

Themen dieser Ausgabe:

Die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung...

Seite 1

Auswirkungen des ab April gültigen neuen Arzneimittelgesetzes auf Patienten und Versicherte

Seite 3

Die Public Health Ausbildung in Berlin – Vergangenheit oder Zukunft?

Seite 4

Kurz vorgestellt – Publikationen und Webadressen, die sie kennen (lernen) sollten

- GesundheitsPolitischer Brief
- Pundt, J. (2005). *Professionalisierung im Gesundheitswesen*

Seite 5

Impressum

Seite 5

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung – Präventionsgesetz vorerst kein Thema

- Guido Grunenberg

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat im Jahr 2004 mit Präventionsleistungen etwa doppelt so viele Menschen erreicht wie im Jahr 2003. Soweit die Zahlen, des vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam herausgegebenen vierten Präventionsberichtes.

Die erste Ausgabe des IPG-Newsletters Gesundheitsförderung in diesem Jahr beschäftigt sich mit folgenden Themen:

- Die Leistungsbilanz der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung: Brauchen wir vielleicht doch kein Präventionsgesetz?
- Ein Vorschaltgesetz soll die steigenden Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel senken: Was ist geplant?
- Von der Technischen Universität zur Charite: Mehr als ein Umzug für den Studiengang Gesundheitswissenschaften/Public Health?
- Der GesundheitsPolitische Brief und
- Professionalisierung im Gesundheitswesen

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen die [Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung](#).

Veranstaltungen/Tagungen

22.03.-23.03.2006 [Osnabrück]
 Fachtagung „Gesundes Krankenhaus“ der Deutschen Bundesstiftung Umwelt (DBU). [\[Mehr dazu\]](#)

22.03.-26.03.2006 [Berlin]
 27. Deutscher Krebskongress. [\[Mehr dazu\]](#)

28.03.-29.03.2006 [Bonn]
 Konferenz "Gesunde Beschäftigung in gesunden Organisationen". [\[Mehr dazu\]](#)

29.03.-30.03.2006 [Magdeburg]
 Bundesweite Tagung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung und der Landesvereinigungen für Gesundheit. „Gesund leben lernen“. [\[Mehr dazu\]](#)

30.03.-1.04.2006 [Heidelberg]
 "Partizipative Entscheidungsfindung in der Medizin. Patient und Arzt als Team. [\[Mehr dazu\]](#)

06.04.2006 [Berlin]
 Weltgesundheitstag 2006. Menschen für Gesundheit: Die Gesundheitsberufe. [\[Mehr dazu\]](#)

17.05.-19.05.2006 [Berlin]
 Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit. [\[Mehr dazu\]](#)

19.05.-20.05.2006 [Bielefeld]
 Fachtagung "Health Inequalities" der Bielefelder Fakultät für Gesundheitswissenschaften. [\[Mehr dazu\]](#)

06.06.-09.06.2006 [Hamburg]
 Suchttherapietage. Prävention, Beratung und Behandlung. [\[Mehr dazu\]](#)

Die Betrachtung ist unter quantitativen Gesichtspunkten durchaus eindrucksvoll.

3,4 Millionen Menschen wurden im Jahr 2004 über Präventionsmaßnahmen erreicht (2003 waren es noch ca. 1,7 Millionen Menschen).

Die individuellen, rein verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen sind weiterhin in der Primärprävention dominant. Kursangebote in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stress und Sucht (Nichtrauchen), wurden von rund 800.000 Versicherten in Anspruch genommen (542.000 im Jahr 2003). Die Verteilung innerhalb der Handlungsfelder sowie der die Maßnahmen in Anspruch nehmenden Personen blieb weitgehend unverändert. Rund zwei Drittel nahmen an Bewegungskursen teil, Stress- und Ernährungsmaßnahmen legten leicht zu. 80% der Kursteilnehmer sind Frauen, junge Menschen (unter 19 Jahren) nutzen die Angebote eher selten. Die Inanspruchnahme von individuellen Präventionsmaßnahmen erfolgt erfahrungsgemäß verstärkt durch solche Personen, die geringere gesundheitliche Gefährdungen, ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein und einen höheren Sozialstatus aufweisen. Ein Sachverhalt, der symptomatisch für den gesamten Bereich von Gesundheits- und Bildungsangeboten für Erwachsene ist.

