vor, die von den bisherigen rein stationären Heimunterbringungen abweichen können.

Wohngemeinschaften

Zukünftig sollen Pflegebedürftige auch in neuen Wohnformen leben können – in Wohngemeinschaften.

Gleichzeitig werden dadurch die Leistungen der sogenannten zugehenden Dienste, wie Essen auf Rädern, leichter zu erbringen sein. Auch die dann komplexe Leistungserbringung von anderen zuständigen Sozialleistungsträgern wird vereinfacht, ein Fakt, der das Zusammenschließen zu solchen Wohngemeinschaften fördern könnte. Und last but not

In dieser Ausgabe:

- Pflegeversicherung auf dem Weg
- „Agnes“ – eine mobile Schwester unterstützt den Landarzt
- Pauschale Selbsthilfeförderung
- Land kürzt Mittel für Impfstoffe
- 2007: Positive Regelungen für Versicherte

least hat auch der Versicherte seinen finanziellen Vorteil – die Wohngemeinschaften sind im Allgemeinen preisgünstiger als eine reine Heimunterbringung. Damit wird noch stärker dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entsprochen werden können.

Pflegestützpunkte

Insgesamt sollen die Leistungen in der ambulanten Pflege zwischen allen Beteiligten besser gebündelt und koordiniert werden. Deshalb sollen im Rahmen der integrierten wohnortnahen Versorgung sogenannte Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Vorrangige Aufgabe dieser Stützpunkte soll es sein, die

verschiedenen, auf die Pflege ausgerichteten, aber auch die sozialen Angebote der unterschiedlichen Leistungsträger zu vernetzen. Damit erhält der Pflegebedürftige und natürliche auch dessen Angehörige eine umfassende, kompetente Beratung aus einer Hand. Aus Sicht der Ersatzkassen ist dieses Konzept allerdings noch nicht ausge-reift. Zum einen sollten vordergründig die Krankenkassen mit ihrem Know-how im pflegerischen Bereich solche Stützpunkte federführend betreiben können. Zum anderen muss man sehr darauf achten, dass zu den bereits bestehenden und auch gut funktionierenden Beratungsstellen bei den Krankenkassen und den Kommunen keine Parallelstrukturen aufgebaut werden. Da es für die Einrichtung der Stützpunkte auch eine nicht unerhebliche Anschubfinanzierung seitens des Bundes gibt, werden schon jetzt Begehrlichkeiten so manches Kommunalpolitikers geweckt.

Stärkung der Rehabilitation

Gegenwärtig sind gerade die Anreize den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zu verfolgen falsch gesetzt. Pflegeheime erhalten höhere Pauschalen, desto pflegebedürftiger ein Versicherter ist. Mit dem neuen Pflegegesetz sollen daher Prämien (1.536 Euro) gezahlt werden, wenn es gelingt, einen Pflegebedürftigen durch gezielte Rehabilitationsmaßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe zu bringen. Ob die Höhe des finanziellen Anreizes ausreichend sein wird, muss die Zukunft zeigen.

Ambulante Pflege:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	384	420	450	450
Stufe II	921	980	1.040	1.100
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550

Stationäre Pflege (Stufe I und II bleiben unverändert):

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	1.023	1.023	1.023	1.023
Stufe II	1.279	1.279	1.279	1.279
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
Stufe III (Härtefall)	1.688	1.750	1.825	1.918

Pflegegeld:

Pflegestufe	bisher €	2008	2010	2012
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700

Mehr Transparenz

Erfreulich ist auch die Tatsache, dass das Leistungsgeschehen der ambulanten und stationären Pflegedienste durchsichtiger gestaltet werden soll. Die kontinuierlichen Prüfberichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) sollen so verfasst werden, dass sie gut lesbar und auch relativ leicht verständlich über wichtige Qualitätsparameter Auskunft geben. Für den Pflegebedürftigen



Dr. Bernd Grübler,
Stellvertretender
Leiter der VdAK/
AEV-Landesvertretung

DER KOMMENTAR

Kooperation der Sozialpartner und Beratung aus einer Hand sind wichtig

Die Beratung von pflegebedürftigen Menschen sowie die Bündelung und der Koordinierung passender Hilfen bilden einen wesentlichen Wert des Pflegeversicherungsweiterentwicklungsgesetzes. Dadurch werden nachhaltig Strukturen gefördert, die pflegebedürftigen Menschen entsprechend ihrem Wunsch den Verbleib im gewohnten Wohn- und Lebensumfeld möglichst gewährleisten sollen.

