

report mecklenburg-vorpommern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

okt. 2008

ersatzkassen

Gesundheitsfonds: Beschlossene Sache!

Nun kommt er also doch – der Gesundheitsfonds. Selten war eine Reform des Gesundheitswesens so heftig diskutiert und umstritten worden, wie die Einführung dieses Fonds. Die Kritik ist vielfältig und kommt aus den unterschiedlichsten Kreisen. Besonders kritisiert wird die Tatsache, dass es mit der Einführung dieses zentralen Geldtopfes eine Tendenz zur Zentralisierung, Vereinheitlichung und letztlich zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens gibt.

Dabei ist der Name „Gesundheitsfonds“ eher irreführend, denn er trägt nicht unmittelbar zur Gesundheit bei. Eigentlich ist er ein riesiger Beitrags-sammeltopf, denn die (noch) von den Krankenkassen eingezogenen Beiträge ihrer Mitglieder gehen direkt in diesen Topf. Die Kassen erhalten daraus Zuwendungen, die sich an Alter, Geschlecht und Krankheitszustand (Morbidität) ihrer Mitglieder orientieren.

Den Krankenkassen wird damit ihre Finanzhoheit genommen, denn sie können kaum noch eine echte Versorgung gestalten, weil sie quasi keine eigenen Einnahmen haben und lediglich die Gelder für die medizinische Versorgung aus dem Fonds an die Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser usw. weiterreichen können.

Obwohl die Auswirkungen für die Krankenkassen per se nicht wirklich absehbar sind, gibt es doch einige Hinweise dafür, dass das Gesundheitssystem

durch die Einführung des Fonds eher starrer und unflexibler wird.

Zum einen erhalten die Kassen nur Gelder, die auf durchschnittliche Leistungsausgaben für eine bestimmte Versichertengruppe ausgerichtet sind. Sollten die Kassen aber kostenintensivere Bedingungen haben, z. B. viele überdurchschnittlich Kranke oder teurere Kostenstrukturen bei den Ärzten, müssen die Kassen einen Teil ihrer Ausgaben quasi „aus eigener Tasche“ (nicht aus dem Fonds!) finanzieren.

In dieser Ausgabe:

- **Gesundheitsfonds:**
Zentralisierung statt Vielfalt
- **Selbsthilfeförderung 2008**
- **Positive Mitgliederentwicklung hält an**
- **Medizinische Versorgungszentren sind sinnvoll**
- **Kurz gemeldet: News aus der GKV**

Zusatzbeiträge unsozial und bürokratisch

Der Gesetzgeber hat für diesen Fall vorgesehen, dass die Krankenkassen sogenannte Zusatzbeiträge erheben können – bis zu einem Prozent des

jeweiligen Einkommens, maximal bis 36 Euro. Abgesehen davon, dass das ein erheblicher Organisationsaufwand ist, weil Einkommen geprüft und personenbezogene Versichertenkonten eingerichtet werden müssen, ist anschließend mit starken Wechselbewegungen und damit einhergehend auch mit Verwerfungen in der Versichertenstruktur zu rechnen. Auch wenn politisch u. a. mit der gleichzeitigen Einführung der Insolvenzfähigkeit der Druck in Richtung Kassenfusionen und damit letztlich auf ein Fortbestehen von weniger Krankenkassen ausgerichtet ist, bleiben wahrscheinlich eher die älteren Versicherten auf der Strecke. Denn die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben eindeutig gezeigt: Ältere Versicherte wechseln ihre Krankenkasse eher nicht, auch wenn der Beitrag für sie teuer ist oder teurer wird.

Apropos Beitrag. Besonders perfide am „System Zusatzbeitrag“ ist, dass dieser allein von den Beitragszahlern aufzubringen ist; also ohne die paritätische Mitfinanzierung durch den Arbeitgeber. Auch die von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt postulierte Neutralisierung durch die Absenkung des Beitrages zur Arbeitslosenversicherung (von 3,3 auf 2,8 v. H.) greift eben für die älteren Kassenmitglieder (Rentner) nicht.

