

**Themen dieser Ausgabe:**

- Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem Estlands  
Seite 1
- Das Berliner Ausbildungsangebot für Gesundheitsberufe an Hochschulen  
Seite 3
- Die elektronische Gesundheitskarte  
Seite 5
- Alcopops - Prävention oder Wettbewerbsvorteil  
Seite 6
- Kurz vorgestellt – Publikationen und Webadressen, die sie kennen (lernen) sollten  
Seite 7

Die Reihe „Gesundheitssysteme in Europa“ wird fortgesetzt mit der Darstellung des Gesundheitssystems eines neuen Mitgliedsstaates der EU: Estland.

Nicht nur für Interessenten sondern auch für Experten ist das Ausbildungsangebot an Hochschulen für Gesundheitsberufe in den letzten Jahren unüberschaubarer geworden. Orientierungsmöglichkeiten bietet der Beitrag zu diesem Thema.

Zum 1. Januar 2006 ist die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vorgesehen. Was dort gespeichert wird und wie sich das Projekt „bIT4health“ entwickelt, skizziert der entsprechende Beitrag.

Das Prävention nicht nur gesundheitlich stimuliert sein kann wird am Beispiel einer "Initiative verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol" illustriert, die sich den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Alcopops auf die Fahnen schrieb.

Der nächste IPGNewsletter Gesundheitsförderung erscheint im Dezember und kann abonniert werden durch einen Eintrag in unseren [Verteiler](#).

**Veranstaltungen****22.–25.09.2004**

Wissenschaftliche Jahrestagung 2004 der DGSM. Gesundheit – Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit. Ort: Campus im Herrenkrug der HS Magdeburg-Stendal  
[\[Mehr dazu\]](#)

**06.-09.10.2004**

European Health Forum Gastein (EHFG): Gesundheit und Wohlstand. Gesundheit als globale Herausforderung: Europäische Lösungen in Sicht? Ort: Bad Hofgastein, Salzburg, Österreich [\[Mehr dazu\]](#)

**14.-16.10.2004**

Münchener Pflegekongress 2004 [\[Mehr dazu\]](#)

**28.10.2004**

Tagung: Gesund aufwachsen. Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten als Beitrag zur Chancengleichheit. Ort: Ärztekammer Niedersachsen [\[Mehr dazu\]](#)

**08.-10.11.2004**

Fachkonferenz Sucht. Ort: Bielefeld [\[Mehr dazu\]](#)

**03.-04.12.2004**

10. Kongress Armut und Gesundheit. Ort: Berlin [\[Mehr dazu\]](#)

**Gesundheitssysteme in Europa: Estland**

■ Guido Grunenberg

Am 1. Mai sind der Europäischen Union (EU) zehn neue Länder beigetreten. In der Serie zu Gesundheitssystemen in Europa werden zu diesem Anlass in den folgenden Ausgaben die Gesundheitssysteme einiger Beitrittsländer einer genaueren Betrachtung unterzogen. Den Anfang macht die kleinste der drei baltischen Republiken, Estland.

Seit der erneuten Unabhängigkeit im Jahre 1991 haben die baltischen Staaten ihre Gesundheitssysteme in recht unterschiedlicher Weise entwickelt, wobei Prinzipien und Strukturen verwirklicht wurden, die in Deutschland erst Jahre später zum Gegenstand politischer Diskussionen werden sollten, wie z.B. die Bürgerversicherung, ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem oder die Positivliste für Arzneimittel.

Estland setzte schon früh auf eine dezentralisierte Einheitsversicherung. Über einen einheitlichen, einkommensabhängigen Sozialsteuersatz in Höhe von 13 Prozent der Arbeitnehmergehälter, den der Arbeitgeber einzieht, finanzieren 17 regionale Krankenkassen ihren Leistungskatalog, der dem der Gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland vergleichbar ist.

Ein ganz wesentlicher Unterschied zwischen den Beitrittsstaaten und den anderen EU-Mitgliedsstaaten besteht bei der Finanzausstattung des Gesundheitswesens. Der Anteil der Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) liegt in Estland mit 5,5% deutlich unterhalb des Durchschnitts der EU-Mitgliedsstaaten.

**Grundlegende Prinzipien**

Seit der Unabhängigkeit hat Estland das staatliche Gesundheitssystem durchaus erfolgreich reformiert. Jeder der gut 1,36 Millionen Bürger hat Anspruch auf den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung, wobei 95 Prozent der Es-

ten real krankenversichert sind. Alles medizinisch Notwendige wird abgedeckt, auch das Krankengeld zahlt die Krankenkasse. Lediglich die Zahnbehandlung für Erwachsene geht auf Privatkosten. Einwohner ohne eigenes Einkommen werden kostenlos, Kinder und nicht berufstätige Ehepartner über eine Familienversicherung abgesichert. Für Studenten, Rentner, Schwangere und Arbeitslose übernimmt der Staat den Versicherungsschutz.