Pflegestützpunkte und die kooperative Pflegeberatung sollen dazu beitragen, dass diese Menschen schnell eine adäquate Versorgung finden. Wesentlich dabei ist auch, dass sie weiterhin so gut es geht am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Der Gesetzesimpuls in Hinsicht auf vernetzte Beratungs- und Begleitungsstrukturen auf örtlicher Ebene ist besonders wichtig, da es gelingen muss, trotz der Gliederung der vielfältig operierenden Sozialleistungssysteme, den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen Hilfen aus einer Hand anzubieten. Die Ersatzkassen werden sich aktiv dafür einsetzen, dass diese Vernetzung über Sozialleistungsgrenzen hinaus gelingen kann.

und seine Angehörigen ist es bei der Suche nach einer entsprechenden Versorgungseinrichtung von höchstem Interesse, ob das Heim zum Beispiel ausreichend Getränke anbietet und das Trinkverhalten dokumentiert, ob es eine nachprüfbare Dekubituskontrolle gibt oder ob auch eine soziale Betreuung in angemessenem Umfang erfolgt.

Höhere Pflegepauschalen und Pflegegeld

Bis zum Jahr 2012 werden die Leistungen für die ambulante Pflege, die stationäre Pflege und das Pflegegeld für betreuende Angehörige schrittweise angehoben (siehe Seite 2).

Selbsthilfeförderung:

Neue gesetzliche Grundlage ab 2008

AB DEM ERSTEN JANUAR NÄCHSTEN JAHRES wird die Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen noch stringenter durch gesetzliche Vorgaben geregelt. Prinzipiell gibt es auf der Landesebene zwei Förderstränge: die kassenartenübergreifende Pauschalförderung und die kassenindividuelle Einzelförderung.

Um die verpflichtende kassenartenübergreifende Förderung optimal zu gestalten haben die gesetzlichen Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern zu einer Arbeitsgemeinschaft (ARGE) gebildet und eine Vereinbarung abgeschlossen. Danach ist jeweils jährlich wechselnd eine Krankenkasse bzw. ein Kassenverband für die sogenannte Federführung verantwortlich. Das heißt, die Antragsformulare sind durch die zu fördernden Selbsthilfe-Kontaktstellen, die Landesverbände der Selbsthilfeorganisationen oder durch die örtlichen bzw. regionalen Selbsthilfegruppen bis spätestens zum 1. März 2008 an diese Kasse zu stellen.

Diese Kasse übernimmt auch die weitere Bearbeitung der Anträge und informiert die Antragsteller schließlich über die Höhe der Fördergelder.

Die Mitglieder der ARGE entscheiden gemeinsam in einer Sitzung über die pauschale Förderung.

An dieser Sitzung nehmen dann auch Vertreter der Kontaktstellen und der Selbsthilfeorganisationen mit beratender Stimme teil.

Die Krankenkassen können im Sinne der Pauschalförderung unter anderem folgende Sachen und Aktivitäten fördern:

- Büroausstattung und Sachkosten (z. B. PC, Drucker, Büromöbel, Raummiete, Portokosten, Telefonkosten)
- Fortbildungen oder Schulungen, z. B. kaufmännische Weiterbildungen, PC-Schulungen)
- Durchführung von Gremiensitzungen gemäß Satzung (z. B. Mitgliederversammlungen, Vorstandssitzungen)
- Erstellung und Druck von regelmäßig erscheinenden Gruppen- oder Verbandsmedien (z. B. Mitgliederzeitschriften) oder Einladungen/Flyer zu speziellen Veranstaltungen
- Pflege des Internetauftritts

Neben der gemeinsamen, kassenübergreifenden Pauschalförderung gibt es die Möglichkeit, dass Landesorganisationen der Selbsthilfe und auch Selbsthilfegruppen eine individuelle Projektförderung beantragen können. Anträge für diese krankenkassenindividuelle Förderung kann man direkt bei der einzelnen Krankenkasse erhalten. Auch können einzelne Kassen Räume für Veranstaltungen/Treffen zur Verfügung stellen oder zum Beispiel Unterstützung bei Fotokopierarbeiten leisten.