Versorgungssituation wird unflexibler

Darüber hinaus ist es ein „politisches Märchen“, dass der Zusatzbeitrag nur jene Kassen treffen wird, die besonders unwirtschaftlich arbeiten würden.

Krankenkassen, die besonders viele kranke Versicherte haben, deren medizinische Versorgung über das durchschnittlich übliche Maß hinausgeht, kämen trotz aller Anstrengung ein gutes Versorgungsmanagement aufzubauen und die Verwaltungsausgaben zu minimieren bald in eine wirtschaftliche Schieflage.

Die besondere Situation die deshalb besteht ist: Krankenkassen werden so lange es geht die Einführung des Zusatzbeitrages vermeiden, um nicht in den Insolventstrudel zu geraten. Dafür werden Sie an anderer Stelle sparen müssen; vielleicht am Management, an besonderen medizinischen Leistungen oder auch am Kundenservice. Diese „Nebenwirkung“ des Gesundheitsfonds kann nicht ernsthaft gewollt sein.

Andererseits könnten Krankenkassen, deren tatsächliche Leistungsausgaben noch unter dem Bundesdurchschnitt liegen, weil sie aktuell eben überwiegend junge, gesunde Menschen versichert haben, aus den Fondszuweisungen Prämien an ihre Kassenmitglieder zurückzahlen.

Abgesehen davon, dass zurzeit diese Kassen wohl eher abwartend reagieren und erst einmal das Jahr 2009 Revue passieren lassen werden, wäre ein solches Prozedere gesamtgesellschaftlich gesehen in höchstem Maße unsolidarisch und ein Signal, das eher zur Diskreditierung der solidarischen, gesetzlichen Krankenversicherung führen würde.

DER KOMMENTAR



Karl Nagel, Leiter der VdAK-Landesvertretung

Verstaatlichung statt wettbewerbliche Vielfalt!

Die Ersatzkassen hatten lange vor Etablierung des Fonds vorgeschlagen, ihn sozusagen „im Probelauf“ einzuführen. Damit wäre schnell klar geworden, welche Auswirkungen der Fonds tatsächlich hat und man hätte nach einem oder zwei Jahren nachsteuern können.

Nun gehen praktisch alle Kassen auf einen Blindflug. Das kann weder im Sinn der Politik noch im Sinn unserer Versicherten sein.

Fakt bleibt: Der Fonds führt zu einer zentralisierten Verwaltung, es wird zentral über die politische Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes nachjustiert werden müssen. Insgesamt ist das eine deutliche Tendenz zur Zentralisierung.

Und mit derartigen Strukturen haben ein Teil der Deutschen in Sachen Gesundheitswesen eher negative Erfahrungen machen müssen. Anders ausgedrückt: Gerade das pluralistische, auf wettbewerbliche Vielfalt ausgerichtete Gesundheitssystem garantiert über gesetzlich vorgegebene solidarische Rahmenbedingungen eine anerkannt gute medizinische Versorgung.

Krankenhäuser: Über die Hälfte mit Haushaltsplus

In Bezug auf die aktuellen Krankenhauskussionen ist es nach Ansicht der Ersatzkassen wenig sachgerecht, ein generelles Finanzrisiko für alle Häuser anzunehmen. Nach repräsentativen Berechnungen des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI) hatten mehr als die Hälfte (55 Prozent) aller deutschen Krankenhäuser zwischen 2003 und 2006 einen Jahresüberschuss; immerhin weitere 15 Prozent ein ausgeglichenes Saldo.

