

report mecklenburg-vorpommern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Nov. 2007

ersatzkassen

Wider den blauen Dunst ...

Am 1. August dieses Jahres trat in Mecklenburg-Vorpommern das Nichtraucherschutzgesetz in Kraft. Es sieht ein umfassendes Rauchverbot in Behörden, Schulen, Kinder- und Jugendeinrichtungen, Hochschulen, Krankenhäusern, Sport- und Kulturstätten, Flug- und Fährhäfen sowie in Rehabilitationseinrichtungen und Heimen vor. Vom 1. Januar 2008 an werden dann auch die gastronomischen Einrichtungen rauchfrei sein bzw. müssen separate Raucherräume vorhalten, damit die anderen Gäste nicht belästigt werden.

Mecklenburg-Vorpommern als Vorreiter

Unser Bundesland hat somit sogar einen Monat früher als der Bundesgesetzgeber „rauchfreie“ Tatsachen geschaffen. Neben dem weitgehenden Rauchverbot ist besonders auch die bundesweite Regelung hervorzuheben, dass die Altersgrenze für die Abgabe von Tabakwaren an Jugendlichen von 16 auf 18 Jahre angehoben wurde.

Das Mecklenburg-Vorpommern in Sachen Nichtraucherschutz eine Vorreiterrolle übernommen hat, kommt nicht von ungefähr. Das nordöstliche

In dieser Ausgabe:

- Nichtrauchergesetz verabschiedet
- Regionaler Knoten:
Chancengleich aufwachsen
- Tod im Krankenhaus
- Transplantationen nehmen zu
- Arzneimittelkosten: Alte Geschichte ...

Bundesland will sich zum Gesundheitsland Nummer eins in Deutschland entwickeln. Dazu gehört auch, dass man krankmachendes Risikoverhalten konsequent verändert.

Es wurde auch wirklich Zeit, dass aktiv etwas für den Schutz der Nichtraucher getan wurde. Rauchen bzw. deren Folgeerkrankungen sind sowohl für Raucher als auch für „Passivraucher“ seit Jahrhunderten ein ernst zu nehmendes Problem. Standen anfangs mehr die Raucher und deren Erkrankungen (z. B. Lungenkrebs) im Mittelpunkt, rück-

ten in den vergangenen Jahren immer mehr die sogenannten Passivraucher in den Fokus. Das hat seine Gründe, denn Tabakrauch:

- ist der bedeutendste und gefährlichste vermeidbare Innenraumschadstoff,
- enthält über 4.800 verschiedene Substanzen – bei 70 von ihnen wurde nachgewiesen, dass sie Krebs erregend sind bzw. im Verdacht stehen Krebs zu verursachen,
- kann auch in kleinsten Belastungen Krebs erzeugen; insofern gibt es keine Mindestmengen, die ungefährlich sind,
- den Nichtraucher einatmen, setzt sich chemisch genauso zusammen wie der Rauch, den die Raucher „einsaugen“,
- enthält neben Giften wie Blausäure, Ammoniak und Kohlenmonoxid kanzerogene Stoffe wie beispielsweise Benzol, Vinylchlorid, Arsen, Cadmium und Chrom,
- eine beträchtliche Verweildauer in der Raumluft entfaltet; Tabakfeinstaubpartikel lagern sich an Decken, Wänden, Böden und Gegenständen ab und kontaminieren die Umwelt für lange Zeit;
- kann selbst durch modernste Ventilationssysteme nicht vollständig aus Räumen entfernt werden.

Ersatzkassen pro Gesetz

Die Ersatzkassen haben sich von Anfang an dafür eingesetzt, dass insbesondere auch auf die möglichen Folgen des Passivrauchens hingewiesen wird und alle Maßnahmen getroffen werden, damit Nichtraucher weitestgehend nicht mehr belästigt werden.

