

Themen dieser Ausgabe:

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem der Schweiz

Seite 1

Stärkung der Gesundheitsförderung durch ein Präventionsgesetz?

Seite 3

Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität (Das Gutachten des Sachverständigenrat 2003)

Seite 4

Angeklickt - Webadressen, die sie kennen(lernen) sollten

Seite 5

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem der Schweiz

■ Guido Grunenberg

Der Schweiz eilt der Ruf voraus, die Umsetzung von Reformen im Gesundheitswesen besonders konsequent betrieben zu haben. Nicht zuletzt wegen der nun auch in Deutschland heiß diskutierten „Kopfpauschale“ - auf ihrem Parteitag in Leipzig entschied sich die CDU sogar für die Abschaffung des bisherigen Krankenversicherungssystems und für die Einführung eines Prämienmodells – findet in dieser Ausgabe die Serie zu den Gesundheitssystemen in Europa mit der Betrachtung des Schweizer Gesundheitssystems ihre Fortsetzung.

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 loswerden wollen, senden Sie uns eine [E-Mail](#).

Noch Ende 2000 zeichnete die Bertelsmann-Stiftung das Krankenversicherungsgesetz der Schweiz mit dem Carl-Bertelsmann-Preis aus und hob dabei als herausragende Eigenschaft hervor, dass es der Schweiz gelungen sei, Wettbewerb und solidarische Prinzipien in Einklang gebracht zu haben.

Doch auch tiefgreifende Reformen vermochten weiter steil ansteigende Kosten nicht zu verhindern, so dass die Schweiz heute (hinter den USA) über das teuerste Gesundheitssystem der Welt verfügt. Deutschland folgt in dieser Rangliste auf Platz 3, allerdings (noch) mit einem als umfangreicher einzustufenden Leistungskatalog.

Der Fokus bei der folgenden Betrachtung des Schweizer Modells ist insbesondere auf die Frage gerichtet, ob sich die Schweiz als Vorbild beim Umbau des deutschen Gesundheitssystems eignet.

Grundlegende Prinzipien

Das in der Schweiz 1996 nach jahrelanger Debatte in Kraft getretene neue System der Krankenpflegeversicherung (KVG) verfolgt primär drei zentrale Zielsetzungen: Eine obligatorische Krankenpflegeversicherungspflicht für alle Bürger, die Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten sowie eine Kostenkontrolle auf der Ausgabenseite.

Das Schweizer Modell der Krankenversicherung ist eine Einzelversicherung mit verpflichtendem Charakter. Jeder Schweizer zahlt einen Kopfbeitrag. Daneben kennt das Schweizer System umfangreiche Selbstbehalte. Familienmitglieder müssen extra versichert werden, wobei die Beiträge für Kinder und junge Erwachsene (< 25 Jahre) niedriger sind. Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist föderalistisch geregelt. Die Organisation der Gesundheitsversorgung und

Veranstaltungen/Tagungen

16.01.2004

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. veranstaltet in Weimar eine Tagung zum Thema „Wie modern ist das GKV-Modernisierungsgesetz?“ [\[Mehr dazu\]](#)

16.02.2004

Im Robert-Koch-Institut in Berlin findet die Fachtagung: „Gesundheitsberichterstattung und Gender Mainstreaming“ statt. Anmeldung unter: Tel: 01888-7543400, Fax:01888-7543513 oder E-Mail: gbe@rki.de

25.-27. 03. 2004

An der Universität Leipzig findet der VI. Kongress für Gesundheitspsychologie: "Gesundheit - Risiko, Chancen und Herausforderung" statt [\[Mehr dazu\]](#)

18.-19.06.2004

Die Universität Bielefeld veranstaltet den 3. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung zum Thema: „Versorgung chronisch Kranker: Patientenorientierung, Qualitätsentwicklung und Gesundheitsförderung“. [\[Mehr dazu\]](#)

somit auch die Beitragsgestaltung fallen in die Zuständigkeit der 26 Kantone. Einkommensschwache, wie z.B. Studenten und Sozialhilfeempfänger, erhalten staatliche Zuschüsse (dieses betrifft immerhin ca. 30% der Versicherten).

Die Vielfalt der Versicherungsträger, die unterschiedliche Beitragspolitik sowie die Möglichkeit, die Versicherung frei zu wählen und zu wechseln (bei Kontrahierungszwang der Versicherten), gestatten einen eingeschränkten Wettbewerb der ca. 100 Versicherer.

