



# managed care

6 • 2002

## Medien und Managed Care

Die Rolle der Medien im politischen System

Welche Wege geht die Pharmakommunikation?

Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitserziehung über  
Massenmedien

Was Managed-Care-Pioniere sich von Medienschaffenden  
wünschen

Auf dem schnellsten Weg in die Schlagzeilen – Tipps für die  
Zusammenarbeit mit Medien

Bunt wie die Medienwelt selbst:

Der journalistische Berufsstand in der Schweiz

Die Ziele der Medienschaffenden im Gesundheitsbereich –  
eine nichtrepräsentative Umfrage

Neue Spitalfinanzierungsmodelle: Gibt es die ideale  
Systemkomponenten-Kombination?

Qualität – vielfältig verstanden

Der Fall: Hand aufs Herz – wählen Sie Generika für die private  
Reiseapotheke?

[www.fmc.ch](http://www.fmc.ch)

[www.medpoint.ch](http://www.medpoint.ch)

en français:

[www.managedcareinfo.net](http://www.managedcareinfo.net)

# Managed Care und Medien

Urs Zandoni

«Medien wecken Begehrlichkeiten, machen den Patienten falsche Hoffnungen, informieren unvollständig, oberflächlich, unkritisch, undifferenziert, ... kurz: die Medien sind der «natürliche Feind» von Managed Care»: So oder ähnlich dürfte sich eine Zusammenfassung der Vorurteile lesen, die in der Managed-Care-Szene kursieren. Völlig unberechtigt sind die Vorurteile nicht. Doch liegt das allein an den Medienschaffenden? Als ich vor zehn Jahren damit begann, mich journalistisch mit dem Gesundheitswesen zu befassen, verstand ich praktisch nichts davon. Ich arbeitete damals im Wirtschaftsressort der «Weltwoche», und als die Person, die das Thema betreute, ins Ausland zog, blieb es an mir als Dienstjüngstem hängen – ein erstes Zeichen für mich, dass kaum Lorbeeren damit zu holen war.

In diesen zehn Jahren hat es die Managed-Care-Bewegung nicht leicht gehabt: ein Schritt vor, zwei zurück. Zum reissenden Medienthema wurde sie nicht, weder im Positiven noch im Negativen. Den erfreulichen Daten der (Kosten-)Evaluationen stand die geringe Zahl der Versicherten in Managed-Care-Modellen entgegen. Die meisten Medien berichteten über Managed Care als eine nettes, aber unbedeutendes Mittel, um einige Prämienprozente zu sparen.

Dies wird sich in den nächsten zehn Jahren fundamental ändern, denn die Zukunft gehört der Managed-Care-Bewegung. Warum? Weil der Leidensdruck bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen die Schmerzgrenze erreicht hat (was nicht heisst, dass die Kosten dereinst «im Griff» wären). Und weil Managed Care heute weit mehr ist als Hausarztmodelle

und HMO-Zentren. Doch aufgepasst: Auch die kostentreibende Krankheitsindustrie bedient sich des Managed-Care-Vokabulars: Disease Management, Case Management, Patient Relationship Management.

Drum sei Managed-Care-Verantwortlichen für den Wettbewerb um das knappe Gut «Aufmerksamkeit» das Folgende ans Herz gelegt:

- Medien sind an Personen interessiert, nicht an Konzepten. Das heisst: Vermitteln Sie Managed-Care-Ideen unter Einbezug von Betroffenen. Ein gutes Beispiel dafür sind die Arzt-Patienten-Gespräche im Gesundheitsmagazin «Puls-Tipp».

- Medienschaffende wollen in erster Linie Informationen vermitteln, erst in zweiter Linie Konzepte verstehen. Das heisst: Versuchen Sie nicht, Medienschaffende davon zu überzeugen, dass Managed Care richtig und notwendig ist. Hauptsache, Sie vermitteln die relevanten Inhalte.

- Managed Care bedeutet «optimieren», «masshalten», «nutzenorientiert», «kostenbewusst», «beschränkte Arztwahl». In den Medienalltag übersetzt bedeutet das: Managed Care isn't sexy! Die Konsequenz daraus: mehr Emotionen (Menschen!), weniger Konzepte.

Ich bin gespannt, ob das eine oder andere Vorurteil gegenüber Medienschaffenden dereinst revidiert wird. Diese Ausgabe von «Managed Care» soll dazu beitragen.



Urs Zandoni

Urs Zandoni, MPH

Ressortleiter Gesundheit und Soziales

Der Beobachter

E-Mail: [urs.zandoni@beobachter.ch](mailto:urs.zandoni@beobachter.ch)

SCHWERPUNKTTHEMA:  
 MEDIEN UND MANAGED CARE

- 10** ..... **Die Rolle der Medien im politischen System**  
 Barbara Hänslı  
 Am Beispiel der Rationierungsdiskussion werden zwei publizistikwissenschaftliche Konzepte erläutert, die bei der Auswahl und Aufbereitung von Themen durch die Journalisten eine zentrale Rolle spielen: Agenda-Setting und Framing.
- 14** ..... **Welche Wege geht die Pharmakommunikation?**  
 Denise Roth  
 Die Pharmabranche sucht auch im Bereich der rezeptpflichtigen Medikamente vermehrt den Dialog mit Patientinnen und Patienten. Doch das Gesetz setzt diesen Aktivitäten Grenzen.
- 16** ..... **Der Patient als Konsument?**  
 Sylvia Schüpbach  
 Kommentar der Swissmedic zum Artikel «Welche Wege geht die Pharmakommunikation?»
- 17** ..... **Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitserziehung über Massenmedien**  
 Winfried Göpfert  
 Nützt es überhaupt, wenn in den Medien über gesundheitsschädigendes Verhalten und dessen Folgen informiert wird?
- 19** ..... **Umgang mit Gesundheitsthemen in den Medien –  
 Was Managed-Care-Pioniere sich von Medienschaaffenden wünschen**  
 Kurt Hess, Fritz Weber, Thomas Grüninger, Yves Broccon  
 Zwei HMO-Ärzte, der Präsident eines Hausarztvereins und der Kaufmännische Leiter einer Betriebsgesellschaft haben formuliert, worauf Medienschaaffende aus ihrer Sicht beim Umgang mit Gesundheitsthemen achten sollten.
- 22** ..... **Auf dem schnellsten Weg in die Schlagzeilen –  
 Tipps für die Zusammenarbeit mit Medien**  
 Urs Zanonı  
 Innovative Managed-Care-Konzepte finden nur bedingt Gehör auf den Redaktionen. Soll sich dies ändern, braucht es den richtigen Zugang zu den Medien. Ein Branchenkenner hat einige Tipps dazu zusammengestellt.
- 24** ..... **Bunt wie die Medienwelt selbst: Der journalistische Berufsstand in der Schweiz**  
 Mirko Marr  
 Für die Zusammenarbeit mit Journalistinnen und Journalisten ist es wichtig, sich ein realistisches Bild von diesem Berufsstand machen zu können. Eine aktuelle Untersuchung liefert repräsentative Daten dazu.
- 27** ..... **Die Ziele der Medienschaaffenden im Gesundheitsbereich –  
 eine nichtrepräsentative Umfrage**  
 Brigitte Casanova  
 Welches sind die wichtigsten Ziele der Medienschaaffenden? Eignen sich die Massenmedien für die Gesundheitserziehung? Welche Themen lösen am meisten Publikumsreaktionen aus? Vier Verantwortliche von grösseren Gesundheitsmedien antworten.

SPITALFINANZIERUNG

- 37** ..... **Neue Spitalfinanzierungsmodelle:  
 Gibt es die ideale Systemkomponenten-Kombination?**  
 Martin Patzen, Urs Marbet, Roland Hartmann, Ernst Renggli, Engelbert Zurlıh  
 Dieser Beitrag erläutert in einem ersten Teil einige wichtige Komponenten der bestehenden Finanzierungssysteme und geht in einem zweiten Teil der Frage nach, ob es eine ideale Kombination von Systemkomponenten gibt.

VERANSTALTUNGSBERICHT

- 42** ..... **Qualität – vielfältig verstanden**  
 Brigitte Casanova  
 Bericht über das 4. Schweizerische Forum der sozialen Krankenversicherung (Veranstalterin: RVK Rück) vom 23. Mai 2002 in Zürich. Titel der Veranstaltung: «Qualität – ganzheitlich verstanden».

## RUBRIKEN

- 7** ..... **Seiten des Forums Managed Care**  
 • Kosten für die Pflegenden kein Thema – Interview mit Georges Ackermann  
 • Symposiumsprogramm
- 30** ..... **Seite von med-swiss.net**  
 Die Projekte sind angelaufen
- 31** ..... **Der Fall (Fallbeschreibung)**  
 Hand aufs Herz – wählen Sie Generika für die private Haus-/Reiseapotheke? (Kurt E. Hersberger)
- 32** ..... **Der Fall (Stellungnahmen)**  
 Wasser predigen und Wein saufen? (Christian Marti)  
 Den Wissensdurst nicht unterschätzen (Etzel Gysling)  
 Patientinnen und Patienten müssen vom Medikament überzeugt sein (Josianne Walpen)  
 Generika – die Rolle der Swissmedic (Swissmedic)
- 35** ..... **Korrigenda**  
 Korrigenda zu: Managed-Care-Modelle in der Schweiz im Jahr 2002
- 40** ..... **Buchbesprechung**  
 Soziales Dilemma und die Organisation des Krankenhauses  
 Werner Widmer über das Buch «Soziales Dilemma und die Organisation des Krankenhauses – Die Aufgaben des Spitalmanagements» von Leo Boos.
- 44** ..... **Resonanz**  
 Schwache Patientenorganisationen • Grundsätze zum Sponsoring von PatientInnen-Organisationen • Zu wenig anschaulich • Angst vor dem Aufbruch • Krankheiten, die keine Krankheiten sind • Interdisziplinäre Gesprächskultur
- 46** ..... **Veranstaltungskalender**
- 48** ..... **In Kürze**  
 Drei-Kreise-Modell in Liechtenstein • Vom Fachartikel zur Medienmitteilung • Warum Studienergebnisse zu früh in der Tagespresse landen ... Vorschau: Managed Care in der spitalexternen Pflege und Betreuung

# managed care

Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie  
 Offizielles Organ des Forums Managed Care

**Verlag:**  
 Rosenfluh Publikationen  
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

**Redaktioneller Beirat:**  
 Georges Ackermann, Richard Altorfer, Otto Brändli, Leo Buchs, Martin Denz, Herbert Gautschi, Kurt E. Hersberger, Kurt Hess, Claudio Heusser, Niklaus Löffel, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Regula Ricka, Henri Robert, Urs Salzmann, Stefan Schindler, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann, Mechthild Willi Studer, Marianne Zierath, Rolf Zwygart

**Redaktionsausschuss:**  
 Georges Ackermann, Leo Buchs, Christian A. Ludwig, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann

**Betreuung des Schwerpunktthemas:**  
 Urs Zanoni

**Redaktion:**  
 Brigitte Casanova (bc) und Rita Schnetzler (rs)  
 Stampfenbrunnenstrasse 40, 8048 Zürich  
 Telefon und Fax 01-431 73 56  
 E-Mails: b.casanova@rosenfluh.ch  
 r.schnetzler@rosenfluh.ch

**Redaktionssekretariat:**  
 Claudia Mascherin, Sabine Heger  
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen  
 Telefon 052-675 50 60, Fax 052-675 50 61  
 E-Mail: info@rosenfluh.ch

**Anzeigenregie:**  
 Rosenfluh Media  
 Sekretariat: Manuela Bleiker  
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen  
 Telefon 052-675 50 50, Fax 052-675 50 51  
 E-Mail: romed@rosenfluh.ch

**Anzeigenverkauf:**  
 Ernst Schäublin  
 Bahnhofstrasse 56, 4125 Riehen  
 Telefon 061-641 60 40, Fax 061-641 46 01

**DTP und Layout:**  
 Rosenfluh Publikationen, Regina Hauser

**Druck:**  
 stamm+co. Grafisches Unternehmen  
 8226 Schleithelm

**Abonnemente, Adressänderungen:**  
 EDP Services AG  
 Ebenaustrasse 10, Postfach, 6048 Horw  
 Telefon 041-349 17 60, Fax 041-349 17 18  
 E-Mail: saem.ropu@edp.ch

**Abonnementspreise:**  
 Erscheint achtmal jährlich  
 Jahres-Abonnement: Fr. 90.–  
 (Westeuropa: Fr. 135.–)  
 Einzelheft: Fr. 15.– (zzgl. Porto, plus MwSt.)

Einzelheft-Bestellungen bitte an das Redaktionssekretariat

Mitglieder des Forums Managed Care erhalten die Zeitschrift gratis. Der Jahresbeitrag für die Vereinsmitgliedschaft beträgt Fr. 140.–. Kontaktadresse: Forum Managed Care, Postfach, 8402 Winterthur

Diese Zeitschrift wird im EMBASE/Excerpta Medica indiziert.

6. Jahrgang: ISSN 1422-6618

© Copyright by Rosenfluh  
 Publikationen Neuhausen

Managed Care und MCCM sind eingetragene Marken  
 Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags.  
 Für unaufgefordert eingehende Manuskripte übernimmt der Verlag keine Verantwortung.

med point.ch

Managed Care ist online einsehbar (pdf-Format) unter [www.medpoint.ch](http://www.medpoint.ch)

# managed care

«Managed Care – Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie»

«Managed Care» setzt sich vertieft mit der Gestaltung des schweizerischen Gesundheitswesens auseinander – interdisziplinär, zukunftsgerichtet, unabhängig.

Achtmal jährlich berichten und diskutieren wir anhand eines Schwerpunkt-Themas über Bestrebungen zur Verbesserung des Gesundheitswesens und lassen die verschiedenen Akteure zu Wort kommen.



## Bitte ausschneiden und einsenden oder faxen an:

Rosenfluh Publikationen, Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen, Fax 052-675 50 61.

## Abonnements-Bestelltalon

Ja, ich will über das Managed-Care-Geschehen informiert sein und abonniere die Zeitschrift:

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> ... Ex. Jahresabonnement Schweiz          | sFr. 90.-*  |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. Jahresabonnement Europa           | sFr. 135.-* |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. Jahresabonnement übriges Ausland  | sFr. 165.-* |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. Schnupper-Abonnement (3 Ausgaben) | sFr. 40.-*  |

## Einzelnummer-Bestelltalon

Einzelne Schwerpunkt-Nummern sind noch erhältlich.

Wenn Sie eine ältere Ausgabe bestellen möchten, kreuzen Sie dies bitte im unten stehenden Bestelltalon an:

- |  |                |             |
|--|----------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Drittes Forum-Managed-Care-Symposium»                | Ausgabe 1/2001 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Gesundheitsförderung»                                | Ausgabe 2/2001 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Steuerungsprobleme bei der Brustkrebs-Früherkennung» | Ausgabe 3/2001 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «E-Health»  | Ausgabe 4/2001 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Rationierung»  | Ausgabe 6/2001 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Palliative Care»                                     | Ausgabe 8/2001 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Frauen und Managed Care»                             | Ausgabe 1/2002 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Managed Care in der Welschschweiz»                   | Ausgabe 2/2002 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Messungen in der Pflege»                             | Ausgabe 3/2002 | sFr. 15.-** |
| <input type="checkbox"/> ... Ex. «Prozessinnovationen im schweiz. Gesundheitswesen»    | Ausgabe 4/2002 | sFr. 15.-** |

\* inkl. Porto, zzgl. MwSt.

\*\* Lieferung solange Vorrat, zzgl. Porto, zzgl. MwSt.

Lieferadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Datum/Unterschrift:

Rechnungsadresse:

Firma:

Vorname/Name:

Strasse, Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

Interessiert Sie das Thema «Managed Care»? Möchten Sie die Managed-Care-Entwicklung in der Schweiz mitgestalten? Dann laden wir Sie herzlich ein, dem Forum Managed Care beizutreten. Als Vereinsmitglied erhalten Sie die Zeitschrift «Managed Care» kostenlos, und Sie können zu ermäßigtem Preis an den Symposien des Forums Managed Care teilnehmen. Die Mitgliedergebühr beträgt 140 Franken. Bitte fördern Sie ein Anmeldeformular an bei: Dr. med. Florian Suter, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Tannenstrasse 1, 4416 Bubendorf. Fax 061-935 92 29. E-Mail: florian.suter@hin.ch oder melden Sie sich direkt über die Homepage des Forums Managed Care an: www.fmc.ch



# Kosten für die Pflegenden kein Thema

## Interview mit Georges Ackermann, Leiter des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care» beziehungsweise der Arbeitsgruppe Print des Vereins Forum Managed Care

**Managed Care:** Du arbeitest in der Abteilung «Managed Care» der Helsana. Wie erklärst du den Leilinnen in deinem Bekanntenkreis den Begriff «Managed Care»?

**Georges Ackermann:** Managed Care heisst «geführte Gesundheitsversorgung», das heisst: Management von Behandlungsketten, integrierte Behandlungsketten, Netzwerke – und dies alles wirtschaftlich, zweckmässig und mit definierter Qualität. Mir persönlich ist der Gedanke der integrierten Versorgung, das heisst der standardisierten Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen, besonders wichtig. Das heisst aber auch, alle Akteure in die Verantwortung miteinzubeziehen.

**MC:** In welcher Rolle sagst du das: in jener des Krankenversicherungsmitarbeiters oder in jener des Pflegefachmanns?

**Ackermann:** In beiden. Deshalb sage ich auch bewusst: alle Akteure. Ich stehe immer mit einem Bein auf der Seite der Leistungserbringer, indem ich, dank den Kontakten zu Pflegenden und anderen Leistungserbringern, deren Sorgen und Nöte, deren Stärken und Schwächen kenne und mich auch mit ihrer Situation auseinandersetze. Nur so kann ich ein kompetenter Verhandlungspartner sein.

**MC:** Wie siehst du die Rolle der Pflegenden innerhalb der integrierten Versorgung, wie du sie geschildert hast?

**Ackermann:** Die Pflege übernimmt eine sehr wichtige Rolle in einer integrierten Gesundheitsversorgung. Rund 60 Prozent aller KVG-Leistungen werden von Pflegenden erbracht. Umso erstaunlicher ist es, dass sie in Managed-Care-Modellen oder -Projekten (in der Schweiz) selten eine aktive Rolle übernehmen.

**MC:** Die Hausärzte übernehmen in Managed-Care-Modellen die Rolle des Gatekeepers. Welche Rolle könnten die Pflegenden übernehmen?

**Ackermann:** Die Pflege könnte, mit einer entsprechenden Ausbildung, wie zum Beispiel «Fachexpertin Gesundheit» oder «Clinical Nurse Specialist», ebenfalls das Gatekeeping übernehmen und in Netzwerken mit Ärzten zusammenarbeiten, wie dies in anderen Ländern bereits mit Erfolg funktioniert. In der Schweiz müssen wir allerdings weiter vorne anfangen: Vor kurzem wurde ich von zwei Schülerinnen einer Schule, an der ich tätig bin, angefragt, ob ich im Rahmen des Curriculums über Managed Care und über die Rolle der Versicherer im Gesundheitswesen sprechen würde. Die Schulleitung lehnte den Antrag der Schülerinnen dann aber ab, mit der Begründung, das sei kein Schwerpunkt in der Ausbildung. Das erstaunte mich zwar nicht, enttäuschte mich aber einmal mehr: Die Gesundheitsökonomie, die Rolle der verschiedenen Akteure darin, die Kosten der eigenen Leistungen: Das ist im Moment für die meisten Pflegenden und für die Ausbildungsstätten kein Thema.

**MC:** Wie könnte das Forum Managed Care den Einbezug der Pflegenden in die integrierte Versorgung fördern?

**Ackermann:** Man sollte bereits die Grundausbildung der Pflege dem veränderten Umfeld und dem daraus resultierenden Pflegebedarf anpassen. Die Pflegenden müssen merken, dass sie ein wichtiger Teil der Gesamtgesundheitsversorgung sind und auch eine entsprechende Ver-

**Georges Ackermann,  
Leiter des Redaktionellen Beirats  
der Zeitschrift «Managed Care»  
beziehungsweise der Arbeits-  
gruppe Print des Vereins Forum  
Managed Care**



### Steckbrief

Zivilstand: ledig

Alter: 47 Jahre

Ausbildung: 1983: Diplom in allgemeiner und Intensivpflege in Bern; 1985: Ausbildung in Stoma- und Diabetesberatung, Bern; danach: Weiterbildung Stationsleitung, Aarau; Leitung einer chirurgischen Abteilung am Bezirksspital Langnau i.E.; ab 1986: Oberpfleger in der Klinik Bethesda für Epilepsie und Neurorehabilitation, Tschugg; Weiterbildung Leitung Pflegedienst Kaderschule Aarau; ab 1991: Gesamtleitung Pflege der Klinik Bethesda; Weiterbildung Qualitätsmanagement im Spital; ab 1994: Leitung Pflegedienst der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Zurzach. Seit 1998 Mitarbeiter im Bereich Pflege der Abteilung Managed Care der Helsana Versicherungen AG und seit 2000 Leiter dieses Bereichs. Seit 2002 Weiterbildung (Weiterbildungsprogramm Gesundheitswesen) an der Universität Bern.

Weitere Ämter: Verschiedene Aktivitäten im Bereich Curriculum von Pflegeausbildungen, Interessengemeinschaften Pflege, Qualitätsmanagement, Coaching, Beratungen

Persönliche Interessen: Musik, Sport, Kochen, Nautik, Lesen

antwortung übernehmen müssen: Was ist denn Zweckmässigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Pflege? Oder die Rolle der Pflege in einem integrativen Versorgungsmodell? Vielleicht wären das Themen für eine künftige Veranstaltung des Forums Managed Care.

Eine Chance hat das Forum Managed Care bereits wahrgenommen, indem in der Zeitschrift «Managed Care» die «Seite der Pflege» geschaffen wurde. Die Zeitschrift widmet sich auch im Schwerpunktteil vermehrt pflegerischen Themen, beispielsweise in der nächsten Ausgabe der «Spitex». Das ist ein guter Ansatz, um die Pflegenden einzubeziehen und ihnen zu sagen: Ihr seid ein Teil von Managed Care, ihr seid ein Teil der Care, und wir nehmen euch ernst – jetzt liegt der Ball bei euch.

Das Forum Managed Care lädt auch seit langem Pflegenden an seine Veranstaltungen ein – mit mehr oder weniger Erfolg. Vielleicht müsste das Forum Managed Care sich zusätzlich überlegen, ob und wie es die Pflegenden in den Grund- und Kaderausbildungen in das Managed-Care-Konzept einführen könnte. Voraussetzung dazu wäre aber natürlich eine entsprechende Bereitschaft der Ausbildungsstätten.

