

report mecklenburg-vorpommern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

März 2007

ersatzkassen

Das WSG kommt – Ein guter Tag für die Versicherten?

Nachdem das sogenannte GKV-Wertbewerbsstärkungsgesetz (WSG) am 16. Februar auch die „Hürde Bundesrat“ genommen hat, ist sicher: Das Gesetz wird in dieser Fassung zum 1. April dieses Jahres in Kraft treten. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt feierte die Zustimmung der Länder zur Gesundheitsreform in einer Pressemeldung dann als „guten Tag für die Versicherten“.

Auch gesundheitspolitische Meinungsbildner der Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und der SPD lobten in internen Unterrichtungen sinngemäß: Die Reform ist besser als ihr Ruf.

Ist das wirklich so? Betrachten wir zwei Gesetzesänderungen und deren Auswirkungen im Detail.

These: Die Budgetierung der Arzthonorare wird beendet, das Krankheitsrisiko (Morbidität) auf die Kassen verlagert.

Richtig ist, dass über einen einheitlichen Punktwert zunächst alle Leistungen gleich bewertet werden sollen. Dann können aber regional noch Zuschläge für zum Beispiel unterversorgte Regionen oder fehlende Wirtschaftskraft hinzukommen. Ein Prozedere, das für Mecklenburg-Vorpommern sicher greift. Allerdings ohne die ursprünglich vorgesehene Regelung, diese Zuschläge durch Abschläge in ärztlich überversorgten Gebieten, die wir auch haben, zu kompensieren.

Genau genommen sollen dann doch noch abgestufte, das heißt gesenkte Honorierungen bei Über-

In dieser Ausgabe:

- Gesundheitsreform wird verabschiedet
- Interview mit Sozialminister Sattering
- Medikamentenverschreibung: Viel und teuer
- Chronikerprogramme erfolgreich
- Ersatzkassen für Nichtraucherchutz

schreitung eines bestimmten Wertes vorgenommen werden. Der Unterschied: Die Ärzte können diese Leistungen als krankheitsbedingt verursacht und deshalb notwendig als Forderung unmittelbar gegenüber den Krankenkassen geltend machen. Sollten diese krankheitsbedingten Forderungen in einer älteren Fassung des WSG erst im Folgejahr beglichen werden, sind die Kassen nunmehr gezwungen, diese Gelder noch im Verlauf des Abrechnungsjahres zuzuschießen.

Überhaupt stellt sich die Frage: Sind wirklich alle Leistungen aufgrund des angeblich so schlechten Gesundheitszustandes unserer Bevölkerung medizinisch notwendig? Oder wird nicht aufgrund des jetzigen Systems, wo ein Arzt manchmal mehr ein Kaufmann als ein Mediziner sein muss, die eine oder andere Leistung „honorartechnisch“ determiniert. Selbst viele Ärzte wünschen sich heute „feste Preise“, damit sie für ein ordentliches Honorar nicht ständig in die Leistungsausweitung gehen müssen, die ihnen letzten Endes auch viel ihrer raren Freizeit „auffrisst“.

Das WSG wird jedoch das Streben nach mehr Leistungen durch Einführung fester Euro-Beträge für bestimmte Leistungen nur bedingt rückführen können, sind die Kassen doch verpflichtet, die Morbidität und damit letztlich alle Leistungen zu bezahlen, egal ob sie wirklich medizinisch notwendig sind. Lockt das Geld vielleicht zuerst nur wenige Ärzte, werden sich früher oder später doch wieder mehr in das „Hamsterrad“ einreihen ...

These: Die Einführung der ärztlichen Gebührenordnung wird die Unterversorgung in den neuen Ländern abbauen.