Nun kommt es darauf an, dass das Gesetz konsequent umgesetzt wird und auch die vorgesehenen Sanktionsmöglichkeiten greifen. Zurzeit laufen dazu noch Diskussionen, wer im Falle des Falles wirklich für die Kontrolle und später für die Durchsetzung eventueller Strafen zuständig sei. Auch das wird sich bis spätestens Anfang nächsten Jahres klären.

Wie fast immer bei neuen Gesetzen gibt es auch Folgen, die man so nicht einkalkuliert hat. Da das Rauchen jetzt an Schulen verboten ist, zieht es immer mehr rauchende Schüler (und Lehrer?) in den Pausen auf die Straße, um dort schnell mal „eine durchzuziehen“. Folge: Die Bürgersteige sind in dieser Zeit voll Schüler, die wiederum Passanten behindern und die Bürgersteige sind außerdem hinterher voller Kippen, was verständlicher Weise den Stadtvätern ein Dorn im Auge ist. Hier sollten Lösungen gefunden werden, die beiden Seiten gerecht werden. Dazu ist jedoch erst einmal eine möglichst emotionslose Diskussion über den Sachverhalt von Nöten. Die wahrscheinlich beste Lösung bleibt unbestritten: Einfach mit dem Rauchen aufhören! Dazu übrigens bieten die Krankenkassen Kurse an, die sich nicht nur an ältere Raucher wenden.



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

DER KOMMENTAR

Nichtrauchen auch für Volkswirtschaft besser

Angenommen, Christoph Columbus würde heute mit seiner Santa Maria in Europa anlanden, dann würden ihm die Zollbeamten seine mitgebrachten Tabakpflanzen und getrockneten Tabaksblätter als hochgiftige, zum Import verbotene Waren requirieren. Und das zu Recht, sterben doch durch den zweifelhaften Genuss der süchtig machenden Tabakfabrikate jährlich 110.000 bis 140.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums.“

Nach einschlägigen Untersuchungen liegen die volkswirtschaftlichen Verluste durch die Folgewirkungen des Rauchens für die Bundesrepublik jährlich bei fast 20 Milliarden Euro. 12,4 Milliarden entstehen durch den Ausfall bezahlter Arbeit, die restlichen fast 7 Milliarden Euro müssen die gesetzlichen Krankenkassen für die medizinische Behandlung der Raucher ausgeben.

Addiert man dazu noch das viele menschliche Leid, das in Folge des krank machenden Rauchens entsteht, können die Ersatzkassen das gesetzliche eingeführte, strikte Rauchverbot nur ausdrücklich begrüßen. Bleibt zu hoffen, dass das Gesetz möglich schnell seine erzieherische Wirkung entfaltet.

Pflege:

Qualitätsprüfung gut gelaufen

DIE VON DEN SPITZENVERBÄNDEN der Pflegekassen im Zusammenwirken mit dem Medizinischen Dienst für die Prüfung der Qualität in den Pflegeeinrichtungen beschlossenen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) sind seit dem 01.01.2006 in Kraft getreten und werden seit über einem Jahr in Mecklenburg-Vorpommern erfolgreich umgesetzt.

Anfängliche EDV-technische Probleme sind mittlerweile weitestgehend behoben, so dass die Anwendung der QPR ohne größere Probleme verläuft. Lediglich von der im Rahmen eines Modells vorgesehenen Anwendung der Bewertungssystematik wurde Abstand genommen, nachdem in der Praxis festgestellt wurde, dass das EDV-Programm in Teilbereichen unzureichende Aussagen generierte. Hier besteht noch Bedarf zur Optimierung des EDV-Programms. Auf freiwilliger Basis soll dann für die Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit bestehen, sich im Qualitätserreichungsgrad bewerten zu lassen.

Zur erfolgreichen Umsetzung und Akzeptanz bei den Einrichtungsträgern und Heimaufsichten haben aus unserer Sicht nicht zuletzt die zahlreichen Informationsveranstaltungen beigetragen. Diese wurden auf Wunsch der Verbände der Pflegeanbieter durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gemeinsam mit den Landesverbänden der Pflegekassen durchgeführt.