Interview:

**RITA SCHNETZLER**

Redaktion «Managed Care»

# Viertes Symposium Forum Managed Care

15./16. November 2002, Engelberg, Schweiz

## Integrierte Versorgung als Gütesiegel

- Rating, Qualitätsmessung und Zertifizierung von Arztpraxen und andern Leistungserbringern
- Alternative Versicherungsmodelle: Qualitäts- statt Sparmodelle
- Medizinische Qualitätslabels aus Patientensicht
- Integrierte Versorgung als Mehrwert
- TQM-System als Herausforderung
- Marketing in der Arztpraxis

Erster Konferenztag:  
Freitag, 15. November 2002

Ab 09.30	<b>Registrierung</b>	14.45	Einführung in die Workshop-Arbeiten <i>Leo Buchs</i>
10.30	Tagungseröffnung und Begrüssung (Plenum) <i>Dr. Konstantin Beck</i>	15.00	Pause in der Industrieausstellung
	Thematische Einführung <i>Dr. med. Andreas Weber</i>	15.20	Workshops <i>Vorsitz: L. Buchs</i> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Marktforschung im Gesundheitswesen <i>Claude Longchamp</i></li><li>■ Marketing in der Arztpraxis <i>Hansruedi Federer</i></li><li>■ Inhaltliche Kriterien für ein medizinisches Qualitätslabel aus Patientensicht <i>Sibylle Schröder</i></li><li>■ Qualitätslabel für die integrierte Versorgung <i>Dr. med. Kurt Kaspar und Dr. med. M.A. Fischer</i></li><li>■ Kostet professionelle Organisation und Kommunikation in der Arztpraxis die Krankenversicherer mehr Geld? <i>Dr. med. Beat Künzi und Dr. med. Walter Oswald</i></li><li>■ Erforderliche Strukturen für die Realisierung eines gesamtschweizerischen Qualitätslabels <i>Dr. med. Kurt Hess</i></li></ul>
10.45	<b>Einführungsreferate</b> <i>Vorsitz: Dr. A. Weber</i> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Lernen aus anderen Branchen: Am Beispiel der Bio-Knospe als Gütesiegel im Lebensmittelmarkt <i>Christof Dietler</i></li><li>■ Chance und Herausforderung mit einem TQM-System: ein Praxisbeispiel <i>Dr. med. dent. Roger Harr</i></li><li>■ Notwendigkeit der Qualitätserfassung von Arztpraxen und integrierten Versorgungsmodellen <i>Joachim Roski, Ph.D. M.P.H.</i></li></ul>		
12.30	Standing Lunch in der Industrieausstellung		
13.45	<b>Roundtable</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Massvoller Gesundheitskonsum – können und dürfen wir Verhalten managen? <i>Moderation: Elisabeth Michel-Alder</i></li></ul>	16.50	Pause
	Teilnehmer: <ul style="list-style-type: none"><li>– <i>Dr. Adrian Wirthner</i>, Praxis Bubenberg, Bern</li><li>– <i>Annamaria Müller-Imboden</i>, Zentralsekretärin FMH</li><li>– <i>Esther Baldegger</i>, Projektleiterin Allfit, Stadtärztlicher Dienst, Zürich</li><li>– <i>Dr. Heidi Schriber</i>, Arbeitsgruppe Patienten des Forum Managed Care</li><li>– <i>Stefan Schütz</i>, Leiter Managed Care und Leistungseinkauf ÖKK Basel</li><li>– <i>Jacqueline Bachmann</i>, Geschäftsführerin, Stiftung für Konsumentenschutz</li></ul>	17.00	Präsentation der WS-Ergebnisse im Plenum <i>Vorsitz: Dr. F. Suter</i>
		18.15	Get together in der Industrieausstellung
		19.30	Diner mit Abend-Event

## Zweiter Konferenztag: Samstag, 16. November 2002

- 08.30 Generalversammlung Forum Managed Care
- 08.30 Eröffnung des 2. Konferenztages im Plenumsaal  
*Margot Beck-Zeller*
- Projektvorträge** *Vorsitz: M. Beck-Zeller*
- Effizienz und Qualitätssteigerung durch integrierte Systeme  
*Dr. A. Strahm*
  - Modellprojekt «Integrierte Versorgung Elbe-Jeetzell»  
*H. Hildebrandt*
  - HAMA-Studie, Präsentation der Ergebnisse  
*Dr. med. F. Weber*
- 10.00 Kurzpause
- 10.10 **Präsentation bestehender Qualitätsstandards und Marken im Gesundheitswesen** *Vorsitz: Dr. M. Denz*
- EQUAM  
*Dr. med. Florian Suter*
  - SwissPep  
*Dr. med. Beat Künzi*
  - Quali-med.net  
*Dr. med. Peter Christen*
  - Qualitätsindikatoren der AOK  
*Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi*
  - Gütesiegel für Arztpraxen  
*Prof. Dr. Jutta Rübiger*
- 11.30 Pause in der Industrieausstellung
- 11.50 **Synthese zum Tagungsthema**  
«Integrierte Versorgung als Gütesiegel»  
Thema: «die 10 wichtigsten Elemente eines Qualitätslabels»  
*Moderation: Matthias Lauterburg*
- 12.50 Abschluss und Verabschiedung  
*Ruedi Wartmann*
- 13.00 Standing Lunch zum Ausklang
- 14.00 Ende der Tagung

### Referenten, Workshop- und Diskussionsleiter

- Beck, Konstantin, Dr., Präsident Forum Managed Care, Zug
- Christen, Peter, Dr. med., zmed Zürich
- Dietler, Christof, Geschäftsführer BIO SUISSE, Basel
- Federer, Hansruedi, Unternehmensberatung, Dottikon/AG
- Fischer, Max-Albrecht, Dr. med., Präsident med-swiss.net, Seengen/AG
- Harr, Roger, Dr. med. dent, Niederdorf
- Hess, Kurt, Dr. med., Bereichsleiter HMO, SanaCare AG, Winterthur
- Hildebrandt, Helmut, Hildebrandt GesundheitsConsult, Hamburg
- Kaspar, Kurt, Dr. med., VR-Präsident argomed, Baden
- Künzi, Beat, Dr. med., SwissPep, Bern
- Lauterburg, Matthias, Redaktor BR, Bern
- Longchamp, Claude, GfS-Forschungsinstitut, Bern
- Michel-Alder, Elisabeth, Unternehmensberatung EMA Human Potential Development, Zürich
- Oswald, Walter, Dr. med., SwissPep, Bern
- Rübiger, Jutta, Prof. Dr., Berliner Zentrum Public Health, Berlin
- Roski, Joachim, Ph.D. M.P.H, Quality Measurement NCOA, Washington D.C.
- Schröder, Sibylle, Koordinationsstelle für Langzeitangebote ipw, Winterthur
- Strahm, H., Dr., Triamun AG, Baar
- Suter, Florian, Dr. med., Stiftungsrat EQUAM, Bubendorf
- Szecsenyi, Joachim, Prof. Dr. med., Dipl.-Soz., AQUA-Institut Göttingen und Universität Heidelberg
- Weber, Fritz, Dr. med., Präsident HA-Netz Aarau, Buchs/AG

### Teilnahmegebühren

- 2-Tagespass inkl. Unterkunft: Fr. 925.– (Euro 640.–)
- 1-Tagespass Freitag, 15.11., ohne Unterkunft: Fr. 500.– (Euro 346.–)
- 1-Tagespass Samstag, 16.11., ohne Unterkunft: Fr. 375.– (Euro 260.–)
- Rabatt für FMC-Mitglieder: Fr. 100.– (2-Tagespass), Fr. 50.– (1-Tagespass Freitag oder Samstag) inkl. Tagungsdokumentation, Pausen- und Mahlzeitenverpflegung, exkl. alkoholische Getränke

### Anmeldung und Unterkunft

Sie können sich wie folgt anmelden:

- Online-Anmeldung auf Website [www.fmc.ch](http://www.fmc.ch)
- E-Mail-Anmeldung an [office@mhc-consulting.ch](mailto:office@mhc-consulting.ch)

Mit der Bestätigung der Anmeldung erhalten Sie eine Rechnung mit Einzahlungsschein.

Für die Unterkunft im Kongresshotel sind Zimmer vorreserviert. (Bitte nicht direkt buchen!)

Bei Absage nach dem 31. Oktober wird die Hälfte, bei Absage nach dem 8. November die gesamte Tagungsgebühr berechnet.

### Veranstalter

FMC – Forum Managed Care,  
Bohlstrasse 21, CH-6300 Zug (Schweiz)  
Tel. +41 (0)41-710 22 62

### Tagungsorganisation und Auskunft

MHC-Consulting BUCHS & Partner  
Postfach 2539, CH-6342 Baar (Schweiz)  
Tel. +41 (0)41-761 77 58, Fax +04 (0)41-761 77 26  
E-Mail: [office@mhc-consulting.ch](mailto:office@mhc-consulting.ch)

### Weitere Informationen

Siehe [http://www.fmc.ch/100\\_Symp02/100\\_home.htm](http://www.fmc.ch/100_Symp02/100_home.htm)



# Die Rolle der Medien im politischen System

Unterschiedlichste Akteure aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft sowie weiteren Interessengruppen wollen bestimmte Themen in den Medien vertreten. Die JournalistInnen nehmen dabei als so genannte «Gatekeeper» eine Schlüsselrolle bezüglich Selektion und Präsentation der Themen ein. Im Folgenden werden am Beispiel der Rationierungsdiskussion zwei publizistikwissenschaftliche Konzepte erläutert, die im Rahmen dieses Prozesses eine zentrale Rolle spielen: Agenda-setting und Framing.

Barbara Hänslī<sup>1</sup>

Den Massenmedien kommt in der heutigen Gesellschaft eine zentrale Rolle zu. Die medienvermittelte «Realität» stellt für das Publikum die Grundlage dar, um sich eine Meinung zu bestimmten politischen oder sozialen Fragen zu bilden und Einstellungen zu bestimmten Themen zu entwickeln. Auch Trends in verschiedensten Lebensbereichen werden von den Medien beeinflusst.

## Die Rolle der Medien im politischen System

Im Wissen um die grosse Bedeutung der Medien versuchen Kommunikatoren aus Politik und Wirtschaft sowie (weitere) Interesseorganisationen und Institutionen mittels PR, die Medien aktiv zu instrumentalisieren, Themen zu setzen und die Diskussion in ihrem Sinn zu framen<sup>2</sup>. Das Modell der medialen Politikvermittlung (siehe *Abbildung*) veranschaulicht dies am Beispiel des politischen Systems. Das Modell kann auch auf andere Gesellschaftsbereiche übertragen werden; insbesondere auch auf die Debatte über die Mittelverteilung im Gesundheitswesen, die im zweiten Teil dieses Beitrags im Zentrum steht und die ihrerseits eine starke politische Komponente enthält.

Für das politische System gilt, dass Politik nicht mehr unmittelbar erfahren wird, sondern dargestellt und vermittelt werden muss. Politische Entscheidungen müssen an die Öffentlichkeit gebracht werden, einerseits, um Politik zu legitimieren, andererseits aber auch als Diskussionsbasis und Entscheidungsgrundlage für BürgerInnen. Die *Darstellung* von politischen Themen erfolgt *durch die (politischen) Akteure* selber, das heisst durch Vertreter der öffentlichen Behörden, von Parteien oder von Interessengruppen. Dabei spielt professionelle Öffentlichkeitsarbeit eine immer grössere Rolle. PR-Stellen von offiziellen Behörden, von Parteien und Interessengruppen gelangen mit Pressekonferenzen und Pressemitteilungen an die «Öffentlichkeit» respektive an die Medien.

Die *Vermittlung* und Weiterverarbeitung von Politik erfolgt hauptsächlich *durch die Massenmedien*. Weil



Barbara Hänslī

diese potenziell alle BürgerInnen erreichen, sind sie zum wichtigsten Öffentlichkeitsforum geworden. Auf ihrem Weg zum Rezipienten erfährt die politische Realität jedoch Veränderungen, denn Massenmedien vermitteln Informationen nicht nur passiv weiter, sondern sie erbringen auch eine erhebliche Bearbeitungsleistung: Sie selektieren Themen und Ereignisse (Gatekeeper-Funktion) – dabei orientieren sie sich an medien-spezifischen Kriterien (journalistische Routinen, Nachrichtenwerte), redaktionellen Leitwerten und spezi-

<sup>1</sup> Barbara Hänslī ist Assistentin am IPMZ – Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung der Universität Zürich – mit den Schwerpunkten Medienleistungen und Medienrealität (Lehre und Forschung). Sie befasst sich mit den folgenden Auftrags-, Kooperations- und eigenen Projekten:

Jährliche Evaluation der Präventionskampagne «Sucht beginnt im Alltag. Prävention auch.» im Auftrag des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Mitarbeit in der transdisziplinären Forschungsgruppe zum Thema «Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen» unter dem Patronat des Schweizerischen Tropeninstituts Basel und Dialog Ethik Zürich (Vorprojekt und NFEingabe).

Nationalfondseingabe (in Planung): «Framing im politischen Entscheidungsprozess» am Beispiel einer Abstimmung (Inhaltsanalyse und Bevölkerungsbefragung).

<sup>2</sup> to frame (engl.): rahmen, gestalten, formen

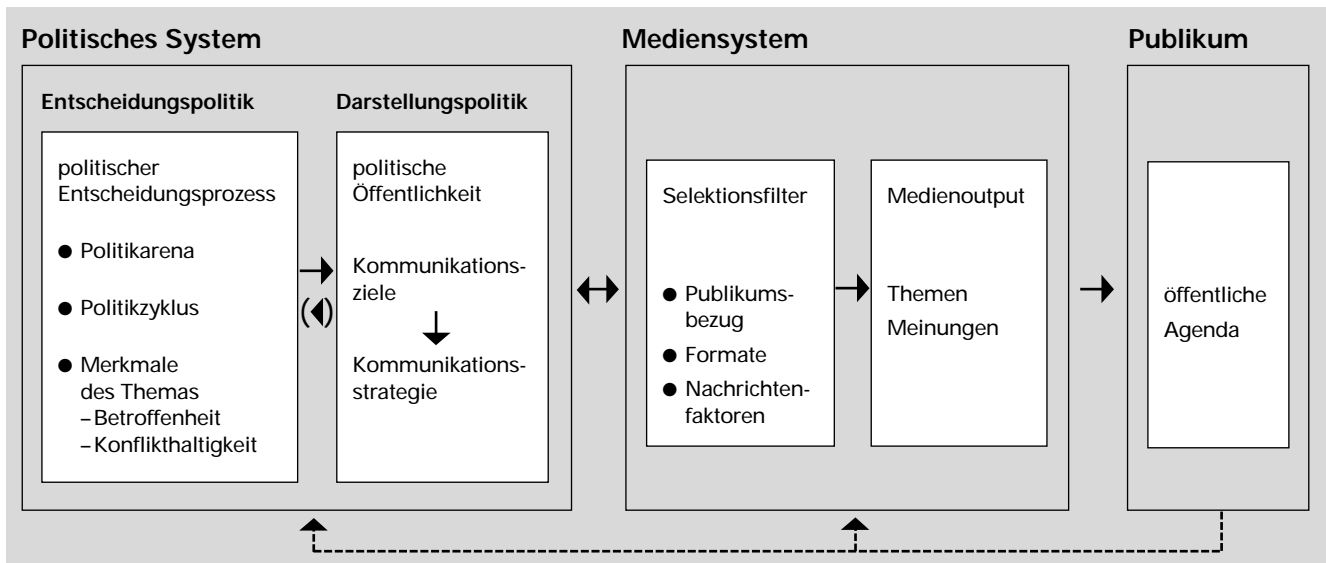


Abbildung: Modell der medialen Politikvermittlung [1]

fischen Zielgruppen – und beeinflussen damit die Öffentlichkeitsagenda (Agendasetting). Dies nicht nur in thematischer und formaler Hinsicht, sondern auch auf einer inhaltlichen Ebene: Indem sie recherchieren (unterschiedliche Quellen durchforschen), die eigene Meinung einfließen lassen (kommentieren) oder einzelne Gesichtspunkte hervorheben oder weglassen, können sie einen wesentlichen Beitrag zu einer argumentativen Auseinandersetzung in der öffentlichen Diskussion leisten.

### Funktionsweise des Mediensystems am Beispiel der Rationierungsdiskussion

Bei der Vermittlung und Darstellung von Themen durch die Massenmedien spielen die publizistikwissenschaftlichen Konzepte des *Agendasettings* sowie des *Framings*<sup>3</sup> eine wichtige Rolle. Diese Konzepte werden im Folgenden am Beispiel der Berichterstattung zum Thema «Rationierung» respektive «knappe finanzielle Ressourcen im schweizerischen Gesundheitswesen» erläutert; als Basis dienen dabei die Ergebnisse einer inhaltsanalytischen publizistischen Studie [2], welche 42 Artikel aus Deutschschweizer Tages- und

Wochenzeitungen untersuchte, die im Januar oder im Februar 1999 erschienen sind<sup>4</sup>.

### Agendasetting

Wie bereits erwähnt spielen bei der *Selektion* von Medienthemen und -ereignissen der Gatekeeper- und der Agendasetting-Ansatz eine wichtige Rolle. Während sich die Gatekeeper-Forschung, ausgehend von der Metapher des Torwächters, eher mit den Aspekten des persönlichen und organisatorischen/institutionellen Umfelds der Journalistinnen und Journalisten beschäftigt, geht die Agendasetting-Theorie mehr auf die Inhalte und Themen ein, die selektioniert werden. In diesem Artikel interessieren die Inhalte, die von den Medien vermittelt werden, hier steht also der Agendasetting-Ansatz im Zentrum des Interesses. Dieser Ansatz ist einer der erfolgreichsten der letzten 25 Jahre; er ist deshalb auch immer weiterentwickelt und um neue Faktoren der Beeinflussung ergänzt worden [3].

Die erwähnte Analyse der Zeitungsartikel zur «Rationierung im Gesundheitswesen» zeigte, dass hier die Kosten am häufigsten thematisiert wurden und damit im Rampenlicht der Diskussion standen. Dabei spielte das Bewusstsein für das Spannungsfeld zwischen medizinischer Machbarkeit und den enormen Kosten eine wesentliche Rolle. Dagegen

wurden konkrete Angaben zu Finanzierungs- und Verteilungsmechanismen oder das Spannungsfeld «stagnierende Budgets versus steigende Kosten» nur marginal kommuniziert. Als zweitwichtigster Themenblock kristallisierte sich der Bereich «gesellschaftliche Verantwortung versus Individualbedürfnis» heraus, wobei auch Wertvorstellungen thematisiert wurden. Der dritte, handlungsorientierte Themenbereich lässt sich in zwei Kategorien unterteilen: Erstens wurde explizit eine öffentliche Diskussion zum Thema «Rationierung im Gesundheitswesen» gefordert, und zweitens wurden Problemursachen in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft genannt, es wurden Lösungen (z.B. Rationalisierung, Globalbudget, Oregon-Modell etc.) vorgeschlagen, und man verwies auf die Dringlichkeit des Problems.

Die Agendasetting-Theorie geht davon aus, dass die Medien durch die Betonung von Themen in der Berichterstattung (hohe Publikationshäufigkeit, prominente Platzierung und Aufmachung) beeinflussen können, welche Themen von der Gesellschaft sowie von den einzelnen RezipientInnen als besonders wichtig erachtet werden. Durch die Häufigkeit der Nennung einzelner Themenbereiche oder Argumente entsteht in der Wahrnehmung des Publikums eine Themen- respektive Argumente-

<sup>3</sup> siehe Fussnote 2

<sup>4</sup> In diesem Zeitraum belebten der «Fall Novoseven» (11. Jan. 99) und das «Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen» (15. Jan 99) die Diskussion um Rationierungsmassnahmen.

hierarchie: Oft gehörte oder gelesene Aussagen werden als wichtiger und relevanter erachtet. Dabei spielt die Glaubwürdigkeit des Mediums, die Gestaltung (z.B. mit visuellen Reizen) sowie die Kopplung der Thementexte an bekannte Akteure aus Politik, Wirtschaft, Medizin und so weiter eine unterstützende Rolle. Auf diese Weise prägt die Medienagenda die Wahrnehmung der RezipientInnen; die Fokussierung auf bestimmte Themen und Probleme verweist auf deren Dringlichkeit in der «öffentlichen Agenda».

Zur Untersuchung des Agendasettings werden in der Regel die Methoden der Inhaltsanalyse und Bevölkerungsumfrage miteinander kombiniert; Erstere zur Erfassung der Medienberichterstattung und Letztere zur Erfassung der Einstellung der Bevölkerung hinsichtlich der Wichtigkeit eines Themas. Ein Vergleich beider Themenrangordnungen lässt Rückschlüsse auf den Einfluss der Medien auf die Bevölkerungsagenda zu. Die erwähnte Analyse zur «Rationierung» im Gesundheitswesen musste sich jedoch auf eine Inhaltsanalyse beschränken; der Einfluss der Medieninhalte auf die öffentliche Meinung konnte nicht untersucht werden.

### Framing

Während sich der Agendasetting-Ansatz mit der Themenstruktur befasst, fokussiert Framing die Art und Weise, wie einzelne Themen und Ereignisse in den Medien behandelt werden. Framing beschreibt den Prozess, durch den Themen mittels Attribuierung bestimmter Merkmale in den Medien genauer definiert und an das Publikum vermittelt werden [4]. Framing wird deshalb oft auch als Agendasetting auf der zweiten Ebene bezeichnet. Frames bezeichnen die Perspektive, den Blickwinkel, unter denen ein Thema oder Ereignis gesehen wird; oft handelt es sich dabei um gängige, gesellschaftlich anerkannte Schemata wie Moral, Verantwortung und so weiter. Solche Schemata oder Sets von Attributen vereinfachen die Informationsaufnahme beim Publikum; in Bruchteilen von Sekunden werden bestehende Vorstellungen von Moral,

Verantwortung und so weiter auf das «geframte» Thema übertragen.

Die Framing-Analyse fragt also nach der «Art und Weise», wie etwas kommuniziert wird. Um zu analysieren, wie das Thema «Rationierung im Gesundheitswesen» in den Medien vermittelt wurde, sind verschiedene Frames definiert worden: Unter dem Frame «Verantwortung» wurde untersucht, wieweit in den Artikeln nach den Verantwortlichen für Ursachen und Lösungen des Problems gefragt wurde; unter «Human Interest» wurde untersucht, inwieweit das Thema durch das Aufzeigen von persönlichen Einzelschicksalen sowie das Appellieren an Gefühle dargestellt wurde. Unter dem Frame «Konflikt» wurden Diskursivität und Spannungsfelder in den Artikeln untersucht; unter «Moral», wieweit individuelle und gesellschaftliche Werte und Normen herangezogen wurden; und unter dem Frame «ökonomische Aspekte» wurde untersucht, wieweit nach der Kostenseite der Rationierung im Gesundheitswesen gefragt wurde.

In der analysierten Berichterstattung dominierte keiner der Frames, was für eine diskursive Darstellung von Seiten der Medien spricht. Zwei Schwerpunkte zu der Art und Weise, wie diskutiert wurde, liessen sich jedoch festhalten: einerseits auch hier der zentrale Fokus auf die ökonomischen Aspekte, die möglichen Folgen einer Rationierung, aber auch das Aufzeigen des Spannungsfelds zwischen den Kosten und den technischen Möglichkeiten in der Medizin, andererseits der Fokus auf gesellschaftliche Verantwortung und gesellschaftliche Normen und Werte.

Durch die Kopplung der Thematik an bestimmte Frames appelliert die Medienagenda auch an geltende Werte und Normen. Damit wird den RezipientInnen nicht nur die inhaltliche Themenrelevanz, sondern auch das «Klima» der öffentlichen Diskussion vermittelt.

### Schlussfolgerung

Insgesamt zeigte die Medienanalyse, dass die Medien in der Diskussion zum Thema «Rationierung» beziehungsweise «knappe finanzielle

Ressourcen im schweizerischen Gesundheitswesen» im untersuchten Zeitraum durch ihr Agendasetting das Spannungsfeld zwischen medizinischer Machbarkeit und den enormen Kosten, das Spannungsfeld zwischen gesellschaftlicher Verantwortung und Individualbedürfnis sowie den Bedarf nach einer öffentlichen Diskussion und nach Lösungen für das Problem in den Vordergrund stellten. Die Thematik wurde diskursiv dargestellt, wobei insbesondere die Kosten, aber auch die gesellschaftliche Verantwortung sowie gesellschaftliche Normen und Werte betont wurden.

Wie gross der Einfluss der Medien auf die öffentliche Meinung in der Rationierungsdiskussion nun tatsächlich ist – nebst interpersonellen Einflüssen, vorgefassten Meinungen und weiteren Einflussparametern –, konnte nicht untersucht werden. Die Frage nach der Rolle der Medien im politischen System wird auch weiterhin Gegenstand umfangreicher publizistischer Forschung sein. ■

**Autorin:**

**Barbara Hänsli**

lic. phil., Assistentin am IPMZ –  
Institut für Publizistikwissenschaft  
und Medienforschung der  
Universität Zürich  
Kurvenstrasse 17 / Postfach 507  
8035 Zürich  
E-Mail: haensli@ipmz.unizh.ch

### Literatur:

1. Pfetsch, Barbara: Chancen und Risiken der medialen Politikvermittlung. Strategien der Öffentlichkeitsarbeit bei politischen Sachfragen. In: Armingeon, Klaus; Blum, Roger: Das öffentliche Theater: Politik und Medien in der Demokratie. Bern 1995, S. 65–93.
2. Hänsli, Barbara (2001): Medienanalyse und Beitrag zur Rolle der Massenmedien. In: Schopper D.; Baumann-Hölzle R.; Tanner M. (Hrsg.): Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen. Basel/Zürich.
3. Rogers, Everett: The Anatomy of agenda-setting research. In: Journal of Communication, 43, 2/1993.
4. Scheufele, Dietram: Framing as a Theory of Media Effects. In: Journal of Communication, 49, 1/1999, S. 103–122.

Weiterführende Literatur bei der Autorin

# Welche Wege geht die Pharmakommunikation?

Die Pharmabranche möchte künftig auch im Bereich der rezeptpflichtigen Medikamente vermehrt den Dialog mit Patientinnen und Patienten suchen. Doch das Gesetz setzt diesen Aktivitäten Grenzen, indem es die Publikumswerbung im Bereich der rezeptpflichtigen Medikamente verbietet. Im Folgenden schildert die Vertreterin einer PR-Firma die aktuelle Situation. Im anschliessenden Kommentar äussert sich das schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic zu den gesetzlichen Grenzen.

**Denise Roth**

**D**er Schweizer Bevölkerung werden immer mehr Kanäle geboten, sich umfassender über Gesundheit, Krankheiten und neuste Therapiemöglichkeiten zu informieren. «Patient Empowerment» heisst das aktuelle Schlagwort – aufgeklärt und informiert soll der Patient aktiv und mit einer gewissen Selbstverantwortung an den Behandlungsentscheidungen mitwirken. Nicht zuletzt die Pharmaunternehmen haben erkannt, dass die (potenziellen) Patien-

ten zunehmend wichtige und potente Dialogpartner werden.

## Einschränkende Gesetzgebung

Die Pharmakommunikation (Gesamtheit der Kommunikations- und Marketingaktivitäten der Pharmaindustrie) wird deshalb vermehrt auf Patienten ausgerichtet. Dies gilt auch für den Bereich der rezeptpflichtigen Medikamente, obschon in diesem Bereich gesetzliche Beschränkungen gelten: *Werbung* für rezeptpflichtige wie für kassenpflichtige Arzneimittel darf nicht direkt an Patienten beziehungsweise das allgemeine Publikum gerichtet werden (Art. 31 HMG [Heilmittelgesetz] und Art. 65 KVV [Krankenversicherungsverordnung]).

An der Frage, was genau unter Werbung zu verstehen ist, scheiden sich allerdings die Geister: Die Arzneimittelwerbeverordnung (AWV) definiert Arzneimittelwerbung folgendermassen: «*Alle Massnahmen zur Information, Marktbearbeitung und Schaffung von Anreizen, welche zum Ziel haben, die Verschreibung, die Abgabe, den Verkauf, den Verbrauch oder die Anwendung von Arzneimitteln zu fördern*» (Art. 2 lit. a AWV). Allgemeine Gesundheitsinformationen jedoch werden nicht als Werbung taxiert und sind demzufolge erlaubt: «*Die AWV gilt nicht für Informationen allgemeiner Art über die Gesundheit oder über Krankheiten, sofern sich diese weder direkt noch indirekt auf bestimmte Arzneimittel beziehen.*» (Art. 1, Abs. 2, lit. c AWV).

Diese Definition wirft bei strenger Auslegung Fragen auf: Können die privatwirtschaftlichen Pharmafirmen, welche Arzneimittel produzieren re-



Denise Roth

spektive vertreiben, überhaupt öffentlich über Gesundheits- und Krankheitsthemen informieren, ohne dass ihnen unterstellt werden kann, den Verkauf beziehungsweise Verbrauch ihrer Produkte direkt oder indirekt ankurbeln zu wollen? Wird der Pharmabranche mit diesem Informationsverbot schlicht ein Maulkorb auferlegt? Sind diese Kommunikationsrestriktionen durch den Gesetzgeber, die letztlich auf den Schutz der möglicherweise überforderten Konsumenten respektive Patienten abzielen, überhaupt im Sinne der Letzteren?

