

**Themen dieser Ausgabe:**

Wie böse kann ein Finanzausgleichstopf sein? Wer auf den Gesundheitsfonds einprügelt, meint dabei oft etwas ganz anderes

Seite 1

Aktuelle Ergebnisse der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)

Seite 4

Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen

Seite 6

Kurz vorgestellt – Publikationen, die Sie kennen (-lernen) sollten

Seite 8

Angeklickt – Webseiten, die Sie ansurfen sollten

Seite 9

Impressum

Seite 9

Wie böse kann ein Finanzausgleichstopf sein? Wer auf den Gesundheitsfonds einprügelt, meint dabei oft etwas ganz anderes

Siegfried Dierke

Eines der Kernelemente der letzten „Gesundheitsreform“ soll am 1.1. 2009 in Kraft treten: der Gesundheitsfonds. Was verbirgt sich denn hinter diesem „Topf“, der

Die zweite Ausgabe des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung in diesem Jahr beschäftigt sich mit

- » dem im Jahr 2009 kommenden Gesundheitsfond
- » den Ergebnissen der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen
- » sowie den aktuellen Entwicklungen rund um die elektronische Gesundheitskarte.

Die Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung [\[↗\]](#) wünscht Ihnen viel Spaß bei der Lektüre dieser Ausgabe.

Sie können den Newsletter **abonnieren**, um in Zukunft keine Ausgabe mehr zu verpassen, online lesen [\[↗\]](#) oder im Archiv als html-Dokument [\[↗\]](#) oder pdf-Datei finden [\[↗\]](#).

### Veranstaltungen/Tagungen

16.06.2008 [\[Hannover\]](#)

Fachtagung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.: „Gesundheit vor Ort herstellen – Neue Handlungsfelder für Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen“. [\[↗\]](#)

26.-27.06.2008 [\[Hannover\]](#)

Fachtagung des Zentrums für Gesundheitsethik an der evangelischen Akademie Loccum: „Gesundheit fördern - Public Health zwischen individueller Freiheit, staatlichem Paternalismus und Gemeinwohl“. [\[↗\]](#)

02.-04.07.2008 [\[Magdeburg\]](#)

8. SommerAkademie zur Gesundheitsförderung. [\[↗\]](#)

03.-05.07.2008 [\[Dresden\]](#)

Fachtagung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung: „8. Training und Innovation - Interkultureller Dialog in Arbeit und Gesundheit“ [\[↗\]](#)

derzeit von allen Seiten unter Beschuss genommen wird? Welche Bedrohungen gehen von der geplanten „gemeinsamen Geldsammelstelle der Krankenkassen“ aus? Selbst von denen, die vor 1,5 Jahren das GKV-WSG („Gesundheitsreform 2007“) zusammengezimmert haben, will heute kaum mehr jemand zu dem Gesetzeswerk stehen. Doch hinter den kritischen Äußerungen gegen den Gesundheitsfonds stecken zumeist ganz andere politische Absichten.

*Was kommt ab dem nächsten Jahr auf uns zu?*

Ein **Gesundheitsfonds** soll ab Januar 2009 die zentrale Geldsammelstelle für den

03.-05.07.2008 [\[München\]](#)

9. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (u.a.). Fachintegrierendes Forum für Suchttherapie, Suchtfolgekrankheiten und Akutversorgung Suchtkranker. [\[↗\]](#)

17.-19.07.2008 [\[Berlin\]](#)

Im Rahmen des Lehrangebotes bietet die Berlin School of Public Health (BSPH) ein offenes Modul zum Thema „Dental Public Health“ für Studierende gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge, Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitsdienstes und interessierte ZahnmedizinerInnen an. [\[↗\]](#)

11.-14.09.2008 [\[München\]](#)

104. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ). [\[↗\]](#)

17.-19.09.2008 [\[Hannover\]](#)

44. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V.: „Versorgungspraxis – Versorgungsforschung – Gesundheitspolitik“. [\[↗\]](#)

24.-27.09.2008 [\[Bielefeld\]](#)

3. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie: „Epidemiologie in Wissenschaft und Öffentlichkeit“. [\[↗\]](#)

24.-27.09.2008 [\[Jena\]](#)

Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS): „Psychoziale Aspekte körperlicher Krankheiten“. [\[↗\]](#)

09.-11.10.2008 [\[Erfurt\]](#)

5. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft: „Aktiv für Demenzkranke“. [\[↗\]](#)

16.-18.10.2008 [\[Freiburg\]](#)

24. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft. [\[↗\]](#)

Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung bilden: Alle gesetzlichen Krankenkassen werden zukünftig einen einheitlichen, vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) festgelegten Beitragsatz erheben. Die daraus resultierenden „regulären“ Beiträge (aus Arbeitnehmerplus Arbeitgeberanteil) der Versicherten sämtlicher Krankenkassen sowie der Bundeszuschuss aus Steuermitteln bilden dabei den **Zufluss des Fonds**. Dieses eingesammelte Geld wird anschließend wieder auf die Krankenkassen entsprechend der Zahl ihrer Mitglieder verteilt.

Zuschläge sollen dabei die unterschiedliche Versichertenstruktur in den ver

schiedenen Krankenkassen sowie die ungleiche Erkrankungshäufigkeit bzw. – schwere der Mitglieder berücksichtigen. Dieser krankheitsorientierte Risikostrukturausgleich („morbi-RSA“) soll dazu dienen, dass sich eine Risiko-Selektion für einzelne Kassen nicht mehr lohnt. Ein zusätzliches Element zur Herstellung möglichst gerechter Ausgangsbedingungen für die im Wettbewerb stehenden Kassen bildet zudem die Gewährung von Zuschüssen, die ein Teil der Kassen (vor allem die AOKen) benötigen, um Rückstellungen für die Pensionsverpflichtung ihrer „Dienstordnungs-“Angestellten aufzubauen. Durch Einführung des Insolvenzrechts für sämtliche Kassen bei einem einheitlichen Beitragssatz hätten sonst etliche Ortskrankenkassen recht schnell Konkurs anmelden müssen. Ein weiteres wichtiges Element im Rahmen des Gesundheitsfonds: Je nach dem, ob die Kassen mit dem an sie ausgeschütteten Geld auskommen oder nicht, müssen sie Zusatzbeiträge erheben oder können eventuell auch Beitragsrückzahlungen gewähren.