Zugleich hat eine Neuorganisation des medizinischen Dienstleistungsangebots begonnen. Ein enges Netz niedergelassener Ärzte hat die einstigen Polikliniken ersetzt. Trotz konsequenter Privatisierung in der Wirtschaft sind dem Wettbewerb im Gesundheitswesen Grenzen gesetzt. De facto herrscht unter den Regionalkassen kein Wettbewerb. Die Versicherten können lediglich der Krankenkasse ihrer Region beitreten. Privatversicherungen werden fast nur für Auslandsreisen abgeschlossen. Generell besteht die Möglichkeit, private Zusatzversicherungen abzuschließen, wenn man über entsprechende finanzielle Ressourcen verfügt. Genutzt wird dieses Angebot vom eher wohlhabenden Teil der Bevölkerung.

**Medizinische Versorgung**

Die Arztdichte in Estland liegt bei knapp drei Ärzten je 1.000 Einwohner (Deutschland: 3,6). Auch nach einer deutlichen Zunahme an niedergelassenen Ärzten, werden die meisten fachärztlichen Leistungen immer noch in den Kran-

kenhäusern erbracht, deren Anzahl sich jedoch bereits bis zum Jahr 2000 von 118 auf 67 fast halbiert hat.

Diese Entwicklung ist vor allem dadurch zu erklären, dass im Rahmen der ärztlichen Versorgung, analog zum Hausarzt- oder Lotsenmodell, ein Netz speziell ausgebildeter so genannter Familienärzte entstanden ist. Wer sich für einen der derzeit rund 840 Familienärzte entscheidet, muss sich dort zeitlich unbegrenzt einschreiben und zahlt grundsätzlich bei jedem Arztbesuch einen Beitrag von ca. 35 Cent. Sozial benachteiligte Gruppen wie Rentner, Invaliden aber auch Kinder sind von den Zuzahlungen ausgenommen. Die Zufriedenheit der Patienten ist durch das Modell der Familienärzte nachweislich gestiegen.

Die Krankenkassen bezuschussen nur verschreibungspflichtige Medikamente mit einem Anteil von 50 bis 90 Prozent. Maßgeblich sind die Schwere der Krankheit und die Höhe bereits geleisteter Zuzahlungen. Auf diese Weise finanzieren die Patienten ein Viertel der Arzneimittel Ausgaben.

Im Hinblick auf die medizinische Versorgung hat Estland im Vergleich zu den „ersten“ EU-Mitgliedsstaaten deutlich aufgeholt. Seit 1994 werden Nieren-, seit 1998 auch Knochenmarktransplantationen durchgeführt. Estland hat ein landesweites telemedizinisches Netzwerk aufgebaut, das es den Ärzten erlaubt, ihre Befunde mit Experten in Schweden und an der Berliner Charité auszutauschen. Ganz Estland ist per ISDN erschlossen und die Zahl der Bürger mit einem permanenten Internetanschluss ist höher als in Deutschland.

### Finanzierung

Das Gesundheitssystem Estlands finanziert sich zum größten Teil über die Beiträge der Versicherten. Diese deckten zuletzt etwa 70 Prozent der Gesundheitsausgaben. Knapp 13 Prozent finanziert der Staat aus Steueraufkommen und ca. 12% sind Zuzahlungen der Patienten. Der Rest wird über andere Quellen, darunter auch internationale Fördermittel, abgedeckt.

Die Familienärzte erhalten von der Krankenversicherung ein monatliches Honorar für ihre Praxiskosten. Den Großteil der Einkünfte beziehen sie aber aus monatlichen Kopfpauschalen für jeden Patienten. Jeder eingeschriebene Gesunde erhöht dadurch das persönliche Einkommen. Sondervergütungen gibt es nur für besonders definierte Leistungen wie etwa kleine chirurgische Eingriffe. Das hat zur Folge, dass Prävention eine große Rolle spielt und die Ärzte schnelle und wenig aufwändige Therapien bevorzugen. Wie genau Prävention betrieben wird, ist allerdings nicht ganz deutlich. Gekoppelt an die Einnahmesituation der Ärzte sollte präventiven Ansätzen im Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität jedoch keine allzu große Bedeutung beigemessen werden.

Bereits seit Ende der 90er Jahre stellen die Krankenhäuser ihr Abrechnungssystem auf diagnoseorientierte Fallpauschalen um. Die Krankenkassen vergüten nur eine bestimmte Anzahl von Behandlungstagen, die für einzelne Krankheiten vorab vereinbart werden. Selbstständige Fachärzte werden mit einem festgelegten Honorar nach Einzelleistungen entlohnt. Dennoch können sie selbst entscheiden, was sie für eine Leistung verlangen und ihren Patienten eine private Rechnung ausstellen.

### Bewertung

Im Vergleich zu Deutschland scheinen die Finanzprobleme im estländischen Gesundheitssystem gering. Allerdings rühren auch in Estland die rasant steigenden Arzneimittelkosten an den finanziellen Grundfesten des Systems. Seit Ende der 90er Jahre sind die Arzneimittelkosten um 30 Prozent gestiegen. Versuche, die Verschreibungspraxis der Ärzte zu beeinflussen, etwa durch ein Handbuch mit Wirkstoffen und Preisen, blieben erfolglos. Leitlinien für die Arzneimittelversorgung, wie sie bereits für einzelne chronische Krankheiten wie Bluthochdruck und Asthma bestehen, sollen nun helfen, die Kosten zu senken.

