

Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Direktor: Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz

Die Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung im Zentrum für Öffentliche Gesundheitspflege beschäftigt sich aus bevölkerungsmedizinischer bzw. Public Health-Perspektive mit der Gesundheit der Gesamtbevölkerung oder ausgewählter Bevölkerungsgruppen, des Managements von Institutionen und Gesundheitssystemen (auch im internationalen Vergleich), der Qualität der gesundheitlichen Versorgung auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene einschließlich Fragen der Prävention und Rehabilitation, der Bewertung von Technologien, mit gesundheitsökonomischen Fragen und schließlich mit der Perspektive der Bürger, Versicherten und Patienten in den Strukturen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Das von der Abteilung seit 1989 inaugurierte Public Health-Konzept führte zur Einrichtung eines 10-jährigen Förderschwerpunktes des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (von 1992-2001). Es führte ferner zur Entwicklung eines seit 1990 bestehenden eigenständigen Ergänzungsstudiengangs "Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health)" am Zentrum für Öffentliche Gesundheitspflege (mit bis heute mehr als 200 ausgebildeten Absolventinnen und Absolventen) und ebenso zur Entwicklung eines englischsprachigen internationalen Studienangebots im Bereich von Health Management.

Der Bereich "Public Health und Gesundheitssystemforschung" wurde 2002 als einer von fünf profilbildenden Forschungsschwerpunkten der Medizinischen Hochschule Hannover in den Ziel- und Entwicklungsplan aufgenommen.

Forschungsprojekt

Gutachten zum Bestand und zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen

Hintergrund und Ziele der Studie:

Palliativversorgung (Palliative Care), verstanden als angemessene Versorgung von Patienten mit einer unheilbaren, fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, bei der die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen und die Berücksichtigung psychosozialer und spiritueller Bedürfnisse höchste Priorität besitzt, ist bisher in Deutschland wenig etabliert. Neuerdings wird jedoch diesem Bereich u.a. im letzten Deutschen Ärztetag besondere Bedeutung zugemessen, insbesondere da Palliativpatienten häufig die letzten Tage oder Wochen ihres Lebens im Akutkrankenhaus verbringen, das in der Regel keine spezielle Palliativversorgung anbietet. Umfragen haben ergeben, dass viele Patienten es vorziehen würden, in ihrer gewohnten Umgebung zuhause zu sterben. Daher sollte eine adäquate Bereitstellung der benötigten Leistungen und eine Sicherstellung ihrer Finan-

zierung erreicht werden. Dies würde nicht nur die Qualität der angebotenen Versorgung verbessern, sondern auch die Effizienz dieses Versorgungsbereichs steigern.

Bis zum heutigen Tage gibt es in Deutschland 84 Palliativstationen und 107 stationäre Hospizeinrichtungen. Ambulante Hospizdienste werden von 752 Institutionen erbracht. Die Anzahl der Palliativbetten in Deutschland betrug im Jahre 2000 6,4 pro 1 Mio. Einwohner. Experten gehen von einem erheblichen Grad der Unterversorgung im deutschen Gesundheitssystem im Vergleich zu anderen Ländern wie z.B. Großbritannien aus. Dennoch muss berücksichtigt werden, dass in Deutschland im Vergleich zu Großbritannien die Betonung vorwiegend auf kurativer Medizin statt auf palliativen Ansätzen liegt. Darüber hinaus wird in Deutschland eindeutig zwischen palliativmedizinischer Versorgung und Hospizdiensten unterschieden. Diese historisch bedingte Fragmentierung hat u.a. ein erfolgreiches Management der Schnittstellen und die Entwicklung gemeinsamer Ansätze verhindert.

Es gibt vielfältige Schnittstellen in der Palliativversorgung, die bei einer Versorgungsoptimierung in Betracht gezogen werden können. Nicht nur die traditionelle Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bedarf einer Optimierung, sondern auch die Schnittstellen zwischen medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie Beratungsleistungen sind zu analysieren. Dieser Aspekt ist auch vor dem Hintergrund der durch das GMG verstärkten Diskussionen um die integrierte Versorgung von Bedeutung.