Entstanden ist die Fonds-Idee als Kompromisslösung im Streit der Großkoalitionäre: Das von der SPD geführte Bundesgesundheitsministerium versuchte, dies als Schritt in Richtung Bürgerversicherung zu verkaufen, für die Union bildet der Zusatzbeitrag (der alleinig von den Versicherten aufzubringen ist und in Form von Kopfpauschalen erhoben werden kann) den Einstieg in ein prämiensbasiertes Versicherungsmodell sowie die Abkopplung der Arbeitgeber von Ausgabensteigerungen im Gesundheitssystem. Doch beide Koalitionspartner waren mit etlichen Elementen, die mit diesem Fonds verbunden sind, genauso unglücklich wie die Opposition und ein Großteil der Akteure der Gesundheitsversorgung. Doch was genau wird denn nun am Gesundheitsfonds kritisiert?

#### *Einheitlicher Beitragssatz?*

Nicht zuletzt die **Freidemokraten** und Teile der Ärzteschaft beklagen, dass ein einheitlicher Beitragssatz den Wettbewerb der Kassen unterbinde. Gleichzeitig bedeute die Festlegung der Höhe des Beitragssatzes durch das BMG eine Verfestigung von „Staatsmedizin“. Hingegen kritisieren die **Linken** in diesem Zusammenhang folgende Punkte: Die Einnahmen der GKV sollen laut Gesetz nur im ersten Jahr kostendeckend sein, die nächsten 5 Prozent Mehrausgaben müssten die Kassen ihren Versicherten ohne Arbeitgeberanteil per Zusatzbeitrag abfordern, so dass die Parität dadurch immer weiter ausgehebelt würde. Zudem

fallen diese Zusatzbeiträge (bzw. zu Beginn ggf. auch mögliche Beitragsrück-erstattungen) von Kasse zu Kasse unterschiedlich aus, so dass der begrüßenswerte und gerechte einheitliche Beitragssatz wieder konterkariert würde.

#### *Gerechter Finanztransfer durch krankheitsorientierten Risikostrukturausgleich (morbi-RSA)?*

1994 wurde ein Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt und seitdem weiterentwickelt. Derzeit soll der RSA diejenigen Nachteile ausgleichen, die sich aus der unterschiedlichen Versichertenstruktur bei den einzelnen Krankenkassen ergeben. Berücksichtigt werden Einkommen, Alter und Geschlecht der Versicherten sowie der Bezug einer Erwerbsminderungsrente und die Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP). Ab 2009 sollen darüber hinaus 50-80 Krankheiten berücksichtigt werden, um so mehr Gerechtigkeit zwischen den Kassen zu schaffen.

Im Winter hatte ein Beirat für das **Bundesversicherungsamt** (BVA) eine Liste von 80 Erkrankungen erstellt, die allerdings bei Opposition und den großen Versorgerkassen auf Widerstand stießen, da noch nicht einmal alle kostenträchtigen großen Volkskrankheiten, dafür aber etliche Exoten-Erkrankungen enthalten waren. Das BVA modifizierte dementsprechend den ursprünglichen Vorschlag, woraufhin der Beirat aus Protest zurücktrat und seine Arbeit einstellte.

Auch wenn die Liste entsprechend dem Gesetz nur bis zu 80 Krankheiten umfassen darf und so keinen vollständigen gerechten Ausgleich schaffen wird, zeigen sich die großen Versorgerkassen, also die Kassen, die insgesamt mehr Versicherte sowie einen höheren Anteil chronisch Kranker aufweisen, insgesamt doch über den BVA-Entwurf zufriedener als über den ursprünglichen Vorschlag des Beirats.

Umgekehrt sehen kleinere Kassen Milliarden Euro zusätzlicher Finanztransfers auf sich zukommen, bei gleichzeitigem Verlust ihrer Wettbewerbsvorteile, die sie aufgrund der besseren Versichertenstruktur besitzen. Wie tragfähig der Vorschlag des BVA ist, wird die Zukunft zeigen; sicher ist, dass nicht die Idee eines morbi-RSA, aber die konkrete Ausformung auch zukünftig einen Ansatzpunkt für lautstarke Kritik bilden wird.

#### *Insolvenzrecht auch für alle Krankenkassen?*

Derzeit noch haften die Bundesländer im Falle der Zahlungsunfähigkeit so genann

ter „landesunmittelbarer Kassen“, nicht zuletzt der Ortskrankenkassen. Die „Pleite“ von Krankenkassen stellt beileibe nicht nur eine fiktionale Möglichkeit dar: In den letzten 10 bis 20 Jahren wurden die Kassen von der Politik angehalten, die Beitragssätze möglichst niedrig zu halten, um die Konjunktur nicht abzuwürgen. Dafür verzichteten die Aufsichtsbehörden auf die Bildung finanzieller Rücklagen für Pensionsverpflichtungen der **beamten-ähnlichen DO-Angestellten**. Nun fehlen bis zu 10 Mrd. Euro, die in den Bilanzen der Kassen auszuweisen sind. Mit Einführung des Gesundheitsfonds soll eine Rechtsgleichheit sämtlicher Kassen hergestellt werden, Insolvenzregelungen sollen zukünftig auf alle Kassen angewendet werden. Die Länder erhalten eine Haftungsbefreiung und zeigen sich zufrieden mit dieser Regelung, ein Teil der Kassen hingegen protestiert gegen diverse Elemente des Gesetzesvorhaben wie z.B. die Möglichkeit von Zwangsfusionen, um Insolvenzen abzuwenden, oder die Durchgriffshaftung auf Kassen der gleichen Art sowie danach auf sämtliche Kassen, so dass auch wirtschaftliche Kassen bzw. solche, die schon ihre Pensionsverpflichtungen aufgebaut hatten, mitbestraft werden.