Das Gesundheitssystem Estlands kann durchaus auf Erfolge zurückblicken. Im Zuge der landesweiten telematischen Vernetzung wurde eine deutliche Steigerung der Versorgungsqualität erreicht, die sich u.a. auch an einer kontinuierlich sinkenden Säuglingssterblichkeit festmachen lässt (von 15,8 Promille im Jahre 1992 auf 5,5 Promille).

Grundsätzlich kann dem Gesundheitssystem Estlands bescheinigt werden, dass die direkte, dem Patienten zukommende medizinische Grundversorgung der Bevölkerung europäischen Standards entspricht und dabei auch soziale Komponenten berücksichtigt werden.

Allerdings offenbart der sogar im Vergleich zu den andern Beitrittsländern der EU noch eher unterdurchschnittliche Anteil an Gesundheitsausgaben gemessen am BIP auch Schwächen, die ein insgesamt geringeres Niveau der ganzheitlichen Gesundheitsversorgung erkennen lassen. So liegt die Zahl der Tuberkuloseinfektionen deutlich über dem europäischen Durchschnitt, auch wenn die Inzidenzen in den letzten Jahren rückläufig sind. Auch wurde Estland von einer regelrechten HIV-Epidemie erfasst, wenngleich es in den letzten Jahren gelungen ist, die Zahl der Neuerkrankungen zu senken. Insbesondere hier wird deutlich, dass Prävention noch keinen vergleichbaren Stellenwert einnimmt.

Weitere Faktoren, die sich auf die Versorgungsqualität in Estland negativ auswirken könnten, sind die schlechte Honorierung der im Gesundheitswesen Beschäftigten, die bereits jetzt eine

Abwanderung von Spezialisten ins Ausland nach sich zieht sowie ein auf lange Sicht zu starres und zu wenig wettbewerbsorientiertes System durch eine Einheitskrankenkasse.

Es ist daher davon auszugehen, dass Estlands mit einer zunehmenden Orientierung nach Westen in Zukunft vor ähnlichen Herausforderung und Problemen wie Deutschland und die andern europäischen Länder - die demographische Entwicklung und deren Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen und Finanzierung sowie die Entwicklung und die damit einhergehenden Ausgabensteigerungen des medizinischen Fortschritts - stehen wird.

Weitere Informationen zum Gesundheitssystem Estlands sowie der EU-Beitrittsstaaten:

<http://www.aok-bv.de/politik/agenda/euerweiterung/index.html>

[http://www.aerztezeitung.de/politik/gesundheit\\_in\\_europa/eu\\_erweiterung/](http://www.aerztezeitung.de/politik/gesundheit_in_europa/eu_erweiterung/)

Deutschen Medizinischen Wochenschrift (DMW): Supplement "Baltische Staaten", Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2004.

Ismayr, W. (Hrsg.): Die politischen Systeme Osteuropas. 2. Auflage. Opladen: Leske+Budrich, 2004

## Das Berliner Ausbildungsangebot für Gesundheitsberufe an Hochschulen

■ Sigi Dierke

Wer sich im Gesundheitsbereich für Leitungsaufgaben bzw. für Forschung und Lehre weiterqualifizieren will, kann mittlerweile allein in Berlin zwischen gut einem Dutzend berufsbegleitender, -qualifizierender oder Vollzeitstudiengängen auswählen. Gemeinsam präsentieren sie sich im Internet unter [www.gesundheitsstudiengaenge-berlin.de](http://www.gesundheitsstudiengaenge-berlin.de) sowie mit eigenen Internetauftritten. Der folgende Beitrag berücksichtigt fast ausschließlich die im Internet erhältlichen Informationen, da diese einen maßgeblichen Suchweg potentieller Interessenten darstellen, sich über Unterschiedlichkeiten hinsichtlich Studienberechtigung, Studiendauer, Kosten, Zielgruppen, Studieninhalten und möglichen Berufsfeldern einen Überblick zu verschaffen.

Die beiden am längsten in Berlin existenten gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge sind der Studiengang [Public Health](#) an der Technischen Universität (Abschluss: Magister of Public Health) und [psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung](#) an der Freien Universität (Abschluss: Master of Public Health). Die Studiendauer beträgt 4 Semester. Gemeinsam stehen diese beiden seit über 10 Jahren bestehenden postgradualen Studiengänge für einen ganzheitlichen gesundheitswissenschaftlichen Ansatz unter Berücksichtigung gesellschaftspolitischer Aspekte. Neben Epidemiologie, Biostatistik und Forschungsmethoden stehen z.B. Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitspolitik und -ökonomie, Organisationsentwicklung, Krankheitsverhütung, Lebensqualitätsverbesserung sowie Förderung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung im Curriculum. Der TU-Studiengang beinhaltet dabei die 3 Schwerpunktthemen Gesundheitsförderung in der Gemeinde und am Arbeitsplatz, Planung und Management im Gesundheitswesen sowie Epidemiologie und Methoden. Zugelassen werden Bewerber auch ohne vorherige Berufspraxis, quotiert aus den 3 Bereichen Medizin, Zahnmedizin / Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Sozialwissenschaften / sonstige gesundheitswissenschaftlich relevante Studienrichtungen wie z.B. Planungs- und Ingenieurwissenschaften, Biologie, Wirtschaftswissenschaften. Bei dem ausschließlich berufsbegleitend zu absolvierenden Studiengang „Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung“ der Freien Universität rekrutieren sich die Bewerber aus den gleichen Bereichen, wobei hier Anwendungsorientierung und Praxis der Gesundheitsförderung zentral sind.

