

Themen dieser Ausgabe:

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem Frankreichs

Seite 1

Die Reform des Gesundheitssystem – ein modernes Drama in (un-)endlich vielen Akten

Seite 2

Ernährung und Gesundheit

Seite 3

Angeklickt - Webadressen, die sie kennen(lernen) sollten

Seite 5

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem Frankreichs

■ Guido Grunenberg

Der Reform folgt die Reform. Kaum sind die Konsensgespräche zur Reform des deutschen Gesundheitssystems abgeschlossen, werden die dort vorgesehenen Maßnahmen von verschiedenen Seiten als nicht ausreichend kritisiert und weitergehende Reformschritte angemahnt. Ein Blick in europäische Nachbarländer soll helfen, Potenziale und Schwachstellen der dortigen Gesundheitssysteme kennen zu lernen und deren Übertragbarkeit auf das hiesige System zu diskutieren

Der IPG-Newsletter-Gesundheitsförderung führt mit dieser Ausgabe die Serie zu den Gesundheitssystemen in Europa fort. Der Darstellung des Gesundheitssystems der Niederlande (IPG-Newsletter Gesundheitsförderung02/03) folgt in dieser Ausgabe eine vergleichend strukturierte Darstellung des Gesundheitssystems Frankreichs

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](#).

Das französische Gesundheitssystem ist im Jahr 2000 in puncto Qualität und Versorgung von der WHO als das Beste der Welt eingestuft worden. Deutschland landete in diesem 191 Staaten umfassenden internationalen Vergleich auf Rang 25. Die Lebenserwartung in Frankreich ist eine der höchsten der Welt und die höchste in Europa.

Grundlegende Prinzipien

Die Gesundheitspolitik in Frankreich fällt in den Zuständigkeitsbereich des Staates, der eine entscheidende Rolle bei der Verwaltung des Gesundheitssystems und der Aufsicht über die Krankenversicherung spielt. So setzt der Staat z.B. die Beitragssätze fest und gleicht ggf. die Defizite der Kassen aus.

Gemäß dem Solidaritätsprinzip genießen alle Personen mit Wohnsitz in Frankreich, unabhängig von Alter, Aufenthaltsstatus, Einkommen und Gesundheitszustand, Versicherungsschutz. Mit ca. 80 % ist der Großteil der Bevölkerung in der allgemeinen Krankenversicherung (Régime général d'assurance maladie) versichert. Sie bietet neben der Deckung der finanziellen Risiken der Krankheit, Mutterschaft, der Invalidität und des Todes auch finanziellen Schutz bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Darüber hinaus gibt es spezielle Krankenkassen für Selbstständige, Landwirte sowie für einzelne Berufsgruppen (Eisenbahner, See- und Bergleute). Studenten und diejenigen Personen, die nicht in die Zuständigkeit eines bestehenden berufsständischen Versicherungssystems fallen (ca. 2% der Bevölkerung), sind im Rahmen der universellen Krankenversicherung (Couverture maladie universelle / CMU) in der allgemeinen Krankenversicherung pflichtversichert. Das gesetzliche Krankenversicherungssystem in Frankreich erfordert eine umfangreiche Selbstbeteiligung der Versicherten. So werden lediglich 75% der Arztkosten und ca. 70% der Arzneimittelkosten ersetzt. Eine 100% Erstattung der Kosten erfolgt z.B. für Bezieher

Veranstaltungen/Tagungen

08.09.2003

Die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. veranstaltet eine Tagung zum Thema „Chronisch Krank – Chronisch arm?“ [\[Mehr dazu\]](#)

11.09.2003

Im Wissenschaftszentrum Berlin findet eine Tagung zum Thema „Evidenzbasierung und Qualitätssicherung nach § 20 SGB V“ statt. [\[Mehr dazu\]](#)

01.10.-03.10.2003

An der Hochschule Magdeburg-Stendal findet die Herbst-Akademie zur Gesundheitsförderung statt. Thema: Gesundheitsförderung durch Organisation und Gemeinden im europäischen Kontext. [\[Mehr dazu\]](#)

06.10.-07.10.2003

2. Europäischer Gesundheitskongress München zum Thema „Grenzüberschreitende Themen für das Gesundheitswesen“. Veranstalter ist die WISO Consulting GmbH. [\[Mehr dazu\]](#)

sozialer Mindestleistungen, bei Vorliegen von gewissen sozialen Gründen (über die CMU, für Personen deren Jahreseinkommen unter der 6744 Euro liegt), während der Mutterschaft, bei chronischen Erkrankungen oder bei Operationen nach dem 31. Tag des Krankenhausaufenthaltes.