Landesweit fanden insgesamt 20 Veranstaltungen mit ca. 1100 Teilnehmern statt. Neben den Trägern von Einrichtungen waren insbesondere die Pflegedienstleiterinnen und Qualitätsbeauftragten der Einrichtungen erschienen. Aufgetretene Fragen, u.a. ob sich die Anforderungen erhöhen werden bzw. nach rechtlichen und vertraglichen Grundlagen einzelner Anforderungen, konnten meist gleich geklärt werden. Eventuelle Befürchtungen über eine unangemessene Ausdehnung der Qualitätsanforderungen durch die Einführung der QPR konnten somit weitestgehend zerstreut werden.

45 stationäre Pflegeeinrichtungen und 115 ambulante Pflegedienste wurden seit Juni 2006 auf der Basis der Qualitätsprüfungsrichtlinien geprüft. Die Anzahl entspricht der in den Richtlinien geforderten Prüfquote. Für die Landesverbände der Pflegekassen ist die schlechtere Lesbarkeit sowie der größere Umfang der Prüfberichte mit Mehraufwand verbunden. Vorteilhaft ist die übersichtliche Darstellung aller Struktur- und

Belegungsdaten der Einrichtung sowie die umfassendere Darstellung der Ergebnisqualität.

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es je Landkreis/kreisfreie Stadt gut funktionierende Arbeitsgruppen nach § 20 Heimgesetz. Die Prüfungen stationärer und teilstationärer Pflegeeinrichtungen werden mit Ausnahme der Stadt Rostock, hier bestehen seitens der Heimaufsicht rechtliche Bedenken gegen gemeinsame Prüfberichte, grundsätzlich immer gemeinsam von MDK und zuständiger Heimaufsichtsbehörde sowie ggf. weiterer Behörden, wie dem Gesundheitsamt, durchgeführt. Eine klare Aufgabenverteilung zwischen MDK und Heimaufsichten bei der Prüfung wurde vorgenommen. Der Prüfbericht wird gemeinsam erstellt. Diese Vorgehensweise dient letztlich auch der allseits geforderten Entbürokratisierung und hat sich in Mecklenburg-Vorpommern bewährt.

Übrigens gibt es in einem Punkt für unser Bundesland Entwarnung: Während in den Medien bundesweit im September dieses Jahres über Qualitätsmängel in Pflegeeinrichtungen geschrieben wurde, können wir für Mecklenburg-Vorpommern einen guten Pflegestand konstatieren. Nach Aussagen des zuständigen MDK-Verantwortlichen wurden bei uns in 87 Prozent aller Prüfungen eine angemessene Pflege festgestellt. Nahezu jeder Heimbewohner (98,2 Prozent) ist mit der pflegerischen Betreuung zufrieden. Dass das so bleibt, dafür werden sich auch die Ersatzkassen weiter einsetzen.



Engagement für sozial Benachteiligte: „Regionaler Knoten“ in Mecklenburg-Vorpommern

Bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG) wird seit Juli 2006 im Rahmen des Kooperationsverbundes „Nationale Kooperation für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ein sogenannter „Regionaler Knoten“ aufgebaut.

Der Kooperationsverbund wurde 2001 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe) und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) gegründet. Mittlerweile gehören dem Kooperationsverbund 49 Partner an. Dazu gehören zum Beispiel Krankenkassenverbände, Landesvereinigungen bzw. Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung der Länder, Ministerien und Partner aus der Wissenschaft.

Die Regionalen Knoten sind neben der Online-Datenbank, der Internet-Plattform (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) und der Kriterienentwicklung im Bereich „Gute Beispiele“ (Good-Practice) eine zentrale Säule des bundesweiten Kooperationsverbundes. Seit Jahresbeginn 2007 ist das Netz der Koordinierungsstellen vollständig, alle 16 Bundesländer verfügen über einen Regionalen Knoten. Der Regionale Knoten Mecklenburg-Vorpommern wird finanziell vom Verband der Angestelltenkrankenkassen VdAK/AEV unterstützt.