Das WSG legt fest, dass der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen schon bei drohender Unterversorgung finanzielle Zuschläge für unterversorgte Regionen beschließen kann. Diese sogenannten Sicherstellungszuschläge sind bis 2009 allein von den Kassen zu finanzieren. Bisher galt die Regelung, dass sich Ärzte und Krankenkassen paritätisch an der Finanzierung bei akut auftretenden Versorgungslücken zu beteiligen haben. Aber selbst wenn diese Zuschläge gezahlt werden, ist nicht sicher, ob die Unterversorgung tatsächlich beseitigt werden kann. Unser Bundesland hat in den letzten Monaten dazu einschlägige Erfahrungen gemacht. Obwohl es bereits Sicherstellungszuschläge, Praxisumsatzgarantien, die leichtere Anstellungen von Assistenzärzten usw. gibt, wie gesagt noch paritätisch finanziert, hat sich die Situation in einigen Kreisen unseres Landes nicht entspannt. Einige Arztpraxen, insbesondere Hausarztpraxen in ländlichen Regionen, lassen sich nach wie vor schwer nachbesetzen. Geld ist eben nicht alles. Wenn die Infrastruktur nicht stimmt, d. h. Schulen schließen, Bäcker und Fleischer ihre Produktion einstellen und die Dorfkneipe die einzige „kulturel-

le Einrichtung“ ist, ist es schwer, niederlassungswillige Ärzte zu gewinnen. Bleibt die spannende Frage: Erhalten die Krankenkassen in dem Fall ihr Geld zurück, wenn mit den gezahlten Sicherstellungszuschlägen nichts sicher gestellt werden kann?

Gerade im finanziell arg gebeutelten Gesundheitswesen sind intelligente Lösungen gefragt, die auf mehr Kooperation und Koordination zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten, Reha-Medizinern und sonstigen Leistungserbringern wie Physiotherapeuten oder Orthopädietechnikern zielen.

Regelungen, die einseitig nur mehr Geld ins System pumpen, ohne dass es zu einer besseren medizinischen Versorgung führt, bringt die gesetzliche Krankenversicherung über kurz oder lang in gefährliches Fahrwasser.

Allein diese beiden Beispiele (Thesen) zeigen: Die Krankenkassen werden absehbar mehr Geld für die ärztliche Versorgung bereitstellen müssen. Und das geht unter Umständen nur über die Ausgrenzung anderer, satzungsgemäß festgelegter Leistungen oder über weitere Beitragserhöhungen. Letztere haben wir gerade in einem Maße erlebt, wie sie bisher noch nie in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen werden mussten.

Bei allem aber dürfen wir nicht vergessen: Es ist das Geld unserer Versicherten. Diese müssen letztlich den Mehraufwand aus der eigenen Tasche bezahlen. Wenn dahinter wirklich keine bessere Versorgung stehen sollte, war der ministeriell gepriesene 16. Februar und wird der 1. April doch nicht so ein guter Tag für die Versicherten sein ...



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

DER KOMMENTAR

Nach der Reform ist vor der Reform

In Anlehnung an ein bekanntes Zitat aus dem Fußball habe ich noch Hoffnung, dass die praktische Umsetzung der jetzigen Gesundheitsreform in den nächsten zwei bis drei Jahren bei manchen Politikern die Erkenntnis bringen wird, dass viele der getroffenen Gesetzesregelungen nicht gut sind. Und vielleicht kann man dann die eine oder andere Festlegung gesetzlich korrigieren, nämlich genau dort, wo die jetzigen Regelungen einseitig den Geldbeutel unserer Versicherten treffen.

Allerdings heißt es jetzt zur Tagesordnung überzugehen. Das bedeutet, wir werden uns mit ganzer Kraft dafür einsetzen, dass die Auswirkungen des GKV-WSG für unsere Versicherten

verkräftbar bleiben.

Bei einem bin ich mir ganz sicher: Unsere Mitgliedschaften sind schon seit langem wettbewerbsfähig ausgerichtet. Sie werden die neuen Herausforderungen annehmen und sich am Markt behaupten. Die Kolleginnen und Kollegen unserer VdAK/AEV-Landesvertretung werden weiterhin alles tun, unsere Mitgliedschaften in diesem Bemühen zu unterstützen.

Demokratie mit dem Rechenschieber?

