

P U B L I C H E A L T H

Österreichische Gesellschaft für Gesundheitswissenschaften und Public Health - ÖGGW / PH

www.oeph.at

Newsletter 2/2002

ISSN 1682-5411

Berichte

Selbstbehalt und Entscheidungsverhalten von Konsumenten (Patienten) und Ärzten (Teil 1)

Im Rahmen eines EU-BIOMED-Projektes wurde untersucht, ob und inwieweit Selbstbehalte für Patienten (Rezeptgebühr, Arzneimittelkosten, Kosten für Arztbesuche etc.) innerhalb unterschiedlicher Gesundheitssysteme (Finnland, Frankreich, Deutschland, Italien, Großbritannien, Österreich) das Verordnungsverhalten von Ärzten und das Konsumverhalten von Patienten beeinflusst. Im Folgenden sollen die wichtigsten Ergebnisse zum Konsumverhalten von Hypertonie Patienten sowie von Patienten mit akuten dyspeptischen Symptomen dargestellt werden. Die Annahme, dass Patienten mit schlechterem Gesundheitszustand (comorbide Patienten) kostenbewusster seien, hat sich in vier Ländern nicht bestätigt (Hypothese 1). Der Anteil der kostenbewussten Patienten ist konsistent, wenn man den Durchschnitt der Selbstbehalte in diesen Ländern berücksichtigt. In Finnland sind dies 81 Prozent der Befragten im Gegensatz zu Frankreich mit 32 Prozent. Finnland ist bei weitem das westeuropäische Land mit dem höchsten Selbstbehalt bei Medikamenten, während Frankreich diesbezüglich am niedrigsten liegt. Die übrigen Länder haben einen Anteil von 62 bzw. 67 Prozent an "kostenbewussten Patienten". Signifikante Zusammenhänge zwischen Kostenbewusstsein und Comorbidität konnten in zwei Ländern nachgewiesen werden. In Finnland und in Österreich. In Finnland aus den bereits genannten Gründen und in Österreich, weil pro Medikamentenpackung Rezeptgebühr zu bezahlen ist. Comorbide Patienten brauchen in der Regel drei bis fünf verschiedene Medikamente. Hypothese steht in engem Zusammenhang mit vorher genannter Hypothese, und zwar, dass Kostenbewusstsein mit der Höhe des

Medikamentenkonsums und mit der Inanspruchnahme (Anzahl der Arztbesuche) korreliert. Ein eindeutig signifikantes Ergebnis zeigte sich wiederum in Finnland, aber auch in Österreich ist dieses Ergebnis schwach signifikant. Alle anderen Länder zeigten diesen statistischen Zusammenhang nicht. Der Zusammenhang mit der Anzahl der Arztbesuche ist wiederum nur für Finnland nachweisbar. Somit kann zusammenfassend der Schluss gezogen werden, dass insbesondere in Finnland, wo ein graduiertes Rückerstattungssystem mit hohem Selbstbehalt gegeben ist, die Patienten kostenbewusster sind in Relation zu ihrem Gesundheitszustand. Anzahl der Medikamente und Anzahl der Arztbesuche. Einzig in Österreich konnten diese Zusammenhänge ebenfalls aufgezeigt werden, allerdings wesentlich schwächer als in Finnland. Dies ist, wie bereits erwähnt, dadurch zu erklären, dass pro verschriebener Packung zum Zeitpunkt der Erhebung, ATS 50,— zu bezahlen waren. In England, das ebenfalls wie Österreich ein „fix-charge-system“ hat, konnten diese Ergebnisse schon deshalb nicht verifiziert werden, weil alle Personen ab 65 Jahren von der Rezeptgebühr befreit sind und gerade Hypertonie bei älteren Patienten häufiger auftritt. Weitere Hauptfragen – und damit Hypothesen – waren konditionsunabhängig und beschäftigten sich damit, wie weit kostenreduzierende Strategien angewandt werden. Die Art derartiger Strategien variiert sehr stark zwischen den teilnehmenden Ländern. So werden in England, Finnland und Italien wesentlich häufiger derartige Strategien von kostenbewussten Patienten angewandt. Im Gegensatz dazu werden von Patienten in Frankreich, Deutschland oder Österreich