Auch in Mecklenburg-Vorpommern wird es Häuser geben, denen es eher gut geht und andere, die finanziell Probleme haben. Fakt bleibt, dass die

gesetzlichen Krankenkassen den stationären Sektor immer überproportional finanziert haben. So lagen hier die Leistungsausgaben in den vergangenen Jahren

jeweils deutlich über der Entwicklung der Grundlohnsomme, an die eigentlich die Leistungsausgaben gesetzlich weitestgehend gebunden sein sollten. Eine Deckelung, wie es der Gesetzgeber vorsah, hat es damit faktisch nicht gegeben.

In Mecklenburg-Vorpommern erhöhten sich die Ausgaben für die Krankenhäuser seit 2003 um rund 70 Millionen Euro (von 1,06 Mrd. auf 1,13 Mrd.) Grundsätzlich muss die Politik entscheiden, wie viel Geld in die stationäre Versorgung fließen und wie dieses Geld aufgebracht werden soll, über Steuern, über Beiträge oder über beide.

Leider ist die Bundespolitik vor den Ländern eingeknickt und hat keine Länderverpflichtung zur Investitionsförderung im neuen Gesetz festgeschrieben. Wegen der zumeist rückläufigen Investitionsfinanzierungen sind die Krankenhäuser oft gezwungen, Investitionen aus ihren Gewinnen zu tätigen. Dieses Geld fehlt an anderer Stelle zum Beispiel für medizinische Leistungen oder Tarifbezahlungen.

Zum Glück ist der Investitionsstau in Mecklenburg-Vorpommern weit weniger dramatisch als in anderen Bundesländern.



Im OP-Saal

Fonds startet mit 15,5 Prozent Unterdeckung befürchtet

DIE BUNDESREGIERUNG HAT SICH FESTGELEGT. Der Gesundheitsfonds soll ab Januar 2009 mit einem für alle Krankenkassenmitglieder einheitlichen Beitragsatz von 15,5 Prozent starten.

Aus Sicht der Ersatzkassen würde die gesetzliche Krankenversicherung damit aber gleich mit einer Unterdeckung beginnen. Um alle Leistungen hundertprozentig bezahlen zu können fehlen ca. 3 Mrd. Euro.

Eigentlich hatte die Bundesregierung versprochen, für eine 100-prozentige Deckung zu sorgen. So aber fehlen ca. 0,3 Beitragssatzpunkte.

Die Folge wäre: Einige Kassen müssten wahrscheinlich relativ schnell nach Fondseinführung einen Zusatzbeitrag einführen, der bis zu ein Prozent des Einkommens betragen kann. Die Krux: Dieser Zusatzbeitrag wird nicht wie der normale Beitrag paritätisch zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber geteilt, sondern muss in voller Höhe von den Arbeitnehmern allein getragen werden.

Auch die von der Bundesregierung beschlossene stärkere Absenkung des Arbeitslosenversicherungsbeitrages von 3,3 auf 2,8 statt 3,0 Prozent entlastet eben auch die Arbeitgeber, während diese bei der Zahlung des Zusatzbeitrages „außen vor“ wären.

Jetzt wäre es dringend angezeigt, durch zusätzliche Steuerfinanzspritzen für den Fonds oder durch Einsparungen die Situation der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Einsparungen könnten zum Beispiel durch eine Erhöhung des Herstellerrabattes auf Arzneimittel von derzeit sechs Prozent bis zu 16 Prozent erzielt werden. Damit könnten bis zu 1 Mrd. Euro eingespart werden. Auch im Krankenhausbereich könnten die Ausgabensteigerungen abgemildert werden, in dem die Mehrleistungen der Häuser im nächsten Jahr nur zu 35 Prozent (Höhe der variablen Kosten) vergütet würden. Damit könnten etwa 1,3 Mrd. Euro gespart werden.

Kassenartenübergreifende Selbsthilfeförderung Neues Verfahren hat sich bewährt

SEIT ANFANG DIESES JAHRES gibt es eine neue Grundlage für die Förderung von Selbsthilfe-Kontaktstellen (KISS), Landesverbände von Selbsthilfeorganisationen und für (regionale) Selbsthilfegruppen.

