

report mecklenburg-vorpommern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2005

ersatzkassen

Ein Kompromiss ist ...

... ein guter Schirm, aber ein schlechtes Dach, besagt ein Sprichwort.

Die Akteure der Großen Koalition haben sich eine schwere Aufgabe verpasst – innerhalb des nächsten halben Jahres soll der Kompromiss in Sachen Gesundheitsreform stehen.

Gut ist grundsätzlich, dass man auf einen „Schnellschuss“ verzichtet und sich nicht – wie sonst üblich – auf den kleinsten gemeinsamen Nenner verständigt hat. Zu unterschiedlich sind nämlich die Positionen von CDU und SPD, wie man das Gesundheitswesen reformieren sollte.

Die Formel „CDU-Gesundheitsprämie versus SPD-Bürgerversicherung“ wird dem Anspruch einer realitätsnahen Problembeschreibung nicht gerecht. Die Idee allerdings, Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie einfach zusammenzubringen, ist wahrscheinlich nur theoretisch möglich. Beide Modelle verfolgen nämlich unterschiedliche Zielstellungen.

Bei der Gesundheitsprämie sollen alle unabhängig von ihrem Einkommen einen Beitrag in die Versicherung einzahlen. Wer dazu nicht in der La-

In dieser Ausgabe:

- Gesundheitspolitik:
Kompromiss wahrscheinlich
- Privatisierung von Krankenhäusern
- Delphi-Studie: Was die Bürger wollen
- Gripeschutzimpfung
- Erste Landesgesundheitsmesse

ge ist, wird – aus Steuermitteln, so sie denn vorhanden sind – unterstützt. Insgesamt sollen damit die so genannten Lohnnebenkosten heruntergefahren, quasi der Faktor Arbeit, entlastet werden.

Die sozialdemokratische Bürgerversicherung will möglichst alle in die Beitragsaufbringung einbeziehen, also auch Bürger mit einem hohen Einkommen. Diese sollen sich nach ihren finanziellen Möglichkeiten an der solidarischen Finanzierung beteiligen. Eine Ausdehnung des Beitragsaufkommens auf (fast) die gesamte Gesellschaft würde

zwangsläufig zu einem „Ausbluten“ der privaten Krankenversicherung (PKV) führen. Das ist wiederum der CDU ein „Dorn im Auge“.

Beide Konzeptionen zu verbinden hieße zum Beispiel, das Prämienmodell auf die gesamte Bevölkerung auszudehnen und den entstehenden Fehlbetrag über Steuern auszugleichen. Ex-Gesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) sprach schonmal vorsorglich von einer „Bürgerprämie“.

Die Sache hat allerdings einen Haken. Wenn nicht gleichzeitig die Pflicht zur Versicherung aufgehoben, zumindest jedoch die Versicherungspflichtgrenze drastisch angehoben werden würde, könnten sich noch große Teile der Besserverdienenden (freiwillig Versicherte) in Richtung PKV aus der Solidarität verabschieden. Das würde alle Bemühungen, den solidarischen Grundgehalt der GKV zu bewahren, konterkarrieren.

Alles in allem würden wir bei einer „Mischform“ nur eine drittklassige Lösung bekommen, denn das eigentliche Problem der gesetzlichen Krankenversicherung würde nicht gelöst werden. Um den demografischen und medizinischen Herausforderungen an die Zukunft der GKV gerecht zu werden,

reicht es nicht aus, wenn man einfach nur mehr Geld ins System pumpt und auf der Ausgabenseite vielleicht noch Leistungen kürzt.

Ein richtiges „Dach“, das solidarisch „gebaut“ ist und unter dem alle Versicherten gut aufgehoben sind, lässt sich nur mit einem reinen Modell einer Bürgerversicherung zimmern.

Als positiv bleibt wenigstens zu konstatieren, dass sich die Koalitionäre auf begleitende, kostendämpfende Maßnahmen verständigt haben. So soll ein möglichst zügig einzuführendes „Vorschaltgesetz“ die immens gestiegenen Arzneimittelausgaben senken. Der Entwurf dieses Gesetzes sieht u. a. eine generelle Abschaffung von Naturalrabatten, Preissenkungen für Generika und den Ausschluss von Preiserhöhungen für Arzneimittel innerhalb eines Drei-Jahres-Zeitraums vor. Dies wäre kurzfristig ein wichtiger Beitrag dafür, dass die Krankenkassen ihre Beiträge stabil halten könnten.