## Informationsbedürfnisse der Patienten

Konsumenten möchten besser informiert sein: Gemäss «Gesundheitsmonitor 2001» der Schweizerischen Gesellschaft für praktische Sozialforschung (GfS) wünschen 80 Prozent der Bevölkerung freien Zugang zu Informationen. Als Quellen für Informationen zu Therapie und Arzneimitteln dienen in erster Linie Ärzte (80%), Zeitungen und Zeit-

schriften (70%), elektronische Medien (68%) und Apotheken (62%). Mit Abstand seltener wurden Internet (38%), Patientenorganisationen (36%) und Pharmahersteller (35%) genannt. 46 Prozent der Befragten waren im Übrigen dafür, Werbung für rezeptpflichtige Medikamente weiterhin zu verbieten, während beachtliche 40 Prozent das Verbot aufheben würden [1].

**Information versus Werbung**

Die Pharmaunternehmen gehen neuerdings konsequenter auf das steigende Interesse der Bevölkerung an Krankheitsthemen und Therapieoptionen ein. Dabei bewegen sie sich oft in einer Grauzone der Gesetzeskonformität – etwa, indem sie produktneutrale Aufklärungskampagnen zu bestimmten Indikationsgebieten lancieren (*Fallbeispiel 1*, siehe *Kasten*), krankheitsspezifische Patientenorganisationen gründen und sponsern (*Fallbeispiel 2*) oder Gesundheits-/Krankheits-Portale auf dem Internet bekannt machen. Wo hört die neutrale, statthafte *Information* auf und wo beginnt die gesetzeswidrige *Werbung*? Bis dato fehlen, gerade für das Medium Internet, klare Weisungen der Vollzugsbehörde Swissmedic zu dieser Frage.

**Patientenansprache als Erfolgsfaktor**

Das Rad der Zeit lässt sich nicht zurückdrehen: Der Dialog mit den Patienten (direkte und indirekte Patienten- bzw. Publikumsansprache) wird in der Pharmabranche als künftiger strategischer Erfolgsfaktor gewertet [2]. Der Patient steht zusehends im Fokus der Marketingaktivitäten. Nicht mehr nur zum Arzt, sondern auch zum Patienten soll eine Beziehung aufgebaut werden (Patient Relationship Management). Der Arzt wird jedoch weiterhin als wichtigster Beeinflusser bei Therapie- und Produktwahl gesehen, gerade im Bereich rezeptpflichtiger Arzneimittel.

Weil die Pharmaindustrie die Patienten nur beschränkt direkt ansprechen darf, werden für sie auch externe Beeinflusser, wie Medienschaffende, Patientenorganisationen, Call Centers,

Apotheker, Gesundheitsportale im World Wide Web und so weiter, immer wichtiger: Sie dienen als Informationskanäle und Multiplikatoren der Botschaften der Pharmaindustrie, sie sollen den Gehalt und die Glaubwürdigkeit von Pharmabotschaften erhöhen. Deshalb sucht die Industrie vermehrt strategische Allianzen insbesondere mit Medien, Fachgesellschaften oder Patientenorganisationen. Ob dabei die durch Pharmsponsoring finanziell begünstigten «neutralen» Akteure in ihrem Schaffen beeinflusst werden, kann wohl nur im Einzelfall geprüft werden.

**Der Patient als Kunde**

Der nunmehr besser informierte und aufgeklärte Patient seinerseits entwickelt sich zum selbstbewussten Gesprächspartner: Er will als Experte für seine Präferenzen und für seinen Lebensstil anerkannt werden und wird so zum eigentlichen Kunden. Die Health Professionals werden in dieser Konstellation als fachliche Berater oder gar Gesundheitscoaches betrachtet. «Patient Empowerment» bietet ihnen die Chance, sich als neutrale, kompetente Fachberater stärker zu positionieren. Wird auf diese Weise die medizinische Fachinformation auf die individuellen Bedürfnisse

**Fallbeispiele**

Die nachfolgenden Fallbeispiele sollen offene Fragen aufzeigen; sie sind frei erfunden.

**Fallbeispiel 1: Aufklärungs-Kampagne «Indikation»**

In Analogie zur Diabetes-Kampagne des Bündner Apothekervereins (*Abbildung 1*) lanciert Pharmaphantasy eine Kampagne zur Indikation «zu hohes Cholesterin» (*Abbildung 2*).

- Wo liegt der Unterschied zur Diabetesaufklärung?
- Was wäre, wenn Pharmaphantasy nicht genannt würde – zu Lasten der oft gewünschten Transparenz?

*Abbildung 1: Indikationskampagne «Diabetes» des Bündner Apothekervereins*



*Abbildung 2: Indikationskampagne «zu hohes Cholesterin» der Firma Pharmaphantasy*

**Sind Sie sicher, dass Ihr Cholesterin nicht zu hoch ist?**

Gratis Abklärung in Ihrer Apotheke im Juni 2002. Oder fragen Sie Ihren Arzt.

Zu hohe Blutfettwerte – schützen Sie Ihre Gefässe

Die Kampagne wird unterstützt von Pharmaphantasy

**Fallbeispiel 2: Strategische Allianzen zwischen Pharmaindustrie und neutraler Organisation**

Pharmaphantasy vertreibt ein rezeptpflichtiges Osteoporose-Präventionsprodukt. Inaktive Frauen über 50 sollen bezüglich Osteoporose sensibilisiert werden (Marktausweitungsstrategie). Dazu hat Pharmaphantasy die «IG Osteoinfo Schweiz» ins Leben gerufen. In deren Namen werden Publikums-Aktionen zum Thema «Osteoporose» realisiert. Gilt die «IG Osteoinfo Schweiz» als neutral,

- wenn sie nur von einem Pharmaunternehmen finanziell unterstützt wird?
- wenn mehrere Unternehmen die Organisation unterstützen?
- wenn die Organisation zum Zeitpunkt einer Kampagne nur von einem Unternehmen gesponsert wird, aber die Absicht erklärt, weitere Sponsoren mit einzubeziehen?

des Patienten abgestimmt, so resultiert eine neue Qualität der Gesundheits- und Krankheitsberatung. ■

**Autorin:**  
**Dr. med. Denise Roth**  
 c-matrix group ag  
 PR & Communication  
 6341 Baar  
 E-Mail: Denise.Roth@cmatrix.ch  
 Internet: www.cmatrixgroup.com

**Literaturverzeichnis:**

1. Longchamp C, Leuenberger P: Qualitäts- und Kostenorientierung, Trendstudie zum «Gesundheitsmonitor 2001». Interpharma/gfs, Basel 2001. In: R. Badenhoop, B. Ryf (Hrsg.): Patient Relationship Management: CRM in der Life Sciences Industrie. Gabler Verlag, Wiesbaden 2001.
2. Cap Gemini Ernst & Young: Patient Relationship Management: Die Rolle des Patienten in der Life-Sciences-Industrie. Basel, Februar 2001. Internet: www.cgey.com

**Der Patient als Konsument?**

von Sylvia Schüpbach, Swissmedic

Aus behördlicher Sicht stellen sich einige grundsätzliche Fragen zu den neuen Entwicklungen in der Pharmakommunikation.

**Gesetzliche Grundlagen**

Mit Inkrafttreten des Heilmittelgesetzes (HMG) am 1. Januar 2002 wurde die verfassungsmässige Kompetenz des Bundes umgesetzt, Vorschriften zum Schutz der Gesundheit im Umgang mit Heilmitteln zu erlassen. Das HMG soll dafür sorgen, dass nur qualitativ hoch stehende, sichere und wirksame Heilmittel in Verkehr gebracht werden. Es soll aber auch Konsumentinnen und Konsumenten vor Täuschung schützen, es soll dazu beitragen, dass die in Verkehr gebrachten Heilmittel ihrem Zweck entsprechend und massvoll verwendet werden, und es soll eine sichere Versorgung mit Heilmitteln einschliesslich der dafür nötigen fachlichen Information und Beratung sicherstellen. Im Abschnitt über die Arzneimittelwerbung (Art. 31-33 HMG) wird unter anderem Werbung, die zu einem übermässigen, missbräuchlichen oder unzweckmässigen Einsatz von Arzneimitteln verleiten kann, für unzulässig erklärt.

Die Arzneimittel-Werbeverordnung gilt für alle Medien, also auch fürs Internet; das Internet wird analog zu den Printmedien betrachtet. Im Herbst 2002 wird Swissmedic einen Bericht zum Internet veröffentlichen, der bestehende Unklarheiten bei der Anwendung der Arzneimittel-Werbeverordnung im Bereich Internet beseitigen wird.

**Patienten als Dialogpartner**

Die Aufklärung beziehungsweise eben das «Empowerment» der Patientinnen und Patienten ist ein Anliegen, das die Behörde unterstützt – es steht auch mit dem Zweck des HMG im Einklang. Aufgeklärte Patientinnen und Patienten werden selber dazu beitragen, dass sie qualitativ und quantitativ optimal behandelt werden. Nun fragt sich, wer die Patientinnen und Patienten informieren soll.

Die Pharmaunternehmen verkaufen mit Arzneimitteln ein Gut, das seine Besonderheiten aufweist. Arzneimittel werden nicht konsumiert wie allgemeine Konsumgüter, sie sollen nur im Bedarfsfall angewendet werden. Patienten sind nicht Konsumenten im herkömmlichen Sinn, sondern sie befinden sich in einer Notlage und brauchen Arzneimittel, um eine Krankheit zu heilen oder zu lindern. Das limitiert einerseits die Nachfrage, andererseits wird es Arzneimittel brauchen, solange es Krankheiten gibt. Pharmaunternehmen müssen als Teilnehmerinnen am Markt daran interessiert sein, möglichst gewinnträchtig zu arbeiten und ihren Umsatz zu steigern. Der Gedanke, dass das neue Verständnis des Patienten als «potenter Dialogpartner» unter anderem auch ein neues Marketinginstrument ist, liegt deshalb nahe.

**Information versus Werbung**

Eine Pharmaunternehmung wird wahrscheinlich nicht ausschliesslich neutral informieren, wenn man unter Neutralität versteht, dass weder eine Bindung an ein Produkt hergestellt

oder verstärkt, noch der Umsatz gesteigert werden soll. Weil sie für rezeptpflichtige Produkte keine Werbung betreiben und für rezeptfreie lediglich via Massenkommunikationsmittel werben darf, macht sie auf andere Weise auf sich aufmerksam. Dies ist der Transparenz nicht immer förderlich.

Man kann sich durchaus fragen, ob das Verbot der direkten Ansprache aufgehoben und die Publikumswerbung auch für rezeptpflichtige Produkte erlaubt werden soll. Aus gesundheitspolizeilicher Sicht spricht allerdings einiges dagegen. Der Arzt – und das anerkennt auch die Pharmaindustrie – soll für Therapie und Medikation zuständig sein. Der Patient soll aufgeklärt mitbestimmen, er wird seinen Arzt aber nicht ersetzen können. Das führt zum Hauptproblem aus behördlicher Sicht: Zwischen Pharmaunternehmung und medizinischen Laien besteht ein Informationsgefälle. Dadurch wird der Grat zwischen Information und Beeinflussung bedenklich schmal. Ein aufgeklärter und informierter Patient will jedoch gerade nicht beeinflusst werden. So gesehen ist eine Pharmaunternehmung nicht die am besten geeignete Informationsquelle.

Die Behörde will «das Rad der Zeit» allerdings nicht zurückdrehen. Die Pharmaunternehmen können ihre Glaubwürdigkeit mit Transparenz stützen und dieses Anliegen in ihre Strategie mit einbeziehen. Begrüssenswert wäre ein Zusammenschluss mehrerer Unternehmungen zum Zweck der Information – beispielsweise in Form eines Sponsorings neutraler Informationsstellen.

Die Fallbeispiele zeigen einige Möglichkeiten dazu auf. Gegen die Aufklärungskampagne «Cholesterin» ist nichts einzuwenden, wenn es bei der Bestimmung des Cholesterinspiegels bleibt; eine Produkte-«Information» darf nicht damit verbunden werden. Der Name der Unternehmung darf genannt werden.

Strategische Allianzen zwischen Pharmaindustrie und neutraler Organisation werden mit einem kritischen Auge betrachtet. Stiftungen zum Beispiel sind unabhängig zu halten. Die IG Osteoinfo Schweiz verliert an Neutralität, wenn sie sich nur von einer Unternehmung unterstützen lässt; informiert sie aber nicht gezielt ausschliesslich oder schwergewichtig über Produkte dieser einen Unternehmung und wird das Sponsoring offengelegt, so kann sie informieren. Auch hier gilt jedoch: Eine Mengenausweitung ohne klare Indikation soll vermieden werden.

**Autorin:**  
 Sylvia Schüpbach  
 Fürsprecherin  
 Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut  
 Erlachstrasse 8  
 3000 Bern 9  
 E-Mail: Sylvia.Schuepbach@swissmedic.ch

**Kommentar**

# Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitserziehung über Massenmedien

**Nützt es überhaupt, wenn in den Medien über Gesundheit schädigendes Verhalten und dessen Folgen informiert wird? Dieser Beitrag zeigt auf, dass Information allein oft nicht genügt. Dennoch sind Informationen wichtig, und die Massenmedien können eine Rolle in der Krankheitsprävention wahrnehmen.**

**Winfried Göpfert<sup>1</sup>**

**A**ls eine der wesentlichen Aufgaben der Medien ist die Vermittlung von Informationen anzusehen. Dabei gehen die Produzenten von Gesundheitsinformationen davon aus, dass die Informationen von den Empfängern nicht nur zur Kenntnis genommen werden, sondern dass die darin enthaltenen Empfehlungen und Ratschläge auch sinnentsprechend angewendet werden. Doch die einfache Gleichung mancher Medienproduzenten, nach der jede Mediaussage beim Empfänger eine eindeutige Wirkung auslösen würde, geht so nicht auf. Der frühe Optimismus in Bezug auf den zu erwartenden Erfolg gesundheits-

aufklärerischer Bemühungen durch Massenmedien ist einer skeptischeren Betrachtungsweise gewichen. Die Gesundheitsaufklärer mussten zur Kenntnis nehmen, dass gross angelegte Gesundheitskampagnen wie etwa Anti-Raucher-Aktionen oder Gewichtsreduktions-Programme ohne massenhafte Wirkung blieben.

## Was bewirkt Information?

Die Menschen üben ihr Gesundheit schädigendes Verhalten nicht aus, weil die Medien sie über die Schädlichkeit dieses Verhaltens *nicht* aufgeklärt hätten; sie üben Gesundheit schädigendes Verhalten aus, *obwohl* sie darüber aufgeklärt wurden. Denn das Verhalten der Menschen wird durch eine ganze Reihe von unterschiedlich wirksamen Faktoren geprägt, von denen das Wissen etwa um die Gesundheit schädigende Wirkung nur ein einziger ist. Die Aufnahme entsprechender Informationen allein muss nicht zu einer Veränderung der Grundeinstellungen eines Individuums oder gar zu einer Verhaltensänderung führen.

Es ist daher naiv anzunehmen, allein durch Gesundheitsaufklärung über Medien könne man etwa millionenfach Raucher zum nachhaltigen Nichtrauchen animieren. Erfolge werden nicht allein dadurch erreicht, dass mehrere Millionen von Zuschauern gleichzeitig angesprochen werden. Allerdings: Die im Sinn der Primärprävention wichtigste Aufgabe, nämlich Informationen zu vermitteln, kann von den zur Gesundheitsaufklärung eingesetzten Massenmedien geleistet werden. Raucher und Übergewichtige beispielsweise wissen im Allgemeinen über die Schädlichkeit ihres Verhaltens Bescheid. Sie leiden



Winfried Göpfert

nicht unter einem Informationsdefizit. Die Botschaften der Medien kommen also an, sie sind jedoch nur eine von vielen Einflussgrößen, die das menschliche Verhalten bestimmen. Die Massenmedien haben durchaus Wirkungen, aber diese sind oft mehr vom Rezipienten und seiner Situation abhängig als vom Medium und seinem Inhalt.

## Wann wird Information aufgenommen?

Die Verbesserung der Informationslage des Publikums ist vergleichsweise leichter zu erreichen als die Veränderung von Einstellungen oder von Verhalten. Es konnte sogar nachgewiesen werden, dass Informationen, die dem eigenen Verhalten widersprechen, dennoch behalten werden. Informationen werden vor allem dann gespeichert, wenn sie als nützlich angesehen werden. Je höher der subjektive Nutzen eingeschätzt wird, umso grösser ist die Informationsaufnahme.

Wichtig für die Vermittlung von Informationen ist die Glaubwürdigkeit

<sup>1</sup> Prof. Winfried Göpfert leitet den Arbeitsbereich Wissenschaftsjournalismus am Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft der Freien Universität Berlin und arbeitet als Medizinjournalist, unter anderem als Moderator beim ARD-Ratgeber-Gesundheit.

des Mediums. Insofern kommt der Informationsvermittlung über Medien eine besondere Bedeutung zu, da sie allgemein für glaubwürdiger erachtet werden als Informationen, die man nur gehört hat. Gedruckte Infor-

mationen werden in ihrem Wahrheitsgehalt höher eingestuft als die gesprochene Nachricht – allerdings geniessen Radio und Fernsehen ein grösseres Vertrauenspotenzial als Zeitungen und Zeitschriften oder gar die Illustrierten.

Die Wirkung der Massenmedien ist aber, wie erwähnt, oft mehr vom Rezipienten abhängig als von der Art oder dem Inhalt des Mediums. Beispielsweise sind Personen dann leichter zu beeinflussen, wenn die gebotenen Informationen neu sind und nicht mit bereits vorgefassten Meinungen konfrontiert werden. Je weniger der Empfänger schon festgelegt ist, umso eher ist er bereit, sich neue Informationen zu Eigen zu machen. Das Medium kann wirksam werden.

chen, muss zwischen den verschiedenen Formen der Prävention (siehe *Kasten*) unterschieden werden.

Für die *Primärprävention*, insbesondere für die allgemeine gesundheitliche Aufklärung, ist es zunächst einmal wichtig, dass gesundheitsaufklärerische Informationen überhaupt verbreitet werden. Weil Massenmedien definitionsgemäss grosse Teile der Bevölkerung ansprechen, erfüllen sie in diesem Bereich eine ihrer wichtigsten Aufgaben. Primärprävention heisst aber auch, dass die angesprochenen Benutzer der Medien nicht als Betroffene gelten können, ihr Interesse an den angebotenen Informationen ist von vornherein gering. Das schränkt die Bedeutsamkeit von Massenmedien wieder ein. So bekunden viele Menschen zwar ihr Interesse an Gesundheitsthemen, aber sie lesen die Beiträge zu solchen Themen nicht.

**Formen der Prävention**

**Primärprävention:** Risikofaktoren (Faktoren, die als gesundheitsschädigend gelten) ausschalten

**Sekundärprävention:** durch Vorsorgeuntersuchungen eine frühestmögliche Erkennung (Früherkennung) und Therapie von Erkrankungen sicherstellen

**Tertiärprävention:** Krankheitsfolgen begrenzen beziehungsweise ausgleichen

*Quelle: Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch (259. Auflage). Walter de Gruyter, Berlin, New York 2002*

**Wirken Medien präventiv?**

Um Aussagen zur Bedeutung der Medien für die Prävention zu ma-

# Moderne Gesundheitskommunikation




Hurrelmann / Leppin (Hrsg.)  
**Moderne Gesundheitskommunikation**  
Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health

2002. 311 S., 28 Abb., 7 Tab., Gb  
€ 34.95 / CHF 59.00  
(ISBN 3-456-83640-6)

Analyse der neuen Gesundheitsmedien vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Gesundheitskommunikation.

<http://Verlag.HansHuber.com>

 **Verlag Hans Huber**  
Bern Göttingen Toronto Seattle



Myerscough / Ford  
**Kommunikation mit Patienten**  
Die Chancen des ärztlichen Gesprächs nutzen

Aus dem Englischen von Irmela Erckenbrecht.  
2001. 272 S., 13 Abb., 2 Tab., Gb  
€ 19.95 / CHF 35.90 (ISBN 3-456-83210-9)

Speziell auf die Bedürfnisse von Medizinern zugeschnittenes Kommunikationstraining.



Zimmermann  
**Kulturelle Missverständnisse in der Medizin**  
Ausländische Patienten besser versorgen

2000. 160 S., Gb mit Schutzumschlag  
€ 19.95 / CHF 35.90  
(ISBN 3-456-83378-4)

Mit wenigen Informationen über das Krankheitserleben ausländischer Patienten lassen sich viele Missverständnisse vermeiden.



Da Massenmedien weniger neues Verhalten erzeugen als vielmehr bestehendes Verhalten verstärken, können sie überaus wirksam in der *Tertiärprävention* eingesetzt werden, besonders wenn es beispielsweise darum geht, Suchtkranke nach einer Therapie vor einem Rückfall zu bewahren.

Während eines medizinischen Filmfestivals wurden Zuschauer befragt, ob sie bei der Aufklärung über die gesundheitlichen Folgen des Rauchens eine eher drastische Aufklärung mit schockierenden Darstellungen (Teerlunge, Raucherbein, Kehlkopfkrebs) bevorzugten oder eine eher harmlose und verständnisvolle. Die Zuschauer wurden auch gefragt, ob sie selber rauchen, nicht mehr rauchen oder schon immer Nichtraucher waren. Nachdem mehrere Beispiele von eher drastischer und eher verständnisvoller Aufklärung vorgeführt worden waren, konnten die Zuschauer Stimmzettel abgeben. Auffallendes Ergebnis: Die Raucher bevorzugten verständnisvolle Aufklärung. Die Nichtraucher, besonders aber die Nicht-mehr-Raucher, verlangten nach drastischer

Information mit möglichst schockierenden Elementen.

Besonders jene Mediennutzer also, die ihr Verhalten erst kürzlich geändert haben, brauchen starke Elemente zur Stützung ihres neuen Verhaltens. Der Einsatz von Massenmedien zur Tertiärprävention ist offensichtlich nicht nur sinnvoll, er wird auch dringend benötigt.

Für die *Sekundärprävention* scheint der Einsatz von Massenmedien am stärksten an zusätzliche Voraussetzungen gebunden und insgesamt am schwierigsten zu sein. Denn hier geht es im Wesentlichen darum, Einstellungen und Verhalten zu ändern, zum Beispiel die Bereitschaft zu entwickeln, eine Therapie aufzunehmen. Die bloße Information kann immer nur Grund für eine Entscheidung, nicht aber die Entscheidung selbst sein. Dennoch bleiben der Gesundheitsaufklärung Möglichkeiten: Statt rational argumentiert kann emotional dargestellt werden. Besonders das Medium Fernsehen eignet sich, um «lebendige» Personen darzustellen, die nach Lösungsmöglichkeiten suchen. Wenn derartige Darstellungen Identifikationscha-

rakter haben und beim Betroffenen das Gefühl auslösen, verstanden worden zu sein, können auch die angebotenen Lösungsmöglichkeiten einen gewissen Modellwert erhalten. Eine derartige Wirkung ist stark davon abhängig, ob sich im individuellen Fall eine Parallelität zeigt und ob sich der betroffene Rezipient in der Darstellung wiedererkennt. ■

**Autor:**

**Prof. Winfried Göpfert**

Leiter des Arbeitsbereichs  
Wissenschaftsjournalismus  
Institut für Publizistik- und  
Kommunikationswissenschaft  
der Freien Universität Berlin  
Malteserstrasse 74–100

D-12249 Berlin

E-Mail:

winfried-goepfert@berlin.de

Internet:

www.wissenschaftsjournalismus.de

Der Text ist eine Kurzfassung des gleichnamigen Buchbeitrags in «Moderne Gesundheitskommunikation», herausgegeben von Klaus Hurrelmann und Anja Leppin, Huber-Verlag, 2001.

# Umgang mit Gesundheitsthemen in den Medien

## Was Managed-Care-Pioniere sich von Medienschaffenden wünschen

Was müssen Medienschaffende wissen und worauf sollten sie achten, wenn sie über Managed Care oder über Gesundheitsthemen im Allgemeinen berichten?

**Kurt Hess, Fritz Weber, Thomas Grüninger, Yves Broccon**

**M**edien genießen bei manchen Vertretern der «Managed-Care-Szene» (siehe *Kasten*) keinen besonders guten Ruf. «Medien wecken Begehrlichkeiten, machen den Patienten falsche Hoff-

nungen, informieren unvollständig, oberflächlich, unkritisch, undifferenziert, lassen sich von der Pharmaindustrie missbrauchen, sprechen nur vom Nutzen und nicht von den Kosten der Medizin, kurz: Die Medien sind der «natürliche Feind von Managed Care.» – So die Vorurteile.

### Was heisst Managed Care?

Managed Care ist ein Überbegriff für vielfältige Bemühungen, die Kosten und die Qualität im Gesundheitswesen zu steuern. In der Schweiz wurde die Managed-Care-Bewegung in den frühen Neunzigerjahren initiiert, als sich einzelne Ärztinnen und Ärzte von der Idee begeistern liessen, innerhalb von HMO-Gesundheitszentren oder später auch im Rahmen von Hausarztmodellen in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern neue Formen der Gesundheitsversorgung zu erproben. HMOs und Hausarztmodelle werden auch als Managed-Care-Modelle bezeichnet. In vielen dieser Modelle werden Managed-Care-Instrumente (z.B. Gatekeeping, Case Management, Disease Management) erprobt und/ oder angewendet. Es wäre aber nicht korrekt, Managed Care mit HMOs und Hausarztmodellen gleichzusetzen, denn auch ausserhalb dieser Modelle werden Managed-Care-Instrumente eingesetzt, beispielsweise von Spitälern. Die Stellungnahmen in diesem Beitrag stammen aber ausschliesslich von Vertretern von HMOs und von Hausarztmodellen. (rs)

Wir gehen davon aus, dass Medienschaffende der Managed-Care-Idee nicht bewusst schaden möchten. Vielmehr ist es für Medienschaffende schwierig, ein derart komplexes System, wie es das Gesundheitssystem

darstellt, in all seinen Zusammenhängen und wechselseitigen Abhängigkeiten zu durchschauen. Dies führt dazu, dass gelegentlich Beiträge geschrieben und veröffentlicht werden, die aus Sicht mancher Mana-

ged-Care-Akteure von einem unseriösen, wenn nicht gar unverantwortlichen Journalismus zeugen. Oft könnten solche Fehlleistungen verhindert werden, wenn die Medienschaffenden gewisse Grundsätze berücksichtigen würden.