Die von der KVG zu übernehmenden Leistungen und Leistungserbringer sind auf verbindliche Weise (per Gesetz) festgelegt. So wird für alle Versicherten der Zugang zu einheitlichen Grundleistungen gewährleistet. Eine Stärkung der Solidarität, als eines der primär verfolgten Ziele bei der Einführung des neuen System, ist jedoch lediglich im Hinblick auf den Leistungsumfang, der allen Versicherten gleichermaßen zur Verfügung steht, zu konstatieren. Geringverdiener müssen einen wesentlich höheren Teil ihres Einkommens aufbringen. Betroffen sind besonders diejenigen, die gerade soviel verdienen, dass sie keine staatlichen Zuschüsse mehr erhalten.

Medizinische Versorgung

Der Grundkatalog der von der KVG zu übernehmenden Leistungen umfasst im Wesentlichen sämtliche allgemeinen Leistungen im Krankheitsfall (Untersuchungen, Behandlungen und Krankenpflege in ambulanter und stationärer Form) sowie besondere Leistungen bei Mutterschaft und im Rahmen der Prävention. Letztere beziehen sich jedoch lediglich auf Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung sowie Maßnahmen für Risikopatienten, die von einem Arzt durchgeführt bzw. verordnet werden. Im Fall einer Behandlung (ambulant wie stationär)

werden die Kosten - neben den gesetzlich geregelten Selbstbehalten - jeweils in Höhe der regional unterschiedlichen Tarife vom Versicherer übernommen. Die Kostenerstattung für Hilfsmittel, Analysen und Arzneimittel geschieht auf der Grundlage von Positivlisten.

Der Versicherte kann in der Schweiz zwischen den Leistungserbringern frei wählen, sofern sie zugelassen und für die Behandlung seiner Krankheit qualifiziert sind. Bedingt durch die in der Schweiz geltende Niederlassungsfreiheit nimmt die Ärztedichte seit Jahren kontinuierlich zu (abzüglich aller Schließungen werden jedes Jahr ca. 300 neue Praxen eröffnet).

Für über die Grundsicherung hinausgehende Leistungsbereiche, wie z.B. (die komplette) Zahnbehandlung oder Sehhilfen, kann eine entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen werden. Verletzungen im Haushalt, in der Freizeit, im Verkehr und auf dem Weg zur Arbeit werden ebenso nicht von der Krankenversicherung abgedeckt. Für sie muss jeder Bürger eine eigene Unfall- und Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen, an der sich allerdings der Arbeitgeber beteiligt.

Finanzierung

Die KVG wird nach dem Ausgabeumlageverfahren finanziert. Laufende Ausgaben müssen grundsätzlich über laufende Einnahmen gedeckt werden. Entsprechend sind die Beitragsätze der verschiedenen Versicherer individuell unterschiedlich. Eine Beitragsstaffelung, z.B. nach Alter oder Risikogruppen ist nicht vorgesehen.

Neben der Entrichtung der monatlichen Pauschale muss sich jeder Versicherte an den Kosten für in Anspruch genommene Leistungen mit mindestens 157 Euro pro Jahr beteiligen (pauschaler Selbstbehalt). Dazu kommt ein anteilmäßiger Selbstbehalt von 10% der Kosten, die den Selbstbehalt überschreiten, jedoch nicht mehr als 409 Euro pro Jahr. Alleinlebende Versicherte zahlen darüber hinaus knapp 7 Euro pro Tag bei stationärer Behandlung. Auf den Einzelnen können also durchaus Beträge von bis zu 550 Euro im Jahr zukommen.

Die Leistungserbringer erstellen ihre Abrechnung auf der Grundlage von - zwischen Leistungserbringern und Versicherern ausgehandelten - Tarifverträgen. Die Kosten für stationäre Behandlungen sind über Pauschalsätze abgedeckt, die zwischen den Versicherern und den Krankenhäusern direkt vereinbart werden. Die stationären Leistungen werden dabei zur Hälfte von den Kantonen getragen, während die ambulanten Leistungen zu 100% zu Lasten der Versicherten gehen. Die kontinuierliche Verlagerung vom stationären auf den ambulanten Sektor (als eine das Gesamtsystem entlastende Maßnahme) führt daher auch zu einer Kostensteigerung, die zu 100% den Versicherten trifft.