Neben der gesteigerten Inanspruchnahme individueller Präventionsmaßnahmen verdeutlicht die Dokumentation ebenso eine starke Zunahme von lebensumfeldbezogenen Maßnahmen (Settingansatz). Eine besondere Bedeutung wird hier den so genannten nichtbetrieblichen

Lebenswelten wie Kindertagesstätten, Schulen, Vereinen oder Stadtteilen beigemessen. Denn Maßnahmen zur Primärprävention sollen „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten“, so der eigens formulierte Anspruch der gesetzlichen Krankenkassen in den gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs. 1 und 2 SGB V, der am 10. Februar 2006 aktualisiert wurde.

Vor allem in Schulen und Berufsschulen konnten die Krankenkassen im Berichtsjahr nahezu 1,9 Millionen junge Menschen mit präventiven Angeboten erreichen (2003: 0,54 Millionen). Dabei wurde auch der Grundgedanke des Settingansatzes, die Förderung regionaler und überregionaler Netzwerk- und Kooperationsprojekte, stärker forciert als in den Jahren zuvor (und in der Dokumentation anhand von drei Beispielen sehr ausführlich dargestellt).

Auch im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung haben die gesetzlichen Krankenversicherungen ihre Maßnahmen um gut 18% ausgebaut. In Zahlen bedeutet dies knapp 4.800 Standorte bzw. Betriebe, wobei etwa 50% aller Aktivitäten ein Jahr oder länger dauerten und ebenso rund 50% gleichzeitig verhaltens- und verhältnisbezogen waren.

Mit der handlungsfeldübergreifenden Ausweitung der Präventionsaktivitäten geht eine Steigerung der Ausgaben einher. Im Jahr 2004 gaben die gesetzlichen Krankenkassen 148 Mil

lionen Euro für Prävention aus (113,5 Millionen im Jahr 2003).

Die vorliegende Dokumentation unterstreicht die freiwillige Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen, die jährlichen Leistungen im Bereich der Primärprävention transparent zu machen, nicht weniger aber auch nicht mehr.

Die Dokumentation liefert im Wesentlichen einen Überblick darüber, welche Kurs- und Seminarangebote Versicherte in Anspruch genommen und welche Aktivitäten die gesetzlichen Krankenkassen in den verschiedenen Settings gefördert haben. Sie enthält Informationen über gewählte Methoden zur Ermittlung des Handlungsbedarfs, über die Wahl der Zielgruppen, die im Zusammenhang mit den Maßnahmen gebildete Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen sowie über die Einbindung von fach- und sachlichen Ressourcen externer Kooperationspartner. Darüber hinaus werden die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen der Aktivitäten abgebildet, sowie die Art der Veränderungen, die durch die Aktivitäten bewirkt wurden.

Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit Präventionszielen findet in der Dokumentation nicht statt. Hierzu wird auf die aktualisierte Fassung der gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen verwiesen.

Tatsächlich sind dort erstmalig Präventionsziele genannt, die nicht nur dokumentiert, sondern auch im Hinblick auf Ergebnisqualität evaluiert werden sollen. Letztendlich können die Ziele jedoch nicht weiter konkretisiert werden, da in der Gesundheitsförderung konsensual festgelegte Werte eine Rolle spielen, die in den jeweiligen Lebensräumen noch partizipativ entwickelt werden sollen, wie es in dem Leitfaden heißt.

Auch der Settingansatz erhält eine deutliche Aufwertung und geht mit der Empfehlung an die Mitgliedskrankenkassen einher, zukünftig mindestens 50 Cent pro Versicherten und Jahr (ca. 35 Mio. Euro) für Settingmaßnahmen in nichtbetrieblichen Lebenswelten zu verausgaben. So sollen für das übergeordnete gesetzliche Ziel der Reduzierung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen die Maßnahmen zukünftig noch stärker auf sozial benachteiligte Zielgruppen in ihrem alltäglichen Lebensraum ausgerichtet werden.