Worauf sollten Medienschaffende bei der Berichterstattung über Managed Care und beim Umgang mit Gesundheitsthemen achten? Vier Vertreter der Managed-Care-Szene – zwei Ärzte, die am Aufbau der ersten HMO-Gesundheitszentren in der Schweiz beteiligt waren, der Präsident eines Hausarztvereins und der Kaufmännische Leiter der Betriebsgesellschaft eines Hausarztvereins – haben ihre Wünsche und Empfehlungen formuliert. (rs) ■

## Eine noch immer junge, verletzliche Pflanze ...

von Kurt Hess, SanaCare AG

Ich wünsche mir von den Medienschaffenden ...

1. ... eine Subjektivität der redaktionellen Beiträge – verfasst von Profis, die sich einem hohen Sachverständnis und einer kritischen Hinterfragung verpflichtet fühlen
2. ..., dass sie sich ihr Sachverständnis über Managed Care bei denjenigen holen, die sich grosse praktische Erfahrungen, gute und weniger gute, mitten in dieser

Thematik erworben haben

3. ... ein Bewusstsein dafür, wie verletzlich die noch immer junge Pflanze Managed Care ist und wie rasch, mit wenigen Federstrichen, die erarbeiteten Ansätze zerstört werden können
4. ..., dass sie erkennen, dass mit Managed Care erstmals eine Phalanx in das ewig verteidigte, konservative System eingebrochen ist, die eine wichtige Diskussion und Entwicklung in Gang gebracht hat
5. ..., dass sie Managed-Care-Mo-

delle, zum Beispiel die HMO-Praxen, nicht primär als Billigmodelle sehen, sondern sich auch mit deren wegweisenden qualitativen Realitäten beschäftigen

6. ..., dass sie die konventionellen Systeme mit der gleichen Brille beobachten wie die Modelle der Managed Care.

**Dr. med. Kurt Hess**

Leiter Bereich HMO, SanaCare AG,  
Winterthur

## Managed Care ist nicht Zweitklass-Medizin

von Thomas Grüninger,  
HMO Gesundheitsplan

1. Hinterfragung der Kosten medizinischer Leistungen bedeutet immer auch Hinterfragung der Qualität und der Zweckmässigkeit dieser Leistungen. Managed Care ist also nicht Zweitklass-Medizin, das Gegenteil ist der Fall.
2. HMOs sind in der Schweiz die Vorreiter von Qualitätssicherung

in ambulanter Medizin. Die ersten und einzigen qualitätszertifizierten Arztpraxen (EQUAM-Zertifikat) in der Schweiz sind HMO-Praxen und der Managed Care verpflichtete Hausarztnetze.

3. Managed Care funktioniert nur, wenn Patientinnen und Patienten informiert (mit)entscheiden. Die Bevormundung von Patientinnen und Patienten ist eher typisch für die traditionelle hierarchische Arzt-

Patient-Beziehung, und nicht für Managed Care.

4. Nachgewiesener Nutzen und Zweckmässigkeit müssen die wichtigsten Kriterien für die Zulassung alter und neuer Methoden der Abklärung und Therapie sein. Das Gleiche sollte für das Vorstellen solcher Methoden in den Medien gelten.
5. Populistische Darstellungen medizinischer Themen in den Me-

dien fördern vermutlich Einschaltquoten und Auflage. Die Konsumenten werden dadurch aber eher verwirrt und verunsichert als aufgeklärt.

6. Die Hinterfragung des Einsatzes von teurer Spitzenmedizin aus hu-

manitär/ethischer Sicht und aus Sicht der Evidence based Medicine kommt in den Medien zu kurz.

Es wird dies eines der wichtigsten gesundheitspolitischen Themen der nächsten Jahre sein.

**Dr. med. Thomas Grüniger**  
Leiter des HMO Gesundheitsplans,  
Basel

## Bahnbrechende Fortschritte sind selten

**von Fritz Weber,**  
**Hausärzterein Aarau**

**1. Gewichtung von Informationen**  
Versuchen Sie, die Bedeutung und den Stellenwert einer Information im medizinischen Umfeld zu beurteilen und zu gewichten. Vermeintlich neue Erkenntnisse und Therapieformen haben nicht immer revolutionären Charakter.

**2. Kritische Beurteilung**  
Lassen Sie auch kritische Stimmen zu Worte kommen. Bahnbrechende Fortschritte sind selten, nicht jede neue Erkenntnis und jede neue Behandlungsmethode ist immer und in jedem Fall auch ein Fortschritt.

**3. Wissenschaftlichkeit**  
Hinterfragen Sie die Wissenschaftlichkeit einer Information. Vergessen Sie dabei vor allem nicht die Fragen nach der Wirksamkeit neuer Methoden, nach dem Verhältnis von Kosten und Nutzen sowie nach möglichen Nebenwirkungen.

**4. Abhängigkeiten der Informanten**  
Hinterfragen sie mögliche Abhängigkeiten und Eigeninteressen Ihrer Informanten und legen sie solche offen dar.

**5. Neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden**  
Berichten Sie nicht über Behandlungs- oder Untersuchungsmetho-

den, die noch nicht zugelassen sind oder für den Routinebetrieb noch nicht zur Verfügung stehen. Wenn Sie es dennoch tun, so sollten Sie auf diesen Umstand hinweisen.

**6. Unabhängige Beratung**  
Wenn Sie sich unsicher fühlen oder Probleme haben mit der Umsetzung obiger Botschaften, sollten Sie sich von einer unabhängigen Fachperson ihres Vertrauens beraten lassen.

**Dr. med. Fritz Weber**  
Präsident des Hausärztereins  
Aarau

## Managed Care – eine echte Alternative

**von Yves Broccon, hawadoc AG**

Ich wünsche mir von den Medienschaffenden, dass die folgenden Botschaften Einzug finden in die Berichterstattung.

**1. Ein Rezept – kein Allheilmittel!**  
Für ein Mitwirken im Managed-Care-Bereich müssen für alle Akteure – für den Arzt, den Patienten und die Krankenkasse – überzeugende Anreize geschaffen werden. Der Aufbau eines ausgewogenen Anreizsystems braucht Zeit.

**2. Im Zentrum stehen die Patienten!**  
Für den Patienten steht eine optimale Qualität der Behandlung im Zentrum, und er muss selber bereit sein, durch sein Verhalten die Kosten

positiv zu beeinflussen. Wichtiger Ansporn zur Verhaltensänderung sind reduzierte Prämien bei positivem Kostenverlauf.

**3. Die Ärzte nehmen ihre Verantwortung wahr!**  
Die Ärzte sind bereit, mehr Transparenz und Qualität zu schaffen und finanzielle Verantwortung zu übernehmen. Für die Mehrarbeit sowie für die Unterschreitung der Kostenziele wollen sie entsprechend entschädigt werden.

**4. Ärztenetzwerke sind tragfähig!**  
Ein funktionierendes Managed-Care-System braucht starke Ärztenetzwerke, welche in Zusammenarbeit mit Ärzten und Krankenkassen die Qualitäts- und Kostenstandards defi-

nieren und die Ärzte bei der Zielerreichung begleiten und unterstützen.

**5. Eine echte Alternative für die Versicherten!**  
Krankenversicherer verfügen über erste Messinstrumente, welche kostenbewussteres Verhalten der Versicherten in Managed-Care-Systemen nachweisen. Dieser Effekt ermöglicht es den Krankenkassen, im Wettbewerb attraktive Prämien anzubieten und damit einen Marktanteil zu erhalten.

**Yves Broccon**  
Kaufmännischer Leiter hawadoc AG  
(Betriebsgesellschaft des  
Hausärztereins der Bezirke  
Winterthur und Andelfingen [hawa])

# Auf dem schnellsten Weg in die Schlagzeilen

## Tipps für die Zusammenarbeit mit Medien

**Innovative Managed-Care-Konzepte finden nur bedingt Gehör auf den Redaktionen. Soll sich dies ändern, braucht es den richtigen Zugang zu den Medien.**

**Urs Zannoni**

**W**er mit Medienschaffenden gezielt und wirksam zusammenarbeiten möchte, sollte deren Arbeitsbedingungen und Sachzwänge kennen. Die wichtigsten seien hier kurz erläutert:

■ **Platzmangel:** Eine der zentralen journalistischen Tätigkeiten ist die Selektion: Zuerst gilt es die Themen zu bestimmen, die bearbeitet werden. Dann gilt es den Umfang des jeweiligen Themas zu bestimmen. Und schliesslich müssen die Medienschaffenden aus den recherchierten Informationen jene herausfiltern, die ihnen relevant und publikumsgerecht erscheinen.

■ **Kapazitätsmangel:** Redaktionen sind in aller Regel sehr bescheiden mit Personal bestückt. Deshalb steht für die Erarbeitung eines Themas nur äusserst wenig Zeit zur Verfügung.

■ **Wissensdefizite:** Ich wage die These (und nehme mich nicht davon aus): Medienschaffende sind latent überfordert. Sie müssen sich meist in mehreren Bereichen auskennen. Ihre Gesprächspartner hingegen sind Fachleute mit viel Detailwissen.

■ **Konkurrenz** (insbesondere unter den elektronischen Medien und im Internet): Wenn heute eine Medienkonferenz um 10.30 Uhr beginnt,

geht das Wichtigste um 11 Uhr über die Radiosender. Neun von zehn Artikeln, die zu einer Medienkonferenz verfasst werden, erscheinen am andern Tag (selbst wenn das Ereignis keine unmittelbare Aktualität verlangt). Die Denkweise dahinter: «Worüber die anderen berichten, darüber müssen wir auch berichten.»

■ **Kommerzielle Interessen des Medienunternehmens:** Interne Einflussnahme auf die Medienschaffenden (durch Verlag und Chefredaktion) ist heute so verbreitet wie externe (durch die werbende Wirtschaft, politische Interessenvertreter und viele andere). Die Wirkung kann sein, dass aus kommerziellen Gründen gewisse Beiträge nicht erscheinen, aber auch das Gegenteil: dass sie allein zu kommerziellen Zwecken produziert werden.

### Wie gelangt man an Medienschaffende?

Leider wird heute unter «Medienarbeit» (d.h. unter der Kontaktaufnahme bzw. der Zusammenarbeit mit Medien und Medienschaffenden) nach wie vor meist der flächendeckende Versand von Medienmitteilungen oder die Durchführung von Medienkonferenzen verstanden. Beides kann von Fall zu Fall ratsam sein. Wirksame Medienarbeit stellt aber die Qualität über die Quantität. Das heisst: Es gilt sorgfältig zu prüfen, an welche Medien man sich mit welchen Inhalten wendet und auf welchem Weg man dies tut.

### An welche Medien will ich gelangen?

In einem ersten Schritt sind jene Medien zu bestimmen, die aus Sicht des Absenders die wichtigsten sind:

■ Welche Publikationen, welche Radio- und Fernsehsendungen berichten über die Themen, die für meine Institution/mein Unternehmen relevant sind? Wie berichten sie darüber?

■ Welche Stil- und Gestaltungsformen pflegen diese Medien? (Kurzmeldungen, Berichte, Interviews, Reportagen, AutorInnenbeiträge, usw.)

■ Welche geografische Verbreitung haben die einzelnen Publikationen oder Sendegefässe? (lokal, regional, überregional, sprachregional, national, international)

■ Wie setzt sich das Publikum zusammen? (Alter, Geschlecht, Bildung, usw.)

■ Welche Medienschaffenden sind für meinen Sachbereich zuständig?

### Mit welchen Inhalten gelange ich an die Medien?

Sind die relevanten Medien festgelegt und mit Prioritäten versehen, gilt es für jedes einzelne zu bestimmen, welche Informationen in welcher Form vermittelt werden sollen. Die alte Regel «allen Medien das Gleiche zur gleichen Zeit» mag in Lehrbüchern noch zu finden sein, in der Praxis ist sie längst überholt.

Neben den klassischen Informationsmitteln (Medienmitteilung, Medienkonferenz, Medienreise, usw.) sind es vor allem drei Bereiche, für welche Medien empfänglich sind:

■ **Themenfindung und Themensetzung:** Viele brisante und öffentlichkeitsrelevante Themen sind für Medienschaffende nicht ersichtlich. Hier können Fachleute wichtige Impulse liefern.

**Beispiele:** Welche Auswirkungen hat der TarMed für Krankenversicherte und Patienten? Wie werden For-

schungskosten im Spital auf die Grundversicherung umgelagert? Wie werden klinische Studien manipuliert?

■ **Dienstleistungen für die Medien beziehungsweise deren Publikum:** Jedes Medium ist daran interessiert, seinem Publikum einen Mehrwert zu bieten, um die Kundenbindung zu erhöhen und sich von der Konkurrenz abzuheben. Deshalb sind Medien offen für Dienstleistungen jeglicher Art.

**Beispiele:** Kinderärzte stehen während vier Stunden für telefonische Fragen zu Impfungen zur Verfügung. Der neue Generika-Ratgeber des Krankenversicherers ist zu einem vergünstigten Preis erhältlich. Evidenzbasierte Empfehlungen zu Vorsorgeuntersuchungen, zusammengestellt von einer Managed-Care-Organisation, lassen sich als Pdf-Datei von der Website des Mediums herunterladen.

■ **Kooperationen:** Einen Schritt weiter als Einzelaktionen gehen ständige Kooperationen.

**Beispiele** (aus dem Alltag des «Beobachters»): Die Abonnenten/-innen des «Beobachters» haben einen vergünstigten Zugang zum ärztlichen Informations- und Beratungszentrum Medgate. Das Angebot des Internetvergleichsdienstes Comparis ist als Frame in die «Beobachter»-Website integriert. In Planung sind die Integration einer Generika-Datenbank sowie Beratungsleistungen im Medikamentenbereich.

### Auf welchem Weg gelange ich an Medienschaffende?

Bleibt die Frage, wie man Medienschaffende kontaktiert, um all die guten Ideen platzieren zu können. Dazu zwei Vorbemerkungen:

1. Medienschaffende sind in aller Regel mit Direktwahlnummern und Mobiltelefonen ausgerüstet. Während das Mobiltelefon ein hilfreicher Kanal ist (sofern die Nummer bekannt ist), hat die Direktwahl ihre Tücken: Wenn die betreffende Person nicht am Arbeitsplatz sitzt (und das ist sehr oft der Fall), geht der Anruf häufig ins Leere (nicht auf die Zentrale umgeschaltet; kein Beantworter; kein Arbeitskollege, der das Gespräch entgegennimmt). Der sicherste Zugang ist deshalb das E-Mail.

2. Medienschaffende sind an relevanten Inhalten und an Kompetenzvermittlung interessiert, nicht an Smalltalk, Verkaufsgesprächen und opulenten Mahlzeiten.

Doch zurück zur Frage, wie man Medienschaffende kontaktiert:

■ **Schriftlicher Erstkontakt** – Brief oder Mail – zusammen mit einer Dokumentation (Basisinformationen, weiterführende Internet-Links, Liste mit Ansprechpersonen und deren genauen Koordinaten).

**Kommentar:** Kann sinnvoll sein, um einen Erstkontakt herzustellen. In jedem Fall aber telefonisch nachhaken.

■ **Telefonischer Erstkontakt**, verbunden mit einer konkreten Anfrage oder einem konkreten Angebot: «Sind Sie interessiert...?», «Wie liessen sich diese Erkenntnisse für Ihre Publikation nutzbar machen?»

**Kommentar:** Nur anrufen, wenn etwas Konkretes vorliegt, zu dem man die Meinung des Medienschaffenden haben möchte. Kein «Verkaufsgespräch» anfangen, wenn der Medienschaffende nicht interessiert ist.

■ **Reaktion auf einen gesendeten oder publizierten Beitrag** («Ich habe im «Beobachter» gelesen ...»), verbunden mit einer konkreten Anfrage:

«Wie können wir dazu Stellung nehmen ...», «Sind Sie grundsätzlich interessiert an Informationen zu ...?»

**Kommentar:** Gute Form des Zugangs, weil sie signalisiert, dass man das Medium und den Autor beachtet hat.

■ **Einladung zu einem Medienanlass**, zu einem Besuch in der Institution/im Unternehmen, zu einer Fortbildungsveranstaltung, usw.

**Kommentar:** Gute Form des Zugangs, weil sich daraus persönliche Kontakte ergeben.

Grundsätzlich gilt: Nicht drängen, wenn kein Interesse besteht.

Wenn man schon hartnäckig sein will, dann so: Bringt der Erstkontakt kein greifbares Ergebnis, soll nach drei bis vier Wochen nachgehakt werden – allerdings bei einer anderen Person. Denn oft entscheidet allein das persönliche Interesse darüber, ob sich ein Beitrag ergibt, und nicht die Relevanz des Themas. ■

**Autor:**

**Urs Zandoni, MPH**

Redaktor und Ressortleiter

Gesundheit und Soziales

«Der schweizerische Beobachter»

Förrlibuckstrasse 10, Postfach

8021 Zürich

E-Mail: urs.zandoni@beobachter.ch

### Wie wird man zum Medienstar?

Ein Blick in die Schweizerische Mediendatenbank, das elektronische Archiv der Schweizer Presse, liefert für die Zeit vom 19. Mai 2001 bis 18. Mai 2002 folgende Zahlen:

Name	Anzahl Nennungen
Thomas Zeltner	123
Fritz Britt	102
Felix Gutzwiller (Einschränkung: Gesundheit)	81
Willy Oggier	67
Manfred Manser	53
Marc-André Giger	49
Thomas Cueni	37
Brunello Wüthrich	23
Felix Huber (Einschränkung: Krankheit)	6
Etzel Gysling	6

Daraus lässt sich ableiten, dass die folgenden Merkmale zum Medienstar im Gesundheitsbereich befähigen: Spitzenvertreter eines Bundesamtes, eidgenössischer Parlamentarier, Professor (Medizin oder Ökonomie), unabhängiger Experte, Spitzenvertreter eines Spitzenverbandes oder eines Branchengrössten, Pionier/Innovator, kritischer Geist, mediengewandt. Sind mindestens zwei dieser Voraussetzungen erfüllt, stehen die Chancen gut für eine überdurchschnittliche Medienpräsenz.

# Bunt wie die Medienwelt selbst: Der journalistische Berufsstand in der Schweiz

**Nur Politiker und Berufs-offiziere haben einen noch schlechteren Ruf als die Journalisten. Dennoch sind viele Personen und Organisationen auf die Zusammenarbeit mit Journalistinnen und Journalisten angewiesen. Vorurteile helfen da nicht weiter; vielmehr ist es wichtig, sich ein realistisches Bild von diesem Berufsstand machen zu können. Eine aktuelle Untersuchung liefert repräsentative Daten dazu.**

**Mirko Marr**

**D**ie gesellschaftlichen Veränderungen der zurückliegenden Jahre haben dazu geführt, dass die Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen in zunehmendem Mass an die Fähigkeit von Akteuren gebunden ist, öffentliche Aufmerksamkeit für ihre Anliegen und Interessen zu erzeugen. Öffentliche Aufmerksamkeit zu erzeugen und den Akteuren zur Verfügung zu stellen ist das Geschäft der Journalistinnen und Journalisten. Die Zusammenarbeit mit den Medien (Medienarbeit) wird für die Öffentlichkeitsarbeit von Unternehmen und Organisationen deshalb zu einem wichtigen Aufgabebereich. Um dabei erfolgreich zu

sein, ist es wichtig zu wissen, mit wem man es zu tun hat.

Was ist ein Journalist? Sei Beruf hat ein eigentümliches Renommee. Einerseits ist sein öffentliches Ansehen alles andere als gut. Nur das der Politiker und der Berufsoffiziere ist noch miserabler. Auf der anderen Seite übt dieser Beruf auf junge Menschen eine enorme Anziehungskraft aus, so dass sich die in den letzten Jahren in der Schweiz geschaffenen Ausbildungsangebote des Ansturms von Interessenten kaum erwehren können. Der Grund für diesen Widerspruch muss wohl in der ausgesprochenen Heterogenität des Tätigkeitsfelds gesehen werden. Was alles unter dem Begriff Journalismus fungiert, ist so bunt wie die Medienwelt selbst, und diejenigen Medienschaffenden, die dem öffentlichen Ansehen des Berufsstands schaden, sind wohl kaum jene, die das Berufsbild der Einsteiger prägen. Will man generelle Aussagen über den Journalismus treffen, muss man sich bemühen, dieser Vielfalt Rechnung zu tragen und nicht einen Teil für das Ganze zu nehmen.

Die publizistikwissenschaftlichen Institute der Universitäten Bern und Zürich haben einen solchen Versuch für die Schweiz unternommen und dazu eine repräsentative Auswahl von über 2000 Medienschaffenden befragt. Die Ergebnisse liegen jetzt in Buchform vor. Im Folgenden wird eine kleine Selektion zentraler Befunde präsentiert. Im Einzelnen soll dabei nach der demografischen Zusammensetzung, der Professionalisierung und der Berufszufriedenheit der Medienschaffenden gefragt werden.



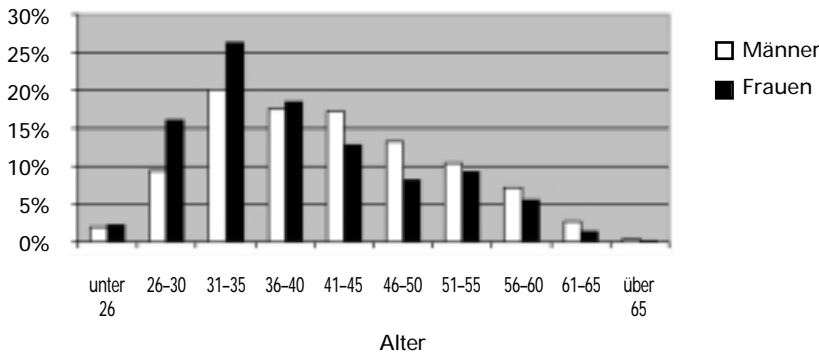
Mirko Marr

## **Zahlreich, jung und zunehmend weiblich**

Die gute Nachricht zuerst: Die Schweiz verfügt im Vergleich zu anderen Ländern mit mehr als 9000 Journalistinnen und Journalisten über überdurchschnittlich viele Medienschaffende. Auf 100 000 Einwohner kommen hierzulande 129 Medienmitarbeiter. In Deutschland sind es nur halb so viele und in Frankreich oder den USA gar nur ein Drittel. Dies erklärt sich vor allem durch die starke regionale Segmentierung des Medienmarkts in der Schweiz und bedeutet eine grössere Sehschärfe auch für Themen und Ereignisse, deren Relevanz geografisch begrenzt ist.

Die demografische Zusammensetzung der Schweizer Journalisten unterscheidet sich dagegen kaum von jener anderer Länder. Zwei Tendenzen sind zu beobachten: War der Beruf traditionell vor allem eine Männerdomäne, so ist der Frauenanteil in letzter Zeit deutlich gestiegen. Er liegt heute insgesamt bei etwa einem

Abbildung 1:  
Journalistinnen und Journalisten nach Altersgruppen



Quelle: Marr, Mirko; Wyss, Vinzenz; Blum, Roger; Bonfadelli, Heinz (2001): Journalisten in der Schweiz. Eigenschaften, Einstellungen, Einflüsse. Konstanz: UVK-Medien.

Tabelle 1:  
Absolvierte Ausbildungen nach Medientyp

	Printmedien	Audiovisuelle Medien (AV-Medien)	Agenturen	Gesamt
Volontariat	50	49	63	50
Praktikum	33	35	35	34
Journalistenschule	26	24	30	26
Betriebliche Weiterbildungen	19	44	17	26
Weiterbildungskurse am Medienausbildungszentrum Luzern (MAZ)	19	20	29	20
Publizistik-/Medienwissenschaft	16	17	25	17
ohne Ausbildung	17	11	9	15

Quelle: Marr, Mirko; Wyss, Vinzenz; Blum, Roger; Bonfadelli, Heinz (2001): Journalisten in der Schweiz. Eigenschaften, Einstellungen, Einflüsse. Konstanz: UVK-Medien.

in Spitzenpositionen und somit auch ans Ende der Gehaltsleiter bringen. Damit schwinden berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, und ein Wechsel in perspektivenreichere Bereiche wie Ausbildung, Beratung, Management oder PR gewinnt an Attraktivität.