Weiterhin spielt nicht nur die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der Praxis eine Rolle, sondern auch die Beziehung zwischen Forschung, Lehre und Patientenversorgung. Es gibt z.B. in Großbritannien sieben Lehrstühle für Palliative Care im Vergleich zu einem einzigen Lehrstuhl in Deutschland. Die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin für Ärzte soll in Deutschland erst demnächst eingeführt werden.

Ziel der Studie ist es, die bestehende palliative Versorgungssituation in Niedersachsen in ihrer flächendeckenden regionalen Gliederung, der leistungsbezogenen Ausrichtung, der personellen Ausstattung und der finanziellen Absicherung vor dem Hintergrund international akzeptierter Bedarfskriterien und Erfahrungen zu analysieren. Es wird die offensichtliche Unter-, Über- und Fehlversorgung zu beschreiben sein, auf Kompensationsmöglichkeiten wird hingewiesen werden und unter Berücksichtigung bestehender Strukturen werden Perspektiven für effizienzorientierte Entwicklungen aufgezeigt werden.

Methodik und Datenerhebung:

Nach systematischen wissenschaftlichen Literaturrecherchen werden grundlegende definitorische Klärungen der relevanten Begrifflichkeit getroffen, Palliativmedizin in der Versorgungskette unter medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Aspekten im Verhältnis zu anderen Versorgungsinhalten und in ihrer institutionellen Verortung bestimmt und die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen gesichtet.

Ausgehend von den Angaben im Hospiz- und Palliativführer 2003 werden alle Institutionen und Initiativen (Palliativstationen, Hospize und ambulante Dienste) und Versorgungsmodelle in Niedersachsen nach Qualität, Quantität und nach Kosten über Expertenbefragungen und Literaturanalysen erfasst. Über Fallstudien der wesentlichen palliativmedizinischen Versorgungsprojekte und der Analyse der Versorgungsschnittstellen lassen sich Funktionsmechanismen der Versorgungsstruktur abbilden und konkrete Handlungsempfehlungen entwickeln.

Insgesamt etwa 500 telefonische Interviews mit den im Palliativführer aufgeführten Institutionen, niedersächsischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Pflegediensten und Pflegeheimen stellen das Kernstück der empirischen Angebotsanalyse dar. Ergänzt werden die Daten zur Angebotsanalyse durch Daten der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung, um eine umfassende Angebotsanalyse zu ermöglichen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Methodik:

Erhebungsquelle	Instrument
Literatur	Sichtung von Angebots- und Bedarfsanalysen und Sekundärmaterial
Palliativstationen, Hospize, ambulante Hospizdienste, Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Pflegeheime, Pflegedienste	Telefonische Interviews
Patienten und deren Angehörige	Schriftliche Interviews
Daten der Krankenkassen	Analyse palliativversorgungsbezogener Medikamente
Daten der Kassenärztlichen Vereinigung	Analyse palliativversorgungsbezogener Leistungsziffern
Beispielhafte Institutionen und Modelle	Fallstudien
Renommierte Experten aus Medizin, Pflege und Seelsorge	Expertengespräche

Die im Palliativführer verzeichneten Institutionen und die niedersächsischen Krankenhäuser werden vollständig erhoben, während niedergelassene Ärzte, Pflegeheime und Pflegedienste entsprechend eines Regionalisierungskonzeptes in den Regionen Stadt Hannover, Landkreis Rotenburg, Helmstedt und Ammerland befragt werden. Die Kriterien für das Regionalisierungskonzept beziehen sich auf die Bevölkerungsdichte, die Haushaltsgröße und die Krebsmortalität in den entsprechenden Regionen.

Ausgehend von nationalen und internationalen Erfahrungen und Leitlinien erfolgt eine qualitative und quantitative Bedarfsanalyse, in der die für niedersächsische Verhältnisse adäquaten Bedarfsdimensionen und Hinweise für zukünftige Entwicklungen ermittelt werden. Diese Analyse erfolgt einerseits aus professioneller Sicht der Leistungsanbieter und andererseits aus der Sicht der Betroffenen, der Patienten und deren Angehörigen.

