

Themen dieser Ausgabe:

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem in den Niederlanden.
Seite 1

Die Rolle von Patienten im Gesundheitssystem
Seite 2

BSE – ein umstrittenes Risiko
Seite 3

Interlinks - Webadressen, die sie kennen(lernen) sollten
Seite 5

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem der Niederlande

■ Guido Grunenberg

Auch nach den lang ersehnten Vorschlägen der Rürup-Kommission scheinen dem deutschen Gesundheitswesen die großen Struktur-reformen und Herausforderungen weiterhin bevor zu stehen. Zieht man den europäischen Vergleich heran, so muss den bestehenden Strukturen, Institutionen und Instrumenten eine zunehmende Ineffizienz attestiert werden.

Der IPG-Newsletter-Gesundheitsförderung startet mit dieser Ausgabe eine Serie zu den Gesundheitssystemen in Europa. Den Auftakt bildet die Darstellung des Gesundheitssystems der Niederlande, welches in zentralen Strukturen hinsichtlich der Aspekte Wirtschaftlichkeit und Qualität beschrieben und mit bundesdeutschen Strukturen verglichen wird.

Der IPG_Newsletter_Gesundheitsförderung informiert kurz, knapp und bündig über aktuelle gesundheitsbezogene Themen und erschließt weitere Informationsquellen zu den jeweiligen Themenkomplexen. Der Newsletter erscheint alle drei Monate und kann abonniert werden durch einen Eintrag in unseren [Verteiler](#).

Neben inhaltlichen Beiträgen werden Hinweise auf Tagungen oder Veranstaltungen veröffentlicht. Hinweise für interessante Veranstaltungen nimmt die [Redaktion](#) entgegen.

Nicht alle Leser konnten unsere externen Verweise (links) nutzen. Sollten auch sie ähnliche Probleme haben, Kritik oder Anmerkungen los werden wollen, senden Sie uns eine [E-Mail](#).

Laut World Health Report 2000 der WHO liegt die Lebenserwartung in Deutschland unter dem Durchschnitt der Länder der Europäischen Union. Vergleicht man die Sterblichkeit auf Grund eines Schlaganfalls, Diabetes mellitus, Darmkrebs und Brustkrebs in Deutschland mit der Sterblichkeit in Frankreich, Italien, England, Finnland, Schweden und den Niederlanden, so belegt Deutschland für jede dieser Erkrankungen einen der drei schlechtesten Plätze. Mit 10,7 Prozent hat Deutschland darüber hinaus mit Abstand die höchsten Gesundheitsausgaben in Relation zum Bruttosozialprodukt in Europa.

Das Gesundheitssystem der Niederlande gilt als eines der effizientesten und fortschrittlichsten der Welt mit Vorbildcharakter bei der Umsetzung von Reformen in anderen Ländern.

Grundlegende Prinzipien

Die Regierung der Niederlande trägt die Verantwortung für die landesweite Gesundheitspolitik. Neben der maßgeblichen Beteiligung an der Planung, Organisation und Finanzierung der Gesundheitsstrukturen, unterliegt ihr die Konzessionsvergabe an Krankenversicherungen und Gesundheitseinrichtungen, die Gestaltung von Tarifstrukturen sowie die Festlegung von Qualitätsstandards.

Das niederländische Gesundheitssystem basiert mit seinen drei Säulen auf dem Sozialversicherungsprinzip und entspricht einer Mischfinanzierung aus staatlichen und privaten Geldern. Die erste Säule, die Allgemeine Versicherung für besondere Krankheitskosten (AWBZ), ist eine Pflichtversicherung für alle Bürger. Sie deckt Risiken wie Langzeitbehandlungen und -pflege, psychiatrische Behandlungen und Behindertensfürsorge ab und ist einkommensabhängig.

Die zweite und dritte Säule bilden die gesetzliche und die private Krankenversicherung für die ambulante und stationäre Akutversorgung, die medikamentöse Versorgung sowie die zahnärztliche Versorgung bei Kindern.