derartige Strategien kaum verwendet und sind deshalb wenig signifikant. Im Gegensatz dazu werden gerade in „fix charges systems“ (A, G, UK) arztbezogene Strategien (z.B. den Arzt zu bitten, die möglichst größte Packung zu verschreiben) vermehrt eingesetzt. Es zeigen sich auch signifikante Zusammenhänge, während dies für Frankreich und Italien nicht zutrifft. Während in Finnland Patienten vermehrt derartige Strategien anwenden. In einer weiteren Kategorie ging es um kostenreduzierende Strategien (auf Apotheken bezogen), in denen Patienten beispielsweise nicht alle auf einem Rezept verschriebenen Medikamente einlösen, oder um gleichwertige, günstigere Medikamente fragen. Dies trifft nur für Frankreich und wiederum für Finnland zu. Einer weitere allgemeine, nicht symptombezogene Untersuchungsfrage war hinsichtlich nicht verschreibungspflichtiger Medikamente. Das heißt, hinsichtlich Preis von OTC-Produkten (over the counter) versus Rezeptgebühren. In europäischen Ländern können auch nicht verschreibungspflichtige

INHALT

Berichte

Selbstbehalt und Entscheidungsverhalten von Konsumenten (Patienten) und Ärzten (Teil 1) 1

Diabetes-Projekt optimiert Aufklärung und Behandlung 2

Neuerscheinungen 2

Termine 4

Medikamente rückerstattet werden. Zum Beispiel in Frankreich und Deutschland. Aber auch in Österreich, wo nicht verschreibungspflichtige Medikamente „auf Rezept“ verschrieben werden können. In diesen Ländern ist auch der Anteil an Selbstmedikation relativ gering. Im Gegensatz dazu ist in Ländern wie Großbritannien der Anteil an Selbstmedikation sehr hoch und eng mit dem Anteil des nicht verschreibungspflichtigen Marktes verbunden. Dadurch wird auch teilweise erklärt, warum beispielsweise in Großbritannien Patienten apothekenbezogene Strategien vermehrt auch in der Form anwenden, dass sie um günstigere Alternativen in der Apotheke fragen. OTC-Preise im Vergleich mit dem Preis verschriebener Medikamente in Systemen mit Selbstbehalt oder Rezeptgebühren in fix-charge Systemen sind bestimmende Faktoren, um Patientensecheidungen zu beeinflussen. In Großbritannien, Deutschland und in kleineren Bereichen auch in Österreich ist die Rezeptgebühr höher als die OTC-Preise. Während in Frankreich OTC-Preise vielfach höher sind als die verschriebenen Medikamentenpreise (in Frankreich werden vielfach Generica verschrieben) und deshalb strebt der Patient nach dem niedrigsten „verschreibbaren Medikament“ und ist daran interessiert, ein „billiges“ Medikament verschrieben zu bekommen. Die gegenständliche Untersuchung konnte sehr schön zeigen, dass Patienten stark systembezogen agieren. Beispielsweise nützt ein finnischer Patient alle innerhalb dieser Befragung angebotenen Strategien (patienten-, arzt- apothekenbezogen); österreichische und deutsche Patienten eher arztbezogene Strategien (Fragen nach größerer Packung bzw. längerer Zeitperiode der Verschreibung) und französische Patienten fragen hauptsächlich in der Apotheke nach einer günstigeren Alternative. Als Kontrollvariable waren Patienten mit Befreiung von Rezeptgebühren oder Selbsthalten vorgesehen. Österreichische Patienten konnten hier in diese Untersuchung nicht eingehen, weil der Anteil an befreiten Personen im Sample zu gering war. Als weitere Hypothese wurde angenommen, dass der Einkommenslevel das Kostenbewusstsein beeinflusst. Patienten mit niedrigerem Einkommen sind kostenbewusster. Dieser erwartete Zusammenhang konnte in Finnland, Deutschland und Großbritannien bestätigt werden. Ähnliche Zusammenhänge ergaben sich auch hinsichtlich der Anwendung von kostenreduzierenden Strategien.