**Unzureichend und unterschiedlich professionalisiert**

Die Frage nach der Professionalisierung des journalistischen Berufsstands sieht sich mit einem Dilemma konfrontiert. Zum einen gebietet der Grundsatz der Medienfreiheit, dass der Zugang zum Beruf des Journalisten offen, das heisst nicht reglementiert sein muss und somit auch nicht an eine einheitliche Qualifikation der Berufsanwärter gebunden werden kann. Zum anderen sind die fachlichen Anforderungen, denen ein Journalist heutzutage gerecht werden muss, so komplex, dass sie allein mit dem entsprechenden Talent nicht erfüllt werden können. Dieser Spagat findet seinen Ausdruck in einer Vielfalt verschiedener Ausbildungsmöglichkeiten, die von den Journalisten und denen, die es werden wollen, auf sehr unterschiedliche Art und Weise genutzt und miteinander kombiniert werden. Ein Königsweg für die optimale Berufsvorbereitung zeichnet sich bis heute nicht ab. Dies macht es äusserst schwierig, abzuschätzen, welche Fähigkeiten bei den Mitarbeitern der verschiedenen Medien vorausgesetzt werden können. Auf der einen Seite üben 15 Prozent der Medienschaffenden ihren Beruf ohne jegliche fachbezogene Vorbildung aus (Tabelle 1). Auf der anderen Seite haben 17 Prozent ein publizistik- oder medienwissenschaftliches Studium absolviert. Immerhin jeder Zweite hat ein Praktikum und jeder Dritte hat ein Volontariat durchlaufen. Vergleicht man die verschiedenen Mediengattungen miteinander, so zeigt sich, dass die Agenturjournalisten über die beste Vorbildung verfügen. Mitarbeiter elektronischer Medien, die in der Schweiz überwiegend bei der Schweizerischen Radio- und Fernsehgesellschaft SRG beschäftigt sind, profitieren vor allem vom um-

Drittel, in den jüngeren Altersgruppen und in der Romandie ist das Geschlechterverhältnis sogar schon ausgeglichen. Der Vorstoss der Frauen erfolgt über alle Medientypen und mit Ausnahme des Sports auch über alle Ressorts hinweg. Es gibt also keine klassischen «Frauenressorts» mehr. Allein vor den Führungsetagen macht dieser Trend Halt. Die Wahrscheinlichkeit, hier auf eine Frau zu stossen, ist nach wie vor sehr gering. Der zweite Trend besteht in einer asymmetrischen Altersverteilung (Abbildung 1), die sich mit drei Merkmalen beschreiben lässt: Erstens erfolgt der Berufseinstieg relativ spät. Nur 2 Prozent der Journalisten sind we-

niger als 26 Jahre alt. Zweitens dominieren die Altersgruppen zwischen 30 und 45 Jahren. Zwei von drei Medienschaffenden stammen aus dieser Generation. Schliesslich lässt sich drittens ein Drop-out der älteren und somit erfahrenen Journalisten erkennen. Wer älter als 55 ist, muss sich damit abfinden, älter zu sein als 90 Prozent seiner Kolleginnen und Kollegen. Vor allem der letzte Punkt stellt für den Berufsstand ein strukturelles Problem dar, gehen ihm doch dadurch Qualitäten wie Berufserfahrung und Routine in grossem Mass verloren. Die Gründe müssen in den relativ schnellen Aufstiegsmöglichkeiten gesehen werden, die einen Journalisten schon sehr früh

Tabelle 2:

**Tätigkeitsprofile nach Medientyp**

	journalist. Tätigkeiten	organisat. Tätigkeiten	technische Tätigkeiten	sonstige Tätigkeiten
Tageszeitungen	61	20	15	5
Wochen-/Sonntagszeitungen	62	21	12	6
Zeitschriften/Magazine/ Illustrierte	59	24	11	6
Fachzeitschriften	60	19	11	10
öffentliches Radio	56	20	19	6
öffentliches TV	50	22	20	8
privates Radio/TV	56	19	20	7
Nachrichtenagenturen	67	19	8	5
Gesamt	59	21	15	6

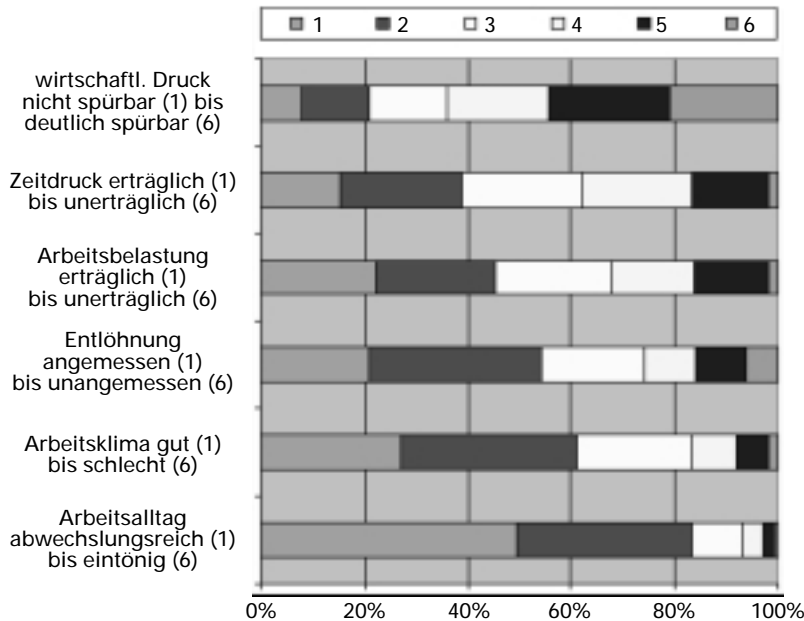
Quelle: Marr, Mirko; Wyss, Vinzenz; Blum, Roger; Bonfadelli, Heinz (2001): *Journalisten in der Schweiz. Eigenschaften, Einstellungen, Einflüsse*. Konstanz: UVK-Medien.

wie Recherchieren, Redigieren oder Texten gehört (Tabelle 2). Jeder Fünfte tut dies ausserdem ohne feste Anstellung, trägt also das Risiko einer freien Existenz. Stellenwechsel und Mehrfachbeschäftigungen sind häufig. Der eigene Gestaltungsspielraum ist durch die Knappheit von Ressourcen wie Geld, Zeit oder Publikationsraum oder durch redaktionelle Produktionsroutinen stark eingeschränkt. Der Verdienst schliesslich ist zwar im internationalen Vergleich eher hoch, gemessen an der Lohnstruktur der Schweiz aber höchstens durchschnittlich.

Trotz diesen eher ungünstigen Bedingungen ist die Berufszufriedenheit der Journalistinnen und Journalisten hoch, selbst bei jenen, die von den Benachteiligungen besonders betroffen sind. Zwar werden wirtschaftliche Zwänge und der hohe Zeitdruck als belastend empfunden (Abbildung 2), dies wird aber durch Faktoren wie das gute Arbeitsklima oder das abwechslungsreiche Tätigkeitsfeld mehr als ausgeglichen. ■

Abbildung 2:

**Berufszufriedenheit von Journalistinnen und Journalisten**



Quelle: Marr, Mirko; Wyss, Vinzenz; Blum, Roger; Bonfadelli, Heinz (2001): *Journalisten in der Schweiz. Eigenschaften, Einstellungen, Einflüsse*. Konstanz: UVK-Medien.

**Autor:**

**Mirko Marr, M.A.**

Institut für Publizistikwissenschaft  
und Medienforschung  
der Universität Zürich  
Kurvenstrasse 17  
8035 Zürich  
E-Mail: marr@ipmz.unizh.ch

fangreichen betrieblichen Weiterbildungsangebot des Unternehmens.

Mit dem Ausbau der fachbezogenen Hochschulstudiengänge und der Einrichtung journalistischer Fachhochschulen dürfte sich langfristig allerdings eine deutliche Veränderung in Richtung Professionalisierung ergeben. Dafür spricht nicht zuletzt der grosse Zulauf, mit dem sich diese Angebote konfrontiert sehen.

**Schwer beschäftigt, aber zufrieden**

Schaut man sich die Berufsrealität der Medienschaffenden an, so lassen sich eine Reihe von Fragezeichen hinter das weit verbreitete Etikett des Traumjobs setzen. Journalisten müssen meist unter grossem Zeitdruck ein enormes Arbeitspensum bewältigen, von dem nur 60 Prozent zur journalistischen Kerntätigkeit



# Die Ziele der Medienschaffenden im Gesundheitsbereich – eine nichtrepräsentative Umfrage

**Welches sind die wichtigsten Ziele der Medienschaffenden? Eignen sich die Massenmedien für die Gesundheits-erziehung? Welche Themen lösen am meisten Publikumsreaktionen aus? Diese Fragen haben wir den Medienschaffenden im Gesundheitsbereich gestellt. Vier Verantwortliche von grösseren Gesundheitsmedien haben geantwortet.**

**Brigitte Casanova**

**K**ritik an Medienschaffenden im Gesundheitsbereich wird immer wieder laut. Es heisst beispielsweise, dass durch die Darstellung von Spitzenmedizin bei den Fernsehzuschauenden oder Lesenden das Bedürfnis nach High-Tech-Medizin geschaffen werde, dass unrealistische Hoffnungen bei den PatientInnen geschürt würden und dass so schliesslich die Kostenexplosion angetrieben werde. Doch welche Absichten verfolgen die Medienschaffenden mit ihrer täglichen Arbeit wirklich? Mittels eines Fragebogens<sup>1</sup> wollten wir herausfinden, welche Ziele und welche «Mission» die Medienschaffenden im Bereich Gesundheit haben.

Wir haben die Verantwortlichen von grösseren Gesundheitsmedien schriftlich befragt. Geantwortet haben Tobias Frey, Redaktionsleiter der Zeitschrift «Puls-Tipp», Lilith C. Hübscher, Redaktorin des PatientInnenmagazins «Sprechstunde», Urs Zaroni, Gesundheitsredaktor beim «Beobachter», und Steffen Lukesch, Redaktionsleiter der Fernsehsendung «Puls» des SF DRS. Im Artikel werden die wichtigsten Aussagen zusammengefasst, die Originalantworten sind in der Tabelle nachzulesen.

## Ziele der Medienschaffenden

Die wichtigsten Zielsetzungen der befragten Medienschaffenden sind folgende:

Steffen Lukesch von der Fernsehsendung «Puls» nennt «Information und Unterhaltung» als erstes Ziel. Explizit betont er, dass er «keine Volkshochschule, keinen Drohfinger, keine Erziehung zum besseren Menschen» anstrebe.

Die Redaktoren der beiden KonsumentInnen-Magazine «Puls-Tipp» und «Beobachter» wollen beide Transparenz schaffen und Kritik üben am bestehenden Angebot im Gesundheitsbereich. Tobias Frey vom «Puls-Tipp» will Leerläufe aufdecken und die Interessenpolitik der Anbieter in der Gesundheitsindustrie transparent machen. Er setzt sich für «aufgeklärte und selbstverantwortliche PatientInnen» ein. Urs Zaroni will Transparenz schaffen im Preis und in der Qualität von Dienstleistungen und Produkten, gute Beispiele sollen dargestellt werden. Zudem will er «heilsame Zweifel an der Medizin» wecken.

Etwas anders gelagert sind die Ziele von Lilith C. Hübscher, Redaktorin

des PatientInnenmagazins der Ärztinnen und Ärzte. Ziel ihrer journalistischen Tätigkeit ist es, eine «Plattform zu sein zwischen PatientInnen- und ÄrztInnenwelt». Sie möchte durch verständliche Sprache möglichst vielen den Zugang zu komplexen Inhalten verschaffen und die Lesenden sensibilisieren, beispielsweise für ihre eigenen Ressourcen.

## Gesundheitserziehung durch die Medien?

Direkt gefragt, ob sich die Massenmedien für gesundheitserzieherische Aufgaben eignen, sind sich die Befragten nicht einig. Lukesch sagt klar Nein zur Gesundheitserziehung am Fernsehen – «informativ unterhalten oder unterhaltend informieren», so lautet sein Credo.

Frey vom «Puls-Tipp» verneint ebenfalls: «Ein Medium sollte sich nicht anmassen, seine LeserInnen zu erziehen.» Jedoch könne es aufzeigen, wie man sich verhalten könnte oder was man wissen muss, um gesund zu bleiben.

Zaroni vom «Beobachter» dagegen meint, dass die Medien sich zur Gesundheitserziehung eignen. Insbesondere das Internet und die Printmedien seien ideal, um zu versuchen, das Verhalten des Publikums zu ändern.

Hübscher von der «Sprechstunde» verweist auf die nachhaltige Wirkung von Printmedien, welche die Lesenden mit gut verständlichen Beiträgen auch wirklich erreichen, weil die Beiträge mehrmals in eigenem Tempo gelesen werden können.

Die Medienschaffenden betonen, dass sich nicht jedes Medium für die Gesundheitserziehung eigne. Radio

<sup>1</sup> Der Fragebogen wurde vom Heft-Paten Urs Zaroni ausgearbeitet.

**Tabelle: Die Ziele der Medienschaffenden im Gesundheitsbereich – Ergebnisse einer Umfrage (Originalantworten)**

Medium RedaktorIn	Puls SF DRS Steffen Lukesch	Puls Tipp Tobias Frey	Beobachter Urs Zanoni	Sprechstunde Lilith C. Hübscher
Nennen Sie bitte die drei wichtigsten Zielsetzungen Ihrer journalistischen Tätigkeit im Gesundheitsbereich.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Information und Unterhaltung</li> <li>– Keine Volkshochschule, kein Drohfinger, keine Erziehung zu besseren Menschen</li> </ul>	Der Puls-Tipp deckt Leerläufe im Gesundheitswesen auf, macht die Interessenpolitik der verschiedenen Anbieter der Gesundheitsindustrie transparent und setzt sich für aufgeklärte und selbstverantwortliche Patientinnen und Patienten ein.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Transparenz schaffen bezüglich Qualität und Preis von Dienstleistungen und Produkten</li> <li>– gelingende Beispiele darstellen (Menschen, Projekte)</li> <li>– heilsame Zweifel an der Medizin wecken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plattform sein zwischen PatientInnen- und ÄrztInnenwelt</li> <li>– Durch verständliche und geschlechtergerechte Sprache möglichst vielen den Zugang zu komplexen Inhalten verschaffen</li> <li>– Lesende sensibilisieren (z.B. hinsichtlich eigener Ressourcen)</li> </ul>
Sind Sie der Meinung, dass sich Massenmedien für gesundheitserzieherische Aufgaben eignen? Begründen Sie bitte Ihre Meinung.	Nein, Massenmedien können nicht erziehen! Im besten Fall unterhalten sie informativ beziehungsweise informieren unterhaltend.	Beschränkt. Ein Medium sollte sich nicht anmassen, seine LeserInnen zu erziehen. Der Puls-Tipp zeigt seinen Lesern auf, wie sie sich verhalten können oder was sie wissen müssen, um gesund zu bleiben, oder wie sie zur richtigen Behandlung beim Arzt oder im Spital kommen.	Im Prinzip ja. Doch hängt es stark vom Typ des Massenmediums ab: Das Internet erachte ich als «sehr geeignet», Printmedien als «geeignet» und Radio/TV als «weniger geeignet». Am besten geeignet erscheint mir die Vernetzung dieser Typen. Eine nachhaltige Verhaltensänderung wird sich aber kaum erreichen lassen; hingegen lässt sich die «Testitis» fördern (Früherkennung!). Mit dem Effekt, dass viele Leute unnötigerweise im Krankheitsapparat landen.	Das hängt von verschiedenen Faktoren ab, etwa von der publizistischen Ausrichtung des Mediums und davon, um welche Art Massenmedium es sich handelt (Radio, TV, Printmedium). Wird ein Thema inhaltlich korrekt und gut verständlich aufgearbeitet, eignen sich dazu insbesondere Printmedien. Sie sind weniger flüchtig, die Lesenden können Inhalte mehrmals und in ihrem eigenen Tempo lesen. Zudem lässt sich der Inhalt in dieser Form gut weiterreichen.
Welches Thema, das Sie in den letzten zwei Jahren bearbeitet haben, hat die meisten Publikumsreaktionen ausgelöst? Wie haben Sie das Thema behandelt? Wie hat das Publikum reagiert?	14.9.2000: Puls-Herznacht: 5 Stunden Live-Berichterstattung aus dem Inselspital Bern. Herzoperation inklusive Herz-Stilllegung. Zugang: hoch emotional Reaktion: sehr hohe Quote, bis tief in die Nacht, Hunderte Anrufe, Faxe und E-Mails während der Sendung.	Eine Amalgam-Messaktion, die soeben zu Ende geht: Leserinnen und Leser konnten ihren Speichel auf freigesetztes Amalgam-Quecksilber messen lassen. Über 6000 Leserinnen und Leser wollten es wissen. PS: Eine erste Auswertung lässt Ungutes erahnen: Über die Hälfte der Leser setzt vermutlich mehr Quecksilber aus ihren Amalgam-Plomben frei, als es die WHO-Empfehlungen erlauben. Sehr viele Zuschriften hat der Puls-Tipp nach einem Artikel zum Thema «Kaiserschnitt auf Wunsch» erhalten. Viele Frauen möchten heute einen Kaiserschnitt haben anstelle der natürlichen Geburt. Der Grund: die Geburtsschmerzen. Die Statistik von acht Spitälern zeigt: Die Rate hat sich in den vergangenen zehn Jahren teilweise verdoppelt. Der Puls-Tipp hat diese Tendenz kritisch untersucht. Die Reaktionen der Leserinnen waren kontrovers und sehr emotional.	Der Beobachter hat einen kurzen, augenzwinkernden Selbsterfahrungsbericht publiziert zu <a href="http://www.aktiv-online.ch">www.aktiv-online.ch</a> (ein virtueller Bewegungscoach, entwickelt vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Uni Zürich). Innert fünf Tagen besuchten 1500 Personen die Site, die Hälfte spielte das Programm durch. Davon ausgehend konnten die Verantwortlichen das Projekt evaluieren. Im April 2002 brachte der Beobachter einen Folgeartikel über die neuste Version von <a href="http://www.aktiv-online.ch">www.aktiv-online.ch</a> – mit ähnlichem Effekt. Die Zusammenarbeit erachte ich als wegweisend: Der Beobachter ist interessiert an qualitativ hochwertigen Dienstleistungen; die Anbieter solcher Dienstleistungen sind interessiert an Verbreitung. Wichtigste Voraussetzung: Anbieter und die Dienstleistung müssen mit den publizistischen Grundsätzen des Beobachters kompatibel sein.	Die Frage kann ich nicht themenbezogen beantworten. Generell gab es drei Beitragsarten, die vermehrt Rückmeldungen erhielten: 1. Beratungsfeatures (beispielsweise über Parkinson), welche Ängste von Betroffenen oder Ausenstehenden thematisieren und so Hemmschwellen abbauen helfen. 2. Ratgeberbeiträge der Rubrik PatientInnenrecht, etwa wenn in sachlicher Form über brisante Themen wie Behandlungsfehler informiert wird. 3. Beiträge, die mittels historischer Dimension und Lokalbezug «eigene Wurzeln» aufgreifen (identitätsstiftend). So der Beitrag «Arzneyen des Berner Landvolkes», der den Inhalt einer Dissertation aufbereitete und originale Handschriften aus dem 18. Jahrhundert abbildete (interaktives Element zum Entschlüsseln). Das Publikumsinteresse machte sich vor allem in Form von zusätzlichen Bestellungen bemerkbar.

und TV seien weniger ideal, Printmedien und Internet seien besser geeignet. Es ist auffällig, dass sich alle vorsichtig zur Gesundheitserziehung durch die Medien äussern. Es

wird eher versucht, dem Publikum etwas anzubieten, was bei aktiver Auseinandersetzung auch pädagogisch wirken könnte, als direkt erzieherisch einzugreifen.

**Was kommt an beim Publikum?**

Die erfolgreichsten Beiträge sind laut den Medienschaffenden diejenigen, in denen die Lesenden oder Zuschauenden einen Selbstbezug herstellen kön-

nen (Ratgeber, Selbst-Tests) oder in denen das Publikum emotional angesprochen wird. Es sind insbesondere Themen, welche viele betreffen, wie Herzkrankheiten (Bsp. «Puls»: Herz-Nacht: Life-Reportage aus dem Insel-Spital Bern, inkl. Herzoperation), Schwangerschaft (Bsp. «Puls-Tipp»: Kaiserschnitt auf Wunsch) oder Amalgam-Vergiftung (Bsp. «Puls-Tipp»: Messwerte für Quecksilber im Speichel) und Bewegungsmangel (Bsp. «Beobachter»: Internet-Selbst-Test «Bewegungs-Coach»). Resonanz gefunden haben auch Beiträge mit historischen oder lokalen Dimensionen (Bsp. «Sprechstunde»: «Ärztneyn des Berner Landvolkes»).

### Schlussfolgerung

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Frage nach den Absichten der

Medienschaffenden je nach Medientyp unterschiedlich beantwortet wird: Während die Fernsehsendung «Puls» informativ unterhalten will, sehen sich die KonsumentInnen-Zeitschriften «Puls-Tipp» und «Beobachter» in der Rolle als aufklärende Kritiker, welche die PatientInnen auch zu mehr Selbstverantwortung führen möchten. Die «Sprechstunde» hingegen als klassisches ärztliches Wartezimmer-Journal will den PatientInnen medizinisches Wissen vermitteln und eine Art Bindeglied zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sein. Niemand scheint die Spitzenmedizin speziell zu beachten.

Zur Gesundheit zu erziehen wird von keinem der Medienschaffenden als eines der drei wichtigsten Ziele genannt. Die Frage, ob sich die Massen-

medien zur Gesundheitserziehung eignen, wird kontrovers beantwortet. Teils verneinen die Medienschaffenden, teils wird ein vorsichtiges Ja ausgesprochen. Die Gesundheitserziehung ist für die Medienschaffenden also keine primäre Zielsetzung, obwohl sie teilweise denken, gewisse Medientypen seien dafür geeignet. Die Frage, ob jene Gesundheitsmedien, die sich zur Gesundheitserziehung eignen, einen entsprechenden Auftrag haben, wäre noch zu diskutieren. ■

**Autorin dieses Berichts:**  
**Brigitte Casanova**

Redaktion «Managed Care»

info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info

In dieser Rubrik veröffentlichen wir Beiträge der Industrie. Auf den Inhalt nimmt die Redaktion keinen Einfluss. Die Verantwortung trägt der Autor/die Autorin respektive die Firma.

#### Pharmapool Aktiengesellschaft:

##### Die Vorteile einer der grössten ärztlichen Medikamenten-Einkaufsgemeinschaften

Es freut uns besonders, dass wir an dieser Stelle die Möglichkeit erhalten, Ihnen unser Unternehmen zu präsentieren. Als eine der grössten ärztlichen Medikamenten-Einkaufsgemeinschaften haben wir Vorteile zu bieten, die wir Ihnen nicht vorenthalten wollen und die Sie als selbstdispensierende/r Ärztin und Arzt in vielerlei Hinsicht stärker machen.

Selbstdispensierende Ärztinnen und Ärzte haben sich 1996 zu einer ärztlichen Einkaufsgemeinschaft zusammengesetzt, mit der Absicht, den Medikamenteneinkauf zu optimieren. Aus diesen Überlegungen heraus entstand die Pharmapool Aktiengesellschaft, die neben den wirtschaftlichen Aspekten auch die politischen Interessen der Aktionäre wahrnimmt und sich in Ärztehand befindet. Die Pharmapool Aktiengesellschaft bezieht als direkte Medikamenten-Einkaufs-Aktiengesellschaft bei der Pharmaindustrie zu Ex-Factory-Preisen. Selbstverständlich werden auch Verbrauchsmaterialien, Verbandstoffe und Diagnostika eingekauft.

Nebst den Vorzügen des gemeinsamen Einkaufs wird auch grosser Wert auf die Dienstleistung und den Service gelegt. So steht ein motiviertes Team mit hoher Fachkompetenz im täglichen Einsatz und gewährleistet einen reibungslosen und termingerechten Ablauf. Aber auch rund um die Medikamentenbelieferung kann im Bereich der Praxiseinrichtung und -neueinrichtung sowie der Softwareberatung auf ein fundiertes Know-how zurückgegriffen werden. Unser Aussendienst versteht sich als persönlicher Ansprechpartner sowohl im technischen Bereich als auch in der Beratung.

Outsourcing ist heute einer der wirtschaftlich interessantesten Aspekte. In diesem Zusammenhang wurde der operative Bereich der Binkert Pharma AG mit über 40 Mitarbeitern übertragen. Die Binkert Pharma AG mit einer über 20-jährigen Erfahrung ist heute eines der grössten

Unternehmen im Bereich der Medikamentenbelieferung und der grösste Medikamentenbezüger unseres Unternehmens. Sie beliefert neben den über 170 Pharmapool-Aktionären noch weitere 380 Ärztinnen und Ärzte täglich in der ganzen Schweiz.

Damit ist die Absicht der Pharmapool Aktiengesellschaft klar: Als ärztlicher Grossist beliefert sie neben der Binkert Pharma AG als Hauptkunden auch andere selbstständige Arztelieferanten mit Medikamenten und Verbrauchsmaterialien.

Die Pharmapool Aktiengesellschaft vereinigt heute schon, was allgemein im Trend liegt: die ärztlichen Einkaufsgemeinschaften. In diesem Zusammenhang ist eine Kooperation mit anderen kleinen Ärztegemeinschaften ein durchaus für beide Seiten interessanter Aspekt. Fragen sind dazu da, um geklärt zu werden. Dies geschieht – so meinen wir – am besten von Mensch zu Mensch. Sie erreichen uns unter der Gratis-Telefonnummer 0800 55 69 60 oder auf unserer Homepage [www.pharmapool.ch](http://www.pharmapool.ch).

Wir freuen uns schon jetzt auf Ihr Interesse und sind sicher, dass unser Pharmapool-Konzept durch Gemeinsamkeit auch Sie als selbstdispensierende Ärztin und Arzt in vielerlei Hinsicht stärker macht. Stellen Sie uns auf die Probe. Testen Sie unsere Leistungen für einen Monat. Verlangen Sie eine Vergleichsofferte. Profitieren Sie.

Pharmapool Aktiengesellschaft Binkert Pharma AG  
Nöllenstrasse 13  
9443 Widnau  
Tel. 071-727 25 49  
Fax 071-727 25 55  
Internet: [www.pharmapool.ch](http://www.pharmapool.ch)  
E-Mail: [info@pharmapool.ch](mailto:info@pharmapool.ch)

## Die Projekte sind angelaufen

Die Mitgliederversammlung im Mai hat den neuen Vorstand beauftragt, die gutgeheissene Neuausrichtung von med-swiss.net als legitimes Sprachorgan der Netzwerke auf nationaler Ebene umzusetzen.

Die erste Vorstandssitzung stand unter den Zeichen dieses neuen Auftrages.

### Die Ressortverteilung sieht wie folgt aus:

- Max-Albrecht Fischer, Seengen, (Argomed):  
Präsidium, Öffentlichkeitsarbeit, Presse
- Alexander von Weymarn, Frauenfeld (VMCT):  
Vize-Präsidium, Projekte
- Philip Dreiding, Zürich (VHZ):  
Kontaktperson zum Sekretariat, Öffentlichkeitsarbeit, Presse
- Ueli Bodmer, Thun:  
Finanzen, Projekte
- Jörg Fritschi, Kriens (HAV Luzern und Agglomeration):  
Koordination nach innen, Dienstleitungen
- Frau Burri, Zürich: Sekretariat

### Als Ziele für das Jahr 2002 wurden beschlossen:

- Zwei Projekte sind gestartet.
- Kontakte zur FMH, zu Politikern und Medien sind hergestellt.
- Die Website ist aktuell.
- Die Netzwerk-Präsidenten werden mit 3 Mailings über die Aktivitäten des Vorstandes informiert.