Um Beitragsermäßigungen zu erreichen, können die Schweizer zwischen verschiedenen Versicherungsformen wählen, die zum Teil auch 2004 im Zuge des Gesundheitssystemmodernisierungs-Gesetz (GMG) in Deutschland anstehen:

Versicherungen mit frei wählbarem Selbstbehalt, Bonusversicherungen sowie Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.

Bewertung

Das Ziel der Reformen im Schweizer Gesundheitswesen war vor allem, die hohen Kosten zu senken. Die eingeleiteten Reformen bedeuteten tiefe Einschnitte für die Versicherten. Mehr Eigenverantwortung wurde insbesondere durch Selbstbehalte und Auslagerung kompletter Bereiche aus der Grundversicherung umgesetzt. Doch die Rechnung, eine stärkere Eigenbeteiligung der Versicherten würde sich auf der Ausgabenseite positiv niederschlagen, ist nicht aufgegangen. Und das, obwohl der Faktor Arbeit darüber hinaus entlastet wurde. Denn durch die Kopfpauschalen entfielen die Arbeitgeberanteile, und das gesamte System erhielt dadurch mehr Stabilität gegenüber konjunkturellen Schwankungen und zum Teil auch gegenüber der demographischen Entwicklung.

Die Versorgungsqualität in der Schweiz wird zwar auch von Experten als hoch eingeschätzt. Aber sie ist zu teuer. Die Wirtschaft wurde entlastet, das System ist konjunkturunabhängiger geworden, und die Einnahmen sind seit Beginn der Reform gestiegen. Die Kosten jedoch auch. Und zwar überproportional. Die Differenz trägt (jedes Jahr mehr) der Versicherte allein, durch steigende Prämien und höhere Selbstbehalte. Allein im letzten Jahr kletterten die Krankenkassenbeiträge um durchschnittlich 10%.

Ob das Schweizer Gesundheitssystem lediglich durch eine Grundversicherung, an der sich alle (unabhängig von Einkommenshöhe, demographischen sowie sämtlichen anderen Faktoren) mit dem gleichen Beitrag beteiligen, an Solidarität gewonnen hat, ist zudem fraglich.

Bei der Betrachtung der eingangs formulierten Ziele scheint die Reform im Schweizer Gesundheitswesen fehlgeschlagen und bei der Suche nach einem Vorbild für den Umbau des Deutschen Gesundheitssystems ungeeignet. Zumindest um die Kosten im Gesundheitswesen zu senken.

Informationen zu internationalen Vergleichen und zum Gesundheitssystem der Schweiz:
http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/index_de.html
<http://www.kvg.org>
<http://www.santesuisse.ch>
<http://www.vgg.ch>

Stärkung der Gesundheitsförderung durch ein Präventionsgesetz?

■ Siegfried Dierke

In den letzten Jahren haben Sachverständigenrat, Wissenschaft sowie auch ein Teil der Leistungserbringer und die gesetzlichen Krankenkassen einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgungslandschaft gefordert. Durch Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung sollen die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung verbessert und gleichzeitig Ausgaben im Bereich von Kuration und Rehabilitation gesenkt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung hat nun Mitte Oktober einen ersten Entwurf für ein Präventionsgesetz vorgelegt. Damit will die rot-grüne Regierung eine grundsätzliche Neuausrichtung insbesondere zur Reduzierung chronischer Erkrankungen befördern.

Die Bundesregierung plant, Prävention zu einer eigenständigen Säule neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege aufzubauen und mit den anderen Säulen zu vernetzen. Die bisherigen Aktivitäten des Bundes (beispielsweise Gesundheitsurveys des RKI, Kampagnen der BZgA und v.a. das Projekt „gesundheitsziele.de“ des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung, in dem prioritär zu verfolgende Gesundheitsziele exemplarisch benannt werden) sollen durch eine Rahmengesetzgebung ergänzt werden. Die Sozialversicherungen und die Träger der Sozialhilfe werden hier verpflichtet, die notwendigen präventiven Angebote zur Verfügung zu stellen.