Inhaltlich in etwa vergleichbar ist der [Master-Studiengang Gesundheitswissenschaften](#) (Abschluss „Master of health promotion and administration“) an der Fachhochschule Neubrandenburg (gut 100 km nördlich von Berlin, dennoch bei der Internet-Präsentation der Gesundheitsstudiengänge von Berlin vertreten). Dieser ebenfalls 4-semesterige Studiengang soll vorwiegend für die Berufsfelder Gesundheitsmanagement / Gesundheitsförderung qualifizieren. Zulassungsvoraussetzung ist ein Hochschulabschluss in einer relevanten Disziplin, wozu auch

der hier gleichfalls angebotene [Bachelor-Studiengang](#) zählt, der mit einem Notendurchschnitt von mindestens 2,5 abzuschließen ist. Dieses 6-semesterige grundständige Vollzeitstudium steht auch Interessenten mit fachgebundener Hochschulreife oder (nach Bestehen einer Zugangsprüfung) Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung, dreijähriger beruflicher Tätigkeit und zwölfwöchigem Vorpraktikum offen.

Ebenso wie bei dem an der Humboldt Universität angesiedelten englischsprachigen Studiengang „[Master of Science \(MSE\) in International Health](#)“ (der einen Bachelor-Abschluss voraussetzt) werden bei den beiden zuerst beschriebenen Studiengängen ökosoziale Bedingungen für Gesundheit bzw. Krankheitsentstehung in den Mittelpunkt gerückt, die soziale Ungleichheit als entscheidender Faktor für einen unterschiedlichen Gesundheitsstatus benannt und als Ausbildungsziel die Qualifizierung angestrebt, zum Abbau dieser Ungleichheiten beizutragen. Der MSE soll allerdings für die Mitarbeit in transnationalen, staatlichen oder Nicht-Regierungs-Organisationen im Trikont; qualifizieren, das Curriculum ist dementsprechend konzipiert. Die Unterrichtssprache ist englisch, mehrere Module von insgesamt 3-6 Monaten Dauer müssen im Ausland abgeleistet werden.

Nicht hinreichend aufhellen konnte die Internet-Recherche, ob der an der Charite angesiedelte Master-Studiengang [Health and Society](#) des internationalen Hochschulkonsortiums Women's Institute of Technology schon angelaufen ist oder sich noch in Planung befindet. Fokussiert wird hier ebenfalls auf ökonomische und gesellschaftliche Bedingungen für Gesundheit und Gesundheitspolitik, allerdings unter einer gender-spezifischen Perspektive. Dieses Studium an der Humboldt Universität richtet sich an Frauen, die als politische Entscheidungsträgerinnen arbeiten. Für das 15-monatige Vollstudium sowie anschließende Module entstehen Studienkosten von 4-5000 .

Andere postgraduale Master-Studiengänge wie [Health Care Management](#) an der Fachhochschule für Wirtschaft bzw. [Consumer Health Care](#) an der HU sind durchaus viel stärker auf eine Ausbildung als traditionelle Leitungskraft in

Krankenhäusern bzw. im Bereich der Gesundheitsversorgung (Pharmaindustrie, Krankenkassen) ausgerichtet. Inhaltliche Schwerpunkte sind Organisationsentwicklung und Gesundheitsökonomie (FHW) bzw. die Vermittlung pharmazeutischen, medizinischen und juristischen Wissens (HU); Gesundheitsförderung oder ökosoziale Fragen sind hier nicht zentral. Diese beiden Teilzeit-Studiengänge dauern jeweils 2 Jahre und gehören zu den teuersten Angeboten (12.500 Euro bzw. 7671 Euro) im Berliner Raum.

Mit 2556 Euro etwas preiswerter ist der Postgraduiertenstudiengang [Master of Science in Epidemiology](#), den die TU in Kooperation mit der Universität Bielefeld u.a. anbietet. Bei diesem hoch spezialisierten berufsbegleitenden Studium, das v.a. eine wissenschaftliche und methodische Kompetenz in Epidemiologie vermitteln soll, sind Präsenzphasen in Bielefeld erforderlich. Grundlagen der Epidemiologie in englischer Sprache werden eingangs geprüft.

Bei knapp der Hälfte der Berliner Gesundheitsstudiengänge steht der Bereich der Pflege im Mittelpunkt. Für die beiden 8-semesterigen Diplom-Studiengänge „Pflege / Pflegemanagement“ an der [Evangelischen Fachhochschule](#) (Vollzeit) bzw. an der [Alice-Salomon-Fachhochschule](#) (Teilzeit-Angebot) können sich ausgebildete Pflegefachkräfte mit Abitur oder auch mit Realschulabschluss bewerben, sofern sie mindestens 4 Jahre Berufserfahrung vorweisen. Diese Studiengänge sollen die notwendigen Kenntnisse für Aufgaben in der Pflegeleitung, Qualitätsmanagement, Fort- und Weiterbildung sowie der Pflegeforschung vermitteln.