Insbesondere das Setting Schule wird für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention als geeignet angesehen, um die Verpflichtung zu kassenartenübergreifender Zusammenarbeit zur Umsetzung gesundheitsfördernder Projekte partnerschaftlich zu praktizieren.

Ein weiterer Schwerpunkt soll das Thema kommunale Gesundheitsförderung werden und zwar unter Einbeziehung der in diesem Setting beteiligten Akteure. Beispielhaft wird hier auf

die intensive Zusammenarbeit mit dem Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verwiesen.

Und auch in der Entwicklung von vorrangig arbeitsweltbezogenen Präventionszielen in der gesetzlichen Krankenversicherung wollen die Spitzenverbände der Krankenkassen verstärkt Akzente setzen. Grundlage hierfür soll ein von der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) entwickeltes Verfahren sein, das Ende 2007 zur Ableitung von Präventionszielen führen soll.

Bei sämtlichen im Setting geplanten Aktivitäten wird stets betont, dass Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die nur durch eine gemeinschaftliche Bereitstellung von Ressourcen durch die für das jeweilige Setting verantwortlichen Akteure bewältigt werden kann.

Entsprechend selbstbewusst präsentierten sich die gesetzlichen Krankenkassen auf Ihrer Veranstaltung „Zukunft in der Prävention“ am 20.02.2006 in Berlin gegenüber der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die im Rahmen der Veranstaltung mitteilte, dass mit einer Verabschiedung des Präventionsgesetzes 2006 nicht mehr zu rechnen sei.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Hinblick auf das für sie „drohende“ Präventionsgesetz schlichtweg ihre Hausaufgaben gemacht und befinden sich zur Zeit in der komfortablen Situation, den Ball zur Gesundheitsministerin zurück spielen zu können und sogar Forderungen an die übrigen verantwortlichen Akteure, wie Länder und Gemeinden als Träger von Einrichtungen sowie politisch Verantwortliche zu stellen, ihre Leistungen auf diesem Feld ebenfalls auszuweiten bzw. einzubringen.

Mit diesen Ergebnissen unterstreichen die Krankenkassen geschickt die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung und besetzen dieses Feld in der Gesundheitspolitik, ohne sich einer inhaltlichen Auseinandersetzung über konkrete Ziele in Prävention und Gesundheitsförderung stellen zu müssen.

Gesundheitspolitisch spielt Prävention derzeit eine nur untergeordnete Rolle. Ein Zustand, der erst durch einen neuen Anlauf für ein Präventionsgesetz geändert werden könnte.

Weitere Informationen:

[Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen in der Primärprävention. Dokumentation 2004.](#)

[Leitfaden „Prävention“ der Spitzenverbände der Krankenkassen \(Fassung vom 10.02.2006\)](#)

[Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten](#)

[IGA \(Initiative Gesundheit und Arbeit\)](#)

Auswirkungen des ab April gültigen neuen Arzneimittelgesetzes auf PatientInnen und Versicherte

■ Siegfried Dierke

Im letzten Jahr sind die Arzneimittelkosten der gesetzlichen Krankenversicherung um 16 % gestiegen und belasten die Krankenkassen zusätzlich in Milliardenhöhe. Deshalb hat die schwarzrote Koalition ein Vorschaltgesetz auf den Weg gebracht, das die Mehrausgaben im Pharma-Sektor senken soll: Apotheken müssen auf ihre gewohnten Natural-Rabatte verzichten, die meisten Generika-Hersteller ihre Abgabepreise dafür um 10% senken und die Preise von Medikamenten, die zu Lasten der GKV abgegeben werden, 2 Jahre lang auf dem Niveau vom 1.11.2005 eingefroren werden. Auch für PatientInnen, Versicherte und „VerbraucherInnen“ hat dieses *Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG)* einige z.T. schwerwiegende Auswirkungen.