Ob Schirm oder Dach, wichtig ist, dass sich die regierenden Parteien sehr schnell auf einen tragfähigen Kompromiss einigen, damit am Ende nicht die Versicherten „im Regen stehen“ ...

DER KOMMENTAR



Dr. Bernd Grübler
Stellv. Leiter der
VdAK/AEV-Landesvertretung

Wir brauchen die Solidarität aller!

„Nach meiner Ansicht ist es zwingend erforderlich, die Pflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung für alle abhängig beschäftigten Arbeitnehmer einzuführen. Aufgrund der derzeit bestehenden Pflichtversicherungsgrenze von 3.900 € können sich alle Angestellten, die darüber hinaus verdienen, aus der gesetzlichen Krankenversicherung und damit aus der großen Solidargemeinschaft in die private Krankenversicherung verabschieden.“

Wenn man bedenkt, dass jährlich etwa 200.000 Arbeitnehmer von der GKV in die PKV wechseln, entsteht dadurch für die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten ein Beitragsverlust von mehr als einer Milliarde Euro.

Dieses Geld steht dann nicht mehr für die Bezahlung medizinischer Leistungen zur Verfügung, mit der Folge, dass die im GKV-System verbleibenden Versicherten mit durchschnittlichen oder geringen Einkommen dieses Manko durch erhöhte Beitragszahlungen ausgleichen müssten.

Die Ersatzkassen sehen deshalb in der Abschaffung der Pflichtversicherungsgrenze einen wesentlichen Baustein für die notwendige Reformierung der gesetzlichen Krankenversicherung in dieser Legislaturperiode. Hier ist die visionäre Kraft und schließlich auch der Mut der regierenden Parteien gefragt.“

Privatisierung von Krankenhäusern

IN GEFahr UND GRÖSSTER NOT, bringt der Mittelweg den Tod ...

Der „Mittel- oder Königsweg“ aus der finanziellen Not vieler kommunaler Krankenhausträger scheint zurzeit der Verkauf ihrer Liegenschaften und Einrichtungen an private Träger zu sein. Eine richtige „Privatisierungswelle“ hat ganz Deutschland erfasst. Kein Wunder, ist doch das finanzielle Hinterland vieler Kommunen und kreisfreien Städte mehr als dürrig und deshalb der Verkauf oft der einzige Ausweg aus dem Dilemma ständig wachsender Defizite. War der Anteil der privaten Krankenhausträger mit knapp zehn Prozent vor Jahren noch relativ gering, ist er inzwischen auf 20 Prozent angestiegen – Tendenz steigend.

In Mecklenburg-Vorpommern ist diese Marge längst erreicht. Bereits mehr als ein Drittel der 35 Krankenhäuser befindet sich in privater Trägerschaft. Nach Ansicht der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (KGMV) haben es kommunale und gemeinnützige Träger schwer, sich aufgrund tarifrechtlicher Regelungen am Markt zu behaupten. Anders die Privaten. Diese haben flexiblere Organisationsformen, eine effektivere Verwaltung und geeignetere Tarife, die z. B. besser auf Schicht- und Wochenenddienste eingestellt seien. Dies bedeute

aber nicht zwangsläufig weniger Geld, denn private Betreiber hätten mehr Spielraum, könnten nach Leistung vergüten, klassische Servicebereiche ausgliedern, Kompetenzen bündeln.

Als positive Beispiele werden die Kliniken in Schwerin (Fresenius-Gruppe) und Bergen/Rügen (Sana-Kliniken-Gesellschaft) benannt, die keine Mitarbeiter entlassen und sogar zusätzliche Bereiche (ambulante Pflege, Kurzzeitpflege) aufgebaut hätten.

Private Klinikketten operieren länderübergreifend und sind in erster Linie am wirtschaftlichen Erfolg orientiert. Reine Standortfragen und politische Planungsentscheidungen spielen da wohl eine eher untergeordnete Rolle.

Fragt sich auch, wie so ein riesiger Konzern reagiert, wenn bestimmte Operationen finanziell nicht lukrativ erscheinen. Bleibt es dann bei einer versorgungsadäquaten Mischkalkulation oder wird marktwirtschaftlich knallhart sondiert, Leistungen ausgegliedert oder ggf. sogar Standorte geschlossen?