Dr. Reli Mechtler, Tel.: 0732/2468-9383, Fax: 0732/2468-9347, E-Mail: ipg@jk.uni-linz.ac.at

Diabetes-Projekt optimiert Aufklärung und Behandlung

Laut Einschätzung der WHO ist Diabetes mellitus eines der Krankheitsbilder mit den größten Steigerungsraten. Rund fünf Prozent der Bevölkerung sind davon betroffen. In einem Projekt, das vom Land Oberösterreich, der öö. Gesellschaft für Allgemeinmedizin (OBGAM) und der OÖ Gebietskrankenkasse getragen wird, soll die Erkennung und Behandlung von Diabetes-Typ II optimiert werden. Damit soll ein wichtiger Beitrag zum Gesundheitsziel Nummer Eins in Oberösterreich geleistet werden: bis zum Jahr 2010 die Diabetes-Folgen um 15 Prozent zu senken. Das Pilotprojekt läuft seit Jahresbeginn in den Bezirken Urfahr-Umgebung, Rohrbach, Freistadt, Gmunden und Wels-Land und wird zwei Jahre dauern. Gesteuert wird es hauptsächlich von 20 speziell geschulten Ärzten. Es sollen insgesamt rund 700 Patientinnen und Patienten einbezogen werden, wobei es für rund 300 zusätzlich ein Schulungsprogramm nach dem sogenannten Düsseldorfer Modell geben wird. Bewusst wurden ländliche Regionen

gewählt, weil es dort sowohl bei der Aufklärung als auch bei der Behandlung noch einigen Nachholbedarf gibt. Große Probleme ergeben sich daraus, dass Diabetes-Typ II in vielen Fällen zu spät erkannt wird. Häufige Diabetes-Folgen sind unter anderem Amputationen, Blindheit, Nierenversagen und Schwangerschaftskomplikationen. Anhand des Vergleichs mit einer Kontrollgruppe kann nach Beendigung des Projekts festgestellt werden, wie weit sich die Lebensqualität und der Gesundheitszustand der betreuten und geschulten Patientinnen und Patienten verbessert hat. Im Rahmen des Projekts werden möglichst alle Dienstleister mit einbezogen, wie neben den niedergelassenen Ärzten beispielsweise auch die örtlichen Spitäler, die Selbsthilfegruppen, die Orthopädie-schuhmacher und Fußpfleger. Die Vernetzung der Dienstleister gehört genauso zu den Grundsätzen der Arbeit wie die Berücksichtigung der Kundenzufriedenheit, ein effizienter Einsatz der bereitstehenden Mittel und die Betreuung in einer genau definierten Qualität. Die Schulungen werden einheitlich nach dem Düsseldorfer Modell ablaufen. In vier Unterrichtseinheiten von je 90 Minuten werden die Themenbereiche Selbstmessungen, Beschwerden, Gefahren, Ernährung, Fußpflege, Gymnastik und körperliche Bewegung erörtert. Die Betreuung umfasst pro Quartal einen kleineren und einmal pro Jahr einen größeren medizinischen Check. Neu bei dieser Betreuung chronisch Kranker ist der gezielte Einsatz von Instrumenten des Qualitätsmanagements. An erster Stelle stehen Ziele und Kontrollvereinbarung, die gemeinsam mit dem Betroffenen festgelegt werden. Das Hinarbeiten auf ein persönliches Behandlungsziel und die Überprüfung des Erfolges bilden das Gerüst der Betreuung. Dokumentiert wird die Betreuung im österreichischen Diabetes-Pass, den die Patientinnen und Patienten immer bei sich tragen sollten. Diabetes wird damit zu einem Musterbeispiel, wie chronisch Kranken wirkungsvoll geholfen werden kann. Um den Erfolg des Pilotprojekts überprüfen zu können, wurden sehr konkrete Ziele formuliert. So sollen 80 Prozent der Diabetiker in den Arztordinationen betreut werden. Ein weiteres Ziel betrifft die Mitarbeit und Motivation der Patientinnen und Patienten. Sie sollen die Betreuung zu mindestens 90 Prozent nicht abrechnen und bis zum Projektende durchziehen. Das selbe gilt auch für die teilnehmenden Ärzte. Die Patientinnen und Patienten sollen überdies 90 Prozent der wichtigsten Untersuchungen regelmäßig durchführen lassen. Das Projekt ist ein wichtiger Beitrag zur Umsetzung des ersten der elf oberösterreichischen Gesundheitsziele: Die Zahl der Diabetes-Folgen soll bis zum Jahr 2010 um 15 Prozent reduziert werden. Das Projekt vernetzt die Dienstleister und nützt bestehende Strukturen aus. Auf diese Weise können in Oberösterreich auch die Voraussetzungen für eine flächendeckende Diabetesbetreuung bei definierter Qualität geschaffen werden.