Ärzte- und Patientenorganisationen befürchten aufgrund der Einführung einer Bonus-Malus-Regelung eine erhebliche Beschädigung des Vertrauensverhältnisses zwischen BehandlerInnen und PatientInnen. Anhand durchschnittlicher Tages-Therapiekosten (bzw. „Durchschnittskosten pro definierter Dosiereinheit auf Basis definierter Tagesdosen“) soll künftig errechnet werden, ob das Verschreibungsverhalten von ÄrztInnen wirtschaftlich ist. Für Überschreitungen ab 10% haben die ÄrztInnen mit bis zu 50% durch Honorarkürzungen (Malus) zu haften. Die Bonus-Regelung hingegen belohnt ggf. Unterversorgung und sparsames Verhalten zu Lasten der PatientInnen. Dieser finanzielle Druck bzw. Anreiz auf die ÄrztInnen kann dazu führen, dass sie ihr Ordnungsverhalten nicht am Gesundheitszustand der PatientInnen und deren Erfordernissen, sondern an wirtschaftlichen Kennziffern ausrichten (müssen). PatientInnen- und Ärzteverbände protestieren gegen diese Regelung (die ggf. nicht in Kraft tritt, wenn es zu gesonderten Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen auf der regionalen Ebene kommt, durch die das Sparziel ebenfalls erfüllt wird).

Weiteres Ungemach droht PatientInnen durch den gesetzlich verordneten Preisstopp bzw. (im Generika-Bereich) 10-prozentigen Rabatt an die Krankenkassen, den die Arzneimittelhersteller hinnehmen müssen. Für diese Preisabschläge an die Kassen kann sich die Pharmaindustrie auf mehreren Wegen an den PatientInnen schadlos halten: Zum einen gelten Preis-Stopp bzw. Rabatt nur für Medikamente, die zu Lasten der GKV abgegeben werden; alle Arzneimittel, die die PatientInnen aus eigener Tasche bezahlen, können einer beliebig hohen Preissteigerung unterliegen. Zum anderen mutmaßen einige Fachleute, dass gerade die großen und mächtigen Firmen dem Druck der Regierung nicht folgen und ihre Herstellerabgabepreise nicht den neu abgesenkten Festbeträgen anpassen werden. (Festbeträge stellen den Höchstbetrag dar, den die Kassen für eine bestimmte Produktgruppe zahlen.) Das hat für die Versicherten zur Folge, dass sie zusätzlich zur Rezeptgebühr (also der Zuzahlung von 5-10 EUR) noch den gesamten Differenzbetrag zwischen Festbetrag und Verkaufspreis aus eigener Tasche finanzieren müssen. Aufgrund der Absenkung der Festbeträge bekommen dies Versicherte demnächst noch schmerzlicher zu spüren als heute.

Aber ein kleines Bonbon für die PatientInnen hat die Regierungskoalition dann am Ende der Beratungen doch noch parat. Liegen die Preise für bestimmte Arzneimittel 30% unter dem Festbetrag, können (nicht: müssen!) die Spitzenverbände der Krankenkassen auf die sonst übliche Zuzahlung verzichten. Die PatientInnen sollen auf diese Weise motiviert werden, auf die Verordnung besonders preisgünstiger Präparate zu achten. Durch den Wegfall von Zuzahlungen entgeht den Kassen natürlich eine

Einnahmequelle, doch wird erwartet, dass sich durch die Neuregelung auch die Ausgaben in deutlicherem Umfang senken lassen. Es bleibt allerdings abzuwarten, in welchem Umfang überhaupt Arzneimittel in diesem Preissektor zur Verfügung stehen werden, in welchem Maße die GKV von der Zuzahlungsbefreiung Gebrauch machen wird und wie die PatientInnen reagieren. Chronisch Kranke und Menschen mit geringem Einkommen, die öfter erkrankt sind, werden kaum Anreize verspüren, wenn sie die Obergrenze für Zuzahlungen (1 bzw. 2% des Bruttoeinkommens) durch sonstige Zuzahlungen sowieso im Laufe eines Jahres erreichen werden.