#### *Klientel-Wirtschaft durch **Konvergenzklausel***

Im Winter 2006/2007 einigte sich die große Koalition nach großem Ringen auf einen Gesundheitsreform-Kompromiss, der gleich an mehreren Stellen Unvereinbares zusammenbringt: Dies zeigt sich nicht nur an dem Zwitter „Gesundheitsfonds“, der eben nicht Bürgerversicherung und Prämienmodell gleichzeitig sein kann. Auch bei der Verteilung der Finanzmittel und bei Regelungen zu den Geldströmen innerhalb der gesetzlichen Krankenkassenlandschaft offenbaren sich Unverträglichkeiten. Einerseits sollen durch den morbi-RSA möglichst gleiche und gerechte Ausgangsbedingungen für alle Krankenkassen geschaffen werden, andererseits hatten insbesondere die Ministerpräsidenten der reicheren „Südländer“ darauf Wert gelegt, dass nicht zu viel Geld in ärmere Regionen abfließt. Mehr als 100 Mio. Euro sollte kein Bundesland an Zuwendungen einbüßen, eine Forderung, auf die derzeit nicht nur die CSU, sondern ein breites Bündnis auch von bayrischer **Landes-SPD** und v.a. der Ärzteschaft pochen. Denn nicht zuletzt in Bayern haben Kassen und Kassenärzte Verträge abgeschlossen, die den Niedergelassenen deutlich höhere Honorare garantieren als bspw. in Sachsen oder Thü-

ringen. Doch Konvergenzklausel und gerechter Ausgleich widersprechen sich, beides zusammen ist nicht zu haben: Würde der morbi-RSA ohne Konvergenzklausel angewandt werden, müssten die bayrischen Kassen die Honorare ihrer Ärzteschaft reduzieren; beim Festhalten an der Obergrenze von 100 Mio. Euro Abfluss je Bundesland würden in Sachsen und Thüringen mehrere hundert Mio. Euro für die Verbesserungen der z.T. desolaten ärztlichen Versorgung fehlen und strukturelle Ungerechtigkeiten fortgeschrieben werden.

#### *Fazit:*

Der Gesundheitsfonds wird kommen, trotz aller Proteste. Dies sagt Ulla Schmidt, aber auch Angela Merkel. Selbst in dem völlig unwahrscheinlichen Fall, dass die Koalition z.B. wegen der Kandidatur für das Bundespräsidentenamt zerbräche, käme der Fonds. Denn die allermeisten gesetzlichen Regelungen sind längst getroffen, flankierende Maßnahmen (wie Regelung der Insolvenz und des morbi-RSA) befinden sich auf der Zielgeraden. Dennoch eignet sich der Gesundheitsfonds weiterhin populistisch wunderbar als Prügelknabe, auch wenn jeder etwas anderes damit meint. Die jeweilige Klientel versteht schon, wie sie daraus Vorteile ziehen könnte.

- » [http://www.fdp.de/files/541/432-Bahr-Weitere\\_Bundeslaender\\_werden\\_nun\\_gegen\\_Gesundheitsfonds\\_Front\\_machen.pdf](http://www.fdp.de/files/541/432-Bahr-Weitere_Bundeslaender_werden_nun_gegen_Gesundheitsfonds_Front_machen.pdf)
- » <http://dokumente.linksfraktion.net/pdfmdb/7770306332.pdf>
- » [http://www.vincentz-berlin.de/fileadmin/files/infopool/Gutachten\\_Konvergenzklausel\\_Endfassung.pdf](http://www.vincentz-berlin.de/fileadmin/files/infopool/Gutachten_Konvergenzklausel_Endfassung.pdf)
- » <http://www.aerzteblatt.de/V4/news/news.asp?id=31592>
- » [http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_599776/DE/Home/Neueste-Nachrichten/Konvergenzklausel-Gutachten,param=.html\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_599776/DE/Home/Neueste-Nachrichten/Konvergenzklausel-Gutachten,param=.html__nnn=true)
- » [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln\\_049/nn\\_1045774/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung\\_20RSA/Festlegung\\_Krankheiten.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_049/nn_1045774/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung_20RSA/Festlegung_Krankheiten.html?__nnn=true)
- » [http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_600110/SharedDocs/Download/DE/Gesetze-und-Verordnungen/Gkv-Org-WG.html](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600110/SharedDocs/Download/DE/Gesetze-und-Verordnungen/Gkv-Org-WG.html)

## **Aktuelle Ergebnisse der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)**

Guido Grunenberg

„Blau statt high. Deutsche Jugendliche rauchen und kiffen weniger. Dafür greifen sie häufiger zur Flasche, prügeln sich danach oder haben ungeschützten Sex.“ So kommentierte „Spiegel online“ die Veröffentlichung der Ergebnisse der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) durch das Institut für Therapieforschung (IFT) im März 2008, an der sich Deutschland 2007 zum zweiten Mal beteiligte.

In der europäischen Schülerstudie (ESPAD) werden seit 1995 (durch Befragungen in vierjährigen Abständen) Umfang, Einstellungen und Risiken des Alkohol- und Drogenkonsums unter Schülern untersucht. Die Erhebungen dazu werden in ca. 30 europäischen Ländern durchgeführt. Das „Swedish Council for Information on Alcohol and Drugs“ (CAN) koordiniert diese multinationale Studie, unterstützt durch die "Co-operating Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs" (Pompidou Group) des Europäischen Rates.

Seit 2003 beteiligt sich Deutschland mit den Bundesländern Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und (seit 2007) Saarland an der ESPAD. Die Studie wird von den jeweiligen Sozialministerien der Bundesländer, der Kultusministerkonferenz sowie durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert und unterstützt.

Verantwortlich für die Durchführung und Auswertung der Studie in Deutschland ist das Institut für Therapieforschung (IFT), unter der Leitung von Dr. Ludwig Kraus, der im März 2008 die Ergebnisse der Befragung von Schüler/innen der 9. und 10. Klasse (2007) in o.g. Bundesländern präsentierte. Ausgewertet wurden die Daten von insgesamt 12.448 Schüler/innen. Die Studie erfasste den Konsum psychoaktiver Substanzen sowie die persönliche Einstellung und Risikoabschätzung der Schüler/innen.