Dr. Heide Said, OÖ Gebietskrankenkasse, Tel: 0732/7807-3929, Fax: 0732/7807-3246, E-Mail: heide.said@ooegkk.at

Neuerscheinungen

Sylvia Groth und Éva Rásky (Hrsg.): Sexualitäten
Interdisziplinäre Beiträge zu Frauen und Sexualität. Studien Verlag, Innsbruck-Wien-München-Bozen 2001, 181 S., € 18,- ISBN 3-7065-1500-8

Der vorliegende Reader spannt einen bunten Themenbogen über das im Untertitel genannte Generalthema. Institutionalisierte Sexualberatung, Umgang mit Erotik und Sexualität in der frauenärztlichen Praxis, Sexualität von Frauen in Österreich, Legenden, Mythen und Vorurteile in der Sexualität, die verhütete Sexualität in

Form medizinischer Bemächtigung des Lebens sowie kulturwissenschaftliche Überlegungen zu Frauen im Zusammenhang von Altern und Sexualität sind einige der Themen, die mit unterschiedlichen methodischen Zugängen und Sichtweisen aus Praxis und Theorie behandelt werden.

Michaela Gehring et al. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege

Verlag Hans Huber, Bern 2001, 260 S., € 26,95
ISBN 3-456-83590-6

In den Beiträgen des vorliegenden Sammelbandes wird die Familie in den Mittelpunkt pflegerischer Interventionen gerückt. Damit wird erstmalig das Konzept der familienbezogenen Pflege thematisiert. Die Autoren und Autorinnen stellen die theoretischen und praktischen Aspekte der familienbezogenen Pflege dar und beschreiben sowie definieren die Grundlagen der familienbezogenen Pflege. Sie zeigen die Anwendungsmöglichkeiten der familienbezogenen Pflege im Rahmen von Forschung, Fallstudien, Familieninterviews und Familieninterventionen sowie der intensiven ambulanten Pflege. Des Weiteren wird das „Family Health Nurse“ Konzept der WHO erklärt, welches auf deutsche Verhältnisse übertragen wird. Die Umsetzungsmöglichkeiten des Konzepts in Politik, Bildung und ambulanter Pflege werden dargestellt und abschließend wird der zukünftige Arbeitsalltag einer Family Health Nurse beschrieben.