Veranstaltungen/Tagungen

12.05.-14.05.2003

Im Estrel Convention Center findet der 52. Deutsche Ärztekongress Berlin 2003 statt. [\[Mehr dazu\]](#)

24.06.-25.06.2003

Das Aktionsforum Gesundheitsinformation (afgis) veranstaltet den 1.afgis-Kongress zu Gesundheitsinformationen im Internet. [\[Mehr dazu\]](#)

25.06.-27.06.2003

Hauptstadtkongress Medizin & Gesundheit im ICC Berlin. Themen sind u.a. Kindergesundheit und evidenzbasierte Medizin. [\[Mehr dazu\]](#)

03.07.-05.07.2003

4. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin – Fachintegrierendes Forum für Suchttherapie, Suchtfolgekrankheiten und Akutversorgung Suchtkranker. Im Forum Hotel München. [\[Mehr dazu\]](#)

Knapp zwei Drittel der Niederländer sind in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert (gegenüber ca. 90% in Deutschland). Weitere ca. 5% sind in der gesetzlichen Versorgungskasse für Bedienstete des Staates versichert, einem Sondersystem für Angestellte der Kommunalverwaltung und Polizisten. Die Pflichtversicherungsgrenze in Höhe von 30.700 Euro pro Jahr liegt dabei um ca. ein Viertel niedriger als in Deutschland (ca. 41.000 Euro pro Jahr).

Leistungen, die als nicht unbedingt notwendig eingestuft werden, wie z.B. zahnärztliche Behandlungen bei Erwachsenen oder Kuraufenthalte, müssen privat finanziert oder durch Zusatzversicherungen abgedeckt werden. Diese werden sowohl von den gesetzlichen als auch den privaten Versicherungen angeboten.

Medizinische Versorgung

In den Niederlanden gilt das Primärärztsystem, d.h. die ambulante ärztliche Versorgung liegt weitgehend bei freiberuflich praktizierenden Allgemeinärzten. Die Patienten der GKV müssen sich bei einem Arzt ihrer Wahl registrieren lassen und sind dadurch in der freien Arztwahl eingeschränkt. Der Hausarzt fungiert als Lotse. Allgemeinärzte werden nach Kopfpauschalen bezahlt, die Honorare werden direkt mit der Krankenversicherung abgerechnet.

Die fachärztliche Behandlung findet fast ausschließlich in Krankenhäusern statt. Bis auf wenige Ausnahmen sind alle Krankenhäuser in den Niederlanden Stiftungen. Die Fachärzte arbeiten überwiegend als abhängig Beschäftigte der Kliniken und werden direkt von den Versicherungen bezahlt, zwischen ambulanten und stationären Facharztleistungen wird unterschieden.

Finanzierung

Das Gesundheitswesen der Niederlande wird im Wesentlichen über die gesetzliche und private Krankenversicherung finanziert. Hinzu kommt ein aus Steuermitteln finanzierter Beitrag des Staates (ca. 5%) und direkte Leistungen der

Patienten (ca. 4%). Jeder Zweig des dreigliedrigen Versicherungssystems verfügt dabei über eine eigene Finanzierung.

Die gesetzlichen Krankenkassen beziehen ihre Mittel (einkommensabhängige Beitragseinnahmen) über den Krankenversicherungsrat (CVZ) in Form budgetierter Zahlungen auf der Grundlage eines Verteilungsschlüssels vergleichbar einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA).

Bei einer Höchstgrenze des versicherungspflichtigen Jahreseinkommens von ca. 28.000 Euro, beträgt der Beitragssatz für Pflichtversicherte 7,95 % (einheitlich für alle ca. 30 gesetzlichen Krankenkassen). Dem gegenüber steht ein Arbeitgeberanteil von 6,25%.

Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und in der GKV versichert sind (das sind sie übrigens nur, wenn sie auch vorher in einer GKV versichert waren) leisten einen Beitrag in Höhe von 7,95 % ihrer staatlichen Altersrente.

Bewertung

Aufgrund der Ähnlichkeit der grundlegenden Strukturen der Gesundheitssysteme, orientieren sich die Reformvorschläge in Deutschland am niederländischen Modell.

Im Hinblick auf das Verhältnis von gesetzlicher und privater Krankenversicherung besteht jedoch ein wesentlicher Unterschied zwischen dem deutschen und dem niederländischen Gesundheitssystem. Hier findet in den Niederlanden eine eindeutige Trennung durch die Einkommensgrenze statt. Jenseits der Pflichtversicherungsgrenze (30.700 Euro pro Jahr) werden die zu Versicherten eindeutig der PKV zugewiesen. Unabhängig von einer Diskussion um

die Höhe der Einkommensgrenze begünstigt diese klare Regelung eher ein „Miteinander“ zwischen GKV und PKV im Gesundheitssystem und führt nicht, wie im deutschen System, zu einem Wettbewerb um bestimmte Versicherungengruppen (z. B. die der freiwillig Versicherten).

Die in den Niederlanden bereits durchgeführten Reformen im Bereich der medizinischen Versorgung (Hausarzt mit Lotsenfunktion, Abrechnung nach Fall- und Kopfpauschalen, Auflösung der starren Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung) stehen dem deutschen Gesundheitssystem noch bevor.

Allerdings weist das niederländische Gesundheitssystem mit seinen im Vergleich zu Deutschland deutlich niedrigeren Gesundheitsausgaben (gemessen am Bruttoinlandsprodukt) auch Qualitätseinbußen auf, die mit gerade diesen Reformen in Verbindung stehen. Wartelisten in Kliniken sind keine Seltenheit, die Versorgung von Pflegebedürftigen hat sich verschlechtert und eine Tendenz zu (wirtschaftlich rentableren) Gemeinschaftspraxen führt für die Patienten unter Umständen zu weiteren Einschränkungen in der Arztwahl.

Die auch in Deutschland favorisierte Einführung eines unabhängigen Institutes zur Entwicklung von Leitlinien und Therapiestandards hat darüber hinaus in den Niederlanden zu kontroversen Debatten über die Einschränkungen der Therapiefreiheit geführt.

Informationen zu internationalen Vergleichen von Gesundheitssystemen:

<http://www.aek.or.at/>

<http://www.pvs.de/DOMIS/verband/Infopool.nsf/HTML/28DB5DDB20175183C1256C800032C346>

Die Rolle von Patienten im Gesundheitssystem

■ Siegfried Dierke

Das Gesundheitswesen ist ein wichtiger Beschäftigungs- und Wirtschaftssektor. Über 4 Mio Menschen haben hier ihren Arbeitsplatz, und Aktionäre können in immer mehr Segmenten ihr Geld anlegen und vermehren. Aber im Mittelpunkt sollten eigentlich nicht die Einkünfte, Arbeitsplätze und Verdienstmöglichkeiten stehen, sondern diejenigen, für die das Gesundheitssystem primär geschaffen wurde, nämlich die PatientInnen.

Jedoch, PatientInnen führen hinsichtlich der Verankerung ihrer Rechte, ihrer Beratungs- und Informationsmöglichkeiten und auch der Beteiligung an wichtigen Gremien zur Gestaltung des Gesundheitssystems immer noch ein Schattendasein.

Seit zwei Jahrzehnten können PatientInnen in den leider nicht sehr zahlreichen Einrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und PatientInneninitiativen (BAGP) Information, Beratung und Unterstützung erhalten. Einige Verbraucherzentralen und andere Verbände haben nun nachgezogen und auch Beratungseinrichtungen für PatientInnen eröffnet, insbesondere als mit der Gesundheitsreform 2000 die Krankenkassen gesetzlich aufgefordert wurden, unabhängige Patientenberatung modellweise zu fördern (§65b SGB V). So hat sich in verschiedenen Regionen und Teilbereichen das Beratungsangebot deutlich verbessert, ist aber immer noch deutlich unzureichend.