Alles in allem sollen durch die neuen Regelungen zur Förderung der Selbsthilfe der Verwaltungsaufwand vereinfacht und die Unterstützung der Selbsthilfe-Kontaktstellen, der Landesorganisationen und der einzelnen Selbsthilfegruppen noch zielgerichteter erfolgen.

ANTRÄGE FÜR DIE PAUSCHALFÖRDERUNG 2008 AN:

ARGE Selbsthilfeförderung Mecklenburg-Vorpommern
c/o AOK M-V
Alter Markt 3-4
18439 Stralsund
Tel.: 01802 590590 4072, Fax: 01802 590590 4012
E-Mail: info@arge-selbsthilfefoerderung-mv.de

Ambulante Versorgung:

Schwester AGnES wird wiederbelebt

Arztentlastende, **G**emeindenahe, **E**-health gestützte, **S**ystemische Intervention – AGnES. Es ist schon manchmal verwunderlich, welche irre deutsch-anglizistische Wortschöpfung erfunden werden, um den Bezug zu einer DDR-weit bekannten, als Serienstar mit Schwalbe (Motorroller) operierenden Gemeindegeschwester gleichen Namens herzustellen. In der Tat verkörperte diese TV-Gemeindegeschwester in den 60er Jahren weit ab von städtischen Arztpraxen und Polikliniken die eigenständig handelnde, „gute, medizinische Seele auf dem Land“. Nun wurde sie – als systemische Intervention – in einem Modellprojekt in Mecklenburg-Vorpommern wiederbelebt. Für Projektleiter Professor Wolfgang Hoffmann vom Institut Community Medicine der Universität Greifswald ist sie inzwischen ein „Markenartikel“, der nicht nur in unserem Bundesland viele Nachahmer gefunden hat.

Problem: Nichtbesetzte Arztstellen

Das eigentliche Problem sind die schon heute bekannten Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von Arztstellen, besonders im ländlichen Raum. So wird es in Regionen wie Uecker-Randow oder auf Rügen immer schwieriger, Ärzte zu finden, die sich dort niederlassen. Die Abwanderung vorwiegend junger Leute, die auch dadurch voranschreitende „Überalterung“ der Bevölkerung und die vergleichsweise eher schwach entwickelten wirtschaftlichen und sozialen Strukturen schrecken viele potentielle Nachfolger von der

Niederlassung ab. Die schöne Natur dieser Regionen kann die strukturellen Nachteile eben nicht kompensieren; auch mehr Geld für Nachbesetzung hat verständlicherweise bisher nicht als Trumpf gestochen. Eine intakte kommunale Infrastruktur mit Bäcker, Fleischer, Kindergarten und Schule oder nahen kulturellen Einrichtungen sind einfach nicht durch mehr verdiente Euros zu ersetzen. Die schlechte Nachricht: Das Problem wird sich im ländlichen Bereich absehbar noch verschärfen, da ein Großteil der dort ansässigen Hausärzte in den nächsten Jahren das Rentenalter erreichen werden.

In dieser Situation haben sich Ärzte, Krankenkassen und die Landesregierung entschlossen, die Bedingungen für den Einsatz von „Gemeindegeschwestern“ zu testen. In einer ersten Pilotphase wurde das auf der Insel Rügen erprobt; später dann in den Regionen um Ueckermünde, um Waren (Müritz) und in Neubrandenburg (als städtischer Bereich?!). In der zweiten Phase gibt es je Region einen verantwortlichen Projektarzt, eine „Agnes“ sowie weitere „kooperierende Ärzte“ (insgesamt elf). Darüber hinaus nehmen 21 Apotheken am Versuch teil.