Zielstellung und Aufgaben:

Ziel des Kooperationsverbundes ist die nachhaltige Stärkung und die qualitative Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Menschen. Die Regionalen Knoten sollen dabei als strukturbildende Akteure in den Bundesländern wirken, indem sie bei der Verankerung soziallyagenbezogener Gesundheitsförderung in Lebenswelten beitragen und den Transfer guter Praxis in die Fläche voran bringen.

Im November 2006 fand eine Auftaktveranstaltung des Regionalen Knotens statt. Der Schwerpunkt des Regionalen Knotens Mecklenburg-Vorpommern wurde auf die Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Kindern und deren Familien, vorrangig bei der Altersgruppe der 0-6-jährigen gelegt.

Er ist eingebettet in die Umsetzung, der auf Landesebene verabschiedeten Kindergesundheitsziele und dient der Verbesserung des chancengleichen gesunden Aufwachsens der Kinder in Mecklenburg-Vorpommern.

Aus den Referenzzielen und den Vorschlägen ergaben sich u.a. folgende konkreten Aufgabenfelder:

- Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche stärker thematisieren
- Umsetzung der Kindergesundheitsziele durch Einbindung unterschiedlicher Partner
- Fachveranstaltungen und Weiterbildungsangebote für Berufsgruppen mit Zugang zu benachteiligten Personengruppen
- Verknüpfung von Kindergarten und Schule, um erworbene gesundheitsfördernde Kompetenzen fortzuführen
- Kontakte und Vernetzung laufender Projekte zur Gesundheitsförderung aufbauen, die sozial benachteiligte Personengruppen erreichen
- Anlaufstelle für alle Fragen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Erste Ergebnisse:

Der Regionale Knoten führte verschiedene Fachveranstaltungen, Workshops und Präsentationen durch. Hierbei ging es darum, den Regionalen Knoten als Informations- und Anlaufstelle für soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung bekannt zu machen, inhaltlich und fachlich zu beraten und zu informieren sowie Kontakte zu verschiedenen Arbeitskreisen und Projektträgern aufzunehmen.

Dazu zählte auch die Identifizierung der Problemfelder in der praktischen Arbeit mit sozial benachteiligten Kindern und deren Familien, die Herausarbeitung themenspezifischer Schwerpunkte und Vermittlung theoretischer Konzepte zur Erreichung der Zielgruppen.

Im April 2007 führte der Regionale Knoten zwei Workshops mit Erzieherinnen zum Thema „Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern“ durch. Neben einem praktischen Erfahrungsaustausch konnten hier erste konkrete Möglichkeiten und verschiedene Ansätze der Einbindung sozial benachteiligter Familien aufgezeigt werden. Dabei wurde u.a. folgenden Fragen nachgegangen: Wie kann die Zusammenarbeit mit den Elternhäusern verbessert werden? Wie kann man sozial benachteiligte Familien zu Themen der Gesundheitsförderung gewinnen? Wie lässt sich die einseitige Ernährung der Kinder verbessern?

Weiterbildungsbedarf ist groß

Für viele Kindertageseinrichtungen ist die Umsetzung der Kindergesundheitsziele bereits ein fester Bestandteil ihrer täglichen Arbeit. Ziel ist es jedoch, alle Kinder der Einrichtungen mit den gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erreichen. Dazu bedarf es neuer Zugangswege zu den sozial benachteiligten Familien. Es wurde deutlich, dass es seitens der Erzieherinnen einen großen Bedarf an Informationen und Weiterbildungen zum Thema Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern gibt.