Insgesamt bedeutet das AVWG aus PatientInnen- und Versichertensicht eine Fortsetzung der Benachteiligung von chronisch Kranken und multimorbiden Patienten. Diese kommen kaum in den Genuss möglicher Einsparungen bei den Zuzahlungen, haben dafür aber alle oben erwähnten finanziellen und qualitativen Nachteile in Kauf zu nehmen. Ob wenigstens das Sparziel der Regierung erreicht wird, um eine wegen der ausufernden Arzneimittelkosten ggf. notwendige Erhöhung der Krankenkassenbeiträge für die Versicherten abzuwenden, bleibt aber weiterhin fraglich. Die Bundesregierung ist zwar in vielen Teilen schon eingeknickt vor den mächtigen Lobbyverbänden der Pharmaindustrie, dennoch ist ungesichert, ob die Hersteller wenigstens in dem von der Regierung gewünschten und vorgesehenen Rahmen ihre Preise absenken. In direkten Verhandlungen sollen zudem Krankenkassen zukünftig mit den Pharmaunternehmen Rabatte aushandeln können. Der Ausgang dieses Kräftemessen zwischen z.T. nicht sehr großen Kassenverbänden auf der einen und Weltkonzernen auf der anderen Seite kann auch noch bittere Überraschungen bergen. Spätestens aber nach Erhöhung der Mehrwertsteuer im nächsten Jahr ist der Einspareffekt zum allergrößten Teil aufgefrisst und die nächste Notoperation liegt an. Die Alternative, durch eine grundlegende Neuordnung der Arzneimittelversorgung mittels Einführung einer Positivliste auch langfristig eine deutliche Absenkung der Ausgaben für Medikamente zu erreichen, wurde im Bundestag nur von der Fraktion DIE LINKE ins Gespräch gebracht.

Die Public Health Ausbildung in Berlin – Vergangenheit oder Zukunft?

■ Burkhard Gusy

Zum Wintersemester 2005/06 wurde an der Technischen Universität Berlin die Zulassung zum Studienangebot Public Health ausgesetzt. Dieser Entscheidung vorausgegangen waren Strukturreformen an den Berliner Universitäten, in der die Universitäten verpflichtet wurden sich voneinander abgrenzbare Profile zu geben. An der Technischen Universität Berlin führte dies zu einer Akzentuierung des technischen und naturwissenschaftlichen Schwerpunkts, zu Lasten der Geistes- und Sozialwissenschaften. Für Public Health blieb da kein Platz, die vorhandenen personellen Kapazitäten sollten in andere Bereiche der Technischen Universität Berlin verlagert werden.

Dem entgegen stand ein Passus in den Zielvereinbarungen zwischen den Berliner Universitäten und dem Senat, der die Berliner Universitäten zu einer Kooperation auf dem Gebiet von Public Health verpflichtet. Die Universitäten sind aufgefordert, bis zum 30.04.06 ein entsprechendes Konzept vorzulegen. Und weiter heißt es dort, dass die zum Zeitpunkt der Beschlussfassung (2004) verwendeten Ressourcen erhalten bleiben sollen.

Auf eine kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Stefanie Schulze (Die Linkspartei.PDS) vom Dezember 2005 antwortete die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Forschung und Kultur, dass das Angebot Public Health in Berlin aufrecht erhalten und nach Möglichkeit in das Studienangebot der Charite integriert werden sollte. Die Charite hätte bereits Interesse signalisiert.

Unter Leitung von Prof. Wienau, dem damaligen Direktor des Zentrums für Human- und Gesundheitswissenschaften, hatte eine Arbeitsgruppe ein Konzept für die konkrete Umsetzung erarbeitet. Diese Arbeitsgruppe kam zu dem Ergebnis – so geht weiter aus der Stellungnahme der Senatsverwaltung hervor – dass die Einrichtung einer "Berlin School of Public Health (BSPH)" als neues Department am Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charite wünschenswert wäre.

Die Umsetzung dieses Wunsches ließ auf sich warten, da von der Technischen Universität gefordert wurde, auf Ressourcen zu verzichten um diese an die Charite zu transferieren. Ende Januar fiel dann die grundsätzliche Entscheidung, eine der Professuren, nämlich die von Frau Prof. Dr. Maschewsky-Schneider, an die Charite zu transferieren. Was sie an Ausstattung mitnehmen darf ist noch nicht letztendlich geklärt. Damit ist die Voraussetzung für die erste Realisierungsstufe des unter Leitung von Prof. Wienau erarbeiteten Konzepts geschaffen.