Ziel: Den Arzt entlasten

Für ihren Einsatz wurden die „Geschwestern“ speziell ausgebildet und geschult. Neben Fragen der medizinischen Versorgung lernten sie auch den Umgang mit telemedizinischer Technik und mit den tragbaren Computern und Kameras. Im Einsatz untersuchen sie Patienten, überprüfen den Therapieverlauf und -erfolg, geben Hinweise zur richtigen Medikamenteneinnahme, zur Hausapotheke und können zum Beispiel auch Grippe-schutzimpfungen verabreichen. Im Bedarfsfall können sie sich mittels Videokonferenz mit dem behandelnden Arzt kurzschließen und das weitere Procedere besprechen. Als hauptsächliche Behandlungsschwerpunkte kristallisierten sich die Betreuung von Bluthochdruck-, Diabetes-, Inkontinenz- und Herzpatienten heraus.

So soll die Gemeindegeschwester schließlich den Arzt zwar nicht ersetzen, aber entlasten, damit dieser sich in seiner Praxis voll und ganz den dortigen Patienten widmen kann. Natürlich ganz besonders



**Hausarztbesuche und Tätigkeiten,
Stand 25.09.2007 II**



169 Hausbesuche, davon 86 Erstbesuche

Tätigkeiten, Auswahl	Häufigkeit
Beratung / Erörterung Umgang Heil- und Hilfsmittel	8
Beratung Blutabnahme	59
Beratung Impfung	12
Verbandswechsel	6
Gewichtsmessung	4
Beratung Medikamente	3
Wundversorgung	9

Gesamtanzahl an dokumentierten Tätigkeiten: 1085

Tabelle 1, Quelle: Institut Community Medicine, Universität Greifswald

auch jenen, deren eigentlicher Hausarzt aus Altersgründen nicht mehr praktiziert und die selbst so krank und altersschwach sind, dass ihre Mobilität sehr eingeschränkt ist.

**Erste Ergebnisse:
Die Schwester kommt an**

Im (zweiten) Projektzeitraum vom 20.08. bis 25.09.2007 absolvierten die drei Schwestern insgesamt 169 Hausbesuche (vgl. Tabelle 1). Dabei war es nur in 14 Fällen notwendig, dass der zuständige Hausarzt wegen Unklarheiten selbst noch einmal den Patienten aufsuchen musste. In knapp 45 Prozent gab es eine telefonische Rücksprache mit dem Arzt. Bei diesen 77 Fällen haben die Schwestern insgesamt rund neun Stunden mit dem behandelnden Arzt telefoniert (vgl. Tabelle 2). Eine erhebliche Zeitersparnis, setzt man die Zeit – vor allem Reisezeit – des Arztes dagegen, die er für diese Hausbesuche theoretisch benötigt hätte. Ein wichtiges Ergebnis ist auch: Die Patienten vertrauen der gut ausgebildeten „Agnes“ und wissen, dass sie routinemäßig kommt und der Arzt für den wirklichen Notfall zuständig ist.

Knackpunkt: Wer bezahlt die Schwester?

Für den Feldversuch ist klar: Die Gemeindegewister wird aus Projektmitteln der Kassenärztlichen Vereinigung, des Bundes, des Landes und der Krankenkassen bezahlt. Was aber passiert, wenn die

Tätigkeit der „Agnes“ in die Regelversorgung überführt werden soll? Hier scheiden sich die Geister. Für die Ersatzkassen ist ziemlich klar, dass die Schwester aus den „frei werdenden Honoraren“ für nicht mehr zu besetzende Arztstellen bezahlt werden kann. Das Honorar des nicht mehr tätigen Hausarztes in der Region verbleibt nämlich im Gesamthonorartopf der Kassenärztlichen Vereinigung. Es müsste konsequenterweise dann auch dort eingesetzt werden, wo es heute gebraucht und vorher ja auch zur Verfügung stand – in der konkreten, ggf. ärztlich unterbesetzten Region. Alle anderen Überlegungen, wie die Einspeisung zusätzlicher Beiträge der Krankenkassen (Versichertengelder!), negieren die Tatsache, dass das Honorar pro Kopf der Mitglieder bereits gesamtschuldnerisch an die Kassenärztliche Vereinigung ausgezahlt wurde und dort verbleibt. Im Umkehrschluss kürzen die Kassen auch nicht das Gesamthonorar, wenn Ärzte aus der ambulanten Versorgung ausscheiden.