Die modellhafte Erfassung des Aufwands/der Kosten und der Effizienz sowohl der gegenwärtigen Versorgungssituation wie auch möglicher anderer Versorgungsangebote durch Kosten- und Sensitivitätsanalysen bildet wesentliche Voraussetzungen für Planungsentscheidungen. Nach der Analyse des bisherigen Aufwands und seiner Finanzierung werden alternative Finanzierungsmodelle entwickelt und beurteilt.

Aus der synoptischen Betrachtung von Bedarf und Angebot wird die Versorgungslage in Niedersachsen unter den Aspekten von Unter-, Über- und Fehlversorgung geprüft. Hierbei wird insbesondere eingegangen auf den regionalen Versorgungsgrad, den qualifikatorischen und interdisziplinären Versorgungsgrad und auf den indikationsbezogenen Versorgungsgrad.

Aus den zu diskutierenden Ergebnissen der obigen Analysen werden Handlungsempfehlungen für versorgungspolitische, ausbildungsbezogene und finanzierungstechnische Maßnahmen sowie für versorgungstechnische und ökonomische Optimierungsmodelle abgeleitet. Folgende Abbildung vermittelt einen Eindruck der gegenwärtigen Versorgungslage in Niedersachsen unter Zugrundelegung bisheriger Bedarfszahlen.

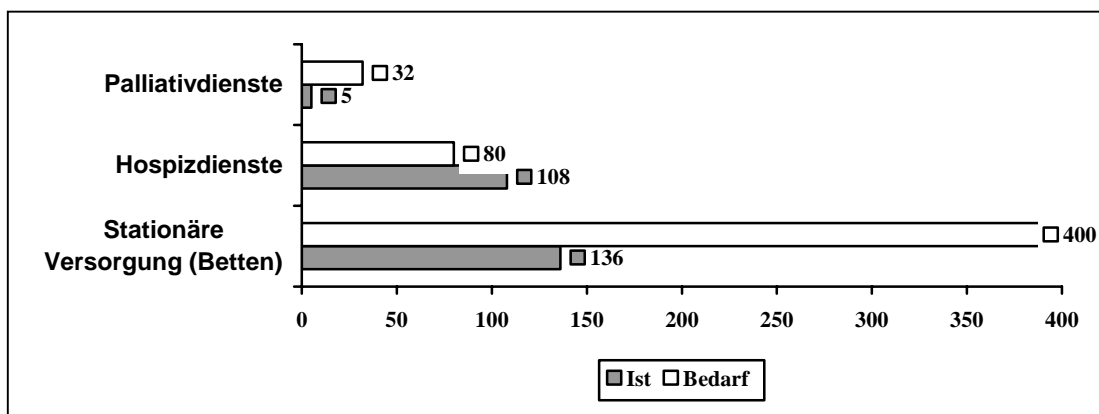


Abb.1: Palliative Versorgung in Niedersachsen 2004

Diskussion und Ausblick:

Das Gutachten zur Palliativversorgung in Niedersachsen wird erstmalig einen Überblick über den Bestand und Bedarf der palliativen Versorgung in Niedersachsen sowie weitreichende Empfehlungen und Modellansätze zur Optimierung der Versorgung geben. Um eine umfassende Informationsgrundlage für die Formulierung von Empfehlungen zu haben, sind Kontakte hergestellt worden zu führenden Vertretern der palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland und in Niedersachsen. Kontakte zum europäischen Ausland sind geplant. Hinsichtlich klinischer Fragestellungen ist eine Kooperation mit dem Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin der Universität Göttingen erreicht worden. Des Weiteren ist eine Erweiterung des Projektes auf andere Bundesländer vorgesehen.

Insbesondere die Diskussionen über integrierte Versorgung, die durch das GMG neu entfacht worden sind, werden den Fokus auf Bereiche wie Palliativmedizin lenken. Unzureichende Vernetzung verbunden mit unklarer Finanzierung für palliativmedizinische Leistungen machen die Palliativversorgung in Deutschland zu einem vorrangigen Thema für die Versorgungsforschung. Das Gutachten wird Aufschluss über bisher lediglich angenommene Versorgungsdefizite geben, die dann auch im internationalen Vergleich analysiert und bewertet werden. Die sich daraus ergebenden versorgungspolitischen, ausbildungsbezogenen und finanzierungstechnischen Implikationen werden modellhaft dargestellt werden und konkrete Handlungsempfehlungen enthalten. Das Gutachten wird zum 30. Juni 2004 vorgelegt werden.