Insgesamt betrachtet ist im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 2003 der Tabak- und Cannabiskonsum unter den deutschen Schüler/innen zum Teil deutlich zurückgegangen, während sich der Alkoholmissbrauch auf einem hohen Niveau stabilisiert hat.

Die deutschen Schüler/innen greifen in allen Bundesländern deutlich weniger häufig zur Zigarette als noch vor 4 Jahren. Der Anteil derer, die angaben, in den letzten 30 Tagen täglich geraucht zu haben (30-Tage-Prävalenz) ist von 46,7% auf 36,5% ebenso gesunken wie der Anteil der täglichen Raucher von 35% auf 26%. Der Anteil derer, die noch nie geraucht haben, stieg im gleichen Zeitraum von 22% auf 28%. Tendenziell rauchen mehr Mädchen als Jungen (Lebenszeit- und 30-Tage-Prävalenz) und der größte Anteil an Rauchern generell (aktueller Konsum) und starken Rauchern (mehr als 10 Zigaretten am Tag) findet sich unter den Hauptschülern.

Auch der Cannabiskonsum ist in allen Bundesländern und über alle Schulformen

hinweg deutlich rückläufig. Lebenszeit- (von 31% auf 25%), 12-Monats- (von 25% auf 17%) und 30-Tage-Prävalenz (von 14% auf 8%) sanken dabei gleichermaßen, wobei der Anteil weiblicher Konsumenten stärker zurückging.

Für den Rückgang der Tabak-Konsumprävalenz stellen die Forscher einen plausiblen – wenn auch nicht unmittelbar kausalen - Zusammenhang zum Rauchverbot an Schulen sowie der Einschränkung des Zugangs zu Zigarettensautomaten für Jugendliche her, der sich bei der Betrachtung der Ergebnisse für das Bundesland Berlin noch weiter verfestigt. Denn gerade im Land Berlin, das 2004/2005 als erstes ein vollständiges Rauchverbot an Schulen durchgesetzt hatte, zeigte sich der geringste Anteil an rauchenden Schüler/innen und der stärkste Rückgang der Konsumprävalenz. Die höchsten Raucherquoten finden sich hingegen in Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, wo zum Erhebungszeitpunkt noch kein generelles Rauchverbot galt. Die Faktoren, die den Rückgang des Cannabiskonsums positiv beeinflusst haben könnten, bleiben dagegen nach Meinung der Experten unklar, da keine unmittelbar konsumreduzierenden präventiven Maßnahmen im Beobachtungszeitraum erfolgten und ein Zusammenhang zum generell rückläufigen Tabakkonsum nicht evidenzbasiert sei.

Entgegen der Trends beim Tabak- und Cannabiskonsum verläuft die Entwicklung des Alkoholkonsums der deutschen Schüler/innen eher uneinheitlich. Im Vergleich zu 2003 ist die Tendenz insgesamt leicht rückläufig. So sank z.B. die 30-Tage-Prävalenz von 85% auf 80%. Bezogen auf die Schulformen konsumieren Hauptschüler zwar seltener Alkohol als Schüler anderer Schulformen, jedoch in größeren Mengen. Riskantes Trinkverhalten war dagegen bei Gymnasiasten festzustellen. Insgesamt nahm der riskante Alkoholkonsum (Überschreitung der Grenzwerte von 12/24g Reinalkohol pro Tag für Frauen/Männer) im Vergleich zu 2003 jedoch ebenso ab wie der Anteil derer, die in den letzten 30 Tagen einen Vollrausch angaben.

Weiterhin haben sich die Präferenzen der Jugendlichen bezüglich des Alkoholkonsums deutlich verändert. Während der Konsum von Alkopops im Zeitraum von 2003 bis 2007 um fast 20% zurückgegangen ist (was auf die zusätzliche Besteuerung zurückzuführen sein dürfte), erhöhte sich der Anteil der Biertrinker von 56,4% auf 66,8% und der Anteil der Konsumenten harter Spirituosen, der in dieser Altersgruppe gemäß dem Jugend

schutzgesetz untersagt ist, um 4% auf 56,9%, insbesondere unter Mädchen, die diese nun fast so häufig konsumieren wie Wein und Sekt. Zusätzlich gaben 19,2% der Schüler/innen an, in den letzten 30 Tagen ein- oder mehrmals Spirituosen in einem Geschäft gekauft zu haben. Die Forscher sehen insbesondere hier Hinweise auf eine unzureichende Durchsetzung gesetzlicher Bestimmungen. Auch habe die Besteuerung der Alkopops als Einzelmaßnahme einen Kompensationseffekt (Ausweichen auf andere Getränkearten) bewirkt und nicht zu einer Reduktion des Gesamtalkoholkonsums geführt.

Problematisch erscheinen die Folgen des Alkoholkonsums. So gab z.B. jeder fünfte Junge an, durch Alkoholkonsum in eine gewalttätige Auseinandersetzung verwickelt worden zu sein und 8,4% der befragten Schüler/innen berichteten über ungeschützten sexuellen Verkehr unter Alkoholeinfluss. Leistungsprobleme in der Schule führten 13% der Befragten auf ihren Alkoholkonsum zurück. Insgesamt nannten mehr Jungen als Mädchen mit dem Alkoholkonsum zusammenhängende soziale Probleme.

