

# **Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung**

Direktor: Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz

## **Untersuchung zur Altersabhängigkeit ambulanter Leistungen und Behandlungsstrategien an älteren Patienten mittels Beobachtungspraxen**

### Hintergrund

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist eine erhebliche Zunahme des Anteils alter bis hochbetagter Personen an der Gesamtbevölkerung zu erwarten. Die anhaltenden Probleme der Finanzierung des Gesundheitssystems in Deutschland werden häufig auf der Ausgabenseite wesentlich dieser sich verändernden Altersstruktur der Bevölkerung zugeschrieben. Da mit steigendem Alter das individuelle Morbiditätsrisiko bezüglich aller auf Bevölkerungsebene bedeutenden Gesundheitsstörungen deutlich ansteigt, erscheint es intuitiv schlüssig, dass damit auch mehr veranlasste medizinische Leistungen und damit Kosten einhergehen müssen. In der Tat entfallen auf Patienten im Alter von 60 Jahren und darüber mehr als 40 % aller ambulanten Arztkontakte, obwohl der Anteil der Älteren an allen Patienten von Allgemeinärzten und Internisten weniger als 25 % beträgt.

Doch in welcher Weise und in welchem Ausmaß die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen durch den gesellschaftlichen Alterungsprozess tatsächlich beeinflusst wird, ist bis heute nicht ausreichend verstanden. Es ist anzunehmen, dass der einzelne Arzt seine Behandlungsstrategien (diagnostisch und therapeutisch) für vergleichbare Erkrankungen in Abhängigkeit vom Alter des Patienten variiert, um ihm oder ihr eine altersgerechte und optimale Versorgung zuteil werden zu lassen. Dieses Phänomen und dessen Konsequenzen wurden bislang wissenschaftlich noch nicht ausreichend untersucht. Ziel dieses Vorhabens ist es daher, anhand von zwei ausgewählten Gesundheitsproblemen, nämlich akutem Oberbauchschmerz und Herzinsuffizienz oder koronare Herzkrankheit (KHK), diesen Alterseffekt auf Diagnostik und Therapie im Bereich der ambulanten Versorgung über ein Netzwerk hausärztlicher Praxen qualitativ und quantitativ zu untersuchen.

### Methoden

Zu diesem Zweck wurde aus der Grundgesamtheit aller hausärztlich tätigen Arztpraxen im Regierungsbezirk Weser-Ems eine geschichtete Zufallsstichprobe ausgewählt und um Mitarbeit gebeten. Nach einführenden Informationsveranstaltungen nahmen 112 Praxen an der Feldphase teil (siehe Abbildung), die vom 1.10.1999 bis 30.9.2000 dauerte. Die Erhebung bestand aus drei Teilen:

- Durch einen umfangreichen Fragebogen zur Praxisstruktur wurden relevante Merkmale der teilnehmenden Ärzte<sup>1</sup> bzw. ihrer Praxen erhoben. Hierzu gehören u. a. Fachrichtung, Niederlassungsdauer sowie Ausstattung, Größe und Ausrichtung der Praxis. Neben der notwendigen Beschreibung der teilnehmenden Praxen und der Bewertung ihrer Repräsentativität dienen diese Informationen auch als arzt- bzw. praxisseitige unabhängige Variablen in statistischen Zusammenhangsanalysen.
- Aus jeder teilnehmenden Arztpraxis wurden – nach Altersgruppe und Geschlecht stratifiziert – 10 Patienten (je 5 Frauen und 5 Männer) mit KHK oder Herzinsuffizienz und analog 10 Patienten mit akutem Oberbauchschmerz ab 50 Jahren in die Studie eingeschlossen. Für jeden Patienten wurden beim ersten dokumentierten Arztkontakt im Beobachtungszeitraum zunächst der Allgemeinzustand sowie Angaben zur „Hintergrund“-Morbidität und -Medikation erhoben. Dieser und alle weiteren einschlägigen Arztkontakte im Beobachtungszeitraum wurden mit den wegen des Herz- oder Oberbauchproblems jeweils veranlassten therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen ebenfalls auf dem standardisierten und anonymisierten Dokumentationsbogen erfasst. Insgesamt wurden so 8233 Konsultationen von 1145 Patienten dokumentiert, darunter 488 Patienten (272 Frauen und 216 Männer) mit akutem Oberbauchschmerz sowie 657 Patienten (335 Frauen und 322 Männer) mit Herzinsuffizienz/KHK. Im Durchschnitt wurden für jeden Patienten mit akutem Oberbauchschmerz 4 Konsultationen über 12 Wochen dokumentiert, für Herzpatienten dagegen 9,4 Arztkontakte über 30 Wochen. Die Auswertung dieser umfangreichen Daten zu Redaktionsschluss des MHH-Forschungsberichts 2001 noch nicht abgeschlossen ist.
- Mittels eines von den teilnehmenden Ärzten auszufüllenden Fragebogens wurde ferner deren Einstellung zu präventiven Leistungen an älteren Patienten von der Arbeitsgruppe von Priv. Doz. U. Walter untersucht. Im folgenden wird die Teilerhebung zur ärztlichen Einstellung zur Prävention bei älteren Patienten in hausärztlicher Praxis näher dargestellt. Die Teilstudie liefert eine wichtige potenzielle Erklärungsvariable für sich ändernde diagnostische Strategien bei Hausärzten in Abhängigkeit vom Alter ihrer Patienten.