MAN BRAUCHT MINDESTENS ABITUR oder muss „Adam Ries“ heißen, um bei den avisierten Stimmenverhältnissen im noch zu bildenden Verwaltungsrat des ebenfalls noch zu bildenden Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenkassen durchzublicken. Nachvollziehbar ist noch die Tatsache, dass die Verwaltungsratsmitglieder in etwa die derzeitigen „Machtverhältnisse“ innerhalb der GKV widerspiegeln sollen. So dürfen die 16 AOKn 10 Sitze, die zehn Ersatzkassen 13 Sitze, die 190 BKKn 8 Sitze, die 16 IKKn vier Sitze und die neun Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Seekrankenkassen sowie die Knappschaft zusammen zwei Sitze beanspruchen. Soweit so gut. Der Gesetzgeber will Stimmgleichheit bei Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern erzielen und da bei den Ersatzkassen nur Arbeitnehmervertreter in der Selbstverwaltung agieren dürfen, muss jetzt irgendwie Stimmenparität zwischen diesen beiden Gruppen her (27 Arbeitnehmervertreter versus 14 Arbeitgebervertreter). Und nun kommt höhere Mathematik ins Spiel. Zusammen bekommen die 41 Verwaltungsratsmitglieder „rechnerisch“ 60 Stimmen (je 30) und diese werden dann gewichtet auf die tatsächlichen Verhältnisse im Verwaltungsrat „umgerechnet“. Das ergibt folgende „Matrix“:

AOK:	Ein Versichertenvertreter zählt fünf Siebtel Stimmen Ein Arbeitgebervertreter zählt sechzehn Siebtel Stimmen
VdAK/AEV:	Ein Versichertenvertreter zählt zwanzig Dreizehntel Stimmen
BKK:	Ein Versichertenvertreter zählt drei Viertel Stimmen Ein Arbeitgebervertreter zählt neun Viertel Stimmen
IKK:	Ein Versichertenvertreter zählt eine Halbe Stimme Ein Arbeitgebervertreter zählt drei Halbe Stimmen
Anderen:	Der (einzige) Versichertenvertreter zählt eine Stimme Der (einzige) Arbeitgebervertreter zählt zwei Stimmen

Alles klar? Fragt sich nur, warum der Gesetzgeber hier so „arithmetisch genau“ auf die Parität setzt, während er andererseits beim Beitragsaufkommen die Arbeitnehmer, sprich GKV-Mitglieder, mit ca. 55 v. H. gegenüber den Arbeitgebern (nur etwa 45 v. H.) in der sozialen Schieflage belässt ...

Neue Vorbeugimpfung gegen Krebs

Im Kampf gegen den Krebs ist der Wissenschaft ein weiterer Fortschritt gelungen. Wissenschaftler entwickelten einen vorbeugenden Impfstoff gegen die sogenannten Humanen Papilloma Viren (HPV), die Gebärmutterhalskrebs auslösen können. Dieser Krebs ist bei Frauen die zweithäufigste Krebserkrankung in Deutschland. Jährlich erkranken etwa 6.500 Frauen neu an dieser bösartigen Gewebeveränderung.

Da die Viren vor allem durch Geschlechtsverkehr übertragen werden, ist es notwendig, dass die Mädchen und jungen Frauen möglichst früh geimpft werden. Voraussichtlich wird die Ständige Impfkommision (Stiko) die Impfung im Alter zwischen 11 bzw. 12 und 17 Jahren empfehlen. Vor der Impfung sollte eine Beratung durch den behandelnden Haus- bzw. Frauenarzt erfolgen. Die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen.



Gesundheitsland Nr. 1 –

„Wir haben eine wunderbare Ausgangssituation“

Seit dem 7. November vorigen Jahres regiert Erwin Sellering (SPD) an der Spitze des Sozialministeriums. Der Länderreport (LR) sprach mit dem neuen Sozialminister, der von 2000 bis 2006 auch das Justizressort in Mecklenburg-Vorpommern leitete.