Weit gravierender sind jedoch die Defizite hinsichtlich der Rechtssituation von PatientInnen

und ihre Vertretung in gesundheitspolitisch entscheidenden Gremien. Zwar fordert seit kurzem auch die Gesundheitsministerin eine verstärkte Einbeziehung von PatientInnen in die Gestaltung der Reformen, doch wie solch eine „Patientenbank“ in den Gremien, Ausschüssen und Kommissionen aussehen könnte, wie sie sich konstituieren und etablieren kann und wer dies finanzieren sollte, ist weiterhin mehr als unklar.

Von der BAGP und anderen Patientenorganisationen wird seit langem ein Patientenschutzgesetz gefordert. Auch in den Wahlprogrammen der Regierungsparteien hat dies einen Niederschlag gefunden, aber die Umsetzung läßt auf sich warten. Traurigerweise muss sogar festgestellt werden, dass vor über 3 Jahren eine umfassende Broschüre unter dem Titel „Patientenrechte in Deutschland heute“ von den Länder- und Bundesministerien zusammen mit den Dachverbänden der Leistungsanbieter, Krankenkassen und Patientenschutzorganisationen erarbeitet wurde, aber immer noch weitgehend unbekannt geblieben ist, da sie von den Minis

Interview mit einem Mitarbeiter der Geschäftsstelle der BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)

Das Gespräch führte Siegfried Dierke

terien nur in sehr geringer Stückzahl unters Volk

Was bringt das geplante Institut „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ für die PatientInnen?

BAGP: Das Institut soll als zentrale Aufgabe die Bewertung von medizinischem Nutzen und der Qualität von Leistungen haben. Dies kann für PatientInnen bedeuten, dass sie ihre drängenden Fragen nach den gut behandelnden Ärzten besser beantwortet bekommen. Weiterhin gehört zum Aufgabenbereich, Empfehlungen für eine zeitgemäße Fortschreibung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erarbeiten. Das würde für PatientInnen bedeuten, dass das undurchsichtige und suspekten Gremium des Bundesausschusses Ärzte - Krankenkassen an Legitimation verliert und Entscheidungen über Leistungen der GKV für Versicherte nachvollziehbarer werden. Zu den Aufgaben gehört auch die Bereitstellung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Verbesserung der Patienteninformation und Transparenz für die Patientinnen und Patienten. Dies ist eine Aufgabe, die bisher nicht konzertiert stattfindet und deshalb die Landschaft der Patienteninformation so flickenartig aussehen lässt.

Wie können denn PatientenvertreterInnen besser in gesundheitspolitische Entscheidungen einbezogen werden?

BAGP: Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten, aber im Groben lässt sich zusammenfassen: Es gibt vier Arten der Beteiligung von PatientenvertreterInnen:

- Erstens die Verfahrensbeteiligung als schwächste Form. Sie sieht lediglich vor, dass PatientenvertreterInnen in Gremien anwesend sein dürfen, in denen sie bisher vor der Tür saßen.
- Eine Nuance besser ist die Beratungsbeteiligung, die den PatientenvertreterInnen immerhin einräumt, in den Beratungsprozess Einfluss zu nehmen und damit Entscheidungen zu beeinflussen.
- Was wir als BAGP fordern, ist zumindest die dritte Form, die Entscheidungsbeteiligung. Dies

Eine Reihe experimenteller Befunde deuten überzeugend darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen dem Verzehr von BSE-belastetem Rindfleisch und einer neuen Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK) besteht und der BSE-Erreger aller Wahrscheinlichkeit nach über Lebensmittel übertragen wird. Galten BSE und vCJK zunächst als rein britisches Problem, gegen das sich andere Länder z.B. durch Importverbote, schützen konnten, haben vereinzelte Fälle von BSE-infizierten Rindern bzw. Berichte über den Import von BSE-belasteten Lebensmitteln sowie fehlerhaften Laborergebnissen Zweifel an der Begrenzung auf Großbritannien geschürt. Trotz umfangreicher administrativer Bemühungen handelt es sich um ein „umstrittenes Risiko“ (Pfister & Böhm, 2001),

gebracht wurde.