Noch steckt AGnES in den „Kinderschuhen“; aber es gibt bereits gleiche oder ähnliche Projekte in weiteren neuen Bundesländern. Die Gemeindegewister kann ein Lösungsansatz sein, den zu erwartenden Hausärzterückgang vor allem in ländlichen Gebieten zu kompensieren und den Menschen dort eine gleichwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten. Bleibt zu hoffen, dass alle Projektbeteiligten und -verantwortlichen den positiven strukturellen Ansatz nicht durch Zank um die Finanzierung zerstören ...

Rücksprache mit dem Hausarzt



Zeitraum: 20.08.07 - 25.09.07

	Anzahl der Patienten tel. Rücksprache	tel. Rücksprache mit Hausarzt
Sr1	39	4h
Sr2	35	5h 19 min
Sr3*	3	31 min
Gesamt	77	8h 50 min

* Urlaub im September

Tabelle 2, Quelle: Institut Community Medicine, Universität Greifswald

Schutzimpfungen:

Land fährt Förderung zurück!

Nach Verlautbarungen aus dem Sozialministerium will das Land seine öffentliche Förderung bei Schutzimpfungen deutlich zurückdrehen. So sollen ab 2008 die bisher jährlich eingesetzten Mittel für die Bezahlung des Impfstoffes für konzentrierte Impfungen in Kindergärten, Schulen und öffentlichen Einrichtungen von 350.000 Euro auf Null zurückgefahren werden. Gemäß einer Vereinbarung tragen die Krankenkassen den darüber hinausgehenden Betrag an Impfstoffkosten, im Jahr 2007 waren das ca. 400.000 Euro.

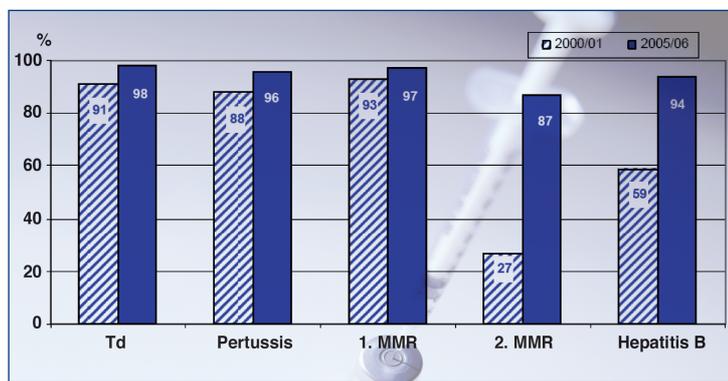


Abb. Vergleich ausgewählter Durchimpfungsraten der Einschüler 2000/01 und 2005/06 in Mecklenburg-Vorpommern (Quelle: LAGuS M-V)

Die Krankenkassen sollen – so die Intention der Landespolitik – nun die vollen Kosten für den Impfstoff allein tragen.

Irgendwie passt das aber nun gar nicht mit den insbesondere vom Sozialministerium öffentlich und oft geäußerten gesundheitspolitischen Grundsätzen zusammen. Man will viel für die Kinder und deren Schutz tun und man möchte auch Gesundheitsland Nummer Eins in Deutschland werden und sich dabei neben den touristischen Ambitionen gerade auch für gesundheitliche Verbesserungen bei der eigenen Bevölkerung einsetzen. In Sachen flächendeckende Durchimpfungsrate ist Mecklenburg-Vorpommern im Übrigen bundesweit vorbildlich: Diese liegt z. B. bei unseren Einschülern bei den Impfungen für Tetanus und Diphtherie (Td), für Keuchhusten (Pertussis) und bei Mumps/Masern/Röteln (1. MMR-Impfung) bei nahezu 100 Prozent! Auch bei Hepatitis B gibt es mit 94 Prozent eine sehr hohe Durchimpfungsrate (vgl. Abb.).