Schon steht das nächste große Haus zum Verkauf an. 94 Prozent der Geschäftsanteile des Wismarer Krankenhauses (475 Betten) sollen verkauft

werden. Damit würden dann fast die Hälfte (!) aller Krankenhausbetten in Mecklenburg-Vorpommern in privater Hand sein.

Dennoch ist die Skepsis in der Branche nicht ganz unbegründet. Bereits der „Nestor der Krankenhausplanung“, Professor Rüschmann (IGSF) hat vor Jahresfrist vor einer zu starken Privatisierung gewarnt. Und auch der Geschäftsführer der KGMV, Wolfgang Gagzow, sprach sich lieber für eine „gute Durchmischung“ öffentlich-rechtlicher, gemeinnütziger und privater Klinikbetreiber aus. Denn: In Gefahr und größter Not ...

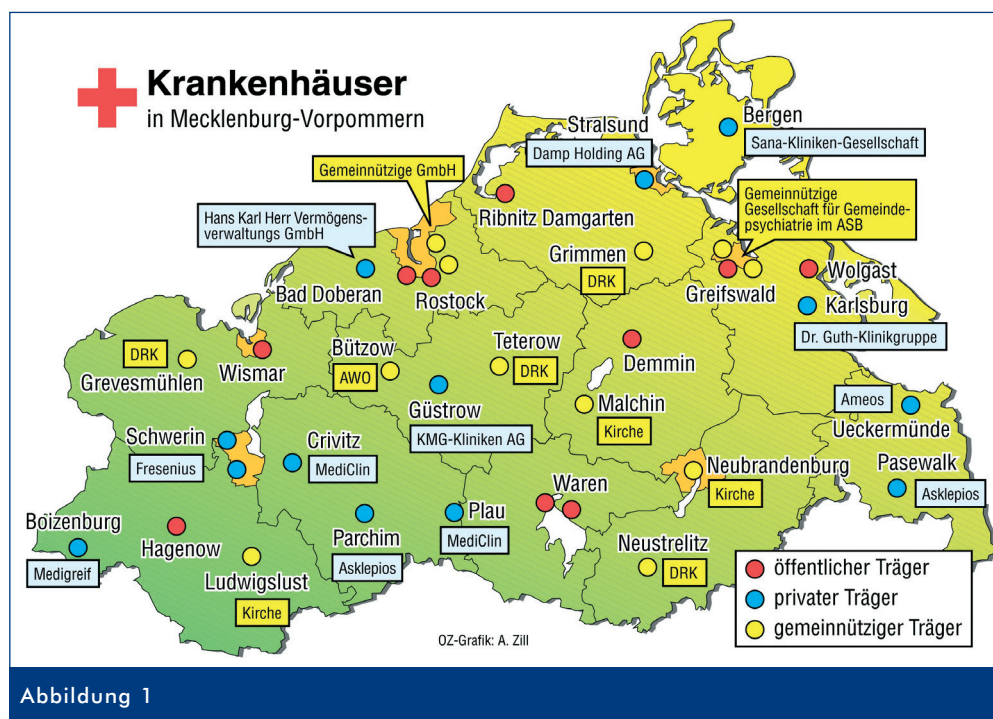


Abbildung 1

Wissenschaftliche Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens: „Nutzen, Kosten, Präferenzen – Wissen, was der Bürger will“

WAS BEWEGT DEN KRANKENVERSICHERTEN BÜRGER?

Worum soll sich die Gesundheitspolitik kümmern? Diesen und anderen Fragestellungen ist die neueste gesundheitspolitische Delphi-Studie der Firma Janssen-Cilag nachgegangen. Konzipiert hat die Studie das Berliner IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung mit wissenschaftlicher Unterstützung des Universitätsprofessors und Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem (Duisburg-Essen). Durch die Befragung von über 1.000 gesetzlich krankenversicherten Bürgern durch das Institut TNS Emnid wurden Einstellungen und Erwartungen derjenigen untersucht, die von den gesundheitspolitischen Festlegungen unmittelbar betroffen sind.

Worum sollte sich die Politik besonders kümmern?