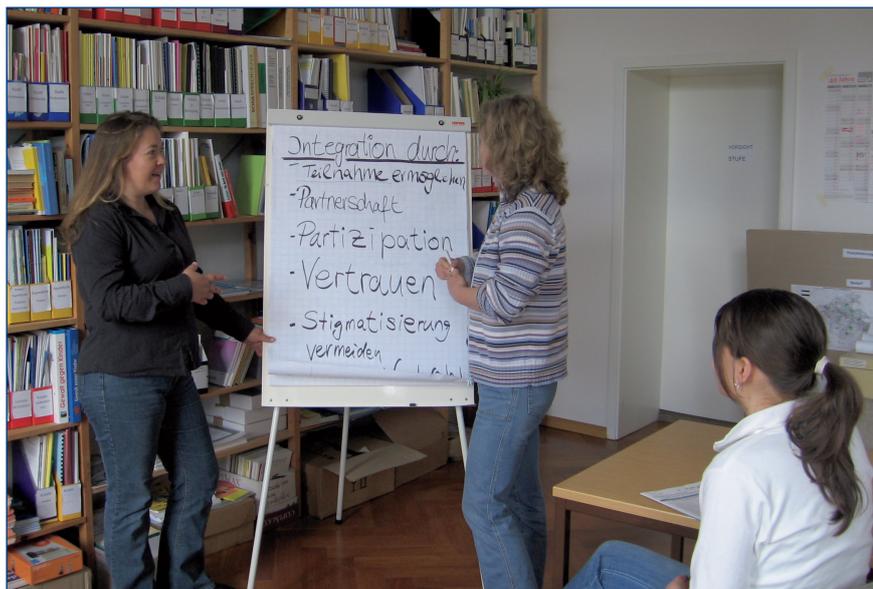
Neben der Fokussierung auf dieses Themenfeld möchte der Regionale Knoten dazu Umsetzungsstrategien gemeinsam mit den Praktikern entwickeln.

An Hand einer Studie der LVG zur Teilnahme der Kinder am Mittagsangebot in den Kindertageseinrichtungen des Landes wurde bei einer dazu durchgeführten Befragung deutlich, dass ein Teil der Kinder aus Kostengründen nicht am Mittagessen teilnehmen. Hier erarbeitet der Regionale Knoten Lösungsmöglichkeiten, die zur Verbesserung der Teilnahme der Kinder am gemeinsamen Mittagessen beitragen. Dazu werden verschiedene Kindertagesstätten befragt, die diese Problematik erfolgreich gelöst haben.

Gemeinsam mit dem Deutschen Kinderschutzbund des Landes Mecklenburg-Vorpommern sucht der Regionale Knoten neue Wege, die zur besseren Annahme der Angebote der Elterntrainer des Landes führen. Elterntrainer unterstützen und stärken die Kompetenzen der Eltern und können als Zugangswege zur Erreichung der Familien auch bei Themen der Gesundheitsförderung genutzt werden. Damit auch sozial benachteiligte Familien an den Kursen teilnehmen und von den Angeboten profitieren, müssen die Bedürfnisse der Eltern besser wahrgenommen werden. Daraus folgt, dass die Ansprachen bedarfsgerecht und niedrigschwellig gestaltet werden. Kindertageseinrichtungen werden dabei als Ansprechpartner und Vermittler eingebunden.

Bei einem im Juli 2007 durchgeführten Workshop mit Lehrerinnen und Lehrern, ging es vor allem darum, wie die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Kindergartenbereich kontinuierlich im Grundschulbereich fortzuführen sind. Es wurde festgestellt, dass die Gesundheitsförderung stärker in die Schule integriert werden muss. Hierzu sind zuallererst das nötige Wissen und die bestehenden Kooperationsmöglichkeiten zu vermitteln.

Besonders schwierig gestaltet sich hier die Einbindung der Elternhäuser. Zu berücksichtigen sind auch die unterschiedlichen Schulformen. Es lässt sich feststellen: Je höher der Anteil sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher in den einzelnen Schulen ist, desto schwieriger gestaltet sich die Umsetzung von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung und die Zusammenarbeit mit den Eltern. Daher gilt es neben der Schaffung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen an den Schulen die gesamte Familie stärker in den schulischen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung einzubinden.