Die Auswertung des IFT verschafft dem Leser einen Überblick über die erhobenen Schwerpunkte zum Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Schüler/innen der 9. und 10. Jahrgangsstufen in den untersuchten Bundesländern. Mit der wiederholten Teilnahme nach 2003 werden die Trends im substanzspezifischen Konsumverhalten in der Gesamtheit, nach Geschlecht, Bundesland und Schulform dargestellt und im Hinblick auf Unterschiede und Veränderungen analysiert. Dabei werden Methodik, Population und Stichprobe, die eingesetzten Fragebögen und Instrumente sowie die Durchführung informativ erläutert. Die Autoren empfehlen gezielte Präventionsmaßnahmen und bewerten bereits erfolgte gesundheitspolitische Interventionen im Hinblick auf ihre Effektivität. Dabei wird der Ansatz verfolgt, die Ergebnisse vor dem Hintergrund vergleichbarer Studien kritisch zu analysieren und zu diskutieren, um Tendenzen aber auch Grenzen (Verallgemeinerungen im Hinblick auf das Konsumverhalten der Gesamtheit der Jugendlichen/ jungen Menschen) der Auswertung aufzuzeigen.

So wird z.B. auf eine deutliche Zunahme des Rauschkonsums und somit ein gestiegenes Gefahrenpotenzial bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen hingewiesen (hier z.B. unter Verweis auf den [Epidemiologischen Suchtsurvey 2006](#)).

Eine Entwicklung, die sich u.a. auch im [Drogen- und Suchtbericht](#) der Bundes-

regierung, der im Mai 2008 veröffentlicht wurde, niederschlägt. Zwar werden die positiven Trends der ESPAD im Bereich des Tabak- und Cannabiskonsums Jugendlicher weitestgehend bestätigt. Der Alkoholkonsum junger Menschen erscheint hier jedoch weitaus alarmierender. Dem Bericht zufolge hat insbesondere das vorsätzliche, exzessive Betrinken, das sogenannte „Binge-Drinking“ stark zugenommen. Nahmen z.B. die befragten 12- bis 17-jährigen im Jahr 2005 noch durchschnittlich 34 Gramm reinen Alkohol pro Woche zu sich, waren es 2007 bereits 50 Gramm. Auch die Zahl der Krankenhauseinweisungen von jungen Leuten wegen Alkoholvergiftungen ist stark gestiegen. Während im Jahr 2000 noch 9500 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene wegen akuter Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt wurden, waren es 2006 bereits 19.500. Über die Hälfte davon Jungen zwischen 15 und 20 Jahren.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing, sieht demzufolge in der Eindämmung des Drogen- und Suchtproblems, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, weiterhin „eine der wichtigsten politischen und gesellschaftlichen Herausforderungen in Deutschland“ und verweist zur Dokumentation der politischen Bemühungen auf diesem Sektor etwas hilflos auf „eine ganze Reihe“ von Projekten und Initiativen des BMG.

Die positiven Entwicklungen im Bereich des Tabakkonsums schreibt sie z.B. - nicht zu Unrecht - den erfolgten politischen Interventionen (Abgabeverbot an unter 16-Jährige, Rauchverbote an Schulen, Tabaksteuererhöhung, Nichtraucher-schutzgesetz etc.) zu, kündigt aber weitere Kampagnen und ein nicht näher definiertes nationales Tabakpräventionsprogramm an. Die „Erfolge“ im Bereich des Cannabiskonsums heftet sich die Drogenbeauftragte gleich mit an. Frei nach dem Motto, wer nicht raucht, greift auch nicht zum Joint, sieht sie auch hier in der Tabakprävention die zukünftige Schlüsselfunktion. Große Sorge bereitet Bätzing hingegen der exzessive Alkoholkonsum junger Menschen. Auch hier sollen der verschärften Durchsetzung gesetzlicher Bestimmungen, Aufklärungskampagnen sowie ein (noch zu erarbeitendes) nationales Alkoholpräventionsprogramm folgen. Auch die Wirtschaft solle ihren Teil beitragen und sich bei der Alkoholwerbung einer strengeren Selbstkontrolle unterwerfen, so Bätzing. Man darf jetzt schon gespannt sein, wie sich die Wirtschaft freiwillig (?) dazu bewegen lassen wird.

Offensichtlich scheint aber auch die Erkenntnis gereift zu sein, dass singuläre Verbotsmaßnahmen allein zwar das Konsumverhalten junger Menschen, nicht aber deren grundsätzliche Haltung gegenüber der Wirkung von Suchtstoffen generell beeinflussen können.

## Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen

Burkhard Gusy

Die Zustimmung der Delegierten des 111. Ärztetages in Ulm zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) galt als unsicher trotz im Frühjahr erzielter Einigung auf eine Kostenpauschale für die Installation der Kartenterminals in Praxen (vgl. Newsletter 01/08). Vordergründig geht es um die Einführung von elektronischer EGK und Heilberufeausweis (eHPC), weiter gedacht jedoch um den Aufbau einer Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen, für die weit aus mehr Anwendungsmöglichkeiten denkbar sind als die derzeit diskutierten. So wird z.B. in der freiwilligen Testregion Bottrop in einem Kooperationsprojekt der Bundesknappschaft und T-Systems bereits die elektronische Patientenakte erprobt [»], eine Anwendung, die vielen Planern der eGK noch als Vision galt. Zeitgleich veröffentlicht das Fraunhofer-Institut für offene Kommunikationssysteme (FOKUS) ein Gutachten, welches der geplanten Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen Zukunftsfähigkeit bescheinigt.

Bereits auf dem 110. Ärztetag in Münster war eine Neukonzeption der eGK gefordert worden, die auf eine zentrale Serverarchitektur verzichtet, die Datenhoheit beim Patienten belässt, den Handlungsabläufen in Klinik und Praxis Rechnung trägt und diese nicht komplizierter macht und deren Einführung für Praxen und Krankenhäuser kostenneutral sei. In den Feldtests (10.000er Regionen), die im letzten Jahr durchgeführt wurden, hatte sich die Handhabung der Karten seitens Patienten und Ärzten als wenig praxistauglich erwiesen. Der Forderung der Ärzte nach kostenneutraler Einführung wurde ebenso nicht entsprochen.