In Bezug auf die Bewertung der letzten Jahre antworteten mehr als zwei Drittel (68 %) der Befragten, dass sich ihre Situation als Patient im Gesundheitswesen deutlich verschlechtert hätte. Überwiegend pessimistisch wurde auch die Entwicklung der Beitragssätze gesehen. 18 % erwarteten „starke Erhöhungen“, mehr als die Hälfte (58 %) „etwas erhöhte Beiträge“. Kein Wunder, dass dann die finanzielle Belastung der Patienten und Beitragszahler auf der Agenda, was die Politik vorrangig beachten sollte, ganz oben stehen. Immerhin 66 % erwarteten, dass sich die Politik um gleichbleibende Beiträge kümmern müsste, wobei davon 44 % sich gleichzeitig wünschten, dass dies mit mehr medizinischen Leistungen verbunden wäre (siehe Abb. 2).

Interessanterweise fand sich auch in der Gruppe der Beitragspessimisten („Beiträge werden steigen“) keine Mehrheit, die eine ausschließlich an der Beitragshöhe orientierte Politik forderten. Auch diesen Befragten

war eine Orientierung auf die Gesundheitsleistungen wichtig.

Welche Leistungen sind den Versicherten wichtig?

In der Studie wurde den Befragten die Gelegenheit gegeben, durch Wahl aus einem Katalog von 14 Angeboten ihren Versicherungsschutz entsprechend ihren Vorstellungen selbst zusammenzustellen. Einen besonders hohen Stellenwert hatte die freie Arztwahl und der ungehinderte Zugang zu neuartigen medizinischen Leistungen (Innovationen) sowie zu alternativ-medizinischen Angeboten. Für einen schnelleren Zugang zu Innovationen wäre eine Reihe der Versicherten (60 %) sogar bereit, einen etwas höheren Beitrag zu zahlen; für alternativ-medizinische Leistungen wären es immerhin noch knapp die Hälfte (48 %).

Demgegenüber gibt es aber auch Versicherte, die sich eine Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes durch Ausgrenzung von Leistungen in den Privatbereich (z.B. Bagatellerkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen bzw. Zahnersatz) oder durch Strukturveränderungen (z. B. Hausarztmodell, Einführung

Worum sollte sich die Gesundheitspolitik vor allem kümmern?

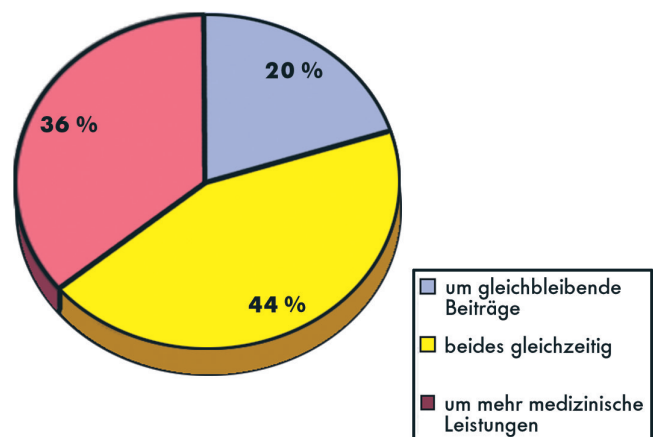


Abb.2: Quelle: Delphi-Studie, Janssen-Cilag

Zu wem haben Sie das größte Vertrauen, dass er in der Gesundheitspolitik die Interessen der Patienten (Beitragszahler) vertritt?

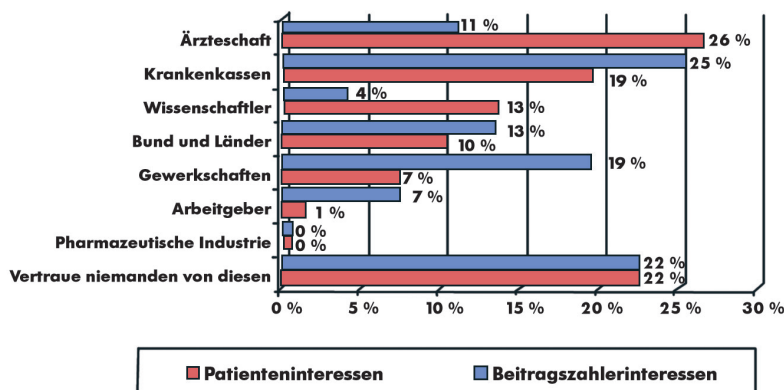


Abb. 3: Quelle: Delphi-Studie, Janssen-Cilag

einer Arzneimittelliste) vorstellen könnten. Obwohl fast alle Befragten (93 %) von wenigstens einer Wahloption gebraucht gemacht haben, sind die individuellen Vorstellungen je nach soziodemographischen Untergruppen (Männer, Frauen, Junge, Alte, Einkommensstarke, Einkommensschwache) unterschiedlich ausgeprägt. Das wäre ein Indiz für Krankenkassen, ihren Versicherten zukünftig stärker individuell zugeschnittene Leistungspakete anbieten zu können.