Friedrich Hartl und Dietmar Wernisch: Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen

Konzeption – Implementierung – Verbesserung. Verlag der Österreichischen Ärztekammer, Wien 2001, 142 S. (mit einer CD-ROM), € 37,80 ISBN 3-901488-24-3

Für Krankenhäuser besteht in Österreich seit 1993 die Verpflichtung zur Qualitätssicherung und für Vertragsarztpraxen wurde diese jüngst eingeführt. Die vorliegende Publikation ist eine kompakte Information, welche mit den Grundlagen des Qualitätsmanagements, Begriffen und Systemen vertraut macht und mittels zahlreicher Praxisbeispiele eine Anleitung zur Einführung eines schlanken aber wirkungsvollen Qualitätsmanagementsystems in Krankenhäusern, Institutionen und Ordinationen bietet. Das Buch enthält außerdem einen Überblick über internationale Aktivitäten der Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich sowie über andere Normungsvorhaben im Gesundheitsbereich und verwandte Normenwerke.

Petra Kolip (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften

Eine Einführung. Juventa Verlag, Weinheim-München 2002, 294 S., € 19,- ISBN 3-7799-1563-4

Welchen Einfluss hat der demografische Wandel auf die gesundheitliche Versorgung? Welche Konsequenzen ergeben sich durch den medizinischen Fortschritt? Wie lassen sich die Finanzströme im Gesundheitswesen besser steuern? Welche Ansatzpunkte bieten sich, um die Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere benachteiligter Bevölkerungsgruppen, nachhaltig zu verbessern? Dies sind Fragen, die zu beantworten sich die interdisziplinären Gesundheitswissenschaften zur Aufgabe gemacht haben. Dabei steht das Bemühen im Vordergrund, den auf das Individuum bezogenen Ansatz der Medizin durch einen bevölkerungs- und systembezogenen Blick zu ergänzen. Die zwölf Beiträge des Sammelbandes geben einen Überblick über die Kerndisziplinen der Gesundheitswissenschaften und beleuchten einige Anwendungs- und Berufsfelder.

Klaus Zapotoczky et al. (Hrsg.): Medizinische Kommunikation auf dem Prüfstand

Wie sag' ich's meinem Patienten? Universitätsverlag Rudolf Trauner, Linz 2002, 153 S., € 11,80 ISBN 3-85487-347-6
Der vorliegende Reader behandelt in einem interdisziplinären Ansatz die Fortschritte und Mängel in der medizinischen Kommunikation. Die einzelnen Beiträge beschäftigen sich unter anderem mit der heilsamen Kraft des Wortes als unverzichtbarer Bestandteil der Heilkunst, der optimalen Gestaltung des Beziehungsgeflechts Ärzte – Pflegepersonen – Patienten und den Möglichkeiten einer Sterbebegleitung, die den todkranken Menschen angepasst ist. Die Bedeutung menschlicher Zuwendung angesichts einer immer stärker technizierten Medizin wurde aus der Sicht von Akteuren im Gesundheitswesen aus den unterschiedlichsten Bereichen (Interessenvertretungen, Selbsthilfegruppen, Krankenversicherungen und pharmazeutischer Industrie) beleuchtet.

Oskar Meggeneder und Horst Noack (Hrsg.): Reform des Gesundheitssystems

Wer profitiert – Wer verliert? Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Linz 2002, 280 S., € 21,15 ISBN 3-900581-36-3
Der Gesundheitsmarkt unterscheidet sich von den allgemeinen Güter- und Dienstleistungsmärkten durch einen erhöhten Steuerungsbedarf. Die Steuerung setzt aber im Regelfall am Input an. Dies allerdings mit mäßigem Erfolg. Im vorliegenden Sammelband wird daher auf die outcomeorientierte Steuerung eingegangen. Neue Versorgungs- und Steuerungsmodelle könnten ein Ansatz sein, um den freien und gleichen Zugang zum Gesundheitssystem auch bei relativ knapper werdenden Budgets zu sichern. Auch wenn die 21 im vorliegenden Reader enthaltenen Beiträge keine schlüssige und endgültige Antwort auf die Frage geben können, in welche Richtung sich das österreichische Gesundheitssystem entwickeln soll, so liefern sie dennoch wertvolle Anstöße dafür, wo Bewährtes erhalten werden soll und welche Bereiche eine rasche und nachhaltige Veränderung erfordern.