Das Land sollte demnach gerade nicht an dieser Stelle sparen, wohl wissend, dass Kinder aus Problemfamilien eher nicht beim niedergelassenen Arzt geimpft werden, sondern viel besser über gezielte Impfkationen in Kindereinrichtungen erreicht werden können.

Rehabilitationskliniken gut ausgelastet

DIE 32 FACHKLINIKEN in Mecklenburg-Vorpommern, die im Jahr 2006 Erwachsene rehabilitiert haben, konnten eine gute Auslastung verzeichnen. Diese stieg im Vergleich zu 2000 um über 20 Prozentpunkte. Nach Angaben der Kliniken wurden ca. 73.000 Patienten behandelt. Die durchschnittliche Auslastung lag bei 84,4 Prozent; die durchschnittliche Verweildauer betrug 24,5 Tage. Insgesamt wurden von den 3.372 Beschäftigten, darunter 508 Ärzte, Rehabilitationsleistungen im Wert von 213.760.000 Euro erbracht.

Die steigenden Patientenzahlen betrafen nachweislich alle Kostenträger. Hauptkostenträger waren zu 46 Prozent die Krankenkassen und zu 38 Prozent die Rentenversicherungsträger sowie zu 16 Prozent sonstige Belegungsträger, zum Beispiel private. Die Ersatzkassen ließen 8.000 Patienten behandeln.

Die meisten Patienten (40 Prozent) kamen aus Mecklenburg-Vorpommern, 15 Prozent aus Berlin sowie jeweils 7 Prozent aus Brandenburg und Sachsen.

Fast ein Drittel der Krankenkassen-Patienten (25.000) wurden im Bereich Orthopädie und Rheumatologie rehabilitiert. Bei den Rentenversicherungsträgern nehmen die onkologischen Erkrankungen – wie in den Vorjahren – den ersten Platz ein.

Nach Angaben der Kliniken hat sich im Gegensatz zum Erwachsenenbereich die Auslastung im Jahr 2006 für die Kinder- und Mutter-Kind-Kliniken (28 Einrichtungen) rückläufig gestaltet. Es wurden ca. 29.000 Kinder und 17.600 Mütter behandelt. Die durchschnittliche Auslastung lag mit knapp 60 Prozent niedriger als in den Vorjahren. Bezieht man die medizinisch notwendigen Begleitpersonen mit ein, erreichten die Kliniken eine durchschnittliche Auslastung von 72,29 Prozent. Ursache für die geringe Auslastung ist sicherlich auch die rückläufige Zahl an Anträgen für diese Reha-Maßnahmen gewesen. Die Kliniken gehen jedoch davon aus, dass sich diese Zahlen wieder weiter nach oben entwickeln werden, nachdem Rehabilitationsleistungen seit 2007 zum Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Wechsel im Landesausschuss des VdAK/AEV



Dr. Volker Möws

DR. VOLKER MÖWS, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse, ist seit September dieses Jahres neuer Vorsitzender des Landesausschusses der Ersatzkassen. Er tritt damit die Nachfolge von Carmen Sordyl an, die krankheitsbedingt ihre Tätigkeit bei der TK-Landesvertretung beenden musste.

Der Landesausschuss ist das höchste Beratungs- und Entscheidungsgremium der Ersatzkassen auf Landesebene.

Seit 1993 ist Dr. Möws bei der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse, zunächst als Mitarbeiter für Gesundheitswesen, später leitend für den Krankenhausbereich tätig. In dieser Zeit führte er

Verhandlungen mit Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern, seit 2004 auch in Schleswig-Holstein, z. B. mit dem dortigen Universitätsklinikum Schleswig-Holstein.

Zum 1. September 2007 wurde Dr. Möws zum Leiter der TK-Landesvertretung in Mecklenburg-Vorpommern berufen.