Um die für die Versicherten anfallenden Kosten ganz oder teilweise aufzufangen, bilden private Zusatzversicherungen die zweite Säule im französischen Gesundheitssystem. Über 80% der Versicherten haben eine derartige Versicherung abgeschlossen. Der zusätzliche Versicherungsschutz ist freiwillig.

Das französische Gesundheitssystem basiert im Wesentlichen auf den Prinzipien der freien Arztwahl und der Kostenerstattung, das heißt, der Versicherte kann zwischen verschiedenen Leistungserbringern (ambulant und stationär) frei wählen und geht mit den Kosten in Vorlage. In einigen Fällen, z.B. bei stationären Aufenthalten, findet jedoch auch das Sachleistungsprinzip Anwendung.

Medizinische Versorgung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich in Frankreich auf sämtliche Kosten für allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung, für Pflegeleistungen und Prothesen, pharmazeutische Produkte, medizinische Hilfsmittel für den individuellen Gebrauch, Analysen und Laboruntersuchungen, für Aufenthalt und Behandlung in Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen und chirurgischen Stationen sowie in bestimmten Fällen auf die Transportkosten. Die ambulante Versorgung wird fast ausschließlich von frei niedergelassenen Ärzten abgedeckt, von denen rund die Hälfte als Allgemeinärzte praktizieren. Im Gegensatz zu Deutschland gilt in Frankreich die uneingeschränkte Niederlassungsfreiheit. Eine stark variierende Arztdichte führt in dieser Konsequenz jedoch gleichzeitig zu Über- und Unterversorgung in Ballungsräumen bzw. in ländlichen Gebieten.

Der stationäre Bereich ist durch die Koexistenz eines privaten und öffentlichen Sektors gekennzeichnet. Zwar dominieren die privaten Kliniken. Über das Gros der Betten verfügen jedoch die öffentlichen Kliniken. Die Finanzierung erfolgt über Globalbudgets. Durch die Erstattung von Fallpauschalen ist die Aufenthaltsdauer von Patienten in Kliniken deutlich kürzer als in Deutschland. Im Hinblick auf die Patientenversorgung ist dieses vordergründige Qualitätsmerkmal jedoch eher zweifelhaft, da mögliche Effekte auf den Genesungsverlauf unberücksichtigt bleiben.

Ähnlich wie in Deutschland wird in Frankreich versucht, die Stellung des Hausarztes durch ein Anreizsystem (für Ärzte und Patienten), vergleichbar dem Hausarzt mit Lotsenfunktion zu stärken, um teure Facharztbesuche zu vermeiden. Wählt der Patient einen Hausarzt (médecin référent), entfällt für ihn die Verauslagung der Kosten. Ein Patientenpass, der sämtliche medizinische Daten enthält, wurde bereits 1996 in Frankreich eingeführt.

Finanzierung

Das französische Gesundheitswesen wird hauptsächlich (zu ca. 85%) durch Sozialabgaben auf Lohn und Einkommen und durch die Allgemeine Sozialsteuer (CSG) finanziert (der Rest insbesondere durch zweckgebundene Steuern). Die Beiträge auf Lohn und Einkommen sind jedoch nicht paritätisch verteilt und beziehen sich auf das gesamte Bruttogehalt, ohne Einkommensgrenze. Dem Arbeitgeberanteil in Höhe von 12,8% steht ein Arbeitnehmeranteil in Höhe von 0,75% gegenüber. Die CSG ist 1991 als Ersatz für den Arbeitnehmeranteil eingeführt worden und beträgt 7,5%, angerechnet auf 95% des Bruttoeinkommens. Die CSG umfasst dabei sämtliche Einkommensarten (auch Einkommen aus Kapitalanlagen und Vermögen).

Durch ein Kostenumlageverfahren wird die ungleiche Verteilung der Einnahmen und Ausgaben der einzelnen Krankenversicherungen ausgeglichen, die sich in Verbindung mit der demographischen Struktur der Versicherten ergeben.