Sozialminister
Erwin Sellering

▼ **Wie beurteilen Sie die beabsichtigten Regelungen im Wettbewerbsstärkungsgesetz?**

▲ Erwin Sellering: Die Reform ist bei weitem nicht so schlecht wie sie von Vielen gemacht wird. Dabei war die Ausgangslage denkbar schwierig: Union und SPD vertreten mit dem Gesund-

heitsprämien- oder Kopfpauschaliskonzept auf der einen Seite und dem Konzept der Bürgerversicherung auf der anderen Seite grundlegend unterschiedliche Ansätze zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dennoch haben sie sich jetzt auf eine weitreichende Gesundheitsreform verständigt.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung. Damit gelten wie in allen übrigen gesetzlichen Sozialversicherungen auch in der gesetzlichen Krankenversicherung einheitliche Beitragssätze. Im Ergebnis führt dies zu mehr sozialer Gerechtigkeit.

Oft sind es gerade die älteren und weniger flexiblen Menschen, die im jetzigen System ihrer Kasse die Treue halten und dafür mit höheren Beitragssätzen bezahlen. Gerade sie werden durch diese Reform entlastet werden, während es für diejenigen schwerer wird, die sich durch den Wechsel von einer zur anderen Kasse ein Stück weit der Solidarität entziehen konnten.

Hinzu kommt, dass der Fonds seine Einnahmen entsprechend der Einkommenshöhe der Versicherten erhebt, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Versicherten aber pro Kopf erfolgen. Mecklenburg-Vorpommern als Bundesland mit geringem Einkommen profitiert damit strukturell von der Fondsstruktur. Die im Januar vorgelegte Studie der Sachverständigen Rürup und Wille geht

für Mecklenburg-Vorpommern von Entlastungen in Höhe von rund 12 Millionen Euro aus.

Ich bin überzeugt davon, dass nur im Paket dieser Reform die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches, der eigentlich ja schon zum 1.1.2007 hätte kommen sollen, möglich war und ist. Wenn mit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 dann auch die unterschiedlichen Krankheitsrisiken der Versicherten der einzelnen Kassen möglichst zielgenau ausgeglichen werden, ist das für mich eine tragfähige Grundlage für faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Kassen.

Der Wettbewerb um den jungen, gesunden und gut verdienenden Versicherten unter den gesetzlichen Krankenkassen wird damit eingeschränkt und letztendlich auch die Solidarität unter den Versicherten gestärkt.

▼ **Wie sehen Sie die Zukunft des Gesundheitswesens?**

Erwin Sellering: Der demografische Wandel, unsere Vorstellung von medizinischer Versorgung auf hohem Niveau und natürlich auch der medizinische Fortschritt werden uns weitere Schritte abverlangen. Für mich kommt es dabei darauf an, dass niemand ausgegrenzt wird und die Lasten gleichmäßig verteilt werden. Ich sage aber auch, dass wir in Zukunft vielleicht noch mehr als bislang die Bereitschaft aufbringen müssen, unsere lieb gewonnenen Gewohnheiten in Frage zu stellen. Wir stehen in Mecklenburg-Vorpommern vor einem tief greifenden demografischen Wandel. Das wird die gesundheitliche Versorgung der Menschen gerade in einem dünn besiedelten Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern erschweren. Das ist aber nicht nur eine Herausforderung, sondern auch eine Chance. Wir können eine Vorreiterrolle einnehmen, denn diese Probleme werden mit mehr oder minder großer zeitlicher Verzögerung ganz Deutschland treffen. Wenn uns zusammen mit den Partnern im Gesundheitswesen innovative Lösungen gelingen, können wir unser Know-how exportieren.

▼ MV-Gesundheitsland Nr. 1 – Nur eine Vermarktungsstrategie?

▲ Ganz sicher nicht. Wir haben eine der modernsten Krankenhauslandschaften Deutschlands und ein breites Angebot an hervorragenden Reha-Kliniken und Wellness-Angeboten. Wir haben also eine wunderbare Ausgangssituation. Wir können den Trend zu einem gesundheitsbewussteren Leben nutzen und mehr Gäste nach Mecklenburg-Vorpommern locken, die hier etwas für ihre Gesundheit tun wollen. Das Gesundheitsland Mecklenburg-Vorpommern – das bedeutet schon heute Arbeitsplätze für über 86 000 Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft. Hier wollen wir anknüpfen und die wirtschaftlichen Potenziale des Gesundheitssektors ausbauen, bestehende Arbeitsplätze sichern und neue schaffen.