Inhaltlich ähnlich ausgerichtet, nur etwas reduzierter, ist das 6-semesterige [Bachelor-Studium in Pflegewissenschaft/Pflegemanagement](#) an der Fachhochschule Neubrandenburg. Allerdings werden hier nach Absolvierung eines Vorpraktikums auch Bewerber ohne Pflegeausbildung zugelassen. Zusätzlich existiert in Neubrandenburg die Möglichkeit, in weiteren 4 Semestern den „[Master of nursing and administration](#)“ zu erwerben, der für höhere Leitungsfunktionen und den wissenschaftlichen Bereich qualifizieren soll. Der Diplom-Studiengang Pflegewissenschaft ist derzeit ausgelaufen.

Eine Besonderheit bietet der [Bachelor-Studiengang Nursing](#) an der Evangelischen Fachhochschule: Konzipiert als ausbildungszentriertes duales Vollzeitstudium kann hier innerhalb von 4 Jahren parallel ein krankenpflegerischer Berufsabschluss und der akademische Grad „Bachelor of nursing“ erworben werden. Die praktische Ausbildung erfolgt dabei in den ersten 3 Jahren an diversen Kliniken im Süden und Westen Berlins.

Aufbauend auf einen Bachelor-Abschluss kann an der HU (in Kooperation mit der ASFH und EFB) ein [European Master of Science in Nursing](#)

erworben werden. Innerhalb von 2 Jahren soll hier wissenschaftliches Denken für Pflegebereiche in europäischer Dimension vermittelt werden.

Eine andere Zielsetzung hat der Diplomstudiengang [Medizinpädagogik / Pflegepädagogik](#) an der HU: Hier werden pädagogische Fähigkeiten für die berufliche Bildung im Gesundheitswesen gelehrt. Zugelassen werden auch Bewerber, die Realschulabschluss, Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf und vierjährige Tätigkeit in diesem Beruf vorweisen können. Die Regelstudienzeit beträgt 9 Semester, bei Fernstudium 11.

Die meisten in Berlin angesiedelten Gesundheitsstudiengänge starten jährlich zum Wintersemester, „Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung“ an der FU nur jedes 2. Jahr, „International Health“ an der HU sogar im Sommer- und Wintersemester.

Bei den Studiengebühren gibt es eine weite Spanne (von 12.500 Euro an der FHW bis 1024 Euro an der FU). An der ASFH, EFB und beim Public-Health-Studiengang an der TU entstehen neben den normalen Immatrikulationsgebühren keine weiteren Kosten. Der Trend geht allgemein in Richtung Studiengebühren, die gesundheitswissenschaftlichen Angebote sind davon nicht ausgenommen. Ob sich dieses auf die Zusammensetzung der Studierenden auswirken wird (soziale Auslese) bleibt abzuwarten.

Zusammenfassend ist im Berliner Raum in den letzten Jahren eine Ausweitung des Angebots an Gesundheitsstudiengängen zu verzeichnen. Eine Ausnahme macht vielleicht der bislang größte, am besten ausgestattete und älteste gesundheitswissenschaftliche Studiengang: Im Zuge der Kürzungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen im universitären Bereich steht der Studiengang Public-Health an der TU möglicherweise vor Veränderungen, die die Auflösung des Angebotes bedeuten könnten. Zumindest der nun beginnende Durchgang soll noch mit dem bisherigen Studieninhalten und –angeboten stattfinden, Neuzulassungen zu diesem Studiengang sind nach Informationen von Interessenten nicht mehr möglich.

Das Angebot an Gesundheitsstudiengängen tendiert in Richtung spezialisierter Ausbildungen (bspw. Pflegemanagement, International Health oder Health Care Management). Die meisten Studiengänge werden oder wurden bereits auf Bachelor und Master (MPH, MHP, MSc, MSE, MBA) umgestellt. Neben Vollzeit- und Teilzeit-Studiengängen werden nun auch zunehmend grundständige Studiengänge angeboten. Die Studiendauer variiert zwischen 1,5 und 5 Jahren. Als Zugangsvoraussetzung wird teils ein abgeschlossenes Studium plus Berufspraxis erwartet, in den Spezialdisziplinen reicht jedoch zum Teil auch Abitur bzw. ein Realschulabschluss bei entsprechend verlängerter

einschlägiger Berufserfahrung in einem relevanten Bereich.

Es bleibt zu beobachten, ob diese Vielzahl an unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen und Abschlüssen sowie die Tatsache, dass eine allgemeine gesundheitswissenschaftliche Kompetenz nur noch von einem Teil der Studierenden erworben werden kann, größere Chancen für die Erweiterung potentieller Berufsfelder ermöglichen oder es evtl. erschweren,

dass die Berufsbezeichnung „Gesundheitswissenschaftler“ sich festigen kann und stets mit einer umfassenden und hoch qualifizierten Ausbildung identifiziert wird. Der Gesundheitsmarkt gilt zwar nach wie vor als Wachstumsmarkt, ob die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes mit den Studienkapazitäten Schritt hält, bleibt abzuwarten

## Die elektronische Gesundheitskarte

■ Burkhard Gusy

Der elektronische Gesundheitspass –verlautbarte Bundesgesundheitsministerin Schmidt 1991- soll die Qualität der Versorgung steigern, bei gleichzeitiger Senkung der Kosten. Doppeluntersuchungen können vermieden und Krankenhauseinweisungen reduziert werden. Ihr Staatssekretär legte im August 2004 nach mit den Worten: „Die Gesundheitskarte wird den Medizinbetrieb stärker verändern als alle bisherigen Reformen“. Dies weckt hohe Erwartungen - Grund genug den bekannten Entwicklungsstand etwas genauer unter die Lupe zu nehmen.