Sue Johnson (Hrsg.): Interdisziplinäre Versorgungspfade

Pathways of care. Verlag Hans Huber, Bern 2002, 235 S., € 29,95 ISBN 3-456-83315-6
Die deutschsprachige und bearbeitete Ausgabe des 1997 in Oxford erschienen Buches beschreibt alle wesentlichen Versorgungsleistungen von Gesundheitsberufen im Rahmen der integrierten und interdisziplinären Versorgung von Patientengruppen in einem zuvor definierten Ziel- und Zeitrahmen. Es stellt des Weiteren ein Instrument vor, zur effektiven, preiswerten, koordinierten und qualitativ hochwertigen Versorgung von Patienten in einem Umfeld zunehmender gesundheitsökonomischer Beschränkungen. Die Autorin beschreibt die Elemente, Entwicklung und Effekte von interdisziplinären Versorgungspfaden und zeigt, wie sie in verschiedenen Praxisfeldern eingeführt, umgesetzt und bewertet werden können. Patienten werden davon durch eine schnellere, wirkungsvollere und preiswertere Versorgung profitieren.

Klaus-Jürgen Preuß et al. (Hrsg.): Managed Care

Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Schattauer Verlag, Stuttgart 2002, 310 S. € 40,95 ISBN 3-7945-2099-8
Auf der Grundlage eines vom Berliner Zentrum Public Health und der Deutschen Krankenversicherung im Jahr 2000 abgehaltenen Symposions, haben die Herausgeber einen Sammelband veröffent-

licht, der sich als Führer durch das mittlerweile schon schwer überschaubare Gebiet integrierter Versorgungsmodelle und der damit verbundenen Evaluationsansätze und Evaluationsmethoden versteht. Wie ein roter Faden zieht sich die Frage nach dem Nutzen innovativer Modelle und nach den Auswirkungen von Managed Care auf Effizienz und Qualität der Versorgung durch. Die Autoren – durchwegs fundierte Kenner mit Managed Care Erfahrungen – schätzen die Übertragbarkeit integrierter Versorgungsmodelle auf die EU-Mitgliedsländer ein, wie sie in der Schweiz und den USA zur Anwendung kommen. Einigkeit scheint in der Diskussion um neue Versorgungsmodelle darüber zu bestehen, dass Kommunikation und Kooperation zum Wohle der Patienten und zur Effizienzsteigerung gefördert werden müssen.

Stefan Spycher: Risikoausgleich in der Krankenversicherung

Notwendigkeit, Ausgestaltung und Wirkungen. Verlag Paul Haupt, Bern-Stuttgart-Wien 2002, 294 S., € 42.- ISBN 3-258-06447-4 Als Risikoausgleich wird im schweizerischen Krankenversicherungsgesetz die Umverteilung von Beitragseinnahmen zwischen den Krankenversicherungen bezeichnet. Kassen mit einem hohen Anteil von Versicherten die geringe Ausgaben verursachen, also sogenannten guten Risiken, entrichten Abgaben an einen Ausgleichsfonds zugunsten von Krankenversicherungen mit einem hohen Anteil schlechter Risiken. Dieser Ausgleichsmechanismus wird von den Experten sehr unterschiedlich eingeschätzt und die Meinungen reichen von völliger Ablehnung bis hin zur Forderung nach einem großzügigen Ausbau. Spychers Grundthese ist, dass ein Risikoausgleich in einem obligatorischen Krankenversicherungssystem dann notwendig ist, solange die Krankenversicherungen keine individuellen Risikoprämien verlangen dürfen. Er unterzieht das bestehende schweizerische System des Risikoausgleichs einer kritischen Analyse, entwickelt mehrere alternative Risikoausgleichsmodelle und untersucht deren Auswirkungen auf die Umverteilung unter den Versicherungen. Die vorliegende Arbeit liefert eine theoretisch und empirisch abgestützte, sachliche Basis für die weitere Auseinandersetzung mit diesem brisanten Thema, das in letzter Zeit auch in Österreich zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Hans-Peter Beck-Bornholdt und Hans-Hermann Dubben: Der Schein der Weisen