Er ist Verfasser diverser Publikationen zur Krankenhausthematik; z. B. „Kosten runter? Leistungssteuerung der Krankenkassen im Krankenhaus“ (2005) und „Krankenhausstrategien der Krankenkassen im DRG-Zeitalter“ (2006). Darüber hinaus hat er zahlreiche Aufsätze in Fachzeitschriften und im Verbandsorgan „Die Ersatzkasse“ veröffentlicht.

KURZ GEMELDET

■ Versicherungsschutz für alle

Kein Mensch in Deutschland muss und sollte im Krankheitsfall ohne Versicherungsschutz sein. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) hat ausdrücklich den Krankenversicherungsschutz der bisher nicht versicherten Personen geregelt. Allerdings haben sich bisher nur knapp 45.000 Nichtversicherte gemeldet. Das sind deutlich weniger als von der Bundesregierung prognostiziert, die von etwa 400.000 Menschen ausgeht.

■ Selbsthilfeförderung erhöht

Die Ersatzkassen haben in diesem Jahr acht Selbsthilfe-Kontaktstellen (KISS) des Landes mit insgesamt 57.488 Euro gefördert. Das sind über 5.000 Euro mehr als im Vorjahr. Die Gelder flossen teilweise als pauschale Unterstützungen und zum Teil für Projekte bzw. selbsthilfespezifische Aktionen.

Ein Thema, das in fast allen Kontaktstellen als Projekt eine besondere Rolle spielt, ist zum Beispiel die Brustkrebsvorsorge.

■ Ambulante Hospizdienste unterstützt

13 ambulante Hospizdienste aus Mecklenburg-Vorpommern erhielten in diesem Jahr einen Förderbetrag von insgesamt 338.767 Euro. Der Anteil der Ersatzkassen lag mit 121.061 Euro bei 36 Prozent. Mit der Förderung leisten die Ersatzkassen einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten für die palliativ-pflegerische Beratung durch ausgebildete Fachkräfte. Ziel der ambulanten Hospizarbeit ist es, die Lebensqualität sterbender Menschen zu verbessern. Im Vordergrund der Arbeit steht die ambulante Betreuung im Haushalt oder in der Familie, um so dem sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbst bestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen.

■ Ersatzkassen mitgliederstärkste Kassenart

Die Ersatzkassen haben seit Mitte dieses Jahres in Mecklenburg-Vorpommern erstmals die AOK als größte Krankenkassenart im Land überflügelt. Sie versichern rund 430.000 Mitglieder, die AOK Mecklenburg-Vorpommern 420.000. Auch bei der Zahl der Versicherten liegen die Ersatzkassen mit 555.000 vor der AOK mit 510.000. Die Entwicklung hat mehrere Ursachen: Hohe Leistungsbereitschaft, Kompetenz, Servicefreundlichkeit und eine gute Erreichbarkeit der Kassen über deren Geschäftsstellen bzw. über das Internet sowie vielfältige versichertenfreundliche Angebote an Präventions- und Behandlungsleistungen.

LIEBE LESERINNEN UND LESER,



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

das Jahr 2007 neigt sich seinem Ende entgegen. Es war ein ereignisreiches Jahr; für die deutsche gesetzliche Krankenversicherung sogar mit weitreichenden Auswirkungen für die Zukunft.

So hat der Bundestag im März das sogenannte Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) verabschiedet. Es gibt seit dem viele gute zusätzliche Regelungen für Sie als Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Verbessert wurden

zum Beispiel die Leistungen für die medizinische Rehabilitation. Sie haben jetzt einen Rechtsanspruch bei Mutter/Vater-Kind-Kuren oder beispielsweise in der geriatrischen Rehabilitation. Auch die Palette der ambulant möglichen Behandlungen im Krankenhaus wurde erweitert. Im Bereich der Gesundheitsvorsorge sind viele Schutzimpfungen zu Pflichtleistungen der Krankenkassen deklariert worden.