Die bereits auf dem **Ärztetag in Münster** verabredeten, klar formulierten Vorgaben für den 111. Ärztetag in Ulm sowie „handfeste“ Konsequenzen für den Fall der Nichterfüllung ärztlicher Bedingungen standen als Drohgebärde im Raum. Die im Vorfeld kursierenden Positionspapiere der Verbände deuteten bereits eine härtere Gangart an. So forderte der NAV Virchow Bund einen kompletten Ausstieg der ärztlichen Körperschaften aus der gematik und die vorläufige Beendigung der ärztlichen Mitarbeit am Projekt eGK. In dem entsprechenden **Beschluss der Delegierten des 111. Ärztetages** wird der sofortige Stopp der Tests zur eGK in den Testregionen der gematik gefordert. „Die bisherige Architektur der eGK ist in ihrem Nutzen intransparent, das gesamte Projekt in seinen Kosten unkalkulierbar“ lautet es in der Beschlussfassung. Die Ärzteschaft fordert eine „technik- und ergebnisoffene“ Neukonzipierung des Projekts bei der die Speicherung von Daten auf zentralen Servern vermieden werden soll. Ferner sollen die an den Feldtests beteiligten Ärzte sich über ihre Erfahrungen mit der eingesetzten Technik austauschen können. Diese eigentlich selbstverständliche Forderung ist eine Kritik an den Auflagen der Feldtests, denn die beteiligten Ärzte sind dabei zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Zur Vermeidung von Zentralservern empfehlen die Delegierten des 111. Ärztetages den Einsatz von USB-Speicherkarten mit höherer Kapazität, die genü-

Es wird daher interessant zu beobachten sein, ob sich die geplanten Aktionsprogramme über gesetzliche Verbote und Kampagnen hinaus verstärkt an den Bedürfnissen der Zielgruppen und deren Lebensbedingungen ausrichten werden.

Weitere Informationen:

» [Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen \(ESPAD\)](#)

gend Platz bieten, um alle gewünschten Informationen abzulegen und die Daten auch physisch beim Patienten zu belassen. Wer aus dieser Forderung ableitet, dass der Aufbau einer Telematikinfrastruktur überflüssig würde, täuscht sich. Hierzu lautet es an anderer Stelle des Beschlusses: „Angesichts der bereits eingetretenen Entwicklung elektronischer Datenkommunikation ist die Etablierung einer sicheren, einheitlichen Infrastruktur für die Anwendung im Gesundheitswesen unerlässlich“. Wozu diese Infrastruktur verwendet werden soll, bleibt offen. Dem Beschluss angehängt ist ein Positionspapier, welches Grundsätze und Prüfsteine für die GK enthält. Ihre Mitwirkung an der Weiterentwicklung der eGK machen die Vertreter des Ärztetages von der Beachtung dieser Positionen abhängig. Das vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient soll auch zukünftig zentral sein, dem das Interesse Dritter an Behandlungsdaten nachzuordnen sei. Die Speicherung zum Zwecke der Weitergabe dieser Daten an Dritte konterkariert diese Intention. Ferner fehle es – nach Darstellung des Ärztetages – an einer einheitlichen Telematikinfrastruktur mit der Möglichkeit zur sicheren Netzanbindung sowie entsprechenden Verschlüsselungs-, Authentifizierungs- und Signaturtechniken auf Smart-Card-Basis.

Für die Neukonzeption der eGK werden elf Prüfsteine formuliert, die sich auf die Datensicherheit, die Erprobung neuer technischer Lösungen, die Freiwilligkeit des Einsatzes der Karten durch den Patienten oder Arzt, den ökonomischen Nutzen sowie die geplanten Anwendungsbereiche des elektronischen Rezepts, der Notfalldaten sowie die Arzneimitteldokumentation beziehen.

Die nicht nur auf die Anwendung der eGK, sondern auch auf die dazu erforderliche Telematikinfrastruktur zielende Kritik wird von dem **Fraunhofer Institut für offene Kommunikationssysteme (FOKUS)** deutlich anders bewertet. Die Gutachter erteilen dem Einsatz von USB-Speichermedien – wie vom Ärztetag gefordert – nicht nur aus Datenschutz-, sondern auch aus Verfügbarkeitsgesichts-

punkten eine Absage. Die mit der Telematikinfrastruktur angestrebten Ziele der Koordination und Optimierung von Behandlungsprozessen, an denen verschiedene Leistungserbringer sowie Kostenträger beteiligt sind, wird durch eine Datenspeicherung auf beim Versicherten verbleibenden Medien nicht gewährleistet. Auch eine gemeinsame aber örtlich verteilte Erstellung und Nutzung von Befund- und Behandlungsdokumenten sowie die Einführung medienbruchfreier<sup>1</sup>, organisationsübergreifender Verwaltungsprozesse wäre so nicht möglich, so die Gutachter.

Gleichwohl begutachten sie die Zukunftsfähigkeit der den Plänen zur Einführung der eGK zu Grunde liegenden Telematikinfrastruktur und kommen zu dem Ergebnis, dass dabei state of the art Designprinzipien verwendet wurden bzw. solche, die darüber hinaus ragen wie z.B. die Spezifikationen zur Datensicherheit. Ohne grundlegende Veränderung könne die zu schaffende Telematikinfrastruktur nicht in den eHealth Masterplan der AG7 (Informations- und Kommunikationstechnologie Initiative der deutschen Bundesregierung; hier speziell IKT und Gesundheit) übernommen werden. Eine Erweiterung der Spezifikationen um die elektronische Patientenakte, weitere Fachdienste für die Behandlungscoordination und effiziente Verwaltungsprozesse sind ebenso zu erarbeiten wie ergänzende Geschäfts- und Betriebsmodelle. In der AG7 arbeiten neben dem Fraunhofer Institut, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem AOK Bundesverband auch Wirtschaftsunternehmen wie T-Systems, Vodafone, Siemens AG, Giesecke & Devrient, Philips

Medizinsysteme, Schering AG und das Klinikum der Universität München mit. Globales Ziel dieser Initiative ist die Eröffnung neuer Chancen für Wachstum und Arbeitsplätze, die Entwicklung zukunftsträchtiger Wachstumsfelder sowie das Angehen erfolgskritischer Handlungsfelder.