Krankenversicherung) hier Abhilfe schaffen, darin sind sich rot, grün, schwarz und gelb einig. Eine wirkliche Strukturreform des Gesundheitssystems wird es also nicht geben, wohl aber eine Vielzahl unsozialer Härten vor allem für wenig verdienende Patienten und Versicherte. Sämtliche Parteien (außer der PDS) wollen den Unternehmen Einsparungen im zweistelligen Milliarden-Bereich bescheren. Den Versicherten sollen diese enormen Kosten zusätzlich aufgebürdet werden; Ärzte, Krankenhäuser und Pharmaindustrie bleiben dabei weitgehend unversehrt. Einen Überblick über die geplanten Veränderungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt der folgende Artikel.

Bewertung

In seiner Struktur weist das französische Gesundheitswesen bereits umgesetzte Struktur-reformen auf, die in Deutschland gerade in ersten Ansätzen zu erkennen sind oder - auch nach den Vorschlägen zur Gesundheitsreform und der parteiübergreifend anhaltenden Diskussion - noch ausstehen.

Bei der Finanzierung zeigt sich eine Tendenz zur Entkopplung des Faktors Arbeit (Besteuerung sämtlicher Einkommensarten) und eine enorme Ausweitung der Eigenverantwortung der Patienten, insbesondere durch höhere Zuzahlung. Das Hausarztmodell und die Patientenkarte wurden längst auf den Weg gebracht.

Die (umstrittene) Rangfolge der WHO schien Frankreich in seiner Linie zu bestätigen, die richtigen Reformen angepackt und ein System entwickelt zu haben, das den zukünftigen Hauptanforderungen, demographischer Wandel und Konjunkturschwankungen mit starken Auswirkungen auf den Faktor Arbeit, gerecht wird.

Nachdem das Gesundheitswesen sich im Jahr 2000 finanziell noch selbst getragen und sogar „Gewinn“ abgeworfen hatte, belief sich das Defizit der französischen Krankenversicherung 2002 auf mehr als 6 Milliarden Euro. Stimmen werden laut, die (für deutsche Verhältnisse revolutionären) Strukturveränderungen würden zu kurz greifen. Die französische Regierung setzt nun auf der Ausgabenseite bei den Arzneimitteln an. Neben einer Verbotsliste für bestimmten Medikamente, die in der Konsequenz für die Patienten eine Eigenbeteiligung von 100% bedeutet, geht die Tendenz zur Förderung von kostengünstigen Generika.

Informationen zu internationalen Vergleichen und zum französischen Gesundheitssystem:

http://www.aerztekammer-mainz.de/ak_ai_info_07.php

<http://www.botschaft-frankreich.de/index.php3>

http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/index_de.html

In den letzten 9 Monaten wurden verwirrend viele Entwürfe zur Reform der GKV-Leistungen und -Finanzierung in der Öffentlichkeit präsentiert. Die unterschiedlichsten Vorschläge kamen von Experten aus der Rürup-Kommission und vom Bundeskanzler in seiner „Agenda“-Rede; Bundesgesundheitsministerin Schmidt brachte einen Gesetzesentwurf in den Bundestag ein und zog diesen dann wieder zurück; der CSU-Sozialexperte Seehofer widersprach wiederum seiner Partei, durfte aber dennoch als Verhandlungsführer an Spitzengesprächen von Rot-Grün, Union und FDP mitwirken. Und in dieser Gesprächsrunde wurde nun Ende Juli ein [Eckpunkte-Papier](#) ausgearbeitet, das als Grundlage

Die Reform des Gesundheitssystems - ein modernes Drama in (un)endlich vielen Akten

■ Siegfried Dierke

Die deutsche Wirtschaft flo-riert nicht so richtig. Nun soll ausgerechnet eine Gesundheitsreform (oder ehrlicher Weise eine Reduzierung der Arbeitgeberbeiträge an die Gesetzliche

für einen neuerlichen Gesetzesentwurf dienen soll.