### Die ersten Schritte zur Zielerreichung sind bereits erfolgt:

#### Zwei Projekte sind angelaufen:

- «Qualimed-net»: Dieses in verdankenswerter Weise von zmed/vhz initiierte Qualitätszertifizierungs-Instrument wird von med-swiss.net unterstützt. Solche Instrumente werden im Rahmen einer allfälligen Vertragszwangs-Lockerung zentrale Bedeutung erhalten. Qualimed.net zeichnet sich durch einen modulartigen Aufbau aus und eignet sich sowohl für die Einzelpreis, wie auch für Netzwerke. Es ist im übrigen das erste und einzige Q-Instrument, das von Ärztinnen und Ärzten allein entwickelt wurde.
- «Sehen im Alter»: Dieses vom Hortenzentrum für praxisorientierte Forschung der Hausarztmedizin entwickelte Projekt wird über die Vernetzungskanäle von med-swiss.net den Netzwerken zugestellt. Das Ziel des Projektes besteht darin, Erfassungslücken für Sehstörungen bei den Grundversorgern zu ermitteln und zu verbessern.

### Die ersten Kontakte zur FMH sind geknüpft und werden im August stattfinden.

Am 15. August in einer gemeinsamen Sitzung wurde die Zusammenarbeit zwischen med-swiss.net und den Trägervereinsmitgliedern näher definiert. In einer angeregten und einvernehmlichen Diskussion wurden die gegenseitigen Erwartungen formuliert. Der Vorstand med-swiss.net wird diese Ideen in ein Sponsoringkonzept einfließen lassen.



Vorstand med-swiss.net

# Hand aufs Herz – Wählen Sie Generika für die private Haus-/Reiseapotheke?

Bündeli-Tag – in Basel die Bezeichnung für den Beginn der Sommerschulferien. Analog zu Familie Schweizer rüsten auch Familie Apotheker, Familie Arzt oder Familie Gesundheitsberaterin für die Ferien eine Reiseapotheke. Nehme ich nun Ponstan oder Mefenacid mit? Soll ich das bekannte Imodium oder das dem Laien eventuell unbekannt und nichts sagende Loperamid einpacken? Panadol oder Dafalgan? Voltaren Emulgel oder Ecofenac Lipogel?

Sensibilisiert für das Thema Generika wurden wir alle. Laien- und Fachpresse appellieren an alle Betroffenen, vermehrt Generika einzusetzen. Apothekerinnen und Apotheker werden in publikums-wirksamen Tests gemessen an ihrer Bereitschaft, Kundinnen und Kunden Generika zu empfehlen an Stelle von Originalpräparaten. Das Argument heisst Kostenreduktion.

Kostenbewusst sind wir alle, vor allem auch, wenn es um das eigene Budget geht. Somit stellt sich die Frage «Generikum oder Original?» auch für den privaten Gebrauch. Mit Blick auf die Konsumentenperspektive stellen sich mir aber noch ein paar zusätzliche Fragen:

Wie kommt meine Frau zurecht, wenn sie eine unbekannt Packung in den Händen hält und dringend für Kopfschmerzen eine Tablette wünscht? Ponstan ist ihr bekannt. Aber was bedeutet ihr die Packungsbezeichnung «Mefenacid – Nicht-steroidales Analgeticum, Antirheumaticum»? Was macht sie, wenn ich statt Zantic gegen Sodbrennen und Reflux Ranimed einpacke mit der für Laien garantiert unverständlichen Packungsaufschrift «H<sub>2</sub>-Rezeptorenblocker»? Wird meine Frau sich die Mühe nehmen, die Packungsbeilage zu studieren, wenn auf der Verpackung kein einziger verständlicher Hinweis für die Indikation steht? Was bedeuten die Packungsbezeichnun-

gen «Panadol – hilft bei Schmerzen und Fieber» oder «Dafalgan – gegen Schmerzen und Fieber» – vielleicht ist Dafalgan stärker wirksam, weil es nicht nur hilft, sondern gegen Schmerzen ist!

Die ganz banale Situation, für die Familie eine Reiseapotheke zusammenzustellen, führt mich zu den vielfältigen Aspekten der Arzneimittelanwendung und -sicherheit. Die von mir getroffene Wahl kann die Selbstmedikation für Dritte zu einem Problem machen. Ich erkenne die enorme Abhängigkeit von der primären Information auf der Packung und lerne zu verstehen, dass Original und Generikum für Laien häufig völlig verschiedene Arzneimittel sind.

Man mag diesen Gedanken entgegen halten, dass die Förderung der Generika-Anwendung sich primär auf die ärztliche Verordnung beziehungsweise auf rezeptierte Medikamente bezieht und nicht auf die Selbstmedikation.

Die Erfahrung hat mir gezeigt, dass zum Beispiel verordnete Schmerzmittel sehr häufig in der Hausapotheke bleiben und von weiteren Familienmitgliedern verwendet werden. Auch bei Sedativa oder sogar Antibiotika findet «Selbstmedikation» mit ursprünglich individuell verordneten Medikamenten statt – das Ausmass ist unbekannt. Man könnte vermuten, dass vertraute Markennamen dabei eine wichtige Orientierungshilfe sind und dass nur allgemein bekannte Präparate an Dritte weiter gereicht oder von Dritten genutzt werden. Generika, häufig weniger gut bekannt, würden damit, wie bei der Verordnung beabsichtigt, ausschliesslich von den betroffenen Patienten verwendet. In diesem Fall würde der Einsatz von Generika sogar einen Beitrag leisten zu einer optimalen und rationalen Arzneimitteltherapie.

Ob Reiseapotheke oder ärztliche Verordnung: Ich kann nicht beliebig wählen

zwischen Generika und Originalpräparaten. Die oben erwähnten Probleme führen zu Fragen ganz allgemeiner Art:

■ Wie soll die Implementierung von substituierten Arzneimitteln in den individuellen Therapiealltag gestaltet werden?

■ Wie kann die bestimmungsgemässe Anwendung verordneter oder empfohlener Medikamente oder Generika durch Patienten/Kunden im Alltag gesichert werden?

■ Erfordern Generika sogar einen Mehraufwand in der Beratung?

## Mein Fazit:

Das Thema führt zu vielen ungelösten Fragen, aber auch zur Erkenntnis, dass jeder Rollentausch ein Gewinn ist und wertvolle Hinweise und Einblicke in die Sichtweise von Patienten und Konsumenten vermittelt. Das Arzneimittel (und das Generikum im Speziellen) in den Händen der Konsumenten ist eine noch weitgehend unerforschte Etappe im Pharmakotherapieprozess. Wo sind die zugehörigen Forschungsprojekte, und wie gross ist die Bereitschaft, für diesen Erkenntnisgewinn finanzielle Mittel zu sprechen? Gerne lade ich Kolleginnen und Kollegen ein, ihre Perspektive zu formulieren – vielleicht sind sogar Antworten möglich. ■

Dr. sc. nat. Kurt E. Hersberger, Inhaber der Apotheke Hersberger am Spalebärg in Basel und Lehrbeauftragter am Departement Pharmazie der Universität Basel  
E-Mail: kurt.hersberger@unibas.ch

# Generika – die Rolle der Swissmedic

Selbstbefähigung, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, die zu stärken eine zentrale Aufgabe von Public Health ist, spielen auch im Bereich der Arzneimitteltherapie, insbesondere in der Selbstmedikation, eine wesentliche Rolle. Die Zulassungsbehörde Swissmedic hat den gesetzlichen Auftrag, nur sichere, wirksame und qualitativ hochstehende Arzneimittel zuzulassen und auf dem Markt zu überwachen. Arzneimittel sind, wie der Fall verdeutlicht, kein normales Konsumgut, sondern gezielt und individuell angewendete Mittel. Ihre Abgabe erfolgt deshalb stark reglementiert durch Fachpersonen, die eine richtige Wahl und Beratung garantieren. Der Konsument hat Anspruch auf Information.

Er erhält sie durch die entsprechenden Fachpersonen oder über die jedem Arzneimittel obligatorisch beiliegende Patienteninformation. Die korrekte Einnahme der Arzneimittel liegt schlussendlich in der Kompetenz des Patienten beziehungsweise Konsumenten. Auf allen Stufen, das heisst vom Produzenten bis zum Konsumenten, bestehen hohe Verantwortlichkeiten, die, partnerschaftlich vernetzt, eine bestimmungsgemässe, sichere Medikation der Bevölkerung zum Ziel haben. Die Arzneimittelanwendung im klinischen Umfeld ist grundsätzlich sehr gut dokumentiert, es liegen hingegen nur spärliche epidemiologische Daten zum breiten Anwendungsumfeld vor. Genau hier liegt der Schlüssel zu den

Fragen von Kurt Hersberger. Erst solche Daten, welche die reale Situation dokumentieren, erlauben es, wirksame und nachhaltige Massnahmen in diesem Bereich einzuleiten.

Swissmedic befürwortet grundsätzlich den Einsatz von Generika. Mit der Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut ist gewährleistet, dass die Anforderungen bezüglich Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität in gleichem Mass erfüllt werden wie bei den Originalpräparaten. ■

**Swissmedic**

Schweizerisches Heilmittelinstitut, Bern  
E-Mail: [info@swissmedic.ch](mailto:info@swissmedic.ch)

## Patientinnen und Patienten müssen vom Medikament überzeugt sein

Die Diskrepanz ist erstaunlich: Bald einmal 60 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer kennen den Begriff «Generika», von den 40- bis 59-Jährigen sind es gar 70 Prozent. Dennoch beträgt der Anteil der Generika am gesamten Medikamentenmarkt lediglich 4 Prozent (Jahr 2001). Natürlich geht die Rechnung so nicht auf: Schliesslich existiert für lediglich 11 Prozent der Medikamente ein Generikum. Und der grösste Teil der verabreichten Medikamente (rund 72 Prozent) wird ärztlich verordnet und ist kassenpflichtig. Für dieses Segment mag es noch einleuchten, dass Patientinnen und Patienten trotz Information und Aufklärung lieber das verschriebene und bedeutend teurere Originalpräparat wollen anstelle des Generikums – für die eigene Gesundheit ist nur das scheinbar Beste

(und somit Teuerste) gut genug. Besonders wenn man es vordergründig nicht selbst bezahlen muss, sondern der Krankenversicherung überwälzen kann.

Warum wird aber die eigene Haus- oder Reiseapotheke nicht mit Generika aufgefüllt? Denn hier kommt ja schliesslich das gewichtigste aller Argumente zum Zug: Mit Generika lässt sich gutes Geld einsparen. Viel gutes Geld sogar. In der Regel sind die Medikamente mindestens 25 Prozent billiger, das schlägt beim jährlichen Medikamentenverbrauch rasch einmal mit einer ansehnlichen Summe zu Buche.

Da mehr als zwei Drittel der Bevölkerung Generika kennen und in der Regel auch über den Qualitätsanspruch und Preis der Generika informiert sind, scheint es rätselhaft, wieso nicht ein mas-

siver Zuwachs dieses Segmentes zu beobachten ist.

Allerdings darf man sich keine Illusionen machen – wer seit Jahren ein Schmerzmittel und seine (Neben-)Wirkungen kennt, steigt nicht so rasch um. Zusage, dass es ein identisches Produkt mit lediglich einem anderen Namen gebe, hin oder her. Gerade im Bereich der Medikamente, die beworben werden können, sind bekannte, eingepärrte Namen auch vertrauenserweckend. Im undurchschaubaren und riesigen Medikamentenmarkt greift man noch immer zuerst zum vertrauten Ponstan oder Panadol statt zu Mefenacid oder Dafalgan.

Zudem scheint der Medikamentenmarkt eigenen Gesetzmässigkeiten zu unterliegen: Wohl verlangen alle verständlicherweise nur die wirksamsten und ne-

benwirkungsarmen Medikamente, bei der Anwendung hapert es allerdings. Medikamente im Wert von 200 bis 500 Millionen Franken landen jährlich im Abfall, weil man von der Diagnose, dem Medikament oder der Anwendungsdauer nicht überzeugt ist oder die aufgeführten Nebenwirkungen scheut.

Daraus folgern wir:

■ Information und Aufklärung auf allen Ebenen und von allen Leistungserbringern sind dringend notwendig, wenn «Generika» nicht nur als Begriffe haften bleiben, sondern auch in das alltägliche Handeln integriert werden sollen. Das Wissen um und die Kenntnis von Generika reichen nicht aus – die Theorie muss auch in die Praxis umgesetzt werden. Dies bedingt einen anfänglich grossen Informations- und Aufklärungsaufwand (an dem allerdings zur Zeit kein Leistungserbringer ein handfestes Interesse hat). Das heisst, auch Herr Hersberger muss sich die Zeit und Mühe nehmen, seiner Familie die «neuen» Medikamente zu erklären.

Somit wird auch die dritte Frage beantwortet:

■ Ein zumindest anfänglicher Mehraufwand in der Beratung ist notwendig, er hilft aber nicht nur, Generika zu fördern, sondern führt dazu, dass allgemein die Medikamentenkosten gesenkt werden. Denn auch der Medikamentenmüll oder falsch eingenommene Medikamente erhöhen die Gesundheitskosten erheblich und belasten damit das Budget des Einzelnen und der Allgemeinheit unnötig.

■ Nur wer von einem Medikament, seiner Notwendigkeit, der Anwendung und der Anwendungsdauer überzeugt ist, wird das Medikament richtig und damit möglichst kostengünstig anwenden. Patientinnen und Kunden müssen deshalb als solche ernst genommen, über verschiedene Möglichkeiten aufgeklärt und informiert werden. Es ist wichtig, dass sie im Entscheidungsprozess mitbestimmen können, nur so ist es auch *ihre* Wahl und somit *ihr* Medikament. Dies gilt für rezeptpflichtige Medikamente wie für nichtrezeptpflichtige und ist die erste und wichtigste Voraussetzung für eine korrekte und konsequente Anwendung der Medikamente. Und für die Wahl von Generika. ■

**Josianne Walpen**

Projektleiterin Stiftung

für Konsumentenschutz, Bern

E-Mail: j.walpen@konsumentenschutz.ch

### Fälle gesucht!

Haben Sie Lust, sich an einer Falldiskussion zu beteiligen? Gibt es Situationen, aus Ihrem Berufsalltag oder aus Ihrem Qualitätszirkel, die Sie gern zur Diskussion stellen würden? Fall- und Situationsschilderungen für die Rubrik «Der Fall» sind bei uns herzlich willkommen. Für Fragen zur Beurteilung einer geeigneten Situation oder für redaktionelle Unterstützung steht die Betreuerin der Rubrik zur Verfügung.

Betreuung Rubrik «Der Fall»:

Dr. Heidi Schriber

Mitglied des Redaktionsausschusses

der Zeitschrift «Managed Care»

Mühlebachstrasse 84

8008 Zürich

Tel. 043-499 05 30

Fax 043-499 05 31

E-Mail: mail@heidischriber.ch

## Den Wissensdurst nicht unterschätzen

Generika für die private Haus- oder Reiseapotheke? Aber sicher, ohne das geringste Zögern! Wenn ich meinen Patientinnen und Patienten seit Jahren Generika verschreibe, so tue ich das auf Grund der Überlegung, die mich bei allen diagnostischen und therapeutischen Entscheiden leitet, nämlich: Würde ich für mich selbst ebenso entscheiden?

Natürlich ist dabei zu beachten, dass wir alle – Laien und Fachleute – von der Propaganda der Industrie konditioniert sind, so sehr, dass Einzelne gar denken, Generika seien minderwertige Arzneimittel. Wenn man nur will, ist es aber sehr leicht, umzulernen. Für Laien ist in diesem Zusammenhang von grosser Bedeutung, dass man nicht «beliebig» wechselt. Die Tatsache, dass wir in der Schweiz fast nur Generika mit Marken-

namen («branded generics») haben, erleichtert allen Beteiligten das Umlernen. Gewiss: Es ist für jedermann augenfällig, dass das Generikum nicht identisch ist mit dem Originalpräparat beziehungsweise dass auch zwei verschiedene Generika unterschiedlich aussehen.

Schlüssel zur richtigen Anwendung von Arzneimitteln ist daher in allen Fällen die sorgfältige Information in der Apotheke und/oder in der Arztpraxis. Eine kompetente Beratung ist von weit grösserer Bedeutung als allfällige Unterschiede der Information auf der Packung oder der Form und Farbe der Tabletten. So wissen meine Patientinnen und Patienten ganz selbstverständlich, dass sie für banale Kopfschmerzen kein Spiralgin (ein Mefenaminsäure-Generikum), sondern eher ein Acetalgin (ein Paraceta-

mol-Generikum) nehmen sollten. Im Übrigen darf man den Wissensdurst der Leute nicht unterschätzen: Packungsprospekte werden sehr wohl gelesen. Für den Fall, dass ich einmal nicht beratend zur Seite stehen kann, darf ich doch normalerweise auch von meinen Familienangehörigen erwarten, dass sie nicht lediglich das Äussere der Arzneimittelpackung ansehen, sondern sich anhand der Beilage genauer informieren. ■

**Etzel Gysling**

Dr. med. Dr. hc. der Universität Basel, Internist mit Praxis in Wil (SG), Redaktor und Herausgeber unter anderem der

Zeitschriften «pharma-kritik» und

«infomed screen»

E-Mail: etzel@infomed.org

# Wasser predigen und Wein saufen?

Hand aufs Herz, Herr Doktor, wie halten Sies persönlich mit Generika: Predigen Sie etwa Wasser, saufen aber selber Wein? Und wie soll der Einsatz von Generika im Therapiealltag gestaltet werden? Auf diese zwei Fragen will ich mich beschränken, obwohl die obige Fallbeschreibung einen ganzen Strauss von weiteren anregenden Fragen enthält.

Unter einem Generikum verstehe ich, vereinfacht gesagt, «genau das gleiche Medikament in gleicher Menge – aber meist viel günstiger» als das Originalpräparat. Bei einem Generikum gehe ich deshalb davon aus, dass das Preis-Leistungs-Verhältnis besser ist als beim Original. Das Generikum heisst zwar anders und ist anders verpackt, es sieht meist auch anders aus und selbst bei der Bioverfügbarkeit mag es messbare Unterschiede geben. Selbstverständlich können all diese Unterschiede im Einzelfall Akzeptanz und Erfolg einer Therapie beeinflussen. 30 Jahre Berufserfahrung haben mich aber gelehrt, dass solche Unterschiede zwischen Generikum und Original, im Vergleich zu den medizinischen und psychosozialen Unterschieden zwischen den Patienten, in der Praxis kaum ins Gewicht fallen betreffend Therapieerfolg.

## Langzeitpatienten auf Generika umstellen

Als Arzt in einer Gruppenpraxis mit Budgetverantwortung bin ich hoch motiviert, Medikamente möglichst gezielt einzusetzen und systematisch Medikamente mit einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis einzusetzen. Oft sind dies eben Generika. Besonders kostenwirksam ist natürlich die Umstellung auf Generika bei Langzeitpatienten mit Dauermedikation. Mir fällt es deshalb gar nicht schwer, auch Patientinnen und Patienten mit einer gut eingespielten Langzeittherapie eine Umstellung auf Generika vorzuschlagen. Theoretisch kann eine solche Umstellung zu drei verschiedenen Resultaten führen:

1. Patientin und Arzt stellen keinen Unterschied fest zwischen Original und Generikum. Dies dürfte nach meiner Erfahrung (systematische Untersuchungen dazu sind mir nicht bekannt) der Normalfall sein. Der Versuch hat sich gelohnt. Die neue Therapie ist ebenso gut, kostet aber weniger.
2. Die neue Therapie scheint besser wirksam oder besser verträglich und ist erst noch billiger. Auch dieser Versuch ist geglückt und wird fortgesetzt.
3. Patientin oder Arzt bemerken einen Nachteil betreffend Verträglichkeit oder

Wirksamkeit. Der Versuch ist missglückt und wird abgebrochen.

Das Risiko eines solchen Umstellungsversuchs? Sicher sehr klein. Jedenfalls kaum grösser als Alltagsrisiken, die man in der Schweiz als Verkehrsteilnehmer, Sportler oder Gewohnheitsraucher auf sich nimmt. Gestützt auf diese Überlegungen und Erfahrungen schlage ich meinen Langzeitpatienten konsequent vor, ein Generikum anstelle des vertrauten und bewährten Original-Medikamentes auszuprobieren, immer verbunden mit der Zusicherung, auf das Original zurückzukommen, falls der Patient oder ich einen Nachteil feststellen. Nur wenige lehnen einen solchen Vorschlag ab. Die meisten lassen sich auf diesen Versuch ein – und fast immer glückt er!

Ach ja, fast hätte ich es vergessen: Wie ichs persönlich mit Generika halte? Meine Haus- und Reiseapotheke setze ich konsequent aus angebrochenen Medikamenten-Packungen zusammen, die mir Patienten zurückbringen – meistens eben Generika. Aber es darf auch mal ein Originalpräparat sein ... ■

**Dr. med. Christian Marti,**  
MediX-Gruppenpraxis, Zürich  
E-Mail: Christian.Marti@hin.ch

## Korrigenda

zu: *Managed-Care-Modelle in der Schweiz im Jahr 2002: 1. Hausarztmodelle. Managed Care 4+5/02, Seiten 28 ff.*

In der Zusammenstellung wurde irrtümlicherweise Dr. med. Kaspar von Blarer als Präsident der zmed aufgeführt.

Richtig ist: Kaspar von Blarer ist Präsident des Vereins Hausärzte Stadt Zürich VHZ. Dieser Verein hat mit Unimedes und Supra einen Hausarztmodellvertrag abgeschlossen.

Die zmed AG hat als Betriebsgesellschaft einen Hausarztvertrag mit der Sanacare abgeschlossen. Die angeschlossenen VHZ-Hausärzte haben mit der zmed je einen Anschlussvertrag abgeschlossen.

Ansprechpartner der zmed AG sind: Daniel von Felten, Präsident Verwaltungsrat; Dr. med. Thomas Marty und Dr. med. Rainer Hurni, Medizinische Leitung.

Weitere Informationen zum VHZ finden sich im Internet unter: [www.hausarzt.ch](http://www.hausarzt.ch)

Weitere Informationen zur zmed finden sich im Internet unter: [www.zmed.net](http://www.zmed.net)



## Neue Spitalfinanzierungsmodelle:

# Gibt es die ideale Systemkomponenten-Kombination?

Zurzeit sind die Spitalfinanzierungsmodelle in der Schweiz von Kanton zu Kanton unterschiedlich. Die 2. KVG-Revision wird die Anforderungen an die Spitalfinanzierung verändern. Dieser Beitrag erläutert in einem ersten Teil einige wichtige Komponenten der bestehenden Finanzierungssysteme und geht in einem zweiten Teil der Frage nach, ob es eine ideale Kombination von Systemkomponenten gibt, die den künftigen Anforderungen optimal gerecht wird und sich deshalb gesamtschweizerisch durchsetzen könnte.

Roland Hartmann, Engelbert Zurfluh, Ernst Renggli,  
Urs Marbet, Martin Patzen<sup>1</sup>

**I**m Rahmen der laufenden zweiten KVG-Revision sind im Bereich der Spitalfinanzierung wichtige Änderungen vorgesehen (siehe *Kasten*). Weit reichende Auswirkungen wird insbesondere der Artikel 49 haben, welcher vorsieht, dass der Finanzierungsanteil der

Krankenversicherer an stationären Behandlungen in Zukunft mit leistungsbezogenen, auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhenden Pauschalen vergütet werden soll<sup>2</sup>.

Der neue Artikel 49 bietet, zusammen mit den anderen in der Revision vorgesehenen Änderungen, die Chance, die Transparenz zu erhöhen, für alle Spitäler gleich lange Spiesse im Wettbewerb zu schaffen und die unternehmerische Freiheit der Spitäler zu erhöhen. Ob diese Chance realisiert werden kann, hängt aber wesentlich davon ab, wie die Abgeltungssysteme ausgestaltet und umgesetzt werden.

## Wichtige Komponenten des Globalbudgetsystems

Die Leistungen der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler werden heute in der Schweiz dual finanziert, wobei der Finanzierungsanteil der Krankenversicherer höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten beträgt. Zurzeit sind sowohl für die Finanzierung durch die Kantone als auch für die Finanzierung durch die Krankenversicherer verschiedenste Systemkomponenten im Einsatz, die in vielfältiger Weise miteinander kombiniert werden (können). In diesem Beitrag steht das Finanzierungsmodell für den Finanzierungsanteil der Kantone im Zentrum. Die Finanzierung durch die Kantone erfolgt meist über Globalbudgets, wobei sich bei

der Ausgestaltung und Umsetzung grosse Unterschiede zeigen.

Globalbudgetierung ist ein wichtiges Instrument des New Public Managements (NPM), in welches von Seiten der öffentlichen Finanzierungsträger (Kantone) grosse Erwartungen gesetzt werden. Stellvertretend und bezeichnend dafür folgender Auszug aus der Botschaft der Regierung des Kantons St. Gallen zum Grossratsbeschluss über das Globalkreditsystem für den Spitalbereich vom 16.

### 2. KVG-Revision: Wichtigste Änderungen im Hinblick auf die Spitalfinanzierung

Zurzeit befindet sich in der Schweiz die zweite Revision des Krankenversicherungsgesetzes (2. KVG-Revision) in der Vernehmlassung. In der Revisionsvorlage sind im Hinblick auf die Spitalfinanzierung die folgenden Änderungen vorgesehen:

- Die Kantone und die Krankenkassen sollen sich die Spitalfinanzierung künftig je hälftig teilen, wobei öffentliche und private Spitäler gleich behandelt werden.
- Mittelfristig (innerhalb von 5 Jahren) ist der Übergang von der «dual-fixen» zur «monistischen» Finanzierung vorgesehen, das heisst den Leistungserbringern wird nur noch ein Kostenträger gegenüber stehen.
- Von den Spitalern wird mehr Transparenz verlangt, das heisst die Spitäler haben zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen nach einheitlicher Methode eine Kostenrechnung und Leistungsstatistik zu führen.
- Stationäre Behandlungen sollen in Zukunft mit leistungsbezogenen, auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhenden Pauschalen vergütet werden.