Ein Teil der Förderung wird über alle Kassenarten hinweg gemeinschaftlich gefördert. Dazu haben die gesetzlichen Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern eine Arbeitsgemeinschaft gebildet (ARGE) und eine entsprechende Kooperationsvereinbarung geschlossen. Ziel war es, die Förderung der diversen Selbsthilfeorganisationen und -gruppen zu bündeln und mit einem einzigen, einheitlichen Antrags- und Bewilligungsverfahren den bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten deutlich zu senken.

Die Antragsunterlagen sollten bis zum ersten März 2008 beim für die Gemeinschaftsförderung federführenden Kassenverband (2008: der AOK) eingehen. Darüber hinaus verständigten sich die Krankenkassen, im ersten Jahr der Gemeinschaftsförderung aufgrund der Neuerungen noch relativ großzügig mit den Antragsfristen umzugehen. Außerdem wurde ein gewisser Betrag zur Seite gelegt, damit auch Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen (SHG), die sich erst im späteren Verlauf des Jahres gründeten, noch in den Genuss der Förderung kommen konnten. Hier konnten bis zum 1. September 2008 entsprechende Anträge eingereicht werden.

Insgesamt stand in Mecklenburg-Vorpommern für alle Förderungsberechtigten (KISS, Landesorganisationen, Gruppen) ein Betrag in Höhe von 341.000 Euro zur Verfügung.

Förderung der KISS

Bis zum 1. März 2008 wurden von 8 Selbsthilfe-Kontaktstellen Anträge mit einem Gesamtvolumen von 172.770 Euro gestellt. Damit lagen die Forderungen nur knapp über dem zur Verfügung stehenden Finanzanteil für diese Fördergruppe in Höhe von 170.320 Euro, sodass den KISS auch in diesem

Jahr ausreichend Mittel für ihre Arbeit zur Verfügung standen.

Übrigens waren unter anderem auch drei Vertreter der Selbsthilfe-Kontaktstellen bei der Vergabe der Fördermittel für die Selbsthilfe-Kontaktstellen einbezogen. Nach den gesetzlichen Bestimmungen haben die Vertreter der Selbsthilfe nämlich ein Anhörungsrecht. Dieses wurde von ihnen auch verantwortungsvoll genutzt. Gemeinsam mit den Vertretern der Krankenkassen gab es nach Sichtung und Vorauswahl aller Anträge Anfang April eine Endabstimmungsrunde, in der über die Höhe der Zuwendungen entschieden wurde.



Teilnehmer einer Selbsthilfegruppe beim Training

Förderung der Landesorganisationen

Bei den Landesorganisationen wurden drei Kategorien unterschieden:

Kategorie I: Hauptamtliche Mitarbeiter und mehr als 500 Mitglieder im Land

Kategorie II: Hauptamtliche Mitarbeiter und weniger als 500 Mitglieder oder Ehrenamtliche Mitarbeiter und mehr als 500 Mitglieder

Kategorie III: Ehrenamtliche Mitarbeiter und weniger als 500 Mitglieder



Auch Blutdruckmessen will gelernt sein

Hervorzuheben ist, dass für die Geförderten die Abrechnung der Zuwendungen sehr unbürokratisch gestaltet wurde. In der Vergangenheit musste für den Verwendungsnachweis jede kleinste Mittelverwendung/Ausgabe nachgewiesen werden. Dieses war sehr umfangreich, da sämtliche Quittungen und Rechnungen etc. in Kopie eingereicht wurden.

Seit Einführung der neuen Fördergrundlage in diesem Jahr ist nur die im Antrag beigefügte Anlage (Nachweis über die Mittelverwendung) zu unterschreiben und an die ARGE zu senden. Die Nachweise sind allerdings noch beim Förderempfänger aufzubewahren, damit die Mitarbeiter der ARGE diese bei Bedarf einsehen können.