Vorgesehen sind hier v.a. erhöhte Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen, also einseitige Belastungen der Versicherten und Patienten, gegen die sich anfangs des Jahres die Gesundheitsministerin Schmidt noch vehement sperrte:

- Zahnersatz und Krankengeld sollen in den nächsten Jahren aus dem GKV-Katalog ausgegliedert und von den Versicherten allein bzw. über eine private Zusatzversicherung finanziert werden
- 10-prozentige Eigenbeteiligung (mind. 5 €) bei allen medizinischen Leistungen (wobei schnell Kosten von 300 € bei Operationen entstehen können)
- 10 pro Quartal und Behandlungsfall für ärztliche Behandlung und ebenfalls € 10 pro Tag Krankenhausaufenthalt
- Fahrtkosten für Taxi oder Mietwagenfahrten sollen in der ambulanten Versorgung grundsätzlich nicht mehr erstattet werden
- nicht-verschreibungspflichtige Medikamente sollen von den Patienten zu 100 % selbst bezahlt werden
- Erhöhung der Tabaksteuer (um € 1) zur Finanzierung so genannter versicherungsfremder Leistungen (hier geht es wohlgerne nicht um ein gesundheitsförderliches Bemühen – im Gegenteil: damit die benötigten 4,2 Mrd Euro in die Kassen gespült werden und eben nicht zu viele Raucher aus Kostengründen von ihrer Sucht lassen, wird die Erhöhung „abgemildert“ in 3 Stufen gestaltet)
- Sehhilfen werden „in die Eigenverantwortung der Versicherten“ übertragen (mit Ausnahme bei Kindern), ebenso Sterilisation sowie Entbindungs- und Sterbegeld, d.h. die GKV kommt für diese Leistungen nicht mehr auf

Der [Sozialverband VdK](#) bezeichnet die einseitige Belastung der Versicherten als „pure Abzockerei der Patienten“ (Berliner Zeitung, 22.7.2003), aber auch die [Krankenkassen](#) beklagen fehlende strukturelle Reformen und gehen mit den geplanten Veränderungen harsch in Kritik: die beabsichtigten Mehrbelastungen in Milliardenhöhe auf dem Rücken der Versicherten würden den Binnenkonsum in Deutschland bremsen und damit die Wirtschaft schwächen. Außerdem sei zu befürchten, dass freiwillig Versicherte die GKV verlassen und in die Arme der Privatversicherungen fliehen.

Was ist jenseits dieser Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen vorgesehen? Nun, von einem „großen Wurf“ kann kaum die Rede sein. Die Positivliste ist sang- und klanglos auf dem Altar der heimlichen „Großen Koalition“ geopfert und ausdrücklich als „entbehrlich“ bezeichnet worden. Multidisziplinäre Gesundheitszentren (mit Gleichberechtigung verschiedener Gesundheitsprofessionen) für die ambulante Versorgung anstelle der durch den Gesundheitssicherungsauftrag monopolisierten Ärzteschaft sind nicht in Sicht. Prävention und Gesundheitsförderung bekommen kaum einen höheren Stellenwert. Ob die Stärkung der Patientenrechte und Patientenbeteiligung vorwärts kommt, bleibt abzuwarten. Und da das Hauptziel der Gesundheitspolitiker anscheinend lautet, die Beitragssätze auf maximal 13 % zu senken, werden Bemühungen um den Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung diesen ökonomischen Leitziffern untergeordnet. Im Herbst kann die Diskussion um die Einnahmeseite der GKV und um eine „Bürgerversicherung“ versus „Kopfpauschale“ neu entfacht. Dies wird dann ggf. im folgenden Newsletter beleuchtet.

Von ihren Grundpositionen aus dem Wahlprogramm vor einem Jahr, nämlich ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem für alle BürgerInnen zu erhalten, sind die rot-grünen Koalitionäre längst abgerückt. Was bleibt unterm Strich wirklich an strukturellen Veränderungen? Eine Patienten-Chip-Karte in ein paar Jahren (die aber kaum, wie behauptet, die Patientensouveränität steigern wird, sondern eher die Transparenz über die Patienten), Patientenquittungen und Internet-Apotheken, eine Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit (die vom Staat unabhängig ist, jedoch von der Ärzteschaft und den Krankenkassen kontrolliert wird), dazu eine weit geringere Solidarität und Aufhebung der Parität in der Finanzierung des Gesundheitssystems, milliardenschwere Belastungen vor allem für sozial Schwächere und vielleicht gar eine geringfügige Entlastung der Arbeitgeber, (die aber nur ein Zehntel dessen ausgleicht, was die exportorientierte BRD-Unternehmerschaft aufgrund der Dollar-Schwäche seit einem Jahr erleidet). Doch einige [Krankenkassen](#) haben auch schon laut geäußert, dass die geplanten Ausgabenreduzierungen kaum für eine Absenkung der Beitragssätze ausreichen, da noch aufgelaufene Defizite und erschöpfte Rücklagen ausgeglichen werden müssen. Wer der Wirtschaft mittels einer solchen „Gesundheitsreform“ auf die Beine verhelfen will, irrt – oder will eigentlich etwas ganz anderes, nämlich einen der letzten Pfeiler solidarischer und sozialer Absicherung schleifen.