<sup>1</sup> Die Autoren bilden die Arbeitsgruppe «Detaillierungsauftrag für das Kantonsspital Uri» und haben ein leistungsorientiertes Finanzierungsmodell für den Finanzierungsanteil des Kantons entwickelt.

<sup>2</sup> Revisionsvorlage des Bundesrates vom 18. September 2000, siehe im Internet unter [www.admin.ch/ch/d/ff/2001/741.pdf](http://www.admin.ch/ch/d/ff/2001/741.pdf)

März 1999: «Den Spitälern wurden grössere unternehmerische Freiheiten zugestanden, um eine effektivere und effizientere Leistungs- und Auftragserfüllung zu gewährleisten. Gleichzeitig wollte man die Flexibilität auf der operativen Ebene erhöhen und die Führungskompetenzen zur Eigenverantwortung der Spitäler stärken. Erwartet wurden Kosteneinsparungen zu Gunsten des Spitals im Staatshaushalt.»

Die Erfahrungen mit der Globalbudgetierung haben aber gezeigt, dass die Erwartungen oft zu hoch sind. Globalbudgets wirken nicht per se und sozusagen automatisch kostensenkend. Ob Kostensenkungen realisiert werden können, hängt von den folgenden Systemkomponenten ab:

- Das Spital muss unausgeschöpfte Effizienzsteigerungspotenziale aufweisen, um unnötige Leistungen streichen zu können.

- Die Spitalführungsverantwortlichen müssen in der Lage sein, Ineffizienzen und Doppelspurigkeiten zu erkennen, sowie willens und in der Lage, die entsprechenden Korrekturen vorzunehmen.

- Die zuständigen Instanzen (Spitalführung zusammen mit den Zuständigen des Kantons) müssen über die erforderlichen Informationen und Fähigkeiten verfügen, um die Globalbudgets adäquat zu bestimmen.

- Es ist ein zentraler Ansatzpunkt der Globalbudgetierung im Rahmen des NPM, dass sich die strategische Führung (kantonale Behörden bzw. im Fall einer Verselbständigung Spitalrat, Verwaltungsrat der Spital AG o.Ä.) aus dem operativen Geschäft zurückzieht und die Managementaufgaben in diesem Bereich möglichst weit gehend der Spitalführung überlässt. Strategische Führung bedeutet jedoch nicht vollständiger Rückzug aus der Führungsverantwortung, sondern meint eine neue, andersgeartete Form der Führung. Es zeigte sich in der Praxis, dass auf strategischer Ebene nicht selten Fach- und Führungsmängel seitens der öffentlichen Hand bestanden. Wesentlich bei der Wahrnehmung von strategischen Steuerungsfunktionen – der Begriff sagt es bereits – ist das strategische Controlling. Zu

diesem Zweck müssen gewünschte Wirkungen definiert und gemessen werden können. Dieses Wirkungscontrolling steckt im Bereich der Spitäler zurzeit noch in den Anfängen.

- Ein besonderes Problem stellt die Frage der Kontrakteinhaltung dar. Was geschieht, wenn ein öffentliches Spital über mehrere Jahre hinweg das Globalbudget überschreitet? Letztlich ist die öffentliche Hand gezwungen, die Fehlbeträge zu übernehmen, um das Spital weiterzuführen. Die Frage der Sanktionsmöglichkeiten im Fall der Nichteinhaltung von Kontrakten ist noch nicht gelöst.

- Die Spitäler müssen einen Teil des Unternehmensrisikos übernehmen, das heisst Verluste, aber auch Gewinne erzielen können. Denn nur so entstehen unternehmerische Freiräume, welche es den Spitälern ermöglichen, sich der Entwicklung der Bedürfnisse der Bevölkerung adäquat anzupassen und die Mittel effizient zu nutzen.

- Sehr wichtig ist auch die Abstimmung mit dem Finanzierungsmodell der Krankenversicherer: Für die Abgeltung durch die Krankenversicherer sind heute vielerorts noch immer Tagespauschalen im Einsatz. Die Forderung nach leistungsbezogenen, auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhenden Pauschalen in der KVG-Revisionsvorlage wird aber möglicherweise dazu führen, dass für den Krankenversicherungsbereich dereinst ein landesweit einheitliches Fallpauschalabgeltungssystem eingeführt sein wird. Auch von den Kantonen werden gegenwärtig Fallpauschalen als Basis für die Berechnung des Globalbudgets bevorzugt. Fallpauschalen korrigieren die Anreize der «traditionellen» Abgeltungsformen Einzelleistungsverrechnung und Tagespauschalen. Während die Einzelleistungsverrechnung die Mengenausweitung belohnt und Tagespauschalen den Anreiz schaffen, Patienten länger als medizinisch notwendig zu behalten, bieten Fallpauschalen einen Anreiz zur Verkürzung der Aufenthaltsdauern, aber auch zur Verschiebung von aufwändigen Leistungen aus dem Spital hinaus und – bei hohem Kosten-

druck – zur Reduktion der Qualität. Die Negativanreize der Fallpauschalen können verringert werden, indem der Schweregrad der Fälle berücksichtigt wird (z.B. durch Abgeltung gemäss DRG-Klassifizierung oder durch Case-Mix-Adjustierung von Einheitspauschalen).

### Ein Beispiel: Das Finanzierungsmodell des Kantons Uri

Um zu veranschaulichen, wie ein Spitalfinanzierungsmodell heute konkret aussehen kann, sollen im Folgenden die wichtigsten Komponenten des Finanzierungssystems im Kanton Uri kurz vorgestellt werden.

- Der Globalkredit wird im Kanton Uri in Anlehnung an das System «leistungsorientierte Ressourcen-Allokation im Spitalbereich» (LORAS) berechnet. Das Globalbudget ist – wie bei allen Spitälern, die mit der LORAS-Methodik arbeiten – gegliedert in einen Block von fallunabhängigen Leistungen und einen Block von fallabhängigen Leistungen, wobei in Letzterem mit Abteilungspauschalen gearbeitet wird. Die Leistungen werden mit Preisen entschädigt, die im Voraus, nach Möglichkeit für eine Periode von mehr als einem Jahr, verbindlich vereinbart werden. Für die fallunabhängigen Kosten werden die Preisansätze von LORAS übernommen; sie werden nur alle paar Jahre angepasst. Für die fallabhängigen Kosten erfolgt die Preisfestsetzung im Kanton Uri in einer ersten Phase auf Grund von Kostenrechnungs-Vergangenheitswerten des Kantonsspitals Uri (KSU). Möglicherweise wird der Kanton künftig Normpreise (siehe Abschnitt «Weiterentwicklung») festsetzen, um das Prinzip der leistungs- und preisvergleichsorientierten Entschädigung zu stärken. Das Berechnungsmodell ist einfach und konsistent und deshalb mit vernünftigen Aufwand anwendbar; vor allem aber können die Controlling-Daten mit einer grossen Zahl von Referenzspitälern verglichen werden.

- Das System setzt Anreize zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität, indem das Spital endogen (d.h. durch sein eigenes Verhalten) bedingte Globalkreditunterschreitun-

Tabelle:

Bsp.	Staatliche Abgeltung	Tarifierung für staatliche Abgeltung (integraler Bestandteil des Globalbudgets)	Tarifierung für Abgeltung durch Krankenversicherer
ZH	Leistungsorientiertes Globalbudget (Typ LORAS mit AP-DRG-basiertem Benchmarking)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● CMI-adjustierte Abteilungspauschalen (teilweise) sowie</li> <li>● AP-DRG (Pilot mit 4 Spitälern)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prozess- und Leistungsorientierte Tarifierung (PLT)</li> </ul>
VD	AP-DRG-basiertes Globalbudget	<ul style="list-style-type: none"> <li>● AP-DRG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● AP-DRG</li> </ul>
VS	Globalkredit auf Basis Abteilungspauschalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abteilungspauschalen sowie</li> <li>● AP-DRG (Pilot für bestimmte DRGs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abteilungspauschale (Fachabteilungen)</li> </ul>
SG	Globalkredit auf Basis Abteilungspauschalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abteilungspauschale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● PLT</li> </ul>
AG	Globalkredit auf Basis mipp- und Abteilungspauschalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Einzelne mipp-Pauschalen (Kantonsspitaler Baden und Aarau)</li> <li>● Abteilungspauschalen (Regionalspitäler)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abteilungspauschale</li> </ul>
UR	Globalkredit mit Abteilungspauschalen (Typ LORAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Abteilungspauschalen, später Koppelung mit CMI/AP-DRG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Eine Fallpauschale für den gesamten Akutbereich</li> </ul>

gen zur Hälfte einbehalten (behalten) kann.

■ Es wird grosses Gewicht darauf gelegt, die Finanzierungsmodelle für den Kantons- und den Krankenversicherungsanteil an der Spitalfinanzierung aufeinander abzustimmen. Wenn das Spital von beiden Kostenträgern (Kanton und Versicherer) nach den gleichen Kriterien finanziert wird, verstärkt sich die Systemwirkung, und es ergeben sich budgetierungs- und abrechnungstechnische Vereinfachungen. Indem der Regierungsrat des Kantons Uri mit Beschluss vom 18. Dezember 2001 für allgemeinversicherte KVG-Patientinnen und Patienten aus dem Kanton eine Einheits-Fallpauschale (d.h. alle allgemeinversicherten KVG-Fälle des Spitals werden mit der gleichen Fallpauschale abgegolten) festgesetzt hat, ist ein erster wichtiger Schritt in diese Richtung vollzogen worden. In der Schweiz wird erst in einigen wenigen Spitälern (z.B. Kanton Wallis, Kanton Waadt) für alle allgemeinversicherten Patienten mittels eines konsistenten Abgeltungssystems mit Fallpauschalierung abgerechnet.

### Weiterentwicklung

Das Finanzierungssystem im Kanton Uri soll einem laufenden Weiterentwicklungs- und Anpassungsprozess unterliegen. Eine erste wesentliche Anpassung wird darin bestehen, bei

der Abgeltung im Fallbereich den Schweregrad der Behandlung zu berücksichtigen, dies auf der Basis des durch AP-DRG-Fallgruppierung ermittelten Case-Mix-Index (CMI)<sup>3</sup>. Das Budget (entweder pro Abteilung oder für das ganze Spital) könnte dabei wie folgt ermittelt werden:

$$\text{Budget} = \text{CMI (Vorjahresperiode)} \times \text{Planfälle}^* (\text{Budgetjahr}) \times \text{Normpreis (Vorjahresperiode)}$$

\* Planfälle = Anzahl (aufgrund der Vorjahreswerte und weiterer Einflussfaktoren) budgetierte Fälle

Der Normpreis kann entweder aufgrund von kostenrechnungsbasierten Vergangenheitswerten (Vorjahresperiode) des KSU oder – wenn die politischen Entscheidungsträger gezielt, unter Berücksichtigung der Versorgungsverantwortung, Preiswettbewerb schaffen wollen – aufgrund der Referenzwerte von ausserkantonalen Spitälern definiert werden.

Für kleinere Spitäler hat die Verwendung von CMI-adjustierten Fallpauschalen gegenüber der «konventionellen» Methode der Direktabgeltung von einzelnen DRGs<sup>4</sup> eine Reihe von Vorteilen:

■ Das für die Schweiz definierte AP-DRG-System umfasst 25 grosse Diagnosekategorien (Major-Diagnosis-Categorys MDC) und 641 DRGs. In einem kleineren Spital kommen nur

20 bis 30 Prozent der Diagnosekategorien überhaupt zum Einsatz, und für gewisse Kategorien ergeben sich zu kleine Fallzahlen, um ein sinnvolles Controlling durchzuführen.

■ Nach Einführung einer Kostenträgerrechnung<sup>5</sup> auf Vollkostenbasis liefert das System Standardfallkosten für die einzelnen Fallgruppen, was für das interne Controlling und die Kalkulation des Spitals von grosser Bedeutung ist. Die Abgeltung von CMI-adjustierten Fallpreisen und die spitalinternen Kostenkontrollmöglichkeiten bei Bestehen einer Kostenträgerrechnung ergänzen sich also auf ideale Weise.

■ CMI-adjustierte Fallkosten-Preise eignen sich hervorragend für Betriebsvergleiche.

### Gibt es die ideale Systemkomponenten-Kombination?

Gegenwärtig gibt es in der Schweiz eine grosse Vielfalt von Systemkomponenten-Kombinationen. Die *Tabelle* gibt einen Überblick über die wichtigsten Modelle, die zurzeit im-

<sup>3</sup> Mithilfe des Patientenklassifikationssystems AP-DRG und den Fallkostengewichten, welche den einzelnen Patientengruppen dieses Systems zugeordnet sind, wird die Zusammensetzung der Patienten eines Spitals ermittelt. Daraus lässt sich der Case-Mix-Index (d.h. das durchschnittliche Fallkostengewicht) dieses Spitals ableiten.

<sup>4</sup> DRG = einzelne Patientengruppe eines Patientenklassifikationssystems

<sup>5</sup> Kostenträgerrechnung = Abrechnungsform, welche die Kosten dem einzelnen Kostenträger (= dem einzelnen Behandlungsfall) zuordnet

plementiert sind oder werden (ohne Anspruch auf Vollständigkeit). Mit den dargestellten Komponenten-Kombinationen bestehen noch wenig Erfahrungen, es liegen noch kaum systematisch vergleichende Evaluationen vor und eine Reihe von Ansätzen befinden sich noch in der Versuchs- beziehungsweise Pilotphase. Vieles deutet darauf hin, dass sich gesamtschweizerisch nicht eine einzige «optimale» Variante durchsetzen kann und wird. Dies ist natürlich wesentlich durch die föderalistische Struktur unseres Gesundheitswesens bedingt, darf jedoch unseres Erachtens nicht nur als Nachteil gewertet werden. Spitalspezifische Lösungen, welche je nach Leistungsspektrum, Versorgungsauftrag und Wettbewerbssituation anders aussehen können und müssen, dürften mehr Vorteile haben als eine Einheitslösung. Wichtig im Hinblick auf eine zweckmässige Kombination von Systemkomponenten sind vor allem drei Faktoren:

- Die Abgeltung soll klar leistungsbezogen sein; die Berücksichtigung von CMI bei der Ermittlung von Fallpauschalen ist ein Beispiel eines «echten» Leistungsbezugs der Abgeltung.
- Die Abgeltungssysteme für den Kostenanteil des Kantons und jenen der Krankenversicherer sollen übereinstimmende Steuerungswirkungen haben (wobei je nach Spital oder Versorgungsregion unterschiedliche Steuerungswirkungen erwünscht sein können). Bei einer Kombination von Tagespauschalen auf Seiten der Krankenversicherer mit Fallpauschalen für die Abgeltung des Kantonsbeitrags zum Beispiel ergeben sich widersprüchliche Steuerungswirkungen.
- Eine möglichst grosse Flexibilität der spitalinternen Kostenrechnungs- und Controllingsysteme ist sicherzustellen, um sich kurzfristig auf verschiedene Abgeltungssysteme einstellen zu können. ■

**Autoren:**  
**Martin Patzen, Dr. oec. HSG,**  
 Direktor Kantonsspital Uri;  
**Urs Marbet, Prof. Dr. med.,**  
 Chefarzt Medizin Kantonsspital Uri;  
**Roland Hartmann,**  
 Sekretär der Gesundheits-,  
 Sozial- und Umweltdirektion  
 des Kantons Uri;  
**Ernst Renggli,**  
 Chef Finanz- und Rechnungswesen,  
 Controlling Kantonsspital Uri;  
**Engelbert Zurfluh,**  
 Controller Gesundheits-,  
 Sozial- und Umweltdirektion  
 des Kantons Uri;

**Kontaktadresse:**  
**Dr. Martin Patzen**  
 Spitaldirektor  
 Kantonsspital Uri  
 Spitalstrasse 1  
 6460 Altdorf  
 E-Mail: martin.patzen@ksuri.ch

# Soziales Dilemma und die Organisation des Krankenhauses

Leo Boos, Verwaltungsdirektor des Spitals Limmattal, hat eine betriebswirtschaftliche Dissertation geschrieben mit dem Titel: «Soziales Dilemma und die Organisation des Krankenhauses – Die Aufgaben des Spitalmanagements»\*. Im Folgenden wird dieses Buch von einem Experten vorgestellt und kommentiert.

Werner Widmer

**U**m es gleich vorwegzunehmen: Die Dissertation von Leo Boos ist mit Abstand das beste Buch über Spitalmanagement, das ich je gelesen habe. Nicht, dass es einfach wäre. Im Gegenteil, es fordert vom Praktiker viel Geduld, die theoretischen ökonomischen Grundlagen zu verstehen, über die Boos den Leser dazu führt, Sachverhalte zu erkennen, die der erfahrene Spitalmanager vielleicht intuitiv auch schon vermutet, noch nie aber explizit durch-

dacht hat. So wird denn auch die Lektüre des Schlussteils zu einem spannenden Erlebnis mit einigen freudigen Überraschungen. Manche Publikationen über Spitalmanagement übernehmen Erkenntnisse und bewährte Konzepte aus anderen Branchen, die dann aber in der Praxis im Spitalalltag kaum weiterhelfen. Im Unterschied dazu beginnt Leo Boos seine Ausführungen mit einer fundierten Analyse der Eigenarten des Produktionsprozesses und des Produkts des Spitals. Der *Produktionsprozess* im Spital ist wesentlich abhängig vom impliziten Wissen der Beteiligten. Wesentliche Teile des Wissens in Spitälern sind zerstreut. Zahlreiche Teilprozesse

\* Leo Boos: Soziales Dilemma und die Organisation des Krankenhauses – Die Aufgaben des Spitalmanagements, Verlag SGGP, Bern, 2002, 296 Seiten, ISBN 3-85707-069-2, 40 Fr. für SGGP-Mitglieder, 52 Fr. für Nichtmitglieder

beeinflussen einander gegenseitig. Einem klar definierten Ressourcen-Input folgt nicht zwangsläufig ein voraussehbarer Output. Umgekehrt lässt sich aufgrund des Outputs auch nicht in jedem Fall auf die Qualität des Inputs schliessen. Die Wirkung der Einzelleistung und deren Beitrag zum Gesamtergebnis lassen sich nicht vollständig ermitteln. Es gibt im Produktionsprozess des Spitals kaum Zwischenprodukte, die beurteilt, gelagert und später zu einem Endprodukt zusammengesetzt werden könnten.

Das *Spitalprodukt* ist ein «Vertrauensgut». Nicht nur vor dem Kauf, sondern auch nach dem Bezug der Dienstleistung kann der Patient deren Qualität nicht mit Sicherheit beurteilen. Dies, weil der Produktionsprozess im Einzelfall unterschiedlich gestaltet werden kann und weil nicht alle Beteiligten über alle Informationen verfügen.

Hier stellt Boos als charakteristisches Merkmal des Spitalbetriebs ein so genanntes «soziales Dilemma» fest: «Effiziente und effektive Koordination im Krankenhaus ist deshalb keine rein technische Frage. Sie hängt davon ab, wie die Spezialisten oder Spezialistinnen ihren diskretionären Handlungsspielraum benutzen und ob sie bereit sind, einen Zusatzaufwand in Sachen Zusammenarbeit zu leisten. Von diesem Zusatzaufwand profitieren alle, auch wenn er nur von einigen erbracht wird. Dadurch ist eine klassische soziale Dilemmasituation gegeben, bei der individuelle und kollektive Rationalität auseinander fallen.»

Um den Produktionsprozess zu optimieren, müssen also Bedingungen geschaffen werden, unter denen die Mitarbeitenden ihr implizites Wissen in den Produktionsprozess hineingeben, obwohl sie wissen, dass der Beitrag ihres Inputs zum Ganzen nicht messbar und ihr Input nicht auf sie persönlich zurückführbar sein wird.

Die traditionellen Steuerungsansätze «Markt» und «Hierarchie» befriedigen in dieser Situation nicht: Markt – zum Beispiel im Sinn interner Profitcenter, interner Preise oder indi-

vidueller Leistungsbeurteilung aufgrund einer detaillierten Kostenrechnung – wird der Tatsache nicht gerecht, dass die Teilprozesse wechselseitig voneinander abhängen und dass der Output sich nicht immer auf den Input zurückführen lässt. Hierarchie stösst aufgrund der Informationsasymmetrie an ihre Grenzen: Das implizite Wissen der Mitarbeitenden ist den Vorgesetzten nicht zugänglich.

Das soziale Dilemma kann nur gelöst werden, wenn die Beteiligten intrinsisch motiviert arbeiten. Hierarchische und marktliche Mittel der Koordination setzen in erster Linie auf extrinsische Anreize und «haben das Potenzial, die intrinsische Motivation zu verdrängen. Intrinsische Motivation ist aber bei ungleicher Verteilung von Information und unter der Bedingung der Produktion von Vertrauensgütern notwendige Voraussetzung, um kooperative Gleichgewichte zu erreichen». Boos verweist auf Peter Druckers Empfehlung: «Wissensarbeiter müssen wie Freiwillige behandelt werden.»

Den Mitarbeitenden ist grosse *Autonomie* zu gewähren bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, weil sie über das für den Produktionsprozess relevante Wissen verfügen und weil dieses Wissen, soweit es implizit ist, dem Organisator verborgen bleibt. Diese Autonomie steht nun aber im Widerspruch zur ebenfalls unabdingbaren engen *Kooperation* und gegenseitigen *Abstimmung* der am Produktionsprozess Beteiligten. Dazu kommt noch, dass die Kosten autonomer Entscheidungen auf die abhängigen Kooperationspartner abgewälzt werden können, der Kooperationsaufwand dagegen von den miteinander kommunizierenden Personen selbst getragen werden muss.

Führung und Organisation bedeutet hier, Bedingungen herzustellen, unter denen Mitarbeitende Normen aus eigenem Antrieb einhalten. Gesucht sind deshalb Organisationsformen, die eine intrinsische Motivation fördern und damit gewährleisten, dass implizites Wissen preisgegeben wird. Führung heisst, individuelle und kollektive Rationalität miteinander zu versöhnen. «Krankenhäuser brau-

chen ein motivationsbasiertes Design der Koordinationsmechanismen zur Überwindung des sozialen Dilemmas ihrer Produktion.»

Das grosse Verdienst von Leo Boos sind die überzeugende Analyse und die Hinweise dazu, in welcher Richtung wir Lösungen für die Führung und Organisation der Spitäler suchen müssen. Er motiviert und weckt Interesse, neue Wege zu gehen.

Im Weiteren bestätigt er längst gehegte Zweifel an der Spital-Tauglichkeit von Führungs-, Motivations-, Beurteilungs-, Zertifizierungs- und Organisationskonzepten, die sich andernorts durchaus bewährt haben mögen. In diesem Sinn hat sein Buch auch eine wohltuende Nebenwirkung und zeigt auf, in welcher Richtung sicher nicht weiter gesucht werden muss. ■

**Autor:**

**Werner Widmer**

Diakoniewerk Neumünster  
Trichtenhauserstrasse 24  
8125 Zollikerberg

## 4. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung

# Qualität – vielfältig verstanden

Am 23. Mai 2002 fand im Kongresshaus Zürich das 4. Schweizerische Forum der sozialen Krankenversicherung RVK Rück statt. Sieben namhafte ReferentInnen nahmen Stellung zu ihrem Verständnis von Qualität im Gesundheitswesen. Dabei wurde eine grosse Vielfalt von Aspekten der Qualität angesprochen.

### Brigitte Casanova

Die Tagung im Kongresshaus Zürich stand unter dem Titel: «Qualität – ganzheitlich verstanden». Die Vielfalt der Vorschläge und Ansätze, die in den Referaten vorgestellt wurden, zeigte eindrücklich auf, dass der Begriff «Qualität» «im Dienstleistungsbereich keine feste Grösse» ist, wie Philipp Schneider es in unserer Zeitschrift vor mehr als einem Jahr formuliert hatte<sup>1</sup>. Vielfalt besteht auch bei der Motivation der einzelnen Akteure, hohe Qualität anzustreben. Im folgenden Bericht wird versucht, die Vielfalt, die an der Tagung sichtbar wurde, darzustellen und die Motivation der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen zum Qualitätsmanagement, wie sie die ReferentInnen formulierten, aufzuzeigen.

### Fehlerkultur zum Schutz der BürgerInnen

Der Schutz der BürgerInnen, und als Kernelement der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung, sei in der Bundesverfassung verankert. Die PatientInnen-Sicherheit zu gewährleisten sei deswegen Aufgabe des Bundes. So stellte Paul Günter, Nationalrat und Chefarzt Anästhesie am Spital Interlaken, die Motivation der Politik für eine hoch stehende Qualität im Gesundheitswesen dar.



«Zwischenfälle, die nicht geschehen, sind eine gewaltige Qualitätsverbesserung», sagte Nationalrat Paul Günter.

Laut Günter können im Umgang mit Fehlern mit einfachen Mitteln wesentliche Verbesserungen der Qualität erreicht werden. Aus Fehlern zu lernen sei in unserem Medizinalsystem aber im Moment fast nicht möglich. Günter erinnert an den Vorfall im Spital Lugano, wo ein falsches Bein amputiert wurde. 16 Monate später wisse immer noch niemand, wie es zu dieser tragischen Verwechslung gekommen sei. Als erfreulich bezeichnet Günter deshalb das geplante Zentrum für Patientensicherheit des Bundes, welches bekannt gewordene Fehler sammeln und die Lehren daraus anonymisiert weitergeben wird. Schwere Zwischenfälle bräuchten, wie bei Flugunfällen, eine eigene Lösung, die ermögliche, dass die untersuchenden Experten sofort Warnungen herausgeben könnten. «Zwischenfälle, die nicht geschehen, sind eine gewaltige Qualitätsverbesserung», so lautet Günters Fazit.

### Qualitätsmanagement als Existenzsicherung

Die Motivation der Leistungserbringer ist etwas anders gelagert. Nicht nur der Artikel 77 des Krankenversicherungsgesetz veranlasst die Leistungserbringer, ein Qualitätsmanagement umzusetzen. Die Qualitätsbestrebungen der Leistungserbringer haben auch existenzielle Gründe. Sehr klar formuliert hat dies Dieter



Chefarzt Dieter Conen führte aus, dass die Qualität im Zusammenhang stehe mit dem wirtschaftlichen Überleben eines Leistungserbringers.