Der Bund möchte die Angebote zu Prävention und Gesundheitsförderung auf allen Ebenen (Bund, Länder und Kommunen) koordinieren und auf einander abstimmen. Die Vielzahl bestehender Präventionsansätze sowohl bei Bund, Ländern und Gemeinden als auch bei Sozialversicherungsträgern, Initiativen, freien Trägern und BürgerInnen sollen gestärkt und zielgerichteter strukturiert werden. Die auch von Krankenkassen erhobene Forderung, Gesundheitsförderung zu einer gesamtgesellschaftlichen Querschnittsaufgabe zu machen, da Hauptinflussfaktoren für gesundheitliche Belange oftmals außerhalb des medizinischen Versorgungssystems liegen, findet hier allerdings nur partiell Eingang.

Die Bundesregierung sieht zudem vor, die Begrifflichkeiten primärer, sekundärer und tertiärer Prävention sowie Gesundheitsförderung zu vereinheitlichen. In teils schon existierenden, teils neu zu schaffenden Gremien auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene sollen einheitliche Grundsätze und Qualitätsstandards für die Präventionsaufträge erarbeitet werden. Im Gesetz wird außerdem festgelegt, dass nur Maßnahmen mit prinzipiell nachgewiesener Wirksamkeit durchgeführt werden.

Zur Finanzierung wird folgender Vorschlag gemacht: Im Bereich der Sozialversicherungen sollen nicht mehr allein die Krankenkassen präventive Leistungen bereitstellen und finanzieren, sondern auch bei Renten- und Pflegeversicherung wird Prävention als Pflichtaufgabe beschrieben. Stehen derzeit 2,56 Euro je Krankenversicherten im Rahmen des §20 SGB V für Prävention zur Verfügung, so sollen demnächst 3 Euro pro Kopf ausgegeben werden können. Dieser Betrag ist zu 65% von der gesetzlichen Krankenversicherung aufzubringen, zu 20% von der Rentenversicherung und zu 15% von der Pflegeversicherung. Somit verbessert sich die Einnahmeseite zwar, aber wohl nicht in dem von Gesundheitswissenschaftlern geforderten Maße. Dass der im Gesetzentwurf formulierte Appell, „auch einen Beitrag von den privaten Kranken- und Pflegeversicherungen und anderen Privaten für den Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung einzuwerben“, ohne weitergehende gesetzliche Bestimmungen von Erfolg gekrönt sein wird, mag eine zu opti-

mistische Annahme sein. Eine weitergehende Finanzierung z.B. über Tabak- und Alkoholsteuer ist im Gesetzentwurf nicht vorgesehen.

Die Mittelverwendung (die Gesamtsumme wird auf ca. 180 Mio. Euro veranschlagt) ist im Entwurf des Präventionsgesetzes genau beschrieben: Ein Fünftel soll für bundesweite Kampagnen des „Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung“ bzw. einer Stiftung zur Förderung der Prävention zur Verfügung stehen. Zwei Fünftel dürfen von den Sozialversicherungsträgern in eigener Regie für individuelle Leistungen zu Gunsten ihrer Versicherten erbracht werden.

Mit den restlichen 40% sind lebensweltorientierte Leistungen zu finanzieren. Lebensweltorientierung soll einen Kernbereich bei Prävention und Gesundheitsförderung ausmachen. Neben verhaltenspräventiven Maßnahmen in Kindergarten, Schule oder Betrieb werden hier im Gesetzentwurf auch strukturelle Veränderungen benannt (beispielsweise „gesunder Schulkiosk“ oder Anpassung von Pausenregelungen).

In den ersten Passagen des Gesetzentwurfes wird die individuelle Verantwortung der BürgerInnen betont, deren Gesundheitsbewusstsein und Handlungskompetenz gestärkt werden sollen. Daneben wird eine große Verantwortlichkeit bei Vereinen, Selbsthilfe und Arbeitgebern gesehen. Der Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung „soll allen Bürgern zugute kommen, unabhängig von sozialen Faktoren, ethnischer Zugehörigkeit, Alter und Geschlecht.“ Dieser unter Punkt 2 gleich zu Beginn des Entwurfs formulierte Anspruch klingt sehr demokratisch und gerecht, steht aber doch in gewissem Widerspruch zu Erkenntnissen, dass insbesondere bei sozial Schwächeren, Jungen und Älteren ein höherer Bedarf festgestellt wurde. Die Berücksichtigung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen taucht im Gesetzentwurf nur ganz randständig auf, nämlich im Zusammenhang mit den bundesweiten Präventionskampagnen sowie indirekt durch den Bezug auf den §20 SGB V. Bleibt zu hoffen, dass dieser Aspekt stärkeren Eingang findet in die gemeinsam und einheitlich festzulegenden Standards, die in einem „Bundesausschuss Prävention und Gesundheitsförderung“ sowie in weiteren Gremien konkret den Leistungskatalog definieren sollen. Insgesamt sind neue Möglichkeiten und Chancen in dem Gesetzesvorhaben zu sehen, doch werden bei weitem nicht alle Erwartungen erfüllt.