Ob es möglich sein wird, die beiden Studiengänge 'Magister der Gesundheitswissenschaften/Public Health' und 'Master of Science in Epidemiology' zum Wintersemester 2006 an der Charite starten zu lassen ist noch unklar. Der Zeitplan für die Homogenisierung der entsprechenden Ordnungen (Zulassungs-, Studien- und Prüfungsordnung) mit denen der Charite ist eng, auszuloten sind mögliche Synergieeffekte zu den dort bereits bestehenden gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen (Master of International Health, Consumer Health Care sowie Health & Society) sowie die noch ausstehende Modularisierung der zu transferierenden Studienangebote. Eine neue Herausforderung sind die einzuführenden, kostendeckenden Studiengebühren, die zwischen 6.000 und 8.000 Euro liegen dürften und über die Marktfähigkeit dieses neuen Angebots mit entscheiden.

Mittelfristig sollen die an der Charite bestehenden gesundheitswissenschaftlichen Studienangebote in einer 'Berlin School of Public Health' zusammengefasst werden – so sieht es die zweite Realisierungsstufe des Konzepts für den

Aufbau einer Berlin School of Public Health vor. Ziel dabei ist u.a., Module, die bislang in Eigenregie angeboten werden, zu vereinheitlichen und für alle Studienabschlüsse, die dieses Modul benötigen, anzubieten. Eine Verringerung der Verwaltungskosten durch eine Zusammenfassung der Studiengänge unter einem Dach ist eine weitere Perspektive.

In der dritten Ausbaustufe sollen dann Kooperationsvereinbarungen mit anderen an Berliner Hochschulen etablierten gesundheitswissenschaftlich relevanten Studienangeboten geschlossen werden, so dass die Berlin School of Public Health ein relevanter Bestandteil des multidisziplinär angelegten Leitbilds "Lebenswissenschaften" wird.

Die zweite und dritte Realisierungsstufe sind in diesem Konzept nur schematisch beschrieben. Ungeklärte Fragen in diesem Zusammenhang sind:

- Da es an der Charite bereits etablierte gesundheitswissenschaftliche Studiengänge gibt, die sich vollständig aus Studiengebühren finanzieren, ist unklar, welcher Art die Synergieeffekte für diese Studiengänge sein könnten.
- Eine exklusive 'Berlin School of Public Health' an der Charite schließt die zahlreichen in Berlin bereits bestehenden Studienangebote zunächst aus und legt damit die Assoziation einer Klasseneinteilung analog der Deutschen Bahn AG nahe. Wenn diese Studienangebote nicht zur Berlin School of Public Health gehören, wären sie dann Studienangebote zweiter Klasse?
- Die in der dritten Realisierungsstufe vorgesehenen Kooperationsvereinbarungen mit den Studienangeboten außerhalb der Berlin School of Public Health sollen das Angebot in Berlin erweitern. Es erscheint unrealistisch in Zeiten modularisierter Studienangebote, die den Studierenden die Wahl zwischen konkurrierenden Studienangeboten und Modulen bietet, von auf Dauer gleich bleibenden Ressourcen auszugehen. Die Nachfrage wird hier zu einer Marktberreinigung führen.
- Die Etablierung weiterer gesundheitswissenschaftlicher postgradualer Studiengänge an der Charite verweist auf ein Strukturproblem. Wollen sich die Gesundheitswissenschaften dauerhaft an Hochschulen etablieren, wäre eine Fundierung durch entsprechende grundlegende Angebote mit Bachelor und Masterabschlüssen anzustreben. Dieses ist in den Konzepten für eine Berlin School of Public Health gar nicht vorgesehen. Dass dieser Weg an anderen Hochschulen beschritten wird, ist wahrscheinlich. Entsprechende postgraduale Angebote wären dann überflüssig oder müssten sich weiter spezialisieren.