Conen, Chefarzt der medizinischen Klinik am Kantonsspital Aarau. Ein Problem der Spitäler sei die drohende Marktverdrängung, die erfolge, wenn «die Kosten die Erlöse überschreiten, die Qualität einer gesetzten Norm nicht entspricht, der Patient die Leistung nicht nachfragt». Somit verknüpfte Conen die Qualität mit dem wirtschaftlichen Überleben eines Leistungserbringers. Angesichts der verknüpften Mittel sei folgende Frage zur Qualität aktuell: «Wird mit den eingesetzten Mitteln ein maximaler Nutzen, also möglichst viel Gesundheit erwirtschaftet?» Der Fokus richtet sich also auf die Ergebnisse der Leistungsprozesse. Als ideales Instrument der Qualitätssicherung stellte Conen die pfadbezogene Spitalfinanzierung dar.

### Fairer Preis für nachgewiesene Qualität

Die Verknüpfung von Kosten und Qualität war naturgemäss auch der Fokus im Vortrag von Marc-André Giger, dem Direktor von Santésuisse. Für die Versicherer gehe es darum, «nicht nur Kosten zu tragen, sondern gute Leistung zu einem fairen Preis zu kaufen». Deshalb sei ein ganzheitliches Qualitätsmanagement nötig, das Indikation, Struktur, Prozesse und Ergebnisse umfasse. Die Versicherer interessierten sich jedoch vor allem für die Indikation und die Ergebnisse, das Wie sei Sache der

<sup>1</sup> Vgl. MC5/01: Philipp Schneider: Umgang mit Qualität im Gesundheitswesen – ein Überblick. S. 6.



Laut Marc-André Giger, Direktor von santésuisse, geht es den Versicherern darum, «nicht nur die Kosten zu tragen, sondern gute Leistung zu einem fairen Preis zu kaufen.»

Fachleute. Für gute Qualität soll auch gut bezahlt werden, aber die Versicherer möchten den Nachweis der Qualität sehen. Somit soll gemäss Giger das Qualitätsmanagement als Beweis der Qualität letztlich darüber entscheiden, ob die Leistungen vom Versicherer bezahlt werden.

## Aufklärung als Qualitätskriterium für PatientInnen

Hohe medizinische Qualität hat für die PatientInnen eine besondere Bedeutung, erfahren sie diese doch am eigenen Leib. Margrit Kessler von der Schweizerischen Patientenorganisation betonte, dass aus Patienten- und Konsumentensicht Qualitätssicherungsinstrumente willkommen seien. Eine offene Fehlerkultur und eine Qualitätssicherung bei neuen operativen Methoden nannte sie als vordringlich zu lösende Aufgaben.



Margrit Kessler, Präsidentin der Schweizerischen Patientenorganisation, betonte, dass die Aufklärung des Patienten vor jeder Behandlung ein entscheidendes Qualitätskriterium sei.

Die Aufklärung des Patienten vor jeder Behandlung sei ein entscheidendes Qualitätskriterium; als positives Beispiel nannte Kessler das Aufklärungsprotokoll für operative Eingriffe. Neu planen die Konsumenten- und Patientenorganisationen ein eigenes Rating-Instrument<sup>2</sup> im Gesundheitswesen, den Guide Santé. Unter Qualität können also viele unterschiedliche Aspekte subsummiert werden, wie den Vorträgen der am Schweizer Gesundheitswesen Beteiligten zu entnehmen ist. Als ebenso unterschiedlich erwies sich die Motivation für ein Qualitätsmanagement.

## Erkenntnisse aus der Technologie-Branche

Fritz Fahrni war eingeladen worden, weil er über eine langjährige Erfahrung im Qualitätsmanagement verfügt. Er hat als damaliger Leiter des Sulzer-Konzerns die Qualitätsdiskussion in der Technologiebranche durchlebt. Heute leitet er das Institut für Technologie-management der Universität St. Gallen. In seinem Referat machte er zuerst einen Rückblick über die Entwicklung des Qualitätsmanagements, bevor er über übertragbare Grunderkenntnisse bei der Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen berichtete. In den Fünfzigerjahren sei nur das Produkt kontrolliert worden, beispielsweise das Brötchen vom Bäcker. Heute werde Qualität sowohl umfassender, was Struktur, Prozess und Produkt betreffe, als auch ganzheitlicher verstanden, was auch die Qualität des ganzen Unternehmens und der Gesellschaft einschliesse.

Die Qualitätsmanagement-Systeme aus der Wirtschaft seien generell übertragbar, jedoch bedürften sie starken Anpassungen an das Gesundheitswesen.

Zuerst müssen die eigenen Bedürfnisse an ein Qualitätsmanagement klar reflektiert werden. Hilfreich für die Einführung sei ein Top-down- und Bottom-up-Ansatz. Nicht unterschätzt werden dürfe der hohe zeitliche und finanzielle Aufwand, wenn ein Qualitätsmanagement-System eingeführt werden soll. Der höhere Gesamtnutzen sei oft bei Beginn eines Projektes noch nicht sichtbar. Die Resultate der ergriffenen Massnahmen müssten gemessen und evaluiert werden, sonst sei ihnen nicht wirklichen Erfolg beschieden, so fasste Fahrni gebündelt die Erkenntnisse aus der Technologie-Branche zusammen.

Für den Bund steht die Sicherheit und der Schutz der BürgerInnen im Vordergrund, für die Leistungserbringer ist es existenziell, hohe und vor allem nachweisbare Qualität zu liefern, die Kostenträger wollen ein erwiesenes gutes Produkt zu einem fairen Preis kaufen und die PatientInnen als Leistungsempfänger, die naturgemäss an höchster Qualität interessiert sind, möchten aufgeklärt werden und selbstverantwortlich mitarbeiten können. ■

## Blick nach Frankreich

Frankreich, laut einer WHO-Studie im Jahre 2000, ist die Weltnummer 1 in Sachen Qualität im Gesundheitswesen. Alain Coulomb, Délégué Général de la Fédération de l'Hospitalisation Privée in Paris, erläuterte in seinem Referat, wie die Qualitätssicherung in Frankreich geregelt ist:

Der starke französische Staat möchte der Bevölkerung garantieren, dass die Qualität im Gesundheitswesen gut ist. Deshalb besteht seit 1990 ein staatliches Amt, das ANAES, das die Qualität der ärztlichen Leistung und der Krankenhäuser beurteilt. Es steht unter der Verantwortung von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen und ist vorwiegend beratend tätig.

Das ANAES nimmt verschiedene Aufgaben wahr: Im Bereich der medizinischen Qualitätsbeurteilung werden klinische Praktiken empfohlen (Leitlinien), technologische Beurteilungen abgegeben, Krankenakten begutachtet und Risikopraktiken eingeschätzt. Bei der Beurteilung von Krankenhausleistungen geht es darum, Methoden zur Beurteilung von Berufspraktiken zu entwickeln (klinisches Audit) und Gesundheitszentren zu akkreditieren.

Für die Akkreditierung besteht ein von Fachleuten konzipiertes Referenzwerk. Die Institutionen können sich selber beurteilen, sie werden aber auch von Experten aus der Praxis besucht. Bei diesen Besuchen soll angeregt werden, Qualitätsverbesserungen umzusetzen und gleichzeitig werden die Institutionen in eine Leistungsstufe eingeteilt. Die Finanzierung einer Institution wird im Moment noch nicht von deren Qualität abhängig gemacht. Das Akkreditierungssystem soll Anreize schaffen zur ständigen Qualitätsverbesserung der Institutionen. Coulomb betonte aber, dass ein Unternehmen längerfristig nur mittels des Vertrauens überlebe, das ihm entgegengebracht werde.

<sup>2</sup> Rating: Verfahren zur Beurteilung von Leistungen

# Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

## Schwache Patientenorganisationen

Die Schweiz sei, so erklärt der Onkologe Franco Cavalli, Präsident der Schweizerischen Krebsliga, in einem Interview in der Zeitung «dimanche.ch», im Bereich der Krebsforschung im Vergleich zu den USA, aber auch zu Grossbritannien, Finnland und Schweden in den Rückstand geraten. Cavalli erklärt dies unter anderem damit, dass die Patientenorganisationen in der Schweiz noch nicht über das nötige politische Gewicht verfügten. In den USA sei das anders: Dort komme ein Politiker nicht umhin, sich zur nationalen Krebspolitik zu äussern. (rs)

*Christophe Passer: «Les malades doivent devenir une véritable force politique». dimanche.ch, 11. August 2002*

## Grundsätze zum Sponsoring von PatientInnen-Organisationen

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für PatientInnen- und Patienten-Interessen (SAPI) hat Grundsätze zum Sponsoring von PatientInnen- und Selbsthilfe-Organisationen verfasst. Dies wurde nötig, weil immer mehr Pharmahersteller Projekte von Selbsthilfe- oder PatientInnen-Organisationen finanzieren oder eigene PatientInnen-Organisationen gründen, um direkten Zugang zu den PatientInnen zu erhalten. Ziel der Grundsätze ist es, die Unabhängigkeit und die Glaubwürdigkeit der PatientInnen-Organisationen zu wahren. Die SAPI lehnt eine finanzielle Unterstützung von PatientInnen- oder Selbsthilfe-Organisationen durch kommerzielle Unternehmen nicht grundsätzlich ab, sondern sie will Missbräuche verhindern und Transparenz schaffen. (bc)

*Grundsätze zum Sponsoring von PatientInnen und Patientenorganisationen. SAPI Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für PatientInnen- und Patienten-Interessen. Sekretariat: SPO, Margrit Kessler, Zähringerstrasse 32, Postfach 850, 8025 Zürich.*

## Zu wenig anschaulich

«Das bevorzugte Interesse der Medien an Prozentzahlen» und die Terminologie in den Statistiken zum

Gesundheitswesen «schaden einer anschaulichen Information», so der «Spitex Verband Schweiz» in seinem Mitteilungsorgan «Partner Info». Prozentzahlen verschleiern beispielsweise, dass die Kostenzunahme von 11 Prozent im Spitexbereich in der Grundversicherung 2001 sechsmal kleiner ist als die Kostenzunahme von 4,2 Prozent im Bereich «Ärzte». Ebenfalls wenig anschaulich findet es der «Spitex Verband», dass die Kostenstatistiken von Santésuisse unter Pflege zwei höchst unterschiedliche Posten zusammenfassen: die Pflegeheime (9% der gesamten Kosten in der Grundversicherung) und die Spitex (1,6 Prozent der Kosten in der Grundversicherung). (rs)

*Spitex Verband Schweiz: SPITEX – Stellungnahmen und Erläuterungen. Partner Info Nr. 7/Juni 2002.*

## Angst vor dem Aufbruch

Die Stiftung EQUAM (Externe Qualitätssicherung in Managed Care) will, wie die «Neue Zürcher Zeitung» berichtete, bereits im Jahr 2004 im Rahmen eines regional beschränkten Pilotversuchs Arztpraxen, aber auch Krankenversicherungen einem Rating (d.h. einem Beurteilungsverfahren) unterziehen. Grundlage für den Kriterienkatalog bilden dabei die EQUAM-Standards, welche bereits heute bei der Zertifizierung von HMOs und Ärztenetzwerken zum Einsatz kommen. Ziel des Ratings «gewöhnlicher» Arztpraxen und Krankenversicherungen ist ein «Guide Santé», der den Patienten und den Krankenversicherern im Fall einer Aufhebung des Vertragszwangs als Entscheidungsgrundlage für die Versicherungs- und Ärztezwahl dienen könnte. An der Ausarbeitung des «Guide Santé» beteiligt sich – neben Konsumenten- und Patientenorganisationen, Santésuisse und dem Bundesamt für Sozialversicherung – auch die FMH. Nach Auffassung des FMH-Präsidenten Hans Heinrich Brunner kann der Guide jedoch höchstens Aufschluss über die Patientenzufriedenheit geben; der Versuch,

weitere Aspekte abzudecken, würde das Projekt seiner Meinung nach zum Scheitern bringen. Dazu meint gemäss NZZ der Baselbieter Facharzt für Allgemeinmedizin Florian Suter: «Da herrscht noch viel Angst vor dem Aufbruch.» (rs)

*Ärzte-«Guide Michelin» für Patienten. Auch ohne Vertragszwang sollen Versicherte mitreden. Neue Zürcher Zeitung, 19. Juli 2002*

## Krankheiten, die keine Krankheiten sind

Die GesundheitsökonomInnen sind sich, so schreibt Urs Zanoni in einem umfassenden Bericht über Prävention im «Beobachter», darüber einig, dass die diagnostische Prävention in Zukunft «einer der grossen Kostentreiber» sein wird. Dabei handle es sich um ein «Geschäft mit der Angst»: «Man geht als Gesunder hin und kommt mit einer Krankheit zurück, die meist keine ist.» (rs)

*Urs Zanoni: Medizin: Vorbeugende Massnahmen zur Gewinnsteigerung. Beobachter 13/02.*

## Interdisziplinäre Gesprächskultur

«Viele Fachleute arbeiten gerne mono-disziplinär», schreibt der Theologe Heinz Rügger im Jahresbericht 2001 des Vereins und des Instituts «Dialog Ethik». Das sei legitim und erlaube «ein relativ speditives Vorankommen – allerdings nur gerade in Richtung der eigenen disziplinären Geleise.» Dialog Ethik wolle dagegen auf mehreren Geleisen fahren und arbeite deshalb grundsätzlich interdisziplinär. Das sei zwar «sehr viel anspruchsvoller als das Gespräch unter FachkollegInnen; es braucht mehr Zeit und vor allem die Bereitschaft, die eigene Sicht zugunsten einer umfassenderen Perspektive zurückzunehmen.» Doch Dialog Ethik sei überzeugt, dass «ethische Fragen im Gesundheitswesen letztlich nur in einer solchen interdisziplinären Gesprächskultur sachgerecht angegangen werden können». (rs)

*Heinz Rügger: Editorial. Dialog Ethik: Das Jahr 2001 (Tätigkeitsbericht). Kontaktadresse: Dialog Ethik, Gloriosastrasse 18, 8028 Zürich. Internet: www.dialog-ethik.ch*



Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
21. September, Berlin	Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen	Thieme Veranstaltungsmanagement, in: Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart. Tel. 0711-8931 320. Fax 0711-8931 370. E-Mail: fortbildung@thieme.de
24.–25. September, Zürich	Euroforum: Spitäler & Kliniken im Aufbruch	Euroforum Handelszeitung Konferenz AG, Postfach, Seestrasse 344, 8027 Zürich. Tel. 01-288 94 50. Fax 01-288 94 71. E-Mail: infoch@euroforum.com; Internet: www.euroforum.ch
3.–5. Oktober, Zürich	eHealthCare.ch 02 Kongress	Kongress-Sekretariat, eHealthCare.ch, Surentalstr. 10, 6210 Sursee. Tel. 041-925 76 89. Fax 041-925 76 77. E-Mail: info@eHealthCare.ch; Internet: www.eHealthCare.ch
11.–12. Oktober, Köln	1. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung: Disease Management	Qualitätsmanagement des Universitätsklinikums Köln, Sekretariat: Frau M. Schidlowski, Joseph-Stelzmann-Straße, 950924 Köln. Tel. 49 (0)221-478 6740. Fax 49 (0)221-478 6778. E-Mail: dkvf@medizin.uni-koeln.de; Internet: www.zdqm.de
18. Oktober, Marakesch	Internationale AIM-Konferenz	AIM Association Internationale de la Mutualité, Mme Cristina Vallina, 50, rue d'Arlon, B-1000 Bruxelles. Fax 32-2 234 57 08. E-Mail: aim.secretariat@aim-mutual.org; Internet: www.aim-mutual.org
25. Oktober, Zürich	3. Controller Gesundheitstagung	Controller Verein eV, Gesundheitswesen Schweiz, Stelzer Health Consulting GmbH, Albisriederstr. 17, Postfach 8040, 8003 Zürich. Tel. 01-400 55 40. Fax 01-400 55 41. Internet: www.controllerverein.com
5.–8. November, Paris	ISQua's 19 <sup>th</sup> International Conference on Quality in Health Care	The International Society for Quality in Health Care (ISQua), Secretariat: Level 9, Aikenhead Centre, St Vincent's Hospital, 41 Victoria Parade, Fitzroy Victoria 3065, Australia. Tel. +61 3 9417 6971. Fax +61 3 9417 6851. E-Mail: isqua@isqua.org.au; Internet: www.isqua.org.au/
11.–13. November, Aarau	Projektmanagement im Spital und Heim	H+ Bildungszentrum, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch
15.–16. November, Engelberg	4. Forum-Managed-Care-Symposium. Leitthema: Integrierte Versorgung als Gütesiegel	FMC-Seminarorganisation, c/o MHC-Consulting Buchs + Partner, Postfach 2539, 6342 Baar. Tel. 041-761 77 58. Fax 041-761 77 26. E-Mail: l.buchs@mhc-consulting.ch; Internet: www.fmc.ch
15. November, Zürich	Leistungsaufträge und Leistungsevaluation in der Psychiatrie	LENZ, Susan Riester, Asylstrasse 41, 8032 Zürich. Tel. 01-253 62 32. Fax 01-253 62 31. E-Mail: info@lenz-schweiz.com
15.–16. November Winterthur	Controlling im Spital	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), St. Georgenplatz 2, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. Fax 052-267 79 12. E-Mail: wig@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
19. November, Zürich	Empowerment-Fachtagung: Grundlagen und Handlungskonzepte zur Befähigung von Selbsthilfegruppen	KOSCH, Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz, Laufenstr. 12, 4053 Basel. Tel. 061-333 86 01. Fax 061-333 86 02. E-Mail: gs@kosch.ch; Internet: www.kosch.ch
21.–23. November,	Evidence Based Medicine	WIG (s. oben)
27. November, Bern	5. Novartis Forum für Gesundheitsökonomie	Novartis Pharma Schweiz, Dr. Alexandra Volz, Südbahnhofstrasse 14d, 3001 Bern. Tel. 031-377 52 99. Fax 031-377 52 77. E-Mail: alexandra.volz@pharma.novartis.com
28.–30. November, Dresden	10 <sup>th</sup> Annual EUPHA Meeting (European Public Health Association)	Dineke Zeegers Paget, EUPHA Office c/o Nivel, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, Niederlande. Tel. +31 (0)30 2729700. Fax +31 (0)30 2729729. E-Mail: d.zeegers@nivel.nl eupha@hetnet.nl; Internet: www.eupha.org

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
Beginn: 25. Oktober (ca. 60 Tage), St. Gallen	Nachdiplomstudium «Integrales Spitalmanagement»	FHS – Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Weiterbildung Wirtschaft, Postfach 630, 9001 St. Gallen. Tel. 071-228 63 28. Fax 071-228 63 20. E-Mail: wbwi@fhsg; Internet: www.fhsg.ch/wbwi
Beginn: Herbst 2002 (600 Lektionen), Rorschach	Nachdiplomstudium «Management sozialer Dienstleistungen»	FHS – Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Institut für Soziale Arbeit, Industriestrasse 35, Postfach, 9401 Rorschach. Tel. 071-844 48 88. E-Mail: wbsa@fhsg; Internet: www.fhsg.ch/wb
Beginn: Herbst 2002 (600 Lektionen), Rorschach	Nachdiplomstudium «Sozialinformatik»	FHS St. Gallen, Institut für Soziale Arbeit (s. oben)

Hinweise erwünscht:

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen rund um Managed Care, Care Management und Public Health senden Sie bitte an: Redaktion «Managed Care», Stampfenbrunnstrasse 40, 8048 Zürich. Fax 01-431 73 56. E-Mail: b.casanova@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.

### Drei-Kreise-Modell in Liechtenstein

In Liechtenstein ist man, wie die «Neue Zürcher Zeitung» (NZZ) berichtet, auf dem Weg zur Aufhebung des Vertragszwangs einen Schritt weiter als in der Schweiz. In Liechtenstein gelte bereits seit Anfang 2002 ein Zulassungsstopp, der Ende Juni 2003 durch die Aufhebung des Vertragszwanges ersetzt werden soll. Als Grundlage für ein Modell zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs könnte dabei das heutige «Zwei-Kreise-Modell» dienen, das durch die Gründung des Gesundheitsnetzes Liechtenstein (GNL) im April 2000 entstanden ist. In dieses Netz wurden alle damals praktizierenden Ärzte (33 Allgemeinmediziner und 18 Spezialisten) einbezogen; seither wurden, im Sinne der Bedarfsplanung, nur noch neue Ärzte in das Netz aufgenommen, wenn sich dadurch die Kapazität nicht erhöhte. So sind auf Seiten der Ärzte zwei Kreise entstanden: Alle durch die Sanitätsdirektion zugelassenen Ärzte dürfen zulasten der Grundversicherung praktizieren. Nur die Mitglieder des GNL sind jedoch für jene 70 Prozent der Bevölkerung zugänglich, welche sich für das Hausarztmodell entschieden haben. Denkbar ist gemäss NZZ, dass nach Aufhebung des Vertragszwangs ein dritter Kreis von Ärzten hinzukommt: ein Kreis von Ärzten, welche zwar in Liechtenstein praktizieren dürfen, aber nur zulasten von neu zu schaffenden Zusatzversicherungen. (rs)

C. Schoch: *Bedarfsplanung für Ärzte. Liechtensteins Schritte zur Aufhebung des Vertragszwangs. Neue Zürcher Zeitung, 25. Juli 2002.*

### Vom Fachartikel zur Medienmitteilung

Renommierte medizinische Fachzeitschriften prüfen, bevor sie eine Studie veröffentlichen, genau, ob die Untersuchungsergebnisse korrekt wiedergegeben werden und ob auf die Grenzen der Untersuchung hingewiesen wird. Der Tagespresse dagegen wird vorgeworfen, dass sie über wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Medizin oft ungenau und unausgewogen berichtet. Nun hätten es aber, so schreiben Steven Woloshin und

Lisa M. Schwartz im «Journal of the American Medical Association» (JAMA), die medizinischen Fachzeitschriften in der Hand, die Qualität der Artikel in der Tagespresse zu beeinflussen: Sieben von den neun von den beiden Forschern untersuchten renommierten medizinischen Fachzeitschriften weisen die Tagespresse regelmässig mit Medienmitteilungen auf neu erschienene Studien hin. In diesen Medienmitteilungen wird, wie eine Untersuchung von 127 Medienmitteilungen ergab, nur selten auf Grenzen der Studien hingewiesen; oft wird auch nicht gesagt, wie gross die Untersuchungsgruppen waren; wenn eine Studie von der Pharmaindustrie unterstützt wird, wird dies in der Medienmitteilung nur ausnahmsweise erwähnt. Warum lassen die Fachzeitschriften beim Verfassen von Medienmitteilungen nicht die ihnen sonst eigene Sorgfalt im Umgang mit Studienergebnissen walten? Woloshin und Schwartz erklären dies unter anderem damit, dass die Medienmitteilungen von Medienverantwortlichen/Pressesprechern verfasst werden, die kein Medizinstudium, sondern eine Kommunikationsausbildung absolviert haben. (rs)

Steven Woloshin, Lisa M. Schwartz: *Press Releases: Translating Research into News. JAMA, June 5, 2002 – Vol. 287, No. 21: 2856-2858.*

### Warum Studienergebnisse zu früh in der Tagespresse landen

Eine weitere Ursache von Falschinformationen in der Tagespresse ist die doppelte Funktion wissenschaftlicher Kongresse. Kongresse dienen einerseits als Forum für den Austausch unter Forschern über oft noch unausgereifte Forschungsergebnisse; andererseits dienen sie der Öffentlichkeitsarbeit. Dass die Organisatoren die eingereichten Abstracts oft kaum oder gar nicht auf ihre wissenschaftliche Gültigkeit überprüfen, ist kein Problem, solange die unsicheren Ergebnisse nur unter Forschern diskutiert werden. Problematisch wird es, wenn sie für die Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden und in der Tagespresse landen. Eine Studie von Lisa M. Schwartz, Steven Woloshin und Linda Baczek zeigte, dass von 147

## VORSCHAU

**Schwerpunkthema:**  
MANAGED CARE IN DER  
SPITALEXTERNEN PFLEGE UND  
BETREUUNG

Spitex: Ruhe vor dem Sturm?  
Bildungsreform und Spitex

Bedarfsabklärungsinstrument  
RAI-Homecare

Qualitätsentwicklung in der  
Spitex: die Arbeit der paritätischen  
Kommission Qualität  
Spitex

Wenn Schnittstellen zu Nahtstellen werden – Erfahrungen mit der Palliative Care in Kanada und in der Schweiz

Gesamtkonzept Gesundheitschwester der Sanacare

Freie Wahl im Spitex-Bereich: das Experiment Assistenzdienst

Methoden des Managements in der Medizin – Risikostratifizierung als Erfolgsrezept

Wettbewerb: Wo, wer, wie? (Veranstaltungsbericht)

Abstracts, über welche in insgesamt 252 Artikeln in der Tagespresse berichtet wurde, nur die Hälfte innerhalb der folgenden drei Jahre in so genannten «High-impact»-Zeitschriften (Zeitschriften, die in der Wissenschaftswelt grosse Beachtung finden) veröffentlicht wurden. 25 Prozent wurden in weniger beachteten Zeitschriften veröffentlicht; 25 Prozent gar nicht. Zwar darf die spätere Veröffentlichung in einer renommierten Fachzeitschriften nicht als absolutes Mass für die wissenschaftliche Gültigkeit einer Arbeit betrachtet werden. Immerhin scheint aber der Schluss zulässig, dass ein beträchtlicher Teil der an Kongressen präsentierten Arbeiten, über welche in der Tagespresse berichtet wird, einer späteren strengen wissenschaftlichen Prüfung offenbar nicht standhalten. (rs)

Lisa M. Schwartz, Steven Woloshin, Linda Baczek: *Media Coverage of Scientific Meetings: Too much, too soon? JAMA, June 5, 2002 – Vol. 287, No. 21: 2859-2863.*