Projektverantwortlicher: V. Amelung

Förderung: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

Weitere Forschungsprojekte

Verbesserung der Früherfassung kindlicher Schwerhörigkeiten in der Bundesrepublik Deutschland. Machbarkeits- und Evaluationsstudie zum Einsatz otoakustischer Emissionen bei Neugeborenen

Projektverantwortlicher: K. Buser; Förderung: BMGS, Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen Deutschlands, Landesverbände der Gesetzlichen Krankenkassen Niedersachsens und die Klosterkammer Hannover

Bestand und Weiterentwicklung der Palliativversorgung im Land Brandenburg

Projektverantwortlicher: V. Amelung, K. Buser; Förderung: Landesregierung und die Primärkassen des Landes Brandenburg

Rechtliche Bestimmungen zur Ergotherapie und ihre Wahrnehmung in Deutschland

Projektverantwortliche: U. Walter; Förderung: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

Weißbuch Prävention! Herzgesund

Projektverantwortliche: U. Walter; Förderung: KKH-Kaufmännische Krankenkasse

HIV/AIDS Surveillance

Projektverantwortlicher: J. Seydel

Modelle zur Populations- und Immundynamik von Retrovirusinfektionen

Projektverantwortlicher: J. Seydel

Stroke Outcome Study (SOS)

Projektverantwortliche: K. Weissenborn, E. Raum; Förderung: Niedersächsischer Forschungsvorbund für Frauen-/Geschlechterforschung in Naturwissenschaft, Technik und Medizin

Die Bedeutung des Einsatzes neuer Technologien für Gesundheitsergebnisse und Kosten am Beispiel der Herzinfarktversorgung – Internationales „TECH“-Projekt

Projektverantwortliche: F.W. Schwartz, A. Gerhardus; Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

Innovationsbezogene Technologiebewertung kardiovaskulärer Implantate

Projektverantwortlicher: A. Gerhardus; Förderung: BMBF, Land Niedersachsen

Diagnostik der genetischen Prädisposition und Beratung beim hereditären Brustkrebs - Eine Technologiebewertung

Projektverantwortliche: F.W. Schwartz, A. Gerhardus; Förderung: Bundesverband AOK

"Mehr Wissen – Risiken minimieren" – das Internet-Angebot therapie.net

Projektverantwortliche: M.L. Dierks; Förderung: Gmünder Ersatzkasse

Evaluation der Modellprojekte nach § 65b

Projektverantwortliche: M.L. Dierks; Förderung: Spitzenverbände der Krankenkassen

Evaluation der Entwicklung eines Curriculums Patientenberatung

Projektverantwortliche: M.L. Dierks; Förderung: AOK-Bundesverband im Rahmen der Förderung von § 65b

Gesundheitsberichterstattung "Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland"

Projektverantwortliche: M.L. Dierks; Förderung: Robert Koch Institut, Berlin

Bürger- und Patientenbeteiligung in Deutschland – die Perspektive der Selbsthilfebewegung

Projektverantwortliche: M.L. Dierks; Förderung: Robert Koch Institut, Berlin

Einfluss des Einsatzes naturheilkundlicher Verfahren auf die Zufriedenheit von Patienten in einem Krankenhaus der Akutversorgung

Projektverantwortliche: M.L. Dierks; Förderung: Rut- und Klaus-Bahlsen-Stiftung

www.gesundheitsziele.de - Programm zur Definition und Implementierung von Gesundheitszielen

Projektverantwortliche: U. Brasseit; Förderung: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

Gesundheitsökonomische Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen

Projektverantwortlicher: C. Krauth; Förderung: BMBF, VDR

Gesundheitsökonomische Evaluation der Versorgung von Hepatitis-C-Infektionen

Projektverantwortliche: F.W. Schwartz, C. Krauth; Förderung: BMBF

Originalartikel

Batzdorfer L, **Klippel U**, Sörensen T, Schwanitz HJ. Lebensqualität und Berufsdermatosen – Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Lebensqualität bei Berufsdermatosen (LIOD – Life Quality Index Occupational Dermatoses). Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 2004; 12:1000-1006.