Entsprechend dieser Kategorien wurden für einzelne Landesorganisationen Fördergelder in Höhe von maximal bis zu 10.000 Euro (Kategorie I), maximal 7.500 Euro (Kategorie II) bzw. maximal 5.000 Euro (Kategorie III) beschlossen. Hierbei reiften nicht alle Träume der Selbsthilfeorganisationen. Die beantragten Mittel von fast 133.000 Euro überstiegen bei Weitem die zur Verfügung stehenden in Höhe von 85.000 Euro. Aufgabe der Vergabekommission, zusammen mit den Vertretern der Selbsthilfe, war es hier, alle Anträge sorgfältig zu begutachten und das zur Verfügung stehende Geld entsprechend den gemeinsamen Förderrichtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung gerecht zu verteilen.

Förderung der Selbsthilfegruppen

Die Unterstützung der regionalen Selbsthilfegruppen liegt den Krankenkassen besonders am Herzen. Hier vollzieht sich unmittelbar bei den beteiligten Versicherten der Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“. Insgesamt gab es Anträge von 336 Gruppen, die je nach Gruppengröße und Art der Krankheit zwischen 50 und 6.000 Euro beantragten. Insgesamt wurden auch hier die zur Verfügung stehenden 85.000 Euro ausgegeben. Es gab auch eine Reihe von Ablehnungen, wo die Förderkriterien nicht eingehalten wurden bzw. Anträge doppelt gestellt wurden.

Fazit:

Die neue Fördergrundlage für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung hat sich nach Anfangs kleinen Anlaufschwierigkeiten bewährt. Der Verwaltungsaufwand konnte somit bei den Antragstellern aufgrund des „Ein-Ansprechpartner-Modells“ erheblich reduziert werden. Allerdings muss noch im Bereich der regionalen Selbsthilfe Aufklärungsarbeit geleistet werden, da sich im Jahr 2008 ca. ein Viertel aller Antragsteller noch nicht exakt an die neuen Fördergrundlagen gehalten haben. Damit im kommenden Jahr die Gelder früher an die Selbsthilfeorganisationen/-gruppen ausgezahlt werden können, wurden die Antragsfristen angepasst. Selbsthilfe-Kontaktstellen/Selbsthilfeorganisationen müssen ihre Anträge bis zum 31.12.2008 und die regionalen Selbsthilfegruppen bis zum 31.01.2009 bei der ARGE unter folgender Adresse einreichen:

BKK-Landesverband NORD
Herrn Wolgast
Süderstr. 24
20097 Hamburg
Tel. 040 / 251505 - 289
Fax. 040 / 251505 - 889

Pflege:

Bedarf für über 300 zusätzliche Betreuungskräfte

Die Ersatzkassen in Mecklenburg-Vorpommern begrüßen ausdrücklich die erweiterten Betreuungsmöglichkeiten für Demenzkranke in stationären Pflegeeinrichtungen. Das neue Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht nämlich Richtwerte für eine zusätzliche Betreuung und Beschäftigung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (z.B. Demenz) in Pflegeheimen vor. Nach den Richtwerten des Gesetzes kann jeweils eine zusätzliche Betreuungskraft für je 25 Demenzkranke in einer Pflegeeinrichtung eingestellt werden. Die Kosten übernimmt die Pflegeversicherung. In Mecklenburg-Vorpommern ist von ca. 8.300 betroffenen Bewohnern auszugehen. Damit könnten

rund 330 geeignete Betreuungskräfte eingestellt werden. Die Betreuungspersonen sind allerdings kein pflegerisches Fachpersonal. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers können so zum Beispiel Menschen mit sozialer Kompetenz eine Beschäftigung finden. Sie sollen in diesem Fall über Schulungsmaßnahmen, z.B. der Arbeitsämter, entsprechend qualifiziert werden.