Die „Roadmap“ zur Einführung der Gesundheitskarte in der Bundesrepublik Deutschland sieht eine flächendeckende Einführung für das Jahr 2006 vor. Ab dann sollen 80 Millionen Versicherte diese Karte nutzen können. Neue Schnittstellen für die Kommunikation mit 270.000 Ärzten, 77.000 Zahnärzten, den EDV Systemen von 22.000 Apotheken, 2.000 Krankenhäuser und 300 Krankenkassen müssen definiert und eingerichtet werden. Die Organisationsstrukturen werden sich in diesem Zuge grundlegend verändern. Mit diesen Dimensionen wächst dieses Projekt zu einem wichtigen Vorzeigeprojekt der Bundesregierung, das im „Aktionsprogramm Informationsgesellschaft 2006“ einen prominenten Stellenwert einnimmt. Die Gesundheitskarte wird mit einem Mikroprozessor ausgerüstet, auf dem Daten gespeichert werden können. Welche genau, dazu später mehr.

Schon bei Einführung der Krankenkassenkarte gab es erste Überlegungen zum eRezept, die auf Grund einer fehlenden Kommunikationsinfrastruktur schnell wieder zu Grabe getragen wurden. Daran hätte sich auch nichts geändert wäre da nicht im Frühjahr 2001 der Lipobay-Fall gewesen. Die Einnahme des Medikaments Lipobay in Kombination mit anderen cholesterinsenkenden Mitteln hatte zu einigen unklaren Todesfällen geführt. Im Sommer 2001 stellte daraufhin Bundesgesundheitsministerin Schmidt das Konzept für einen Medikamentenpflichtpass vor, mit dem tödliche Arzneimittelkombinationen vermieden werden sollten. Für das Konzept erhielt sie viel Zustimmung, es galt nur leider nicht als finanzierbar.

Die jetzt geplante elektronische Gesundheitskarte setzt genau an dieser Stelle an. Durch die Speichermöglichkeit von Daten soll sowohl Geld eingespart als auch verdient werden. Dies ist abhängig von den Daten, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. In der Einführungsphase soll nur das eRezept gespeichert werden. 890 Millionen eRezepte jährlich werden es nach Berechnungen der Planer werden. Der Medikamentenpflichtpass ist ebenso enthalten. Hier winkt ein riesiges Einsparpotenzial vor allem auf Seiten der Krankenkassen.

Möglich ist -bei Zustimmung des Patienten- Daten für die ärztliche Notfallversorgung, Arzneimitteldokumentationen, elektronische Arztbriefe und Patientenakten ebenso zu speichern.

Mit dem Projekt „bIT4health“ wird die bundesweite Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vorbereitet. Hinter diesem Projekt steht ein Konsortium aus namhaften Firmen wie IBM Deutschland, das Fraunhofer Institut für Arbeitswissenschaft und Organisation, SAP Deutschland, InterComponentWare und ORGA Kartensysteme. Dessen Aufgabe ist zunächst eine „herstellernerneutrale Telematik - Rahmenarchitektur und Sicherheitsinfrastruktur“ zu entwickeln und anschließend die Test- und Einführungsphase zu begleiten.

15 Monate vor Einführung der elektronischen Gesundheitskarte liegt eine Beschreibung der herstellernerneutralen Telematik-Rahmenarchitektur und Sicherheitsinfrastruktur“ in der Version 1.05 vor. Das Projektkonsortium will die Rahmenarchitektur fortschreiben und bittet um ergänzende Kommentierungen. Professor Haas von der FH Dortmund kommentiert den Entwicklungsstand mit den Worten: „Damit sind wir so weit wie ein Autohersteller, der als Rahmenarchitektur die Vorgabe hat, das Auto müsse drei oder vier Räder haben, ein Fahrgestell, einen Motor und einige Sitze“. Auf der CeBIT ließ sich Bundeskanzler Schröder mit einer Signatur-Gesundheitskarte ablichten. Ob die Karte allerdings eine digitale Signatur enthalten soll, ist derzeit unklar, ebenso die Art des Identifizierungsverfahren. Sollte dieses eine Verfahren mit einer persönlicher Identifikationsnummer (PIN) ähnlich der sein wie sie bei Banken zum Einsatz kommt, ist nach Insiderkreisen mit einer Vorlaufzeit von sechs bis zwölf Monaten zu rechnen. Ungeklärt ist ebenfalls, welche Daten direkt auf der Karte gespeichert werden und welche auf einem Server abgelegt werden. In diesem Falle muss die Schlüsselfunktion der Karte zu verschiedenen Anwendungen wie z.B. eArztbrief oder ePatientenakte geklärt werden. Speicherkapazitäten auf der Karte und Möglichkeiten des Backups im Falle des Kartenverlusts sind ebenso noch nicht festgelegt. Aus der Rahmenarchitektur, für die das Konsortium fünf Millionen Euro kassierte, soll bis Oktober dieses Jahres eine Lösungsarchitektur entwickelt werden, die in einem Feldtest mit 10.000 später mit 100.000 Versicherten die nötigen Antworten erbringen soll.