ermöglicht PatientenvertreterInnen, in bestehenden oder sich neu etablierenden Gremien des Gesundheitswesens mit abzustimmen, in denen grundlegende Bedingungen für die Gestaltung des Gesundheitssystems abgesteckt werden.

- Die vierte Form heißt Umfragebeteiligung und stellt sich so dar, dass Versicherte und PatientInnen nach ihrer Meinung zu einem Thema gefragt werden. Eine sehr sympathische, weil demokratische Beteiligung von Versicherten und PatientInnen, wie sie derzeit hierzulande gerade nicht Realität ist.

Wie sieht es aus mit der Vertreterrolle von PatientenvertreterInnen? Wie sichern sie sich ab, dass sie auch wirklich die Meinungen von PatientInnen artikulieren?

BAGP: Verschiedene Seiten stellen immer wieder die Frage der Legitimation von VertreterInnen von PatientInnen, wenn sie in den Entscheidungsgremien mitwirken. Diese Frage haben zuerst diejenigen aufgeworfen, die uns nicht dabei haben wollten. Sie haben aber eingesehen, dass ein bürgerorientiertes Gesundheitswesen nur mit Beteiligung von PatientInnen möglich ist.

So geht es jetzt darum, dass wir Mittel und Wege der Legitimierung finden. Noch winken sogar die Krankenkassen ab und meinen, dass eine basisdemokratische Legitimierung eines Patienten- oder Versichertenvertreters durch ihre Mitglieder nicht realisierbar ist. Stimmt nicht, sagen wir, wo ein Wille, da ein Weg. In der Zwischenzeit versuchen wir in der BAGP die Rückkopplung mit der Basis durch sog. Patientenbanktreffen zu organisieren. Wenn bestimmte Entscheidungen in Gremien anstehen, in denen wir jetzt schon mitarbeiten, veranstalten wir im Vorfeld öffentliche Tagungen, in denen wir mit VertreterInnen von Selbsthilfe, Patienteninitiativen, Patientenschutzorganisationen und Patientenfürsprechern diskutieren und Meinungsbilder entwickeln, die dann von den PatientenvertreterInnen in die Gremien getragen werden.

Vielen Dank für das Gespräch.

welches mit wechselnder Dramatik in der Öffentlichkeit behandelt wird. Ob die administrativen Bemühungen ausreichen, BSE-belastete Nahrungsmittel aus dem Handel zu halten und die Verbraucher nachhaltig zu schützen, ist der jeweiligen Einschätzung der Verbraucher überlassen. Die zeitweise drastischen Absatzeinbrüche von Rindfleisch lassen darauf schließen, dass Verbraucher verunsichert reagieren.

Zur Epidemiologie

Bei BSE handelt es sich um eine Krankheit bei Rindern, die in den 80er Jahren erstmalig in Großbritannien diagnostiziert wurde. Es ist eine schwammartige Hirnkrankheit des Rindes, die mit zentralnervösen Degenerationen einhergeht (Bewegungsunsicherheit; zunehmender Aggres

BSE – ein umstrittenes Risiko

Burkhard Gusy

„How now, mad cow? titelte das European Journal of Marketing im Juni 1998 zur Bovine Spongiforme Enzephalopathie (kurz BSE) Krise und dem darauf bezogenen Verhalten der Konsumenten. 2001 lebte die BSE-Krise erneut auf, dieses Mal im Kontext der Maul- und Klauenseuche (MKS).