In der Bestandsaufnahme konstatieren die Gutachter, dass die derzeit vorhandenen IT-Insellösungen in Arztpraxen, Apotheken und anderen medizinischen Versorgungseinrichtungen die täglichen, lokalen Arbeitsabläufe unterstützen und für jeweils spezielle Aufgabenspektren konzipiert sind. Es werden spezifische Datenmodelle und Sicherheitskonzepte genutzt, die, um Interoperabilität herzustellen, standardisiert und erweitert werden müssen. Zu diesem Zweck hat die Gematik Spezifikationen für eine Telematikinfrastruktur entwickelt. Zum Erfolg werden kann dieses Projekt nur dann, wenn die Anwender vom Nutzen des Einsatzes neuer Strukturen und Anwendungen überzeugt sind oder sich zumindest kein Nachteil ergibt. Auch neue Systeme müssen insofern die täglichen Arbeitsabläufe unterstützen und wenn möglich zu Entlastungen führen. Hier zeigen die Rückmeldungen aus den **Feldtests**, dass noch deutlicher Entwicklungsbedarf besteht. Dass sich durch den Einsatz der eGK - wie vollmundig versprochen - die Versorgungsqualität verbessern wird oder auch Kosten sparen lassen, ist keineswegs sicher. Hier waren die Marketingexperten des **Bundesministeriums für Gesundheit** zu voreilig. Dass eine Telematikinfrastruktur aufgebaut wird ist sicher, wie und von wem diese genutzt wird, bleibt weiterhin umstritten.

---

<sup>1</sup> Medienbruchfrei bedeutet, dass die gesamte Kommunikation zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und Versicherten elektronisch erfolgt, Anträge werden elektronisch eingereicht, Akteneinträge elektronisch weitergereicht und kostenpflichtige Leistungen online bezahlt.

### Kurz vorgestellt

Schmidt, B. (2008). *Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen*. Bern: Huber. (ISBN 978-3-456-84552-4) (24,95 Euro)



Das Schlagwort der Eigenverantwortung ist allgegenwärtig in den aktuellen Diskussionen um das Sozial- und Gesundheitswesen. Die Stärkung der Eigenverantwortung erscheint als das Patentrezept schlechthin für gesunde und mündige Bürger und gegen explodierende Kosten und leere Kassen. Doch was genau verbirgt sich hinter dem Begriff eigentlich? Was genau ist gemeint, wenn mehr Eigenverantwortung eingefordert wird?

Die Gesundheitswissenschaftlerin und Professorin für soziale Arbeit im Gesundheitswesen Bettina Schmidt setzt sich in ihrem Buch mit dem programmatischen Titel „Eigenverantwortung haben immer die Anderen“ kritisch mit dem Begriff der Eigenverantwortung auseinander, analysiert seine Bedeutung, Herkunft, Aufstieg und Verwendung.

Die Autorin arbeitet als Hauptprobleme des Begriffes seine definitorische Unschärfe heraus und kritisiert wie das Konzept im öffentlichen Diskurs verwendet wird. So erscheint Eigenverantwortung als ungebunden an Voraussetzungen, die strukturellen Bedingungen von Verhalten werden vernachlässigt. Eigenverantwortung wird als Grundbedürfnis konstruiert und seine Alternativlosigkeit herausgestellt, dabei wird der Nutzen überbetont aber mögliche Schäden verschwiegen.

In dieser Verwendung als sozusagen privatisierter Version des Verantwortungskonzeptes erscheint Eigenverantwortung als Baustein eines Gegenkonzeptes zu einer solidarischen Gesellschaftsordnung. Dem stellt Schmidt ihren eigenen Entwurf eines Eigenverantwortungskonzeptes entgegen, in dem sie aufzeigt, wie Eigenverantwortung jenseits des Fördern-und-Fordern-Diskurses genutzt werden kann, verfügbare Gesundheitspotenziale zu vermehren.

Bettina Schmidts Buch baut auf einer umfassenden Auswertung der Literatur zur Eigenverantwortung auf, sie unternimmt dazu Ausflüge unter anderem in die Gebiete der Ökonomie, des Rechts, der Psychologie, der Theologie und der Ethik. Die Lektüre ist ein Gewinn für jeden der sich für das Gesundheitswesen und die entsprechenden Diskussionen interessiert. Das Buch regt nicht nur zum Nachdenken an, sondern ergreift mutig Partei für die Schwächeren, die im Eigenverantwortungsdiskurs nur als Objekt eine Rolle spielen, wie die Autorin darlegt. Im Sinne des von ihr zitierten Publizisten Heribert Prantl: „Es heißt jetzt ‚Eigenverantwortung‘, wenn die Schwächeren sich selbst überlassen bleiben.“

### Kurz vorgestellt

Gutzwiller, F. & Paccaud, F. (Hg.). (2007). *Sozial- und Präventivmedizin, Public Health* (3. vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Huber. 523 Seiten (42.95 Euro)



Das Werk vermittelt einen umfassenden Überblick über theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen von Sozial- und Präventivmedizin aus Schweizer Sicht. Mehr als 60 Autoren widmen sich den Themen Gesundheit und Public Health in der Schweiz. Kenner der Schweizer Situation reklamieren vielfach die Vorbildfunktion Schweizer Gesundheitsaktivitäten für Maßnahmen und Programme in anderen Ländern.

Der erste Teil des Werks umfasst grundlegende Konzepte, Begriffe und Methoden von Public Health. Gesundheit wird als „Zustand“ gefasst, der ständig neu ausbalanciert und in konkreten Lebenssituationen angestrebt und realisiert werden muss (S. 13). Die Aufgabe von Public Health besteht – nach Sicht der Autoren – darin, „sich für die Schaffung von gesellschaftlichen Bedingungen, Umweltbedingungen und Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung einzusetzen, unter welchen die Menschen gesund leben können“ (S. 15). Ein eigener Abschnitt ist der Sozialmedizin und Gesundheitssoziologie gewidmet, in dem Befunde zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit

(vertikal, horizontal) und Gesundheit zusammengetragen werden.