---

<sup>1</sup> Sofern nicht anders vermerkt, beziehen sich allgemein gehaltene Ausdrücke wie „Ärzte“ oder „Patienten“ stets auf weibliche wie männliche Personen.

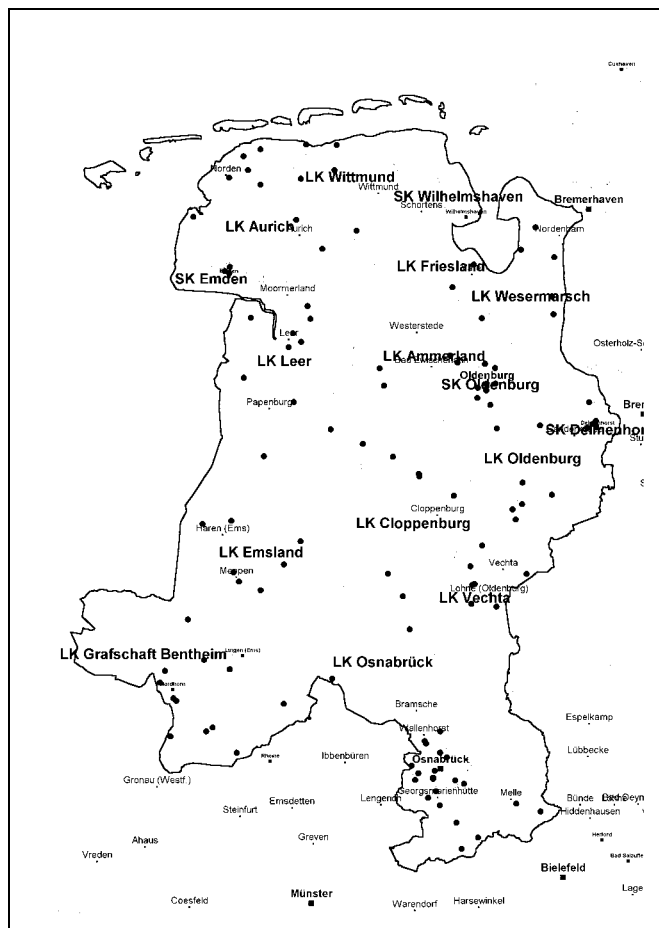


Abbildung 1: Räumliche Verteilung der hausärztlichen Beobachtungspraxen. Ein runder Punkt entspricht einer Praxis.

### Ergebnisse: Die Einstellung von Hausärzten zur Prävention

In der Erhaltung und Optimierung der Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte, insbesondere auch im höheren Alter, werden derzeit große und weitgehend unausgeschöpfte Potenziale zur Förderung der Selbständigkeit im Alter und zur Reduktion von Krankheiten und Gesundheitsstörungen in der Bevölkerung gesehen. In der Versorgungspraxis kommt dabei den Hausärzten eine große Bedeutung zu. Im Rahmen des Projektes wurden Einstellungen von Hausärzten zur Prävention bei Älteren sowie das Altersbild in einer schriftlichen Befragung erhoben. Die Einstellung zur Prävention wurde mit einem eigens konzipierten Test gemessen, zur Ermittlung des Altersbildes wurde ein standardisiertes Instrument von Rudiger und Kruse eingesetzt. Die Daten wurden einer deskriptiven Analyse unterzogen. Bivariate Analysen von kategorialen und/oder ordinalen Daten wurden mit dem exakten Chi-Quadrat-Test bei zum Teil kleinen Zellohäufigkeiten durchgeführt. Zusammenhänge zwischen stetigen Variablen und kategorialen und/oder ordinalen Daten wurden mit dem t-Test bei unabhängigen Stichproben überprüft. Der mögliche Zusammenhang zwischen stetigen Variablen und dem Grad der Zustimmung zu verschiedenen Aussagen wurde mit der einfaktoriellen ANOVA berechnet; bei signifikanten Ergebnissen wurde das Post-Hoc-Verfahren nach Scheffé angewandt. Multivariate Analysen wurden anhand einer Entscheidungsbaumanalyse (CART – Classification and Regression Tree) vorgenommen.