Frau Bley (links im Bild), Koordinatorin des Regionalen Knotens in Mecklenburg-Vorpommern, erläutert die Herangehensweise bei der gesundheitlichen Chancengleichheit

Medikamentenmissbrauch: BÄK legt Leitfaden auf

DIE BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK) hat in enger Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Vertretern von Patientenorganisationen einen Leitfaden zum Thema „Missbrauch von Arzneimitteln“ erstellt.

Nach Ansicht der Ärzteschaft hat das Missbrauchproblem in diesem Bereich inzwischen ein ähnliches Ausmaß erreicht wie bei der Alkoholabhängigkeit oder beim illegalen Drogenkonsum; werde in der Öffentlichkeit jedoch weit weniger thematisiert und dadurch weniger wahrgenommen.

In Deutschland sind schätzungsweise 1,5 Millionen Menschen von Medikamentenabhängigkeit, der sogenannten „stillen Sucht“, betroffen. Abhängige gehen überdurchschnittlich oft zum Arzt, um sich Medikamente verschreiben zu lassen. Dabei sind Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer. Nach Recherche der BÄK versucht jeder sechste Erwachsene mindestens einmal wöchentlich seine Beschwerden durch Medikamente zu bessern. Me-

dikamente, die besonders hohe Suchtpotentiale enthalten, kommen aus dem Bereich der Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie aus dem Schmerzmittelbereich.

Der Leitfaden macht grundsätzliche Aussagen zum Thema Medikamentenabhängigkeit, gibt aber auch konkrete Hinweise in Bezug auf bestimmte Präparatengruppen. Für den behandelnden Arzt werden in einem Handbogen typische Symptome wie zum Beispiel Ängste, Schlafstörungen, Schwindel, Herzrasen oder diffuse Schmerzen skizziert.

Aber auch der richtige Umgang mit abhängigen Patienten wird thematisiert.

Diese müssen vorsichtig auf die mögliche Sucht hingewiesen und für eine notwendige Entzugstherapie motiviert werden. Sogar weniger motivierte Patienten scheinen sich vom Arzt zumindest zu einem verringerten Arzneimittelkonsum überzeugen zu lassen. Selbst damit wäre schon einiges erreicht.

Tod im Krankenhaus

ALARMIEREND: In deutschen Krankenhäusern sterben jährlich ungefähr 17.000 Menschen durch Behandlungsfehler. Das belegen Zahlen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, das sich auf eine Vielzahl diesbezüglicher Studien beruft.

Hauptgründe für diese tragischen Ereignisse sind Infektionen und nicht kalkulierte Nebenwirkungen von Arzneimitteln.



Lange Zeit wurde über dieses „Tabu-Thema“ kaum öffentlich geredet. Mit dem Patientenaktionsbündnis und einem entsprechenden Netzwerk von Krankenhäusern und Krankenkassen wird nun offener über Kunstfehler diskutiert. Dabei geht es vordergründig nicht darum, einzelnen Ärzten Fehlverhalten oder Versagen vorzuwerfen. Vielmehr sollen Fehler aufgezeigt werden, die im Behandlungssystem bzw. in bestimmten Handlungsketten enthalten sind. So seien häufig Ärzte nicht über Medikamente von Patienten informiert, weil diese das nicht angeben bzw. weil nicht explizit danach gefragt wurde. Aber gerade nicht erkannte Wechselwirkungen von Medikamenten führen manchmal zu Komplikationen im Behandlungsverlauf.

Schließlich hat auch die Politik aus dem Bericht des Aktionsbündnisses Schlussfolgerungen gezogen: Beim Robert-Koch-Institut wurde eine Arbeitsgruppe „Hygiene“ eingerichtet, die solche Hygiene- und Behandlungsfehler systematisch aufdecken soll.