Wie die Kommunikation zwischen den verschiedenen Schnittstellen der Primärsysteme (EDV in Arztpraxis und Kasse etc.) gestaltet werden soll ist noch nicht deutlich. Vorgesehen

ist auch hier eine technikneutrale Lösung namens bit4health-Connector. Da die Ausstattungen in den Arztpraxen aber sehr unterschiedlich sein dürften, ist eine reibungslose Einpassung in das System nicht erwartbar. Damit, dass in jeder Arztpraxis flächendeckend der Computer bereits eingesetzt wird ist ebenso nicht zu rechnen. Mit Investitionskosten von 4.000 Euro pro Arztpraxis kalkuliert das Bundesgesundheitsministerium. Wird der Umstieg auf ein neues EDV-System erforderlich, fallen deutlich höhere Kosten an.

Nach Durchführung des Modellversuchs wird die Bundesregierung unverzüglich die Produktion der Versichertenkarten in Auftrag geben. Die Hersteller dieser Karten kalkulieren einen Zeitrahmen von zwölf Monaten für die Produktion der Karten.

Über eine Verschiebung des Zeitpunkts der Karteneinführung wird derzeit schon öffentlich spekuliert. Erfahrungen aus europäischen Nachbarstaaten mit ähnlich großvolumigen Projekten legen dies ebenso nahe. Für diesen Fall hat sich das Ministerium eine „Ersatzvornahme“

vorbehalten. Dass sie davon Gebrauch machen wird, ist allerdings kaum zu erwarten

Zum Abschluss noch ein Wort zur Karte. Klar ist immerhin, was auf der Karte gespeichert werden soll. Es gibt einen Pflicht- und einen freiwilligen Bereich mit einer unterschiedlichen Zahl an Fächern. Der Pflichtbereich enthält die *Versichertendaten* wie die Versichertennummer, Name, Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherten- und Zuzahlungsstatus. Ein weiteres Fach ist für die *Angaben zur europäischen Krankenversichertenkarte* vorgesehen, die zum 1. Juni 2004 eingeführt wurde und die o.g. Daten in einem europäischen Format beinhalten. Das dritte Fach enthält das *elektronische* Rezept, dass immer wieder geleert wird.

Der freiwillige Bereich enthält nur Daten, zu deren Speicherung der Versicherte seine Zustimmung geben muss, die aber auf Wunsch jederzeit gelöscht werden können. Hier sind Fächer für die Arzneimitteldokumentation (z.B. Verträglichkeiten, Komedikation), Notfalldaten, eArztbrief und Messdaten (z.B. Blutzuckerwerte bei Diabetikern) vorgesehen.

#### Quellen

[www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de)

[www.dimdi.de/de\(ehealth/karte/bit4health/index.htm](http://www.dimdi.de/de(ehealth/karte/bit4health/index.htm)

## Alcopops - Prävention oder Wettbewerbsvorteil

■ Burkhard Gusy

Das Bundesverfassungsgericht hat im August 2004 eine Eilbeschwerde des Getränkeherstellers Diageo gegen die Sondersteuer für alkoholhaltige Mischgetränke (Alcopops) abgelehnt. Ein Diageo-Sprecher hatte das Gesetz als "diskriminierend" und als "Eingriff in die Eigentumsfreiheit" verurteilt. Dies sei eine "Schutzsteuer für die deutschen Bierbrauer". Diageo vertreibt in Deutschland neben Smirnoff auch Marken wie Johnnie Walker und Baileys.

Alcopops werden seit August 2004 mit einer Sondersteuer belegt. Zudem müssen die Flaschen auf dem Etikett mit einem deutlichen Hinweis auf das gesetzliche Abgabeverbot an unter 18-jährige gekennzeichnet werden. Mit diesem Schritt reagiert die Bundesregierung auf den steigenden Konsum alkoholhaltiger Mixgetränke vor allem von Jugendlichen. Rund ein Drittel der 14-17 Jährigen – so ermittelte eine Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - trinken regelmäßig Alcopops. Dieser Trend wird durch die Aufmachung der Getränke sowie das Marketing der Produkte unterstützt, das sich explizit an Jugendliche wendet.

Schon im Vorfeld der Diskussion um die Sondersteuer machte eine Initiative auf sich aufmerksam, die bis dahin unbekannt war „Initiative verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol“. Mit Anzeigen in großen Tageszeitungen propagierten sie: Keine Steuer auf Alcopops. Die Initiative forderte, dass kein Alkohol mehr in die Hände von Jugendlichen gelangen sollte. Aufklärung und Prävention sollten ausgebaut werden, getragen von einer Allianz aus Staat, Handel und Industrie.