Vertrauen in die Gesundheitspolitik?

Ein besonders heikles Thema ist immer wieder die Frage, welches Vertrauen die Patienten und Versicherten in die Politik der Hauptakteure des Gesundheitswesens haben. Den Befragten wurde eine Liste der sieben wichtigsten Akteure vorgelegt: Bund und Länder (Gesundheitsministerien), Ärzte, Krankenkassen, Pharma-Industrie, Gewerkschaften, Arbeitgeber und Wissenschaftler. Gefragt wurde nach dem Vertrauen in Bezug auf Interessenvertretung für Patienten bzw. Beitragszahler. Erfreulich aus Sicht der Krankenversicherung ist, dass den Krankenkassen die größte Kompetenz in Sachen finanzieller Interessenvertretung (Beiträge) mit 25 % und der zweite Platz bei der Patientenvertretung mit 19 % zugesprochen wurde (siehe Abb. 3). Legt man die o. a. Präferenzen der Befragten zugrunde, d. h. generelle Beitragssatzstabilität bei ungehindertem Zugang zu allen wichtigen Leistungen der GKV, werden die Krankenkassen zum wichtigsten „Vertrauenspartner“ der Versicherten; mit zusammen 44 % vor den Ärzten (37 %) und den Gewerkschaften (26 %). Dieses

Ergebnis sollte den gesetzlichen Krankenkassen Mut machen, ihren eingeschlagenen Weg mit einem verbesserten Service-Gedanken weiter zu gehen. Allerdings gibt es hier sicher auch noch einige Reserven, zumal sich immerhin ein gutes Fünftel der Befragten in Sachen Vertrauen für keinen der Hauptakteure ausgesprochen haben.

Zusammenfassung der Hauptergebnisse:

- Für die Mehrheit der Versicherten hat der Erhalt des solidarischen Charakters der GKV hohe Priorität.

- Die Reduktion der finanziellen Belastungen rangiert bei allen Befragten an erster Stelle. Deshalb sollte sich die Gesundheitspolitik auch verstärkt dieses Themas annehmen.

Trotz des starken Wunsches nach einer Entlastung der Beitragszahler würde deshalb eine Entwicklung in Richtung fortschreitender Ausgliederung von „Grundleistungen“ wenig Rückhalt in der Bevölkerung finden.

- Hohe Priorität haben die Verbesserung der Versorgung und der schnelle Zugang zu neuartigen Behandlungsverfahren.

- Die Notwendigkeit einer solidarischen Finanzierung des medizinischen Fortschritts muss umfassend definiert werden.

- Allerdings sollten kleinere medizinische Fortschritte nach Ansicht der Mehrheit solidarisch finanziert werden.

- Lediglich bei Verbesserungen, die nicht mit einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens und der Gesundheit einhergehen und stark auf die individuelle Präferenz abstellen, spricht sich eine Mehrheit für eine private Finanzierung aus.

- Die Perspektive der Verbraucher (Versicherte, Patienten) sollte bei zukünftigen Entscheidungen über den Umfang des Leistungskataloges der GKV systematisch berücksichtigt werden.

Bleibt das Fazit, dass gesundheitspolitische Entscheidungen nicht ohne die Vorstellungen, Erfahrungen und Wünsche derjenigen getroffen werden sollten, die die Auswirkungen dieser Politik unmittelbar zu spüren bekommen – die Versicherten und die Patienten.

Alle Jahre wieder:

Grippeimpfungen mit den Ersatzkassen

Jedes Jahr von September bis Dezember und dann noch mal im Januar und Februar empfehlen Gesundheitsämter, Ärzte und Krankenkassen die oblige Grippeschutzimpfung. Zumindest besonders gefährdete Personen wie Kinder und ältere Menschen ab 60 Jahre sollten sich vorbeugend impfen lassen.