Organtransplantationen:

Trend ansteigend

In Mecklenburg-Vorpommern sind im 1. Halbjahr 2007 fast 60 Prozent mehr Organe transplantiert worden als im Vorjahresvergleichsraum. Mit diesem Anstieg rangiert das nordöstlichste Bundesland weit über dem Bundestrend, der bei 5,2 Prozent liegt. Somit wurden am einzigen Transplantationszentrum in unserem Bundesland, am Rostocker Uni-Klinikum, 35 Transplantationen vorgenommen (erstes Halbjahr 2006: 22).

hen, besitzt etwa nur jeder achte Bundesbürger einen Organspendeausweis. Das heißt: Liegt der Ausweis nicht vor, müssen ggf. die Angehörigen entscheiden, ob im Todesfall Organe für eine Spende zur Verfügung stehen. Diese emotional sehr belastende Situation kann man umgehen, in dem man sich rechtzeitig zum Spender erklärt und einen Ausweis beantragt, zum Beispiel bei seiner Krankenkasse.

Andererseits ist die Zahl der Organspender und die der gespendeten Organe rückläufig, wobei sich Mecklenburg-Vorpommern im Bundesvergleich nach wie vor mit hohen Werten bezogen auf die Einwohnerzahl hervorhebt.

Obwohl die meisten Menschen einer Organspende positiv gegenüber ste-

Tabelle: Anzahl der Organspender, der gespendeten Organe und der Transplantationen (Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO))

	1. Halbjahr 2006	1. Halbjahr 2007
Zahl der Organspender (ohne Lebendspende)		
Deutschland	626	667
Mecklenburg-Vorpommern	29	13
Zahl der gespendeten Organe*		
Deutschland	1.966	2.072
Mecklenburg-Vorpommern	91	45
Zahl der Transplantationen (ohne Lebendspende)		
Deutschland	2.034	2.140
Mecklenburg-Vorpommern	22	35

* Organe entnommen und transplantiert, ohne Pankreas-Inseln; ohne Lebendspende

KURZ GEMELDET

■ **Weniger kariöse Zähne bei Kindern**

Die Zahl der Karieserkrankungen ist in Mecklenburg-Vorpommern bei den drei- bis zwölfjährigen Kindern deutlich gesunken, wobei bei letzteren die größten Verbesserungen festgestellt wurden. Diese erfreulichen Ergebnisse belegt eine Studie der Universität Greifswald, die diese im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAJ) erstellt hat.

■ **WSG bringt familienfreundliche Regelung für Entbindung**

Das jetzt gültige GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) stellt Entbindende im Krankenhaus gänzlich von Zuzahlungen frei, egal wie lange die junge Mutter – z. B. bei Komplikationen – stationär behandelt werden muss. Bis zur Einführung des WSG mussten Entbindende ab dem siebten Tag die obligatorischen 10 Euro Zuzahlung leisten.

■ **Krankenhauslotse der Ersatzkassen ist Spitze**

Der Internet-Klinik-Lotse der Ersatzkassen ist zum Testsieger bei Stiftung Warentest gekürt worden. Von 14 getesteten Krankenhausportalen im Internet erhielt der www.klinik-lotse.de das Test-Qualitätsurteil „gut“ (2,2) und lag damit an der Spitze der getesteten Internetportale. Überhaupt erreichten nur drei der 14 getesteten Klinikportale die Testnote „gut“.

Hohe Arzneimittelkosten – eine alte Geschichte

WER DENKT, DASS STEIGENDE ARZNEIMITTELAUSGABEN EINE „GEIBEL UNSERER TAGE“ SEI, DER IRRT. Arzneimittelausgaben und gesetzliche Krankenversicherung gehören seit Anbeginn zusammen.

So wurde für die Allgemeine Ortskrankenkasse Schwerin Steigerungen des Arzneimittelanteils an den Gesamtkosten von 11 Prozent anno 1886 auf fast 25 Prozent im Jahre 1902 konstatiert.

Auch gab es bereits eine Art Rabattverträge mit Apotheken. Beispielsweise erhielten um die Jahrhundertwende Patienten dreizehn Wochen lang ihre Medikamente kostenfrei geliefert, wenn die Apotheke einen Vertrag mit der entsprechenden Krankenkasse hatte. Später gab es auf ein solches Kassenrezept immerhin fünfzehn Prozent Rabatt.