Wie das: Aus dem Nichts tauchte eine neue offensichtlich finanzkräftige Initiative auf, die sich in nahezu vorbildlicher Weise für ein Alkoholverbot bei Kindern und Jugendlichen engagierte. Recherchen der Süddeutschen Zeitung ergaben, dass die Initiative schwer aufzufinden sei. Kontaktversuche über die in der Anzeige

genannte E-Mailadresse blieben unbeantwortet, der Eintrag beim Domain-Registrator Denic verwies an eine Beratungsagentur, die zwar die Existenz der Initiative bestätigte aber über beteiligte Personen und Unternehmen keine Auskunft erteilte. Finanziert wurde ein Teil der Anzeigen allerdings nicht von einer gemeinnützigen Stiftung oder Initiative sondern von der Diageo Deutschland GmbH, dem Alkoholkonzern, der auch Alcopops produziert und dessen Eilbeschwerde gegen die Einführung der Sondersteuer (bislang) erfolglos war. Neben Alcopops hat dieser Konzern vorwiegend Hochprozentiges in seinem Sortiment: Whisky, Wodka, Likör und Gin, Rum Calvados.

Verständlich wird das Engagement des Konzerns dann, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die zentrale Forderung die generelle Heraufsetzung der Altersgrenze für den Alkoholkonsum ist. Bier, Wein und Spirituosen, zu denen auch Alcopops zählen, sollen in Zukunft generell nur noch an Personen über 18 Jahre verkauft werden.

Eine generelle Heraufsetzung des Alters, ab dem Alkohol konsumiert werden darf, träfe vor allem die Konkurrenten von Diageo, da Bier und Wein dann auch erst an Volljährige verkauft werden dürfte. Diese Produkte machen bei der Diageo Deutschland nur einen geringen Marktanteil aus, sie verdient im Wesentlichen an hochprozentigen Alkoholika. Es darf spekuliert werden, ob die Initiative primär dem Schutz der Jugend

galt oder auf Stabilisierung/Verbesserung der eigenen Wettbewerbsfähigkeit zielte. Seit Einführung der Sondersteuer ist das Engagement beendet, Verweise auf die Initiative nicht mehr aufzufinden.

Ob die Sondersteuer allerdings tatsächlich den gewünschten Erfolg bringt, bleibt abzuwarten. Zahlreiche Hersteller kündigten an die Zusam-

ensetzung ihrer Getränke verändern zu wollen, Alkohol sollte durch Weinalkohol ersetzt werden, der nicht von der Sondersteuer betroffen ist. Wie die Bundesregierung auf diese Ausweichstrategie reagieren wird bleibt abzuwarten.

### Kurz vorgestellt

Neben Webadressen soll hier auch auf gesundheitswissenschaftlich relevante Publikationen hingewiesen werden.

Unter dem deutschen Titel Stichwort Gesundheitsökonomie hat Thomas Rice eine Abrechnung mit all jenen Reformern verfasst, denen zu Sozialstaat stets die gleichen Vokabeln einfallen: Mehr Markt, mehr Privatisierung, weniger Staat. Rice formuliert keinen eigenen Reformentwurf, sondern analysiert die den Reformen zugrunde liegenden Thesen. Theorien der Wirtschaftswissenschaft, wie Wettbewerb oder Angebotstheorie werden beschrieben und mit den realen Ergebnissen im Gesundheitssystem verglichen. Den Hintergrund für seine Ausführung bilden amerikanischer Erfahrungen im Gesundheitssystem. Im stark marktorientierten US-System werden z.B. etwa sieben mal mehr Bypässe gelegt als von kanadischen Kollegen, mit geringem Erfolg. Die Patienten leben kaum länger. Dieses ist nur ein Beispiel. Demgegenüber stehen Ausgaben für das amerikanische Gesundheitssystem, die 76 % höher sind als für das staatliche organisierte Gesundheitssystem von Kanada.

Sein Fazit lautet, dass es keine überzeugenden Belege dafür gibt, dass ein freier Markt im Gesundheitswesen bessere Lösungen hervorbringe als ein staatlich organisiertes Gesundheitssystem.

Die stärkere Beteiligung der Patienten im Gesundheitssystem, vor allen an den Kosten, hält Rice für kontraproduktiv. Nach amerikanischen Langzeitbeobachtungen ändere diese die Inanspruchnahme, nicht immer in erwünschter Richtung. Gesundheitsleistungen werden generell weniger nachgefragt unabhängig davon, ob diese sinnvoll wären. Dem Nutzer fehlen häufig entscheidungsvorbereitende Informationen, er fühlt sich überfordert und spart sich die Behandlung, auch wenn diese nötig wäre.

Einen Umbau zentraler Prinzipien des deutschen Gesundheitssystem hält Rice übrigens für unnötig – beruhigende Worte in einer hierzu heftig geführten Reformdebatte.

Lesenswert ist diese Buch nicht nur für Gesundheitspolitiker. Es ist flüssig geschrieben und bereitet die komplizierte Materie allgemeinverständlich auf.

Das Buch von Thomas Rice ist 2004 unter dem Titel: Stichwort Gesundheitsökonomie - Eine kritische Auseinandersetzung in der KomPart Verlagsgesellschaft erschienen, umfasst 354 Seiten und ist für 12,80 Euro im Buchhandel erhältlich.

### Impressum

#### Herausgeber:

FU Berlin - Arbeitsbereich Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin

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

#### Redaktion:

Siegfried Dierke, Burkhard Gusy, Guido Grunenberg

#### Redaktionsschluss

für die nächste Ausgabe: 15. Dez. 2004

#### Abonnement

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