Warum in dem Konzept erst Strukturen geschaffen werden müssen (eine Berlin School of Public Health) um dann Kooperationspartner zu

suchen, die es im Feld bereits längst gibt, ist nicht nachvollziehbar. Alle Akteure sind sich einig, dass es in Berlin eine hochschulübergreifende Kooperation zwischen den gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen geben sollte

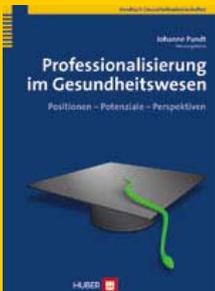
. Eine Kooperation in einem gleichberechtigten Netzwerk gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge wäre das angemessenere Modell gewesen. Ob sich diese Entwicklung noch korrigieren lässt, werden die kommenden Diskussionen zeigen.

Angeklickt: GesundheitsPolitischer Brief

Der GesundheitsPolitische Brief (GPB) ist ein wöchentlich erscheinender Nachrichtenüberblick zur deutschen Gesundheitspolitik, der per Email zugestellt wird. Der Herausgeber Dr. Albrecht Kloepper bietet in diesem ca. 20 Seiten umfassenden Newsletter eine aktuelle Sammlung gesundheitspolitischer Diskussionen, Veröffentlichungen und Stellungnahmen. Die Artikel sind übersichtlich nach Bereichen wie Recht, Regierung, Bundestag, Länder, Krankenkassen, Telematik, Pflege, Pharmabereich, Krankenhauslandschaft etc. gegliedert. Ein Teil der dargestellten Informationen ist unterschiedlichen (Fach-)Zeitungen entnommen, vielfach jedoch eigens sachkundig redigiert oder aber

durch den gesundheitspolitischen Networker Kloepper persönlich zusammengetragen. Darüber hinaus stellt der Herausgeber aktuelle Dateien (Gesetzentwürfe, Studien, Berichte, Präsentationen etc.) der jeweiligen Berichtswoche zur Verfügung, die die Abonnenten kostenlos bei ihm abrufen können. So stellt der GPB nicht nur für Profis in der Gesundheitspolitik eine wertvolle Hilfe dar. Der Bezugspreis beträgt für das Einzelabonnement 30,- Euro im Monat; für Sammelabonnements, die individuell angemeldet und abgesprochen werden müssen, werden aber deutliche Rabatte gewährt. Bezug: <http://www.albrecht-kloepper.de>

Johanne Pundt (Hrsg.) (2006). *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven*. (Handbuch Gesundheitswissenschaften). Euro 34.95.



Das Gesundheitssystem mit nunmehr über 4 Millionen Beschäftigten hat sich zu einem der beschäftigungsintensivsten Teilsysteme der Gesellschaft ausdifferenziert. Es befindet sich in einem tief greifenden Wandel, der auch die Gesundheitsberufe und die dort geforderten Qualifikationen betrifft. Mit dem Buch "Professionalisierung im Gesundheitswesen: Positionen, Potenziale, Perspektiven" will J. Pundt die Professionalisierungsentwicklungen der Gesundheitsberufe aufzeigen, einen Wegweiser durch den Dschungel der umfassenden Angebote geben und einen Überblick über neue Arbeitsfelder und deren Zuschnitt geben.

Gewonnen hat sie für dieses Vorhaben Experten aus der Bildungs- und Gesundheitsbranche, die ihre Sichtweisen darlegen. Die ersten Kapitel dieses Herausgeberwerks skizzieren Forschungsansätze zur Professionalisierung, gefolgt von Handlungsfeldern sowie Qualifizierungsanforderungen und –bedarfen zur Professionalisierung. Die Darstellungen sind detail- und kenntnisreich und geben einen guten Überblick über das jeweilige Thema. Der Wandel wird nachdrücklich dokumentiert, die vielfältigen Ansätze des Forschungsfeldes zur Professionalisierung ebenso. Dennoch hinterlässt die Lektüre des Buchs das Gefühl, verschiedene lose Enden in einer Hand zu halten, die sich zu keinem einheitlichen Bild zusammenfügen lassen wollen.

Impressum

Herausgeber:
FU Berlin - AB Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
e-Mail: newsletter-redaktion@ipg-berlin.de

Redaktion:
Siegfried Dierke, Guido Grunenberg, Burkhard Gusy

Redaktionsschluss
für die nächste Ausgabe: 10.06.2006

Abonnement
Falls sie den Newsletter auch in Zukunft beziehen wollen, sollten sie sich in den Verteiler aufnehmen lassen.