Irrtümer und Fehlrteile im täglichen Denken. Hoffmann und Campe, Hamburg 2002 (3. Aufl.), 207 S., € 19,50 ISBN 3-455-09340-X

Im allgemeinen schließen wir aus aktuellen Informationen, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein künftiges Ereignis eintreten wird. Zum Beispiel wird aus der Farbe des Abendhimmels auf das Wetter von morgen geschlossen. Wir bedienen uns bei diesen Schlussfolgerungen der Wahrscheinlichkeitslogik, die sich von der uns vertrauteren deterministischen Wenn-dann-Logik unterscheidet. Obwohl dieser Unterschied schon lange bekannt ist, wird er selbst von der Wissenschaft erfolgreich verdrängt. Die möglichen Folgen sind Fehlschlüsse mit manchmal fatalen Konsequenzen, wenn zum Beispiel medizinischen Entscheidungen und Gerichtsurteile auf diesen Denkfehler beruhen. Die Autoren bringen hierzu in unterhaltsamer Form zahlreiche Beispiele aus den unterschiedlichsten Bereichen. Insbesondere das Kapitel: „Die Lebenslüge der medizinischen Forschung“ macht nachdenklich.

Postentgelt bar bezahlt
Verlagspostamt 4020 Linz
02Z032591 M

Termine

**29.-31. August 2002, Wien, Österreich:
2. Sommerakademie: Pflegearbeit – eine wissenschaftliche Herausforderung**

Kongressbüro, Fachausstellung und Programmheft: Congress & Management GmbH, Rotenhausgasse 6/8, A-1090 Wien, Tel.: + 43 (0) 1/406 83 40, Fax: +43 (0) 1/406 83 43, E-Mail: office@congress-man.at

**2.-5. Oktober 2002, Innsbruck, Österreich:
18. Internationale Case Mix Konferenz:
Patient Classification Conference PCSE 2002**

Anmeldungen über www.pcse.org; Ansprechperson: Univ.-Prof. DI. Dr. Karl P. Pfeiffer, Institut für Biostatistik und Dokumentation, Schöpfstr. 41, A-6020 Innsbruck, Tel.: +43 (0) 512/507 3200, E-Mail: karl-peter.pfeiffer@uibk.ac.at; Konferenzsekretariat: Gerhard Raudaschl, E-Mail: gerhard.raudaschl@uibk.ac.at

**24.-26. Oktober, Congress Centrum Alpbach, Tirol, Österreich:
10. Internationale Wissenschaftliche Tagung:
Magersucht – Ess-Brechsucht – Esssucht – Brechsucht**

Information: Netzwerk Essstörungen, Fritz-Pregl-Sttaße 5, A-6020 Innsbruck, Tel. & Fax: +43 (0) 512/57 60 26, E-Mail: netzwerk-essstoerungen@uibk.ac.at

**18.-19. November 2002, Linz, Österreich:
7. Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser: PatientInnenorientierung gemeinsam verwirklichen – Partnerschaften für Gesundheit entwickeln**

Ort: Medizinisches Ausbildungszentrum des AKH Linz, Krankenhausstraße 9, A-4020 Linz. Details im Internet unter: www.univie.ac.at/oengk/7-konferenz. Konferenzinformationen: Brigitte Wilhelm, Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, Rooseveltplatz 2/4, A-1090 Wien, E-Mail: oenetz.soc-gruwi@univie.ac.at, Tel.: + 43 (0) 1/4277 48287, Fax: +43 (0) 1/4277-48290