Ernährung und Gesundheit

■ Burkhard Gusy

Essen müssen wir alle - nur sollen/ dürfen wir auch alles essen?

Das Ernährungsverhalten der Bevölkerung drängt sich als Gegenstand präventiver Interventionen geradezu auf. Würde es gelingen, dieses dem derzeitigen Kenntnisstand der Ernährungsmedizin anzupassen, wäre dies der größte Schritt zu mehr Gesundheit, der durch Verhaltensänderungen derzeit überhaupt möglich ist.

Eine vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene Studie beziffert die jährlichen Ausgaben für ernährungsabhängige Krankheiten im Jahr 1990 mit 42.698 Millionen Euro. Die direkten Kosten wie ambulante und stationäre Behandlung, Arzneimittel und Kuren werden mit 24.116 Millionen und die indirekten Kosten wie Mortalität, Arbeitsunfähigkeit und Invalidität mit 18.532 Millionen Euro beziffert.

Diese Hochrechnung überschätzt den der Ernährung zuschreibbaren Anteil an der Gesunderhaltung, da hier alle Krankheiten berücksichtigt werden, bei denen Ernährungsgewohnheiten als (Mit-)Verursacher gelten, der prozentuale Anteil aber nicht näher bestimmt werden kann. Mittels Prävention könnte aber auch dann noch ein erheblicher Anteil der derzeitigen Ausgaben eingespart werden.

Die Ernährungs-"fehler" können ebenso als bekannt vorausgesetzt werden. So essen "die Deutschen zu fett, zu süß, zu salzig, zu einseitig" und nehmen zu wenig Ballaststoffe zu sich.

Die sich daraus ableitenden Zielsetzungen präventiver Bemühungen sind häufig ähnlich attraktiv formuliert: weniger Nahrung überhaupt, weniger Fett, weniger Süßes, weniger Salz, ausgewogenere Mahlzeiten, mehr Ballaststoffe. Verzicht auf verschiedene Inhaltsstoffe und (normative) Handlungsempfehlungen sind ebenfalls in [zehn Regeln](#) der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zu finden:

- Vielseitig essen
- Getreideprodukte - mehrmals am Tag und reichlich Kartoffeln
- Gemüse und Obst - Nimm "5" am Tag...
- Täglich Milch und Milchprodukte, einmal in der Woche Fisch; Fleisch, Wurstwaren sowie Eier in Maßen
- Reichlich Flüssigkeit
- Schmackhaft und schonend zubereiten
- Nehmen Sie sich Zeit, genießen Sie Ihr Essen
- Achten Sie auf Ihr Wunschgewicht und bleiben Sie in Bewegung.

Offen bleibt die Frage, ob und in wieweit Gesundheitsaspekten bei der Ernährung verhaltenssteuernde Bedeutung zugemessen wird. So stellt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung bereits 1988 kritisch fest: "es wird häufig angenommen, der Verbraucher akzeptiere dieses Ziel [sich gesundheitsgerecht zu ernähren; Anmerkung der Redaktion] im Grundsatz, wolle sich also gesund ernähren und sei nur z.B. durch Wissenslücken daran gehindert, es zu realisieren. [...] Er kann nicht nur daran gehindert sein, sich gesundheitsgerecht zu ernähren, sondern er hat auch die Freiheit, andere als die Gesundheitsaspekte seines Ernährungsverhaltens nützlich zu finden und sich zur Grundlage seiner Ernährungsentscheidung zu machen.

Die EU formuliert als [ernährungsbezogenes Gesundheitsziel](#) im Jahre 2000 ... "allen Bürgern der Gemeinschaft verstärkt die Informationen und die Bildung zu vermitteln, die notwendig sind, damit sie in ihrer Lebensführung die notwendigen Entscheidungen für eine angemessene und bedarfsgerechte Ernährung treffen können".

Auch in dieser Formulierung klingt an, dass der Aspekt der Gesundheit für das Ernährungsverhalten hohe Priorität hat und durch Abbau von Informationsdefiziten eine gesündere Ernährung möglich sei.