Nach einem Pretest (n = 150, Rücklauf 29 %) bei einer Zufallsstichprobe von niedersächsischen Hausärzten erfolgte im Oktober 2000 die Haupterhebung bei den am Projekt teilnehmenden 112 hausärztlich tätigen Ärzten. Der Rücklauf betrug 79,5 % (n = 89). Die Stichprobe ist nach dem Fachgebiet und der Region repräsentativ. 80 % der Antwortenden sind Männer, 20 % Frauen. 28 % sind jünger als 45 Jahre, 39 % sind zwischen 45 und 54 Jahre und ein Drittel sind 55 Jahre alt oder älter. Im Durchschnitt haben die Befragten ein Alter von 49,5 Jahren.

Insgesamt haben 47 % der befragten Hausärzte eine überwiegend positive Einstellung zur Prävention, während 18 % überwiegend negativ eingestellt sind. Nahezu alle Ärzte (94 %) betrachten es als ihre Aufgabe, Patienten Anregungen zur gesunden Lebensweise zu geben. 89 % der Befragten sind der Meinung, dass sie als Ärzte die wichtigsten Ansprechpartner für Patienten in Fragen zu einer gesunden Lebensweise sind. 40 % der Ärzte halten ein Angebot von Präventionsmaßnahmen bei jedem Kontakt für sinnvoll. 83 % erachten qualifiziert durchgeführte Maßnahmen als sinnvoll zur Erhaltung der Selbständigkeit im Alter.

Allerdings sind die Ärzte mehrheitlich hinsichtlich der Wirksamkeit ärztlicher Prävention sehr skeptisch. So meinen 84 %, dass die Patienten oft nicht zu einer Änderung ihrer bisherigen Lebensweise bereit sind, 32 % glauben, dass ärztliche Beratung keinen Einfluss auf die Lebensweise der Patienten hat. 19% bezweifeln die Wirksamkeit präventiver Leistungen generell. Befragte Ärzte, die chronisch Kranke Präventionsmaßnahmen gegenüber für wenig aufgeschlossen halten (44,5 %) haben zugleich ein signifikant negativeres Altersbild ( $p < 0,05$ ).

Analysiert man die Einstellung zu spezifischen Präventionsmaßnahmen zeigt sich, dass die Überprüfung der kurativen Medikation z.B. unter dem Gesichtspunkt einer „Sturzprophylaxe“ und ebenso die Grippeimpfung mit dem Alter der Patienten für die meisten Ärzte an Bedeutung gewinnt. Die für erwerbstätige Erwachsene und „junge Alte“ von den Ärzten als sinnvoll gehaltenen klassischen Präventionsmaßnahmen wie Ernährungsberatung, Anleitung zu körperlicher Bewegung und zur Aufgabe des Rauchens werden dagegen für die Hochbetagten weit weniger positiv eingeschätzt. Gleiches gilt für sonstige Maßnahmen der Unfallverhütung und Mundprophylaxe.

Sozio-strukturelle Variablen der Ärzte haben auf den Grad ihrer Zustimmung zu Präventionsmaßnahmen bei Betagten und Hochbetagten weniger Einfluss als Einstellungs- und Handlungsfragen. Nach der Entscheidungsbaumanalyse sind das Altersbild sowie die Aufgeschlossenheit gegenüber anderen potenziellen Anbietern von Präventionsmaßnahmen wichtige Einflussvariablen.

Der deutliche Einfluss eines positiven oder negativen Altersbildes bei der Realisation präventiver Maßnahmen weist auf die Notwendigkeit einer vertieften professionellen Reflexion von Alter hin. So sollte das ärztliche Wissen um die Möglichkeiten der Nutzung patientenseitiger Ressourcen zur tatsächlichen Plastizität zahlreicher physiologischer und funktionaler Alterungsprozesse sowie ihre Umsetzung im Praxisalltag systematisch aufbereitet und den Ärzten vermittelt werden.

Beteiligte Wissenschaftler: M. Schlaud (Projektleiter), E. Raum, U. Walter, R. Henze, A. Schienkiewitz, F.W. Schwartz

Förderung: BMBF

## **Weitere Forschungsprojekte**

### **Studie „Plötzlicher Säuglingstod“**

Im Rahmen der bundesweiten Studie „Plötzlicher Säuglingstod“ (Studienzentrale am Universitätsklinikum Münster, Laufzeit bis 2002) wird in Kooperation mit dem Institut für Rechtsmedizin und der Kinderklinik der MHH eine Fall-Kontroll-Studie zur Auffindesituation unerwartet verstorbener Säuglinge durchgeführt. Die dabei zu prüfende Hypothese lautet: Aus den Umständen der Schlafumgebung und Auffindesituation am SIDS gestorbener Säuglinge ergeben sich im Vergleich zur Schlafumgebung und Aufwachsituation von Kontrollkindern Hinweise auf eine Hypoxie, eine Rückatmung und/oder eine Hyperthermie als möglicherweise todesursächlichen Mechanismus. Studienregionen sind Hamburg, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Projektverantwortlicher: M. Schlaud