Auch für die Ärzte hat der Gesetzgeber gesorgt. Ab dem nächsten Jahr erhalten diese ca. zehn Prozent mehr Honorar, auf der Basis eines neuen Bewertungsmaßstabes.

Und schließlich gibt es auch für die Krankenkassen und deren Verbände weitreichende Veränderungen. Es wurde ein neuer Spitzenverband Bund gebildet, der trotz des deklarierten Bürokratieabbaus mit neuen bürokratischen Hürden ab Mitte nächsten Jahres die Aufgaben der alten Spitzenverbände der Krankenkassen übernehmen soll. Letztere

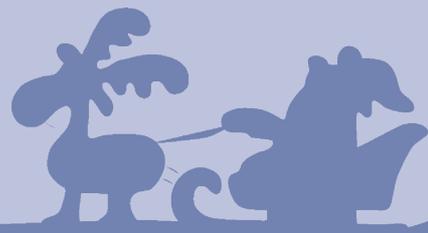
werden sich neu positionieren und als echte Dienstleister für ihre Mitgliedschaften am Markt operieren. 2008 werden die Kassen voraussichtlich letztmalig einen eigenen Beitrag erheben. Ab dem ersten Januar 2009 wird der Beitragssatz für alle Mitglieder aller Kassen einheitlich durch die Bundesregierung festgelegt. Mit der geplanten Einführung des Gesundheitsfonds will das Bundesministerium für Gesundheit weitgehend die Finanzhoheit in der gesetzlichen Krankenversicherung übernehmen.

Liebe Leserinnen und Leser,

eine aktuelle amerikanische Studie belegt, dass körperlich aktive Menschen, sogar wenn sie leicht übergewichtig sind, ein längeres Leben erwarten können, als sehr schlanke, die zudem keinen Sport treiben. Das sollte ein Signal sein, die sicherlich etwas üppigeren Festessen zu den Weihnachtsfeiertagen hinterher wieder „abzuarbeiten“. Spaziergänge, Fahrradtouren oder wenn hoffentlich Schnee liegt, bei Skiwanderungen.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien fröhliche und erholsame Weihnachtsfeiertage sowie einen guten Start ins neue Jahr 2008.

Ihr Karl L. Nagel



BÜCHER

Es gibt viel Literatur über den gesundheitlichen Nutzen körperlicher Aktivitäten – doch welche Auswirkungen sportlicher Aktivitäten sind wirklich belegt? Das Buch **„Bewegung und Gesundheit“** der Autoren **M. Muster** und **R. Zielinski** bietet als Antwort auf diese Frage einen Überblick über den derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand.

Das Fachbuch führt erstmals Erkenntnisse aus Medizin, Sportwissenschaft und Gesundheitspsychologie zusammen. Nicht zuletzt werden auch theoretische und praktische Aspekte des Ausdauertrainings behandelt. Zusätzlich werden einfach anwendbare Fitnesstests vorgestellt.

**Springer-Verlag Heidelberg,
207 S., 33 Abb. in Farbe,
ISBN 978-3-7985-1557-4,
49,95 Euro**

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern des VdAK/AEV
Werderstraße 74a · 19055 Schwerin
Telefon: 03 85 / 52 16-100 · Telefax: 03 85 / 52 16-111
Redaktion: Dr. Bernd Grübler · Verantwortlich: Karl L. Nagel

In der Hektik des Alltags haben immer mehr Menschen das Gefühl, dass ihnen etwas fehlt – das private Wohlbefinden kommt zu kurz. Doch wo und wie sollen die seelischen Kräfte aufgefüllt werden? **Marco von Münchhausen** beschreibt in seinem Buch **„Wo die Seele auftankt“** wissenschaftlich fundierte Methoden und Techniken der seelischen Erholung, die jeder sofort umsetzen kann. Das Schöne daran – der vielfältige Ansatz und die große Anzahl der Tipps bieten Gewähr, dass jeder seinen eigenen Weg zum Glück finden kann.

**Campus Verlag
Frankfurt/a. M.,
288 S., gebunden,
ISBN 978-3-593-37308-9,
19,90 Euro**