Bramesfeld A, Wismar M, **Mosebach K**. Managing Mental Health Service Provision in the Decentralized and Multi-layered Health and Social Care System of Germany. The Journal of Mental Health Policy and Economics 2004; 7:3-14.

Brandes I, **Krauth C**, **Gerhardus A**, Lungen M, Potthoff P, Schmitz H, Lauterbach KW, **Schwartz FW**. Die Bedeutung der Hochschulambulanzen für Versorgung, Forschung und Lehre - Ergebnisse der Studie. Das Krankenhaus 2004; 7:543-548

Janus K, **Amelung VE**. Integrierte Versorgungssysteme in Kalifornien - Erfolgs- und Mißerfolgskriterien der ersten 10 Jahre und Impulse für Deutschland. Das Gesundheitswesen 2004; 66:649-655.

Lungen M, Stock S, **Krauth C**, **Gerhardus A**, **Brandes I**, Potthoff P, Müller U, Schmitz H, Klostermann B, Steinbach T, **Schwartz FW**, Lauterbach KW. Leistungen und Kosten der Hochschulambulanzen in Forschung, Lehre und Versorgung. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004; 129:2399-2404.

Krauth C, Mellert C, DeVries U, Mühlig S, Petermann F, **Schwartz FW**. Gesundheitsökonomische Evaluation von Schulungsprogrammen für Patienten mit Asthma bronchiale in der stationären Rehabilitation.. Prävention und Rehabilitation 2004; 16:117-128.

Scriba PC, **Schwartz FW**. Bewegung. Prävention und Gesundheitsförderung –

Wege zur Innovation im Gesundheitswesen. Internist 2004; 45:157-165.

Walter U. Wahrnehmung rechtlicher präventiver Regelungen und Implikationen für ein übergreifendes Präventionsgesetz. Das Gesundheitswesen 2004; 66:1-7.

Übersichtsartikel

Albrecht D, **Bramesfeld A.** Das Angebot an gemeindenahen beruflichen Rehabilitationmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen in der Bundesrepublik. Das Gesundheitswesen 2004; 66:492-498.

Bramesfeld A, Holler G. Der Einfluss der Ausführungspraxis des Bundessozialhilfegesetzes auf die Deinstitutionalisierung psychisch Kranker. Psychiatrische Praxis 2004; 31:387-394.

Buser K, Schneider N, Amelung VE. Palliativversorgung: Lebensqualität als Therapieziel. Public Health Forum 2004; 43:18-19.

Dierks ML, Kurtz V, Seidel G. Partnerschaften. Ärzte und die Selbsthilfebewegung – ausgewählte Ergebnisse der Studie "Selbsthilfe" – Kooperation und Beteiligung in Deutschland (SeKBD). Niedersächsisches Ärzteblatt 2004; 77:20–21.

Horchler S, **Gerhardus A,** Schmidt-Ehry G, Schmidt-Ehry B, Korte R, Mitra SK, Sauerborn R. The role of research in a technical assistance agency: the case of the 'German Agency for Technical Cooperation'. Health Policy 2004; 70:229-241.

Gerhardus A, Lühmann D, Muth C. Anpassung des „Curriculum Evidenzbasierte Medizin“ für unterschiedliche Zielgruppen. Erfahrungen aus dem Aufbaustudiengang Public Health in Hannover und der Humanmedizinbildung in Lübeck. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2004; 98:155-161.

Grobe T, **Schwartz FW.** Kranke Wirtschaft - kranke Menschen. Pflege Zeitschrift 2004; 57:468-471.

Janus K, Amelung VE. Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen - Anreizorientierte Vergütungssysteme für Ärzte. Zeitschrift für Organisation 2004; 73:304-311.

Klippel U, Schürer NY, Schwanitz HJ. Sekundäre Individualprävention von Handekzemen in der Altenpflege: Perspektive der Gesundheitspädagogik. Dermatologie in Beruf und Umwelt 2004; 52:106-112.