Links zum Thema:

[Der Gesetzentwurf](#)

[IKK-Bundesverband: Eckpunkte für ein Präventionsgesetz \(PrävG\)](#)

[Gesundheitsziele](#)

Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität (Das Gutachten des Sachverständigenrat 2003)

■ Burkhard Gusy

In einer [Pressemitteilung](#) zur Gesundheitsreform 2004 am 16.12.2003 eröffnete die Bundesministerin für Gesundheit und soziale Sicherung Schmidt, dass die Patienten durch die Reform zukünftig mehr Mitsprache und Durchblick erhalten und auch trotz Zuzahlungen finanzielle Vorteile haben werden, da sie durch Beitragssenkungen und Bonusprogramme entlastet werden. Die Vorschläge des Sachverständigenrats in seinem diesjährigen Gutachten werden nachfolgend dargestellt.

Der Sachverständigenrat wird nach Abschaffung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen ab dem nächsten Jahr unter dem Namen "Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen" seine Arbeit fortführen, das Aufgabenspektrum bleibt erhalten:

- die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu analysieren,
- unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen zu entwickeln,
- Vorschläge für medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vorzulegen sowie
- Möglichkeiten der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

In seinem diesjährigen zweibändigen Gutachten werden die Themenfelder [Finanzierung](#), [Nutzerorientierung](#) und [Qualität](#) wie folgt behandelt.

Finanzierung

Vor dem Hintergrund der Analyse der finanziellen Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben empfiehlt der Rat eine Verlagerung von krankenversicherungsfremden Leistungen sowohl auf der Einnahme- (z.B. durch gesundheitsbezogene Verbrauchssteuern auf Tabak oder Alkohol) als auch auf der Ausgabeseite (Beitragsermäßigung auf Grund von familiärer oder sozialer Situation). Zusätzliche Reformoptionen bieten die Einengung des Leistungsspektrums, eine (notfalls) moderate Ausweitung der Selbstbeteiligung bzw. einer Änderung von Elementen der Beitragsgestaltung. Hier werden ausdrücklich die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage durch die Heranziehung anderer Einkunftsarten (z.B. Mieten, Zinsen) und eine Änderung der beitragsfreien Mitversicherung erwähnt. Für Ehepartner schlägt der Rat ein Splitting des gemeinsamen Arbeitsentgeltes bzw. Einkommens mit anschließender Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf beide Entgeltanteile vor. Durch eine Kombination dieser Maßnahmen ließen sich die Beitragssätze um 3,5 bis 4 Prozentpunkte absenken.

Nutzerorientierung

Die Forderung nach höherer Nutzerorientierung steht nach Ansicht des Sachverständigenrats häufig im Widerspruch zu bisher maßgeblichen Leitbildern, professionellen Organisationsabläufen und Interessen der Institutionen des Gesundheitswesens. Hieran haben auch die Versuche im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000, die Eigenverantwortung und Kompetenz von Patienten und Verbrauchern stärken sollten, nicht viel geändert. Der Rat empfiehlt insofern die Partizipation auf der Ebene der Systemgestaltung zu stärken sowie die Kompetenz der Versicherten und Patienten

durch qualitativ hochwertige Informationen zu verbessern. Auf der Ebene der Systemgestaltung empfiehlt der Rat die Einsetzung eines "Patientenbeauftragten" im Parlament und zweitens die Etablierung eines Versichertenrates, die analog dem Procedere der Sozialwahlen der GKV bestimmt werden sollen. Zur Qualitätssicherung von Gesundheitsinformationen schlägt der Rat vor eine Zertifizierung qualitativ hochwertiger Angebote vor sowie die Erstellung sog. "Patientenwegweiser" von Leistungsanbietern. Zur Vorbeugung von Behandlungsfehlern – an deren Folgen in Deutschland mehr Menschen sterben als bei Verkehrsunfällen – sollte ein systematisches vorbeugendes Fehlermanagement eingeführt werden. Regulierungsverfahren im Fall eines Behandlungsfehlers sollten in diesem Zuge auch prozedural verbraucherfreundlicher gestaltet werden.