Die Betreuer sollen den dementen Pflegebedürftigen bei alltäglichen Dingen helfend zur Seite stehen; z. B. mit ihnen Spaziergehen, Malen, Basteln, Singen oder Vorlesen oder auch für Gespräche über Alltägliches zur Verfügung stehen und durch ihre Anwesenheit Ängste nehmen und Sicherheit und Orientierung vermitteln. Die zusätzlichen Betreuungskräfte sollen also das bereits vorhandene Personal in den stationären Einrichtungen unterstützen und nicht ersetzen. Nach den Vorstellungen des Spitzenverbandes der Krankenkassen soll das neue Personal ein fünftägiges Orientierungspraktikum zur Feststellung der Eignung sowie eine Qualifizierungsmaßnahme mit mindestens 160 Stunden und einem zweiwöchigen Betreuungspraktikum absolvieren. Um jedoch möglichst schnell die zusätzlichen Leistungen zur Verfügung zu stellen sind Übergangsregelungen für den Erwerb der Qualifikation vorgesehen. Die Qualifizierungsanforderung ist vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen.



Bunte Sträuße – „Bunte Erinnerungen“

Mitgliederentwicklung:

Positiver Trend setzt sich fort!

Die positive Mitgliederentwicklung der letzten Jahre hat sich bei den Ersatzkassen weiter verstärkt. So gewannen alle in Mecklenburg-Vorpommern vertretenen Ersatzkassen im Vergleich zum Vorjahr insgesamt gut 6.800 neue Mitglieder dazu. Damit bauten die Barmer Ersatzkasse (BARMER), die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), die Techniker Krankenkasse (TK), die Kaufmännische Krankenkasse (KKH), die Gmünder Ersatzkasse (GEK), die Hanseatische Krankenkasse (HEK), die Hamburg Münchener Krankenkasse (HMK) und die Handelskrankenkasse Bremen (hkk) ihre Vormachtstellung als stärkste Kassenart auf fast 436.000 Mitglieder aus. Dazu kommen noch ca. 117.000 mitversicherte Familienangehörige.

Somit können sich ausnahmslos alle Ersatzkassen in Mecklenburg-Vorpommern über eine positive Mitgliederentwicklung freuen.

Diese Entwicklung belegt auch das Vertrauen, das die Menschen in die Kompetenz und den Service der Ersatzkassen haben.

Ein besonderes Plus ist der Ausbau neuer Versorgungsformen, wie zum Beispiel die integrierte Versorgung oder die Einführung moderner, schonender ambulanter Therapieformen, die für die insgesamt mehr als 552.000 Versicherten qualitätsgesichert angeboten werden.

Das wollen die Ersatzkassen auch unter den neuen Bedingungen des Gesundheitsfonds ab 2009 fortsetzen und so ihren Versicherten weiterhin die notwendige, gewohnt qualitätsgerechte und auf hohem medizinischen Niveau stehende Versorgung sichern.

Suizid-Rate deutlich gesunken

NACH ANGABEN DES STATISTISCHEN BUNDESAMTES ist die Selbsttötungsrate in Deutschland deutlich zurückgegangen. Lag diese 1997 noch bei etwa 12.000 so ist sie bis zum Jahr 2007 auf 9.402 Fälle abgeflacht.

Nach Einschätzungen von Experten muss jedoch noch mit einer relativ hohen Dunkelziffer gerechnet werden, die sich in etwa auf ein Viertel beläuft. Die Anzahl der Selbsttötungen ist bei Jugendlichen und Kindern unter 18 Jahren zum Glück äußerst gering (23 Fälle).

Der Rückgang der Selbsttötungsrate ist vermutlich auf eine Enttabuisierung des Themas in der Öffentlichkeit und auf eine bessere sozial-psychologische Betreuung und Behandlung zurückzuführen.

Dennoch kommen in Deutschland durch den gewählten Freitod immer noch mehr Menschen ums Leben, als durch Gewaltverbrechen, Drogenkonsum und Verkehrsunfälle zusammen.