Das Gesundheitsland Nr. 1 zu sein bedeutet aber auch, viel für die Gesundheit der eigenen Bevölkerung zu tun. „MV tut gut“ soll auch für die Mecklenburger und Vorpommern gelten. Hier bieten sich ganz neue Möglichkeiten. Denken Sie nur an die Telemedizin, die Vernetzung der Akteure in Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft oder die Community Medicine und ihre Möglichkeiten zur Verbesserung der Prävention. Hier werden wir in den nächsten Jahren ganz sicher innovative Projekte anschieben.

▼ Welche konkreten Aufgaben haben Sie sich im Bereich Gesundheit für unser Bundesland „auf die Fahnen geschrieben“?

▲ Ein wichtiges Ziel ist der bessere Schutz von Nichtrauchern. Hier haben sich die Koalitionspartner auf ein gemeinsames Vorgehen verständigt. Viele Reaktionen zeigen mir, dass wir mit einem möglichst umfassenden Nichtraucherschutz auch in der Bevölkerung auf große Zustimmung stoßen. Deshalb ist die Zeit reif für eine gesetzliche Regelung. Wir wollen – wie bereits gesagt – Gesundheitsland Nr. 1 werden. Da können wir beim Nichtraucherschutz nicht hinterherhinken.

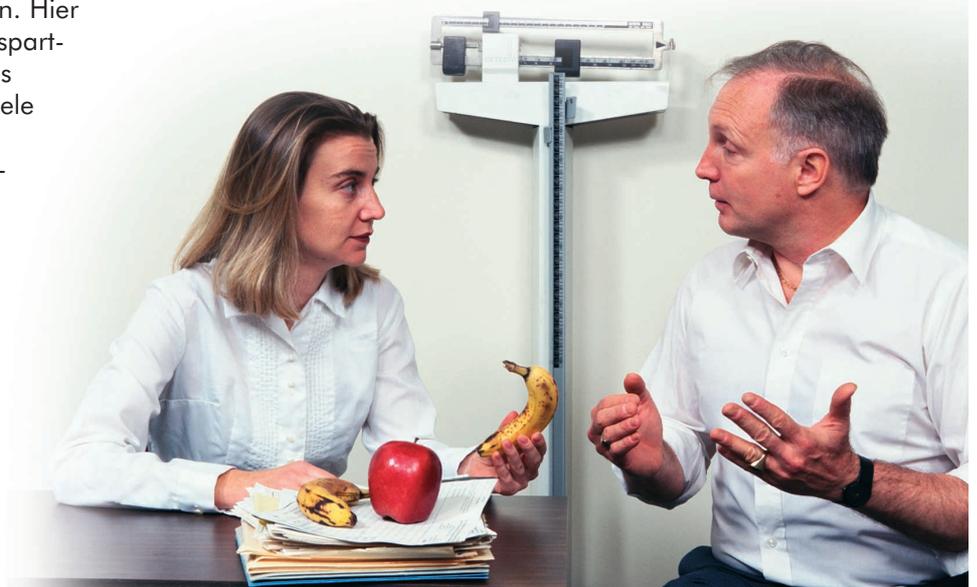
Der Nichtraucherschutz ist aber nur ein Schritt. Wir müssen noch mehr für die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen tun. Ein guter und gesunder Kindergarten, eine gute und gesunde Schule, aber auch ein guter und gesunder Arbeitsplatz – das ist es, wofür ich mich als Sozialminister einsetzen werde.

Deshalb werden wir einen Landesaktionsplan zur gesundheitlichen Prävention auflegen. Darin wollen wir wichtige Ziele festlegen und die Aktivitäten der verschiedenen Akteure und Politikbereiche aufeinander abstimmen.

▼ Wie halten Sie es mit Ihren eigenen „Maßnahmen“ zur Gesunderhaltung?