Schwierig scheint es für die meisten Verbraucher zu sein, sich ein klares Bild von den Risiken, die mit BSE verbunden sind, zu machen. So zeigt z.B. eine Online-Befragung der Besucher der Webseite www.bse-info.de, dass sich 75% der Befragten nicht ausreichend über Verdachtsfälle im Kontext von BSE informiert fühlen.

Dieser Artikel versucht den aktuellen Stand der Diskussion zusammenzutragen.

sivität und Ängstlichkeit) und tödlich endet. Als Infektionsquellen wurden ungenügend inaktivierte Tier- und Knochenmehle identifiziert, die dem Tierfutter beigemischt werden. In experimentellen Studien konnte gezeigt werden, dass der Verzehr hochinfektösen BSE-kontaminierter Rindermaterials (z.B. Rückenmark, Gehirn, Schädel, Mandeln und Darm von Rindern) bei Menschen eine „neue Variante“ der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) auslöst (vgl. Cousens et al., 2001; RKI, 2001). vCJK ist eine tödlich verlaufende, neurodegenerative Krankheit, die im Gegensatz zu der bis dahin bekannten sporadischen CJK bei überwiegend jungen Menschen im Durchschnittsalter von 27 Jahren auftritt (RKI, 2001).

Europaweit nimmt die Zahl diagnostizierter BSE-Fälle ab (vgl. Tabelle 1), mit Schwankungen in den einzelnen Mitgliedstaaten. Während in Großbritannien die Fallzahlen BSE-diagnostizierter Rinder seit 1992 sinken, ist die Entwicklung in Frankreich und Deutschland gegenläufig - wenn auch auf deutlich niedrigerem Niveau. Im Jahr 2000 wurde in [heimischen Beständen](#) im Jahr 2000 bei 7 Rindern, im Jahr 2001 bei 125 und bis Februar 2002 bei 18 Rindern BSE diagnostiziert. In Frankreich werden seit dem Jahr 2000 unisono steigende Fallzahlen berichtet.

Tabelle 1: BSE-Inzidenzen in verschiedenen europäischen Staaten

	Grossbritannien	Schweiz	Frankreich	Deutschland
Vor 1989	2.980			
1989	7.166			
1990	14.294	2		
1991	25.202	8	5	
1992	37.056	15	0	(1)
1993	34.829	29	1	
1994	24.290	64	4	(3)
1995	14.475	68	3	
1996	8.090	45	12	
1997	4.335	38	6	(2)
1998	3.197	14	18	
1999	2.281	50	31	
2000	1.428	33	162	7
2001	1.005	42	277	125

Quelle: Angaben in Klammern kennzeichnen importierte Fälle

Während die BSE-Rate europaweit trotz Schwankungen in den einzelnen Mitgliedstaaten zurückgeht, zeigt bei vCJK ein zeitverzögerter Trend. 104 bereits verstorbene und 9 noch lebende Fälle werden aus [Großbritannien](#) berichtet, Frankreich meldet bislang 3 vCJK erkrankte Personen. In dem beim [Robert Koch Institut](#) geführten Fallregister ist für die Bundesrepublik Deutschland bislang kein einziger Fall verzeichnet. Experten gehen davon aus, dass in den nächsten Jahren mit einem Anstieg an vCJK-erkrankten Menschen zu rechnen ist, bis zum Jahre 2040 werden unter „worst-case“ An-

nahmen für Großbritannien bis zu 6.000, für andere Länder West- und Mitteleuropas 300-600 Fälle erwartet (RKI, 2001). Diese Zahlen sind Schätzwerte, die auf Grund der zugrundeliegenden Parameter als vage bezeichnet werden müssen.

Verbraucherverhalten im Kontext von BSE und vCJK

Erstaunlich gering ist die Anzahl an Publikationen aus dem gesundheitswissenschaftlichen Spektrum, die sich mit BSE als möglichem Erkrankungsrisiko für den Menschen auseinandersetzen und das Verhalten der Konsumenten angesichts einer möglichen Bedrohung durch BSE beleuchten, um Hinweise für die Adressierung und für Inhalte von Präventionsbotschaften geben zu können. Von Bedeutung in diesem Kontext ist sicher auch, dass frühzeitig risikante Informationen wie z.B. das Abwiegen einer möglichen Gefährdung der Verbraucher durch BSE von administrativen Stellen das Vertrauen der Verbraucher nachhaltig erschüttert haben.