Die meisten Selbsttötungen gehen auf das Konto von depressiven Erkrankungen (ca. 70 Prozent).

Depressionen sind allerdings heute gut behandelbar; dennoch brauchen die betroffenen Menschen sehr viel Unterstützung – allein kann man den Teufelskreis kaum durchbrechen. Wichtig ist deshalb für Angehörige, aber auch für Bekannte und Kollegen, auf „Warnsignale“ zu hören, denn in den meisten Fällen kündigen die Suizidwilligen ihre Tötungsabsicht an.

Auffallend ist, dass die Zahl der Freitode in Ostdeutschland deutlich höher liegt als in Westdeutschland. Dieses Phänomen wurde aber schon vor 70 Jahren beobachtet, sodass Gründe wie „DDR-Vergangenheit“ oder „aktuelle wirtschaftliche Notlagen“ keine hinreichende Erklärungen bieten.

Psychiater fordern darüber hinaus, die Berichterstattung über Freitode in den Medien sehr allgemein zu halten. Konkrete Benennung von Begleitumständen oder Tötungsorten, z. B. Brücken, würden in der Regel eine verstärkte Anziehungskraft auf „Nachahmer“ ausüben.

KURZ GEMELDET

■ Mecklenburg-Vorpommern: 241 Euro für Arzneimittel

Medikamente im Wert von etwa 241 Euro wurden für jeden gesetzlich Versicherten in der ersten Hälfte des Jahres verschrieben. Damit liegt das nordöstlichste Bundesland um 18 Prozent über dem Bundesdurchschnitt (205 Euro) und nimmt nach wie vor einen Platz in der Spitzengruppe in der BRD ein.

■ Hörscreening für Babys bald Kassenleistung

Das Neugeborenen-Hörscreening soll als neue Früherkennungsuntersuchung ab dem 1. Januar 2009 Kassenleistung werden. Das schmerzfreie Screening soll in den ersten Lebenstagen im Krankenhaus stattfinden. Dabei überprüft der Arzt mittels Hörtest und hochempfindlicher Messmikrofone, ob das Kind an einem Hörschaden leidet. Erfolgt die Entbindung nicht im Krankenhaus, soll die Untersuchung spätestens bis zum 10. Lebenstag ambulant erfolgen.

■ Künstlicher Patient

Mit einer technischen Weltneuheit wartet die Rostocker Simulationsanlage für Notfallausbildung (RoSaNa) am Uni-Klinikum der Hansestadt auf. Eine Hightech-Puppe kann computergesteuert Verletzungs- bzw. Krankheitssymptome des Menschen „lebensecht“ simulieren. Für die Ausbildung der angehenden Ärzte ist das ein Quantensprung. Der „künstliche Patient“, auf Igor getauft, hat sein Computerleben unter der Bauchdecke versteckt und bringt mit allem Zubehör satte 117 Kilo auf die Waage. Er verkörpert einen Wert von 65.000 US-Dollar.

MVZ-Gründungen sinnvoll!

Bestimmte Klinikbetreiber sollen keine Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gründen dürfen. Diese Forderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geht nach Ansicht der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände an den Realitäten vorbei. Die KBV befürchtet eine einseitige Gewinnmaximierung, wenn große Klinikbetreiber MVZ gründen und fordert deshalb eine gesetzliche Regelung, diese Gründungen zu verbieten.

Nach Aussagen der Kassenärztlichen Vereinigung unseres Bundeslandes (KVMV) ist es jedoch heute schon in einigen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns problematisch, frei werdende Arztsitze nachzubeseetzen.