Qualität

Qualität gilt es nach Auffassung des Sachverständigenrats in Prävention und Rehabilitation zu sichern. Da sozial bedingte Bildungs- und Gesundheitschancen vergleichbare Ursachen aufweisen, lassen sich Bildungs- und Gesundheitspolitik synergetisch verbinden. Der Rat empfiehlt, im Rahmen der Primärprävention nach § 20 SGB V das Handlungsfeld Schule unter Rückgriff auf Erfahrungen aus der betrieblichen Gesundheitsförderung zu fokussieren. Ein unausgeschöpftes Potenzial an Prävention sieht der Sachverständigenrat ferner in der Pflege. Durch eine gezielte Prävention von Erkrankungen bzw. Komplikationen kann das Risiko einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit eingeschränkt werden. Darüber hinaus gilt es die Versorgungsstrukturen (integrierte Versorgung) weiter zu entwickeln. Hierzu sind zum einen gesetzliche Vorschriften zu ändern, Anreize integrierte Versorgungsformen zu wählen zu verstärken und die Implementation ebensolcher Leistungsangebote zu erleichtern. Diese Steuerungsmechanismen sollen – so die Vision der Sachverständigen – langfristig zu einem Umbau des Versorgungssystems führen.

Die einzelnen Teile des diesjährigen Gutachtens knüpfen an langjährige Diskussionsstränge im Sachverständigenrat an. Während die Finanzierung und die Qualität gesundheitsbezogener Leistungen schon häufiger Gegenstand der Begutachtung waren, ist die Nutzerorientierung im Gesundheitswesens ein vergleichsweise neuer Aspekt, der im Zuge zunehmenden Wettbewerbs verschiedener Leistungserbringer an Bedeutung gewinnt. Der Rat konstatiert hier, dass die bisherigen Versuche nicht im erwünschten Maße gegriffen haben. Ob allerdings die von den Gutachtern vorgeschlagenen Innovationen dieses Ergebnis verbessern, bleibt abzuwarten. Eine Orientierung an stärker wettbewerblich organisierten Bereichen, in denen ungleich mehr Erfahrungen in punkto Nutzerorientierung vorliegen, wäre gewinnbringend.

Angeklickt

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

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe) mit Geschäftsstelle in Bonn wurde 1954 gegründet und setzt sich in der Hauptsache für Struktur- und Strukturverbesserungen bzgl. der „Gesundheitsförderung und Prävention“ insgesamt in Deutschland ein. Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal der BfGe gegenüber anderen Bundes- oder Dachverbänden ist, dass nicht spezifische Sach- oder Fachthemen prägend für das Profil des Verbandes sind, sondern die Art der Bearbeitung von Sach- und Fachthemen.

Deutsche Gesellschaft für Public Health

Die 1997 gegründete Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. ist ein interdisziplinärer und multiprofessionaler Zusammenschluss von Institutionen, Organisationen und Fachgesellschaften mit Zuständigkeit und Verantwortung für Lehre, Forschung und Praxis im Bereich Public Health / Gesundheitswissenschaften.

Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften

Die verschiedenen Berufe im öffentlichen Gesundheitswesen, die gesundheitswissenschaftlich interessierten und engagierten Pflegeberufe, diejenigen, die sich für den Gesundheitssport engagieren, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter im Gesundheitswesen und viele andere direkt und indirekt Public Health-bezogenen Berufsgruppen arbeiten bisher weitgehend getrennt und unabhängig voneinander. Es fehlt an berufsgruppenübergreifender Kommunikation und Kooperation. Diese Lücke zu schließen hat sich der DVGPH zum Ziel gesetzt.

Gesundheitsziele

gesundheitsziele.de bringt zahlreiche gesundheitspolitische Akteure in einem Forum zusammen und entwickelt im Konsens konkrete Gesundheitsziele als Vorschlag an die Politik.

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

01.03.2004

Abonnement

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