Erkenntnisse der Gesundheitspsychologie stellen diese Sichtweise in Frage. Ernährungsverhalten ist nach Ansicht von Pudell & Westenhöfer (1998) durch folgende Besonderheiten gekennzeichnet:

- Essen und Trinken ist lebensnotwendig, das Verhalten kann also nicht ersetzt (wie z.B. beim Rauchen) sondern ausschließlich geändert werden
- Essensgewohnheiten gelten wegen ihres sozialen Bezugs und der hohen Frequenz als verhaltensstabil.
- die Aufrechterhaltung des mit dem Essen verbundene Genuss unterstützt die Resistenz gegenüber Verhaltensänderungen
- der Zusammenhang zwischen Ernährung und gesundheitlichen Konsequenzen ist kaum direkt erfahrbar (wie z.B. beim morgendlichen Kater nach exzessivem Alkoholkonsum)
- eine Einteilung von Nahrungsmitteln in gesund und ungesund ist nicht möglich.

Die vorstehende Auflistung macht deutlich, dass Ernährungsverhalten nicht primär kognitiv sondern emotional, auf Erfahrungen (und biologischen Dispositionen) aufbauend gesteuert wird. Erfolgreiche Interventionen sollten insofern nicht die Nahrungsaufnahme fokussieren, sondern diese als in das Ernährungsverhalten eingebetteten Prozess betrachten.

Präventionskonzepte sollten nach diesen Erkenntnissen

- an den konkreten Ernährungsgewohnheiten der Personen anknüpfen, die sie ansprechen wollen
- den/die konkreten Ernährungskontexte stärker berücksichtigen (wo, wann, wie wird gegessen)
- den Gesundheitsaspekt mit anderen "attraktiveren" Themen im Umfeld der Ernährung verknüpfen
- weniger die informationale sondern stärker die emotionale ("lustbetonte") Seite von Essen und Trinken zu fokussieren
- nicht den Verzicht lieb gewordener Ernährungsgewohnheiten zu betonen sondern gleich- oder höherwertige

Alternativen anzubieten und deren Einführung und Habituation zu begleiten. Der Interventionsbedarf ist gegeben, allein fehlt es noch an breitenwirksamen sowie zielgruppenspezifischen Interventionskonzepten,

die diesen Erkenntnisse folgen.

Weiterführende Literatur

Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1998). *Ernährungspsychologie*. Eine Einführung. (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe

Angeklickt

Webadressen, die sie kennen(lernen) sollten
Mit dieser neuen Rubrik soll auch in den nächsten Ausgaben auf (neue) Webadressen hingewiesen werden.

[Datenbank der Theodor Springmann Stiftung](#)

Die Datenbank ermöglicht - nach Darstellung der Autoren - "den unkomplizierten Zugriff auf Adressen von Einrichtungen, Information über Hilfsangebote und zu themenbezogenen Arbeitszusammenhängen und Literatursammlungen". Angebote zur Schmerztherapie, Sterbebegleitung und Trauerbewältigung und damit eng verbundene Themen wie Patientenschutz, Vorsorge für das Lebensende sowie die Interessenvertretung chronisch erkrankter und sterbender Menschen bilden den Schwerpunkt der Sammlung.

[Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften](#)

"Who is Who in Public Health" dürfte eine der bekanntesten Datenbanken von Experten im Bereich Gesundheitswissenschaften sein, die auf diesen Seiten zu finden ist. Neben einer überholungsbedürftigen Linkseite finden Sie dort auch Hinweise auf für Gesundheitswissenschaftler relevanten Tagungen.

[Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen \(SVR KAG\)](#)

Die Gutachten des Sachverständigenrats - so auch das letzte zu Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität aus dem Jahre 2003 - können hier wahlweise in Kurz- oder Langfassung heruntergeladen oder bestellt werden.

[Bundesinstitut für Risikobewertung](#)

Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) erarbeitet Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Lebensmittelsicherheit und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes.

[Das Sozialnetz Hessen](#)

unterhält ein Portal mit Informationen und Links zu wichtigen Institutionen, die sich mit dem Thema "Arbeit und Gesundheit" beschäftigen. Die "[Infoline Gesundheitsförderung](#)" bietet praxisnahe Informationen zu den Fragen, bei welchen Anlässen betriebliche Gesundheitsförderung helfen kann, welche Probleme sich lösen lassen und welche Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung existieren.

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
15.12.2003

Abonnement

Falls sie den Newsletter auch in Zukunft beziehen wollen, sollten sie sich in den [Verteiler](#) aufnehmen lassen.