Krause H, Schmidt-Kaehler S, Keller A, **Seidel G.** Informierte Patienten sind bessere Patienten. Erste Ergebnisse der Begleitforschung zur unabhängigen Patienten- und Verbraucherberatung. Die BKK. Zeitschrift der betrieblichen Krankenversicherung 2004; 92:12-17.

Krause H, Schmidt-Kaehler S, Keller A, **Seidel G.** Nutzerinteressen im Mittelpunkt der Patienten- und Verbraucherberatung. Ausgewählte Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellvorhaben nach § 65 B SGB V. Pflegemagazin 2004; 5:4-10.

Krauth C, Haverkamp A. Was wissen wir über Kosten und Effizienz von Präventionsprogrammen. Public Health Forum 2004; 12:6-7.

Plaumann M, Walter U. Punkt für Punkt auf dem Weg zur Förderung präventiven Verhaltens? Die Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Public Health Forum 2004; 12:12-13.

Schwartz FW. Gesundheitsmodernisierungsgesetz - schlüssig?, zukunftsfähig?, europäisch? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2004; 80:14-17.

Schwartz FW, Scriba PC. Versorgungsforschung und Politikberatung. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2004; 9:161-166.

Schwartz FW. Unsere Gesundheit im Jahr 2020. Pflege Aktuell 2004; 58:608-613.

Seidel G, Dierks ML. Wegweiser. Evaluation von Modellprojekten nach § 65 b SGB V: Patienten- und Verbraucherberatungsstellen haben Lotsenfunktion. Niedersächsisches Ärzteblatt 2004; 77:10-11.

Schürer NY, **Klippel U**, Schwanitz HJ. Sekundäre Individualprävention von Handekzemen in der Altenpflege: Perspektive der Berufsdermatologie. Dermatologie in Beruf und Umwelt 2004; 52:97-105.

Walter U. Auf dem Weg zur mehr Prävention. Public Health Forum 2004; 12:2-4.

Walter U. Präventive Hausbesuche. Public Health Forum 2004; 12:14-15.

Walter U. Bevölkerungsbezogene und individuelle Prävention – Strategien und Wirksamkeit. Der Internist 2004; 45:148-156.

Walter U, Scriba P. Editorial. Präventive Medizin: Sind wir noch nicht reif? Einführung zum Thema. Der Internist 2004; 45:137-138.

Bücher / Buchbeiträge / Herausgeber-schaften

Dierks ML, Koppelin F (Hrsg.). Public Health Ausbildungsprofile und Berufsperspektiven in Deutschland. Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften Band 14. Freiburg: Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften, 2004.

Dierks ML, Schaeffer D. Informationen über die Qualität der Versorgung – Erwartungen und Erfahrungen der Patienten als Grundlage der Patienteninformation und –beratung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. Krankenhausreport 2004. Stuttgart: Schattauer, 2004. S. 135-150.

Dierks ML, Koppelin F. Harmonisierung der Lehrinhalte in den deutschen Public-Health-Studiengängen. In: **Dierks ML, Koppelin F** (Hrsg.). Public Health Ausbildungsprofile und Berufsperspektiven in

Deutschland. Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften Band 14. Freiburg: Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften, 2004. S. 14-16.

Dierks ML. 10 Jahre Public Health an der Medizinische Hochschule Hannover – „frühe“ und „späte“ Jahrgänge im Vergleich. In: Dierks ML, Koppelin F (Hrsg.). Public Health Ausbildungsprofile und Berufsperspektiven in Deutschland. Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften Band 14. Freiburg: Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften, 2004. S. 132-141.

Dierks ML, Seidel G. Welche Beratung suchen Menschen in Einrichtungen der unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung? Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung im Rahmen der Evaluation der Modellprojekte nach § 65b. In: Geene R, Halkow A. Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse, 2004. S. 368-371.

Dierks ML. Die Gender-Perspektive in Public Health. In: Rieder A, Lohff B (Hrsg.). Gender-Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Berlin: Springer, 2004. S. 149-171.

Flick U, **Walter U, Fischer C, Neuber A, Schwartz FW.** Gesundheit als Leitidee? Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Bern: Hans Huber, 2004.

Gerhardus A, Dintsios CM. Der Einfluss von HTA-Berichten auf die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung. Eine systematische Übersichtsarbeit. Köln: DIMDI, 2004.