▲ Der Zeitdruck verhindert manchmal, dass ich so gesund lebe wie ich es möchte. Dann gibt es schon mal eine Bockwurst mit Kartoffelsalat. Ich achte aber auf gesundes Frühstück und vernünftiges Mittagessen. Der Vorsatz, abends nur eine kleine Mahlzeit zu essen, ist nicht immer so leicht durchzuhalten. Am Wochenende schaffe ich regelmäßige kleine Wanderungen mit meinem Hund. In der Woche bleiben eigentlich nur das Ergometer und Übungen für den Rücken.

▼ Wir bedanken uns für dieses Interview und wünschen Ihnen immer gute Gesundheit.



Medikamentenverschreibung: Viel und teuer!

Die niedergelassenen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern verschreiben nach wie vor mehr und teurere Medikamente im Vergleich zum Rest der Republik.

So haben die Ärzte in unserem Bundesland im vergangenen Jahr statistisch gesehen Pillen im Wert von 435 Euro je Versicherten verschrieben. Das sind fast 80 Euro oder ca. 22 Prozent mehr als der Bundesdurchschnitt.

Am häufigsten werden Schmerz- und Rheumamedikamente verschrieben, dicht gefolgt von Medikamenten gegen Bluthochdruck und gegen die Zuckerkrankheit. Diesen „Spitzenplatz“ attestiert auch die Kassenärztliche Vereinigung ihren Mitgliedern. Danach werden im Jahr etwa neun Millionen Re-

zepte mit zusammen 13,5 Millionen Verordnungen ausgestellt. Auch beim Wert je verordneter Packung liegt Mecklenburg-Vorpommern noch um zehn Prozent über dem Bundesdurchschnitt und das, obwohl schon relativ viele sogenannte Nachahmerprodukte (Generika) und weniger Originalpräparate verschrieben werden. Das ist ein Zeichen, dass Ärzte, hier vor allem Allgemeinmediziner und Internisten, mehr im hochpreisigen Generikabereich verordnen. Hier hilft nur ständige Weiterbildung und Information, Beratung und die Einsicht, dass der Arzt bei der Verschreibung auch eine wirtschaftliche Verantwortung für die medizinische Versorgung trägt. Bei offensichtlicher Unwirtschaftlichkeit steht der Prüfungsausschuss in der Pflicht, Regresse auszusprechen.



Die Crux mit der Mehrwertsteuer

Mit dem Anstieg der Mehrwertsteuer von 16 auf 19 Prozent ist seit Jahresbeginn vieles teurer geworden. Allerdings nicht alles. So gibt es Produkte, auf die nur 7 Prozent zu zahlen sind, im Volksmund als „halber Steuersatz“ bezeichnet. Dazu gehören zum Beispiel Schnittblumen, die meisten Lebensmittel, Zeitschriften oder Hochglanzillustrierte.

Ursprünglich wurde der ermäßigte Steuersatz vom Gesetzgeber eingeführt, damit sich weniger gut verdienende Bürger Nahrungsmittel und bestimmte Dienstleistungen besser leisten können. Inzwischen ist aber ein wahrer Ausnahmedschungel entstanden, der in vielen Fällen der Logik entbehrt.

Warum gehört Hundefutter zum täglichen Bedarf, Babywindeln, die eigene Wohnung oder dringend

benötigte Medikamente und Heilmittel nicht? Andererseits gibt es den Zahnersatz, also eine Leistung, die man nun wirklich nicht alle Tage anschafft, für 7 Prozent. Das verstehe wer will. Selbst Finanzbeamte können nicht mehr im Detail erklären, warum ein konservierter Hummer die Gnade der Ermäßigung erfährt, ein frischer dagegen mit vollen 19 Prozent zu Buche schlägt.

Aus Sicht der Ersatzkassen ist es deshalb unbedingt nötig, dass der Gesetzgeber zumindest bei den millionenfach benötigten Arzneimitteln endlich den ermäßigten Steuersatz einführt. Bisherige Vorschläge und Initiativen sind allerdings leider ins Leere gelaufen.

Chronikerprogramme erfolgreich

Die sogenannten Disease-Management-Programme (DMP) sind für die Ersatzkassenversicherten in Mecklenburg-Vorpommern erfolgreich angelaufen.