Die wenigen verfügbaren Studien legen nahe, dass das Wissen der Verbraucher zu BSE und vCJK zu ungefähr 50% den bekannten Sachverhalten entspricht, die Darstellung zu diesen Themen in den Medien als zu stark dramatisierend bewertet wird und eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten stattgefunden hat – Rindfleisch und rindhaltige Nahrungsmittel werden weniger konsumiert (Herbst, König, Pant & Gusy, 2003). Diese Ergebnisse legen nahe, dass sowohl Wissen um mögliche Gefahren als auch Hinweise zur Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel (Verzehr von Hirn- und Rückenmarksprodukten des Rindes) zu aktualisieren wäre, um präventives Verbraucherverhalten zu optimieren.

Ausblick

So lange die ergriffenen administrativen Strategien nicht ausreichen, BSE einzudämmen, obliegt die Entscheidung ob präventive Strategien notwendig sind dem Verbraucher, um ein eventuelles Restrisiko ausschließen zu können. Derzeit bemüht sich Frau Künast (Verbraucherministerin) in Brüssel vor dem Hintergrund der BSE-Krise, das Verfüttern von Tiermehl endgültig zu verbieten. Das wäre ein großer Erfolg für eine vorbeugende EU-Politik, sagte Künast am Dienstag in Brüssel am Rande des EU-Agrarministerrats. Nach der derzeitigen Beschlusslage würde das Verfütterungsverbot am 30. Juni auslaufen.

Zusätzlich wäre die peinlich genaue Einhaltung der Schlachthofhygiene eine weitere sinnvolle vorbeugende Maßnahme.

Ob BSE uns als Dauerthema erhalten bleibt, hängt wesentlich vom entschlossenen Handeln der politischen Akteure ab.

Interlinks

Webadressen, die sie kennen(lernen) sollten

Mit dieser neuen Rubrik soll auch in den nächsten Ausgaben auf (neue) Webadressen hingewiesen werden.

Gesundheitsstudiengänge in Berlin

Die vorliegende Website soll Interessenten helfen, sich einen Überblick der in Berlin angebotenen Gesundheitsstudiengänge zu verschaffen. Die Arbeitsgruppe Gesundheitsstudiengänge Berlin macht das vielfältige Angebot auf diesem Gebiet transparent, um die Auswahl des geeigneten Studienganges zu erleichtern

Initiative neue Qualität der Arbeit

Die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) ist ein Zusammenschluss von Bund, Ländern, Sozialversicherungspartnern, Sozialpartnern und Unternehmen mit dem Ziel die Interessen der Menschen an positiven, gesundheits- und persönlichkeitsförderlichen Arbeitsbedingungen mit der Notwendigkeit wettbewerbsfähiger Arbeitsplätze verbinden. Der Leitgedanke lautet: "Gemeinsam handeln - jeder in seiner Verantwortung".

Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)

Im Juni 2002 hat der Kooperationskreis "Betriebliche Gesundheitsförderung" beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung beschlossen, ein nationales Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung zu gründen (DNBGF) einzurichten. Das Netzwerk ist Teil der Initiative "Neue Qualität der Arbeit" (INQA) und kooperiert mit dem

Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung

Das "Forum Prävention und Gesundheitsförderung" wurde unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Juli 2002 gegründet.

Impressum

Herausgeber:

FU Berlin - Arbeitsbereich Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin

e-Mail: newsletter-redaktion@ipg-berlin.de

Redaktion:

Siegfried Dierke, Burkhard Gusy, Guido Grunenberg

Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe

30.07.2003

Abonnement

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