Grobe T, Dörning H, **Schwartz FW** (Hrsg.). GEK-Gesundheitsreport 2004. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Sankt Augustin: Asgard, 2004.

Janus K. La Legge per la "modernizzazione dell'assistenza sanitaria". Effetti die breve termine e sfide a lungo termine per gli attori del mercato dell'assistenza sanitaria in Germania. In: Atella V, Donia Sofia A, Mennini FS, Spandonaro F (eds.). Rapporto CEIS - Sanità 2004. Roma: Ital-promo Esis Publishing, 2004. p. 363-387.

Klippel U. Prävention berufsbedingter Dermatosen bei Beschäftigten in der Altenpflege. Göttingen: V&R unipress, 2004.

Kramer S, Raum E, Weissenborn K. Abhängigkeit des Behandlungsergebnisses von Schlaganfallpatienten von Geschlecht (Gender), sozialem und familiärem Status. In: Paravicini U, Zempel-Gino M (Hrsg.). Dokumentation Impulse zur Wissenschaftsentwicklung. Wissenschaftlichen Reihe des NFFG, Band 4, Hannover: NFFG, 2004. S. 241-255.

Krauth C, Buser K, Vogel H. Die gesellschaftlichen Kosten von Essstörungen – Krankheitskostenanalysen zu Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In: Vogel H, Wasem J. Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Stuttgart: Schattauer, 2004. S. 153-173.

Mosebach K, Bramesfeld A, Gerber B. Perspektiven der ärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen: Ambulante Versorgung, ärztliche Ausbildung und Frauen im Arztberuf. In: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2003. Düsseldorf: MGSFF, 2004. S. 53-104.

Mosebach K, Schwartz FW, Walter U. Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber 2004. S. 341-353.

Schienkiewitz A, Lotz E, **Dierks ML.** Public-Health-Absolventen auf dem Arbeitsmarkt – die Perspektive der Arbeitgeber. In: **Dierks ML,** Koppelin F (Hrsg.). Public Health Ausbildungsprofile und Berufspers-

pektiven in Deutschland. Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften Band 14. Freiburg: Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften, 2004. S. 142-154.

Schoenermark M. Wirtschaftliche Aspekte. In: Raulin C; Greve B (Hrsg.). Laser und IPL-Technologie in der Dermatologie und Ästhetischen Medizin. Stuttgart: Schattauer, 2003. S. 183-186.

Schwartz FW, Grobe T, Bitzer EM, Dörning H. "Gender aspects" im Spiegel der Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse. In: Rieder A, Lohff B (Hrsg.). Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer, 2004. S. 419-434.

Schwartz FW. Prävention als Ansatz zur Kostensenkung im Gesundheitswesen? Die Empfehlungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. In: Rische H, Schmähl W (Hrsg.). Beiträge zur Sozial- und Verteilungspolitik. Band 1. Münster: Lit, 2004. S. 123-141.

Schwartz FW, Wismar M, **Walter U,** **Dierks ML.** Public Health in Germany. In: Kirch W (ed.). Public Health in Europe – 10 years European Public Health Association. Berlin: Springer, 2004. S. 71-79.

Walter U, Hager K. Die alternde Bevölkerung: Demographie, gesundheitliche Einschränkungen, Krankheiten und Prävention unter Gender-Fokus. In: Rieder A, Lohff B (Hrsg.). Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer, 2004. S. 267-300.

Walter U, Scriba P (Hrsg.). Präventive Medizin: Sind wir noch nicht reif? Schwerpunktheft. Der Internist 2004; 45, Heft 2.

Walter U. Sozialrechtliche Verankerung von Prävention und ihre Wahrnehmung. In: Aktion Psychisch Kranke. Schmidt-Zadel R, Kunze H, Peukert R (Hrsg.). Prävention bei psychischen Erkrankungen. Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung.

Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2004. S. 149-167.

Abstracts

2004 wurden 26 Abstracts publiziert.