Ärzte wurden aufgefordert, bei der Verschreibung von Arzneimitteln sparsam zu sein, wenn dies die Art der Erkrankung zuließe. Und auch die Kassen selber erwarteten in Hinblick auf den „Arzneihunger“ vieler Patienten von den Ärzten mehr Aufklärung, dass nicht „gegen jedes Kraut ein Mittelchen gewachsen sei“.

Auch die Werbungen der Pharmaindustrie müssen damals schon relativ „aggressiv“ gewesen sein; Ärzte in einem Dilemma zwischen vernünftiger Therapie und Patientenbindung gesteckt haben und auch das Thema „Arzneimittelcompliance“ war nicht unbekannt. Konkretes ist einer Kassenzeitschrift aus dem Jahr 1921 zu entnehmen: „Die Praxis lehrt uns, daß Ärzte mit Anträgen überschüttet werden, dieses oder jenes in der Zeitung angepriesene Mittel auf Kosten der Kasse verschreiben zu wollen. Je teurer das Mittel, natürlich umso besser! Wegen Erhaltung der Kassenpraxis sind die Ärzte gezwungen, selbst dann dem Patienten eine Verordnung auszustellen, wenn eine medikamentöse Behandlung nicht erforderlich ist. Die Meinung vieler Versicherter ist eben so, daß zur Behandlung unbedingt eine Arznei gehört – um, wenn sie nicht nach dem Geschmack ist, in den Gußstein gegossen zu werden.“

Diese Zeilen habe 86 Jahre später nichts an ihrer Aktualität verloren ...

(Quelle: SVZ vom 6. August.2007, Seite 22; Dr. H. Sieber)

BÜCHER

Viele Menschen haben beruflich mit medizinischen Sachverhalten zu tun und sind aber keine medizinisch ausgebildeten Fachleute. Ihnen kann das Handbuch **„Medizin für Nichtmediziner“** der Herausgeber **Andreas H. Grün** und **Richard Viebahn** helfen. 23 Mediziner mit langjähriger praktischer Erfahrung haben in diesem Handbuch das notwendige Basiswissen in einer für den Laien verständlichen Sprache aufgeschrieben. Von Definitionen der wichtigsten medizinischen Fachgebiete, über Krankheitsdiagnosen bis hin zu Besonderheiten unter dem Aspekt der Krankenhausbehandlung finden Interessierte Antworten auf viele Fragen. Zusätzlich werden Fragen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements, der medizintechnischen Entwicklung sowie der Kosten-Nutzen-Betrachtungen beantwortet. Das übersichtlich strukturierte Handbuch kann ein tägliches Arbeitswerkzeug für Mitarbeiter in der Gesundheitswirtschaft, von Krankenkassen oder staatlichen Behörden werden.

Baumann Fachverlage 2007, ca. 700 Seiten mit zahlreichen Abbildungen, ISBN 978-3-938610-43-5, 59,50 Euro

Spannend wie ein Krimi: **„Die Zukunft des Alterns“** – Die Antwort der Wissenschaft. Renommierte Wissenschaftler der Max-Planck-Gesellschaft informieren in allgemeinverständlicher Sprache über den neuesten Stand der Altersforschung. Selbstverständlich wollen viele Menschen lange leben; wissen aber erstaunlich wenig über den Alterungsprozess und seine Wechselwirkungen mit anderen Prozessen. Im Mittelpunkt stehen deshalb Fragen wie: Was ist Altern? Ist die Lebenszeit überhaupt begrenzt? Welchen Einfluss haben Krankheiten, Stress oder Diäten auf das Altern? Welche körperlichen und geistigen Leistungen können alte Menschen erbringen? Gibt es einen speziellen Sinn des Lebens im Alter?

Herausgeber: Peter Gruss, Verlag C. H. Beck 2007, broschiert, 334 Seiten, 25 Abb., ISBN 978-3-406-55746-0, 16,90 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