Die Ersatzkassen haben mit der B.A.D Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH. (ehemals Arbeitsmedizinischen Dienst) schon seit vielen Jahren einen zuverlässigen Partner, mit dem die Impfungen für Ersatzkassenversicherte durchgeführt werden. Auch in diesem Jahr wurden wieder Impfungen in den Geschäftsstellen Demmin, Schwerin, Parchim, Stralsund und Wismar angeboten. Mehrere Hunderte Versicherte von BARMER, DAK, TK, KKH und Gmünder Ersatzkasse holten sich hier den „kleinen Pieks für die Gesundheit“ ab.

Darüber hinaus führten B.A.D und die Ersatzkassen auch noch diverse Impfaktionen in großen Einkaufszentren unseres Landes durch, so in Stralsund, Greifswald, Neubrandenburg und Schwerin. Auch diese Impfa-

ge wurden von den Ersatzkassenversicherten (hier zusätzlich auch durch Versicherte der AOK und der Innungskrankenkasse) sehr rege genutzt.

Die aktuell anhaltende Diskussion um eine Grippe-Epidemie im Zusammenhang mit der so genannten Vogelgrippe hatte viel mehr Versicherte als letztes

Jahr bewogen, sich gegen die Grippe (Influenza) vorbeugend impfen zu lassen. Obwohl die Influenza-Impfung vorbeugend nicht gegen die Vogelgrippe hilft, wollten viele Menschen doch „auf Nummer sicher“ gehen und sich gegen die „normale“ Grippe wappnen. Das führte dazu, dass zeitweilig der Impfstoff knapp wurde und sogar Impftermine verschoben werden mussten.

Auch wenn die Logistik von B.A.D und den Ersatzkassen dadurch auf eine harte Bewährungsprobe gestellt wurde, ist eines doch erfreulich: Das Bewusstsein der Bevölkerung, sich vorbeugend zu schützen, ist weiter gereift.

Jetzt kann sie kommen – nicht die Grippe- aber die nächste „Impfwelle“ im neuen Jahr.



Dr. Wossidlo (B.A.D.) beim „Pieks für die Gesundheit“

SG Berlin entscheidet:

Arzneimittel müssen neuartig wirken und erheblichen Fortschritt bringen!

IN ZWEI FÄLLEN hat das Sozialgericht Berlin die Klagen von Pharma-Herstellern zurückgewiesen, die sich gegen die Festsetzung von Festbeträgen für ihre Blutfett- bzw. Blutdrucksenker Sortis (Pfizer) und Lorzaar (Merck) gewehrt hatten. Damit hat zumindest das SG Berlin eine verbindliche Aussage zu einer bislang strittigen Rechtsauslegung getroffen. Demnach können sich neu eingeführte Arzneimittel (Patentschutz) nur dann einer Festbetragsfestsetzung entziehen, wenn sowohl deren Wirkungsweise neuartig als auch der behauptete thera-

peutische Fortschritt erheblich ist. Beide Voraussetzungen müssen gleichzeitig erfüllt sein. Mit diesem Spruch können nun nicht mehr geringe Vorteile/Nutzen eines Medikamentes als „fortschrittlich“ deklariert und dieses dann am Markt teuer verkauft werden. Obwohl auch die neue Rechtsauslegung – Was ist ein erheblicher Fortschritt? – neue Streitigkeiten provozieren wird, ist das Urteil insgesamt für die GKV als revolutionierend einzustufen. Schon deshalb werden die betroffenen Firmen wohl den vollen Rechtsweg ausschöpfen.

Erste Landesgesundheitsmesse in MV

Die erste Landesgesundheitsmesse „vita-akti-med“ eröffnete am Freitag, den 2. Dezember, in Rostock ihre Pforten. Auf rund 6.000 Quadratmeter präsentierten Krankenkassen, Kliniken, Reha-Einrichtungen, Medizintechnikbetriebe und Selbsthilfe-Einrichtungen drei Tage lang ihre Angebote.

Gleichzeitig wurden in diesem Zeitraum über 150 Vorträge zum Thema Gesundheit und Vorsorge gehalten. Ein Sprecher der Messegesellschaft verglich die Messe mit einem großen Wartezimmer, das Mediziner, Patienten und Pflegepersonal zusammenbringe.

Die Themenpalette war umfangreich und vielfältig und reichte von Geburtshilfe, Kinderkrankheiten und Allergien über Schmerzbehandlung und Operationen bis hin zu Krebserkrankungen und seelischen Krankheiten. Damit standen eindeutig medizinische Inhalte im Mittelpunkt und weniger reine Wellness- und Wohlfühl Tipps.