Dissertationen

Dr. med. Beate Schulze: Kardiovaskuläre Reaktivität unter Labor- und Alltagsbedingungen. Ein Gedankenstrich: Lässt sich ein Zusammenhang zwischen Blutdruckschwankungen und Persönlichkeitsmerkmalen bei Frauen herstellen? 2004

Magisterarbeiten

Dr. med. Birgit Arens (MPH): Entwicklung der Arzneimittelausgaben einer deutschen Krankenkasse und Analyse von Einflussfaktoren. 2004

Dr. Dr. Oswald Bellinger (MPH): Zielgruppen-orientierte Strategie der Tuberkuloseprävention und -überwachung. 2004

Dr. med. Agnes Bietendüwel (MPH): Kosten der diagnostischen Abklärung von Schwerhörigkeit bei hörgescreenten Kindern. 2004

Charalabos-Markos Dintsios, M. A. (MPH): Needs-Assessment kardiovaskulärer Implantate am Beispiel klappentragender Venenconduits zur Behandlung chronisch venöser Insuffizienz. 2004

Dr. med. Maren Dreier (MPH): Soziale Ungleichheit beim plötzlichen Säuglingstod. 2004

Ellen Fricke , Diplom-Biologin (MPH): Stand der Beteiligung der verbandlich organisierten Selbsthilfe an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen - Bereitschaft und Realisierung. 2004

Frank Glowienka-Wiedenroth (MPH): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der allgemeinmedizinischen Praxis - Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes zum Praxisassessment am Beispiel der Versorgung von Patienten mit Thoraxschmerzen. 2004

Dr. med. Susanne Habetha (MPH): Anwendung pauschalierter Entgeltsysteme am Beispiel der DRGs in Australien. 2004

Dr. med. Kerstin Lipperheide (MPH): Gesundheitsreformen der Jahre 1993 bis 2003 in neun westeuropäischen Ländern: Geht es nur um Kostendämpfung? 2004

Richard Lux (MPH): Bevölkerungsweite, teilpopulationsbezogene und individuelle Prävention: Lebensmittelzusätze Folsäure und Vitamin B12, Jod sowie Fluor. 2004

Dr. med. Waguih Yusri Morcos (MPH): Die Rolle der Hospize in der palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland. 2004

Dr. med. Rodin Osorio (MPH): An Brustkrebs sterben ... - aber unter welchen Umständen? Entwicklung prozessorientierter konzeptioneller Modelle für die Versorgung von an Brustkrebs erkrankten Frauen in ihrer letzten Lebensphase. 2004

Martina Plaumann, Dipl.-oec.troph. (MPH): Anreize zur Förderung präventiven Handelns im Gesundheitswesen - Erfahrungen aus dem Ausland und aktuelle Diskussion in Deutschland. 2004

Dr. med. Enno Plock (MPH): Qualitäts- und klinisches Risikomanagement im Krankenhaus durch Zwischenfallmeldesysteme. 2004

PD Dr. med. Erika Sievers (MPH): The Iron/zinc Ratio in Infant Nutrition and the Implication of Potential Interactions between the Minerals for Public Health Interventions. 2004

Dr. med. Martin Stolz (MPH): Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in Forschung, Leitlinien und Praxis - Literaturanalyse zu Koronarer Herzerkrankung, Hypertonie und Schlaganfall unter besonderer Berücksichtigung alter Menschen. 2004

Beate Tinzmann, Dipl.-Soz.wiss. (MPH): U9 oder Schuleingangsuntersuchung. Eine Untersuchung zur Qualität und zum präventiven Potential von Schuleingangsuntersuchung und U9 in ausgewählten Regionen Niedersachsens. 2004

Marcial Velasco Garrido (MPH): Beitrag von "Individuellen Gesundheitsleistungen" zur Sekundärprävention. 2004

Dr. med. Felix Wedegärtner (MPH): Ärztliche Beurteilerübereinstimmung bei körperlichen und psychischen Untersuchungsbefunden am Beispiel von Schuleingangsuntersuchungen. 2004

Habibollah Zawarehi (MPH): Wie funktioniert das deutsche Gesundheitssystem - Kenntnisstand von iranischen Immigranten und Deutschen im Vergleich. 2004

Dr. med. Annette Zentner (MPH): Wie beeinflussen andere Gesundheitssysteme die Gesundheitsreformenentwicklung 2003 in Deutschland?