Im Jahr 2004 startete das erste Chronikerprogramm für Typ-2-Diabetiker mit knapp 2.000 eingeschriebenen Versicherten. Im Jahr darauf waren es schon über 15.000 Versicherte, die in die Programme für Diabetiker Typ 1 und 2, Koronare Herzkrankheiten (KHK) und Brustkrebs eingeschrieben waren. Im letzten Jahr kamen mit den DMP für Asthma und chronische Atemwegserkrankungen (COPD) zwei weitere

hinzu; die Zahl der Eingeschriebenen erhöhte sich auf 28.000. Das ist eine Steigerung gegenüber 2005 von knapp 80 Prozent. Die meisten Versicherten waren in 2006 erwartungsgemäß im DMP Diabetes Typ 2 eingetragen. Auch hier gab es gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung um deutlich mehr als die Hälfte (vergl. Tabelle 1).

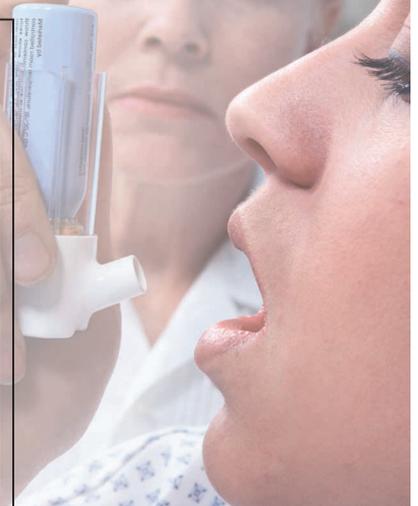
Damit setzen immer mehr Ersatzkassenversicherte auf die mit der Einschreibung verbundene leitlinien-gerechte und auf wichtige Parameter ausgerichtete Behandlung für diese chronischen Krankheiten.

Tabelle 1: **Eingeschriebene DMP-Ersatzkassen-Versicherte**

(Mehrfachzuordnung möglich)

Quelle: VdAK/AEV-Landesvertretung M-V

DMP	Berichtsmonat		
	Dezember 2004	Dezember 2005	Dezember 2006
Brustkrebs	–	629	1.039
Diabetes Typ 2	1.943	10.731	16.859
KHK	–	4.070	8.511
Diabetes Typ 1	–	204	758
Asthma	–	–	682
COPD	–	–	242
DMP Gesamt	1.943	15.634	28.091



KURZ GEMELDET

■ Zahl der Pflegebedürftigen steigt

In Mecklenburg und Vorpommern erhielten im Jahr 2005 mehr als 51.000 Versicherte Leistungen aus der Pflegeversicherung. Gegenüber 2003 (48.600) ist dies eine Steigerung um ca. fünf Prozent. 70 Prozent werden in der gewohnten häuslichen Umgebung von Angehörigen gepflegt, die anderen 30 Prozent, also etwa jeder Dritte, lebt in einem der 245 Pflegeheime unseres Landes.

■ Arzneimittel für Kinder werden sicherer

Für die Neuzulassung von Arzneimitteln ist es künftig Pflicht, auch ihre Verträglichkeit für Kinder zu prüfen. Die Hersteller von Arzneimitteln sind nun verpflichtet, im Rahmen des Zulassungsantrages für ein neues Arzneimittel, das auch bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden soll, die Ergebnisse klinischer Studien für diesen Personenkreis auszuweisen. Arzneimittel, die speziell für Kinder und Jugendliche entwickelt wurden, sollen künftig auch ein besonderes Symbol auf der Verpackung erhalten.

■ Ambulantes Operieren entwickelt sich

In Mecklenburg-Vorpommern wurden im vergangenen Jahr hochgerechnet etwa 41.000 ambulante Eingriffe in den Krankenhäusern erbracht.

Gegenüber 2005 ist das eine Steigerung um etwa zehn Prozent. Mittlerweile wird jeder fünfte Eingriff im Krankenhaus ambulant ausgeführt.

Ersatzkassen unterstützen Sozialminister Nichtraucher schützen!