Nach den Worten von Sozialministerin Dr. Marianne Linke (Die Linkspartei.PDS), der Schirmfrau der Gesundheitsmesse, ist Mecklenburg-Vorpommern auf dem besten Weg, zum Gesundheitsland Nr. 1 zu werden. Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft bilden die Säulen des Gesundheitslandes. Insgesamt sind 80.000 Menschen in den Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Arztpraxen, Pflegeheimen

und den anderen, von den Sozialversicherungsträgern finanzierten Bereichen tätig. Weitere 6.000 Beschäftigte sind im Bereich des Gesundheitstourismus und der Wellnessindustrie angestellt. Mit Blick auf die gesamtwirtschaftliche Situation bildet damit die so genannte „weiße Industrie“ ein wichtiges Standbein für Mecklenburg-Vorpommern.

Damit dieses System weiterhin funktionieren kann betonte die Ministerin in diesem Zusammenhang nochmals, dass die paritätische und solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung erhalten bleiben muss. Zum einen müsse die Einnahmeseite der GKV deutlich gestärkt, zum anderen die GKV von Leistungen freigehalten werden, die nicht in deren Leistungskatalog gehören.

In einer Vorreiterrolle sieht sich das Land auch in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Hier arbeiten viele Interessenvertreter seit einiger Zeit eng zusammen und haben z. B. Gesundheitsziele für Mecklenburg-Vorpommern vereinbart. Dabei spielt die Qualität eine wichtige Rolle. So wurde beispielsweise von der Landesregierung, der Krankenhausgesellschaft und dem Bäderverband ein Zertifikat „Medizinische Rehabilitation“ eingeführt. Mittlerweile verfügen fünf der 66 Reha-Kliniken im Land über dieses neue Prüfsiegel.

KURZ GEMELDET

■ Kindergesundheitskonferenz am 2.11.2005 in Schwerin

Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahren in Mecklenburg-Vorpommern verbessert. Die klassischen Kinderkrankheiten (z. B. Mumps, Masern) haben ihre Bedeutung verloren. Die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt ist im Zeitraum 1991 bis 2004 bei den Jungen um 7,0 und bei den Mädchen um 5,6 Jahre gestiegen. Dafür bringen veränderte Lebensumstände auch neue Krankheiten hervor. Gerade bei Kindern ist ein Anstieg bei Übergewichtigkeit, Bewegungsmangel oder Zigaretten- und Alkoholkonsum zu verzeichnen.

■ Life-Science-Verbund „Scan-Balt“ gegründet

Zur Stärkung ihrer internationalen Wettbewerbsfähigkeit im Ostseeraum haben sich 67 Universitäten, 800 Unternehmen und 20 regionale Netzwerke der Ostsee-Anrainerstaaten zum Life-Science-Verbund „Scan-Balt“ zusammengeschlossen. Ziel ist es, die regionalen Kompetenzen in den Biowissenschaften, in der Biotechnologie und der Biomedizin zu bündeln und den Ostseeraum weltweit zu einer der führenden Life-Science-Regionen zu entwickeln. In Mecklenburg-Vorpommern sollen insbesondere die in der Nähe von Hochschulstandorten etablierten sieben interdisziplinären und neun branchenspezifischen Biotechnologiezentren enger mit den Wissenschafts- und Forschungseinrichtungen vernetzt werden.

■ Bundeseinheitliche Regelleistung

Die monatliche Regelleistung zum Lebensunterhalt für Alleinstehende, Alleinerziehende und Personen mit minderjährigen Partnern soll in Ostdeutschland angehoben werden. Damit wird bundesweit ein einheitlicher Regelsatz von 345 Euro bezahlt. Bisher wurde in den neuen Bundesländern unter Hinweis auf niedrigere Nettoeinnahmen, geringere Lebenshaltungskosten und ein unterschiedliches Verbrauchsverhalten ein um 14 Euro geringerer Betrag zugestanden als in den alten Bundesländern. Die Erhöhung wird voraussichtlich im Sommer 2006 in Kraft treten.

BÜCHER

Eine gute Blutzuckereinstellung ist für Menschen mit Diabetes das A und O. Sie reduziert das Risiko für schwere Folgeerkrankungen und ist entscheidend für die Lebensqualität. **Dr. med. Ulrich Graf** gibt in seinem Ratgeber „Leichter Leben mit Typ 2 Diabetes“ auf 94 Seiten anschauliche Hilfe, wie man mit Diabetes sehr gesund leben kann.