Im zweiten Teil des Bandes werden Methoden und Grundlagen beschrieben, zu denen Epidemiologie, Demografie, Gesundheitsberichterstattung sowie Biostatistik zählen. Dieses 60 Seiten umfassende Kapitel vermittelt Basiskenntnisse der genannten Bereiche, die das Verständnis empirischer Arbeiten erleichtern. Neben epidemiologischen Maßzahlen zur Beschreibung der Verteilung von Krankheiten und der Exposition werden verschiedene Studientypen behandelt. Diesem folgt eine auf 15 Seiten komprimierte Zusammenfassung der Biostatistik, in der neben Grundbegriffen, Kennwerte der deskriptiven sowie der Inferenzstatistik zu finden sind. Den Abschluss dieses Kapitels bilden demografische Kennwerte, die als Gesundheitsindikatoren Verwendung finden.

Der dritte und mit Abstand umfangreichste Teil dieses Bandes ist Interventionen, Maßnahmen und Anwendungen gewidmet (ca. 300 Seiten). Neben der Organisation des Gesundheitswesens werden dort Prävention und Gesundheitsförderung, chronisch degenerative Krankheiten, Infek



tionskrankheiten, Ernährung, alte Menschen als Zielgruppe gesundheitsbezogener Interventionen sowie die medizinischen Handlungsfelder Arbeits- und Umweltmedizin behandelt.

Nach Ansicht der Autoren wird in der dritten Auflage dieses Bandes der Strukturwandel des Schweizer Gesundheitswesens von der kurativen zur präventiven Orientierung besonders deutlich. Die 20 Seiten dieses Bandes, die der Prävention und Gesundheitsförderung gewidmet sind, spiegeln diese Entwicklung nur unzureichend wieder, obwohl Stichworte wie Mobbing bzw. betriebliche Gesundheitsförderung hinzu gekommen sind.

Das Buch ist übersichtlich strukturiert, relevante Begriffe sind farbig hervorgehoben und Zusammenfassungen der Abschnitte vorangestellt. Im Anhang wird auf einschlägige Webseiten verwiesen, dort ist ferner ein Glossar zur Epidemiologie abgedruckt. Die sozial- und präventiv **medizinische** Perspektive auf Public

Health konturiert diesen Band, sozialwissenschaftliche Public Health Diskurse sind dort nicht zu finden. Die Inhalte der einzelnen Kapitel sind kurz, prägnant und kompetent dargestellt. Der in Teilen lexikalische Aufbau führt dazu, dass Bezüge zwischen verschiedenen Inhalten nicht immer hergestellt werden. Eine auch für andere Lehrbücher geltende Kritik bezieht sich auf die Auswahl an Interventionsbereichen, nur ein Kapitel ist einer Zielgruppe von Interventionen (alten Menschen) gewidmet.

Dieses Buch ist auf Grund seiner Systematik Einsteigern in die Gesundheitswissenschaften zu empfehlen. Erleichtert wird ihnen der Einstieg in die Begriffe, Methoden und Konzepte von Public Health aus der spezifischen Sicht von Sozial- und Präventivmedizinern. Lohnenswert zu lesen ist auch die breite Darstellung von Interventionen, Maßnahmen und Anwendungen, deren Systematik sich dem Leser allerdings nicht unbedingt erschließt.

## Angeklickt

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

[www.bvpraevention.de](http://www.bvpraevention.de)

Bereits im November 2007 fusionierte das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG) mit der Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe) zur Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) mit dem Ziel, eine Verbesserung der Kooperation, Koordination und Vernetzung von Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene zu erreichen.

Unter den nun 125 Mitgliedsverbänden befinden sich vor allem Bundesverbände im Gesundheitswesen (wie z.B. die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Sozialversicherung sowie Verbände der Heil- und Hilfsberufe), aber auch Bundesverbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfe, des Verbraucherschutzes sowie Wissenschaftliche Gesellschaften, Bildungseinrichtungen und Akademien.

Die Arbeitsschwerpunkte des BVPG fokussieren in den Themenbereichen „Kinder und Jugendliche“, „Gesundheit am Arbeitsplatz“ und „Gesundheit im Alter“ auf die Mitwirkung an nationalen Präventionszielen, den Ausbau von Evaluation und Qualitätssicherung in der Prävention sowie die Herstellung von Öffentlichkeit für Prävention und Gesundheitsförderung im Allgemeinen.

In thematischen Arbeitsgruppen und Gremien, die je nach Interesse und Kompetenzen der Mitglieder besetzt sind, werden z.B. konkrete Präventionsmaßnahmen empfohlen und deren Umsetzung beobachtet sowie grundsätzliche Präventionsziele, Strategien und Aktionspläne unter Berücksichtigung des natio-

nen und europäischen Kontext vereinbart.

Analog zu ihren Themenschwerpunkten fungiert die BVPG auch als Sprachrohr und bezieht Stellung zu aktuellen Fragen der Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung. So wird z.B. in einer Resolution die Verabschiedung eines neuen Präventionsgesetzes noch in diesem Jahr gefordert. Allerdings bleibt unklar, wer genau der Adressat der (ohnehin nicht sonderlich umfangreichen und aktuellen) Positionen sein soll, zumal sämtliche relevanten Akteure im Gesundheitswesen bis hin zum BMG Mitglied sind. So wendet sich die Resolution zum Präventionsgesetz allgemein an die „politisch Verantwortlichen“.

Die Homepage des BVPG ist als ein Informationsportal jedoch empfehlenswert. In den o.g. lebensweltorientierten Themenbereichen werden dem interessierten Leser, der sich „auf dem Laufenden“ halten möchte, Studien, Stellungnahmen, Entwicklungen, Termine und Veranstaltungen etc. benutzerfreundlich strukturiert, aktuell und informativ aufbereitet zur Verfügung gestellt.

## Impressum

### Herausgeber:

FU Berlin - AB Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung  
Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin

e-Mail: [ipg-newsletter@fu-berlin.de](mailto:ipg-newsletter@fu-berlin.de)

### Redaktion:

Siegfried Dierke, Guido Grunenberg, Burkhard Gusy

### Redaktionsschluss

für die nächste Ausgabe: 13. September 2008

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