DER SCHUTZ VON NICHTRAUCHERN rechtfertigt nach Ansicht der Ersatzkassen ein staatliches Rauchverbot auch in Gaststätten. „Jedes Jahr sterben in Deutschland über 3000 Nichtraucher durch das Einatmen von Zigarettenrauch an Lungenkrebs, Herzkrankheiten oder Schlaganfällen«, sagte der Leiter der Ersatzkassenverbände Karl Nagel anlässlich eines dpa-Gesprächs. Die Pläne von Sozialminister Erwin Sellering (SPD) für ein Rauchverbot auch in Restaurants und Kneipen sind deshalb richtig. „Die Raucher müssen die Erkenntnis selbst gewinnen, dass sie sich erheblichen Risiken aussetzen. Aber beim Passivrauchen sind Menschen gegen ihren Willen betroffen. Die müssen wir schützen“.

Wenn man bedenkt, dass im Tabakrauch 4800 Stoffe enthalten sind, von denen über 70 im Verdacht stehen, krebserregend zu sein, dann ist das

ein Argument, um in Gaststätten ein Rauchverbot auszusprechen.

Hier schützt nur ein konsequentes Rauchverbot. Nicht nur in öffentlichen Einrichtungen wie Schulen, Krankenhäusern und Behörden, sondern auch in Zügen, Gaststätten und Bars sowie in Ferieneinrichtungen.

Durch Folgewirkungen des Rauchens entstehe der Volkswirtschaft jährlich ein Schaden von 20 Milliarden Euro. Die Krankenkassen könnten ihre Beiträge um 0,7 Prozentpunkte senken, wenn die Behandlungen von Raucher-Krankheiten wegfielen.

Deshalb unterstützt die VdAK/AEV-Landesvertretung auch die Bemühungen der Landesregierung, für Mecklenburg-Vorpommern, das sich zudem zum Gesundheitsland Nr. 1 entwickeln will, ein umfassendes Rauchverbot einzuführen.

BÜCHER

Das „**TRIAS Handbuch: Richtig selbst behandeln**“ gibt garantiert verlässliche Antworten auf viele Fragen: Welche Symptome und Krankheitsbilder gibt es? Was hilft bei welchen Beschwerden? Wann muss ich wirklich zum Arzt? Was sind wirksame Haus- bzw. Arzneimittel? Die Autoren **Sophie Faber** (Fachärztin für innere Medizin), **Christiane Marzi** (Fachärztin für Allgemeinmedizin) und **Ernst-Albert Meyer** (Apotheker) vermitteln auf **416 Seiten, 102 Abb. und 64 Tabellen** fundiertes, systematisches und übersichtliches Wissen zu vielen Fragen der medizinischen Diagnostik und Selbstbehandlung.

TRIAS Verlag 2007, ISBN-13 9783830432531, ISBN-10 3830432534, 24,95 €

Es gibt kaum einen Begriff, der in der Öffentlichkeit aber auch für unser Selbstverständnis eine so große Rolle spielt, wie den der „Intelligenz“. Doch was mei-

nen wir eigentlich, wenn wir über Intelligenz sprechen? Das Buch „**Was ist Intelligenz?**“ von **Joachim Funke** und **Bianca Vaterrodt-Plünnecke** gibt einen Überblick über die historische Entstehung des Begriffs und den derzeitigen Stand der Intelligenzforschung. Die Autoren erläutern darüber hinaus Ansätze und Vorgehensweise der wichtigsten Intelligenztests.

Verlag C. H. Beck 2004, 127 S., 11 Abb. 4 Tab., Paperback ISBN 978-3-406-41888-4, 7,90 €

Sechzehn Jahre, nachdem das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern gegründet wurde, schließt sich mit der Herausgabe des **Lexikons zu Mecklenburg-Vorpommern** endlich eine große Lücke. Auf etwa **800 Seiten** wird faktenreich, allgemeinverständlich und dennoch die landeskundlichen Besonderheiten erfassend, die Historie des Landes von der Vorgeschichte bis zur Gegenwart dargestellt. Über **750 Abbildungen** ergänzen die Texte der etwa 95 Autorinnen und Autoren zu ca. **15.000 Stichwörter**.

Hinstorff Verlag 2007, ISBN 3-356-01092-1, gebunden, Schutzumschlag, 49,90 €

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