Knaur Ratgeber Verlag 2005, München,
ISBN 3-426-64243-3, 9,90 €

Müssen Diabetiker auf mediterrane oder indische Gumenfreuden verzichten? Nicht wenn Sie das ultimative Kochbuch „Genussvoll Kochen bei Diabetes“ von **A. W. Thompson und A. Govindji** besitzen. 100 einfache und moderne Rezepte, speziell für Diabetiker entwickelt.

Knaur Ratgeber Verlag 2005, München,
ISBN 3-426-64249-2, 143 Seiten, 14,90 €

In unserer leistungsfähigen Gesellschaft wird Krankheit weitestgehend tabuisiert und im besten Fall therapiert.

Die Autoren **F. Akashe-Böhme und G. Böhme** thematisieren in ihrem Buch „Mit Krankheit leben“, wie man den Umgang mit eigenen Krankheiten akzeptieren und dennoch ein selbstbestimmtes Leben führen kann.

Verlag C.H. Beck 2005, München,
ISBN 3-406-52790-6, 144 Seiten, 9,90 €

In ihrem 400-seitigen „Lehrbuch der Gesundheitsförderung“ beschreiben die Autorinnen **Jennie Naidoo und Jane Wills** in systematischer und anschaulicher Weise die wichtigsten Grundlagen und Schlüsselqualifikationen zur Gesundheitsförderung und bieten den in der Gesundheitsförderung Tätigen einen konzeptionellen Rahmen für ihre praktische Arbeit an (Übersetzung aus dem Englischen). Das Lehrbuch ist zum Preis von **13,50 €** (zzgl. Porto) nur unter folgender Adresse zu beziehen:

Verlag f. Gesundheitsförderung, Uissigheimer Str. 10,
97956 Werbach-Gamburg, Tel.: 09348/1381,
Fax: 09348/1315, Mail: G.Conrad.Verlag@t-online.de

LIEBE LESERINNEN UND LESER,



Karl L. Nagel

das Jahr neigt sich seinem Ende entgegen. Es hat für Sie alle eine Reihe von einschneidenden Veränderungen gebracht, insbesondere auch, was die solidarisch zu schulternden Lasten in der gesetzlichen Krankenversicherung betrifft. Die Politik hat zwar seit Mitte des Jahres Ihren Beitragssatz zur Krankenversicherung um 0,9 Prozentpunkte gesenkt, gleichzeitig mussten Sie aber diesen Betrag als Sonderbeitrag wieder abführen. Unterm Strich kam sogar eine Mehrbelastung von 0,45 Beitragssatzpunkten heraus, denn die Arbeitgeber durften sich um genau diesen Anteil aus der solidarischen Finanzierung „verabschieden“.

Apropos solidarische Finanzierung. Auch die neue Bundesregierung plant, die Arbeitgeber weiter aus der Solidarität in der GKV herauszunehmen, indem deren Beitragsanteil „festgesetzt“ werden soll. Zukünftige Beitragserhöhungen würden dann voll zu Lasten der Versicherten gehen. Dagegen werden die Ersatzkassen intervenieren.

Weihnachten steht vor der Tür; für viele die schönste Zeit des Jahres. Damit Sie diese Jahreszeit wirklich genießen können, noch ein Wort in eigener Sache. Genießen Sie Ihren Weihnachtsbraten. Tun Sie aktiv etwas für Ihren Energiehaushalt, damit Sie fit bleiben. Nutzen Sie die freie Zeit für Spaziergänge und viel Bewegung an der frischen Luft. Lassen Sie viel Platz für Vitamine auf Ihrem Speiseplan. Vielleicht gönnen Sie sich ja während der „Schlemmertage“ einen Valtag, an dem statt Weihnachtsgans und Lebkuchen Papayas, Mangos, Orangen und Mandarinen auf den Tisch kommen.

In diesem Sinn wünsche ich Ihnen wunderschöne Feiertage und ein gesundes Jahr 2006.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern des VdAK/AEV

Werderstraße 74a · 19055 Schwerin

Telefon: 03 85 / 52 16-100 · Telefax: 03 85 / 52 16-111

Verantwortlich: Karl L. Nagel · Redaktion: Dr. B. Grübler · Foto: H. Schmedemann