„Trotz Umsatzgarantien und Investitionszulagen wollen sich immer weniger Ärzte z. B. in Vorpommern oder der Müritz-Region niederlassen“, so Karl Nagel, Leiter der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände. „In diesen Regionen ist es geradezu ein Gebot der Stunde, durch die Errichtung von medizinischen Zentren die ambulante medizinische Versorgung der Menschen sicherzustellen.“

Da die Arztdichte in diesen Gebieten weiter zurückgehen wird, andererseits aber geeignete Krankenhäuser in zumutbaren Entfernungen existieren, ist es aus

Sicht der Ersatzkassen vernünftig, sich an den stationären Versorgungseinrichtungen MVZ zu etablieren.

Wichtig ist, dass an den MVZ auch Hausärzte bzw. Internisten angestellt sein müssen, damit die ambulante Versorgung sichergestellt werden kann. Aber auch bei den Fachärzten wird es über kurz oder lang einen Trend hin zu kooperativen Organisationsformen und damit weg von der Einzelniederlassung geben. Für die angestellten Ärzte in MVZ ergeben sich eine Reihe von Vorteilen. Zum einen ist das unternehmerische Risiko stark minimiert, weil keine eigene Praxis erworben und eingerichtet werden muss; zum anderen ergeben sich organisatorische Vorteile wie beispielsweise ein minimierter Verwaltungsaufwand, flexiblere Arbeitszeitregelungen und die gemeinsame Nutzung vorhandener Geräte.

Am Ende profitiert auch der Patient, dem in einem Medizinischen Versorgungszentrum bei Bedarf eine sektorübergreifende Behandlung angeboten werden kann.

Nicht zuletzt deshalb setzen sich immer mehr Politiker und Wissenschaftler für die Errichtung von MVZ ein.

BÜCHER

Als Selbstbetroffene beschreibt die amerikanische Hirnforscherin **Dr. Jill B. Taylor** in ihrem Buch „**Mit einem Schlag**“ den Verlauf eines Schlaganfalls – von den ersten Minuten, über eine jahrelange Therapiephase bis hin zur vollständigen Regeneration. Der Blick der Wissenschaftlerin auf ihren Schlaganfall und ihr Überleben ist in dieser Art einzigartig. Ihr Bestseller-Buch und ihre Vorträge zum besseren Umgang mit Schlaganfallpatienten haben sie über die Landesgrenzen hinaus berühmt gemacht. Ein Anhang mit zehn Verständnisfragen und vierzig Appellen, die sie an ihre Umwelt richtet, vervollständigen Taylors Buch.

Verlag: KNAUR, 224 S., ISBN 978-3-426-65624-2, 16,95 Euro

Werner Bartens „Die Sprechstunde – oder wie behandle ich meinen Arzt“ soll Patienten helfen, den richtigen Umgang mit ihrem (Haus)Arzt zu finden. Dabei greift Bartens Themen wie *Patientenerwartung*, *Was ist eigentlich ein „guter Arzt“?* oder *Der mündige Patient* auf. Damit Patienten sich nicht mehr auf Gedeih und Verderb ausgeliefert fühlen müssen, erhält das Buch im Anhang Checklisten, woran man gute Praxen und

Krankenhäuser erkennt, wie man mit seinem Arzt richtig redet und nicht zuletzt auch Tipps für Ärzte selbst.

Verlag: KNAUR-Taschenbücher, 256 S., ISBN 3-426-55445-3, 8,95 Euro

„Das Frieren sollte als Krankheit anerkannt werden“, fordert die Münchner Medizinjournalistin **Karin Hertzner**. In ihren Texten im Wohlfühlpaket „**Nie wieder frieren**“ beschreibt sie Ursachen, Symptome und Therapien des Frierens. Sie erklärt, was es mit Gänsehaut, Zittern und Zähneklappern auf sich hat und warum kalte Hände und Füße lebensnotwendig sind. Auf doppelseitig bedruckten Karten empfiehlt die Expertin einfache Rezepte zum „einheizen“ und gibt nebenbei noch viele Informationen zur wärmenden Wirkung von Zutaten.

Verlag: KNAUR-Ratgeber, 48 S., ISBN 3-426-64579-3, 14,95 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