Förderung: BMBF

### **Auswertung von Perinataldaten zum Plötzlichen Säuglingstod (SIDS)**

Durch die Vermeidung der Bauchlage als Schlaflage für Säuglinge ist in den letzten Jahren die Inzidenz für SIDS in Deutschland wie in anderen Ländern um mehr als 50 % zurückgegangen. Die noch auftretenden Fälle unterscheiden sich nach internationalen Studien bezüglich ihrer Risikofaktorprofile deutlich von früheren Fällen. In dieser Datenauswertung werden anonymisierte Perinataldaten von niedersächsischen Säuglingen (Kooperationspartner: Perinatologische Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen sowie die Institute für Rechtsmedizin der MHH und der Universität Göttingen) bezüglich systematischer Unterschiede zwischen SIDS-Fällen und nicht betroffenen Kindern untersucht. Ziel ist die Beschreibung und Quantifizierung von heute bestehenden Risikofaktoren für SIDS und der Vergleich mit den Ergebnissen methodengleicher früherer Auswertungen von Perinataldaten aus Niedersachsen.

Projektverantwortlicher: M. Schlaud

### **Obstruktives Schnarch-Apnoe-Syndrom (OSAS)**

An Schülerinnen und Schülern einer Zufallsstichprobe dritter Grundschulklassen in Hannover werden mittels Fragebogen, nächtlicher Pulsoxymetrie und Polygraphie die Prävalenz, Determinanten, Prädiktion und Folgen des Obstruktiven Schnarchapnoesyndroms querschnittlich untersucht. Das Vorhaben wird in Kooperation mit der Kinderklinik der MHH (C. F. Poets) durchgeführt und von der methodischen Seite (Stichprobenplanung, Datenerfassung, Auswertungsstrategie) betreut.

Projektverantwortlicher: M. Schlaud

### **Informationskampagne zum gastroösophagealen Reflux**

Epidemiologisch-statistische Auswertung von Angaben zu Beschwerden, Behandlung, Risikofaktoren und soziodemographischen Merkmalen, die bei Anrufern einer Telefon-Hotline standardisiert erhoben worden sind. Diese Hotline war Teil einer bundesweiten bevölkerungsbezogenen Informationskampagne zum gastroösophagealen Reflux, an der das Allgemeine Krankenhaus Celle (J. Hotz), die Health Networking GmbH in Mainz und der AstraZeneca GmbH in Wedel beteiligt waren.

Projektverantwortliche: C. Weihs

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

In Zusammenarbeit mit der HNO-Klinik der MHH und dem Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland wird in allen geburtshilflichen Kliniken des Großraumes Hannover flächendeckend ein Neugeborenenhörscreening eingeführt und auf Machbarkeit, Effektivität und ökonomische Vertretbarkeit überprüft. Ziel des Screenings ist es, den durchschnittlichen Diagnosezeitpunkt von Schwerhörigkeiten bei allen Neugeborenen der Region auf die ersten Lebensmonate zu verlagern, um dadurch über eine effektive Therapie Sprachentwicklungsstörungen und dadurch verbundene lebenslange Behinderungen reduzieren zu können. (Die Studie hat im Juli 2000 begonnen und endet am 30.06.2003).

Projektverantwortlicher: K. Buser

Förderung: BMG, Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen Deutschlands, Landesverbände der Gesetzlichen Krankenkassen Niedersachsens und die Klosterkammer Hannover

### **Gesundheits- und Alterskonzepte von Ärzten und Pflegekräften**

Ziel der vorliegenden Studien ist es, Gesundheits- und Alterskonzepte wesentlicher an der ambulanten Versorgung alter und hochbetagter Menschen beteiligter professioneller Gruppen zu untersuchen und sie in den Kontext vorherrschender, medial vermittelter Konzepte zu stellen. Hausärzte (n = 32) und Pflegekräfte ambulanter Dienste (n = 32) werden in Hannover und Berlin mit episodischen Interviews u. a. zu Gesundheitskonzepten, Altersvorstellungen und Beispielen der Umsetzung in der Versorgung Älterer befragt. Über Fokusgruppen erfolgt eine Rückmeldung der Ergebnisse an die Beteiligten. Die Studie gibt Aufschlüsse darüber, inwieweit Gesundheit als Leitvorstellung professionellen Handelns in das berufsbezogene Alltagswissen von Hausärzten und Pflegekräften eingeflossen ist und wie sich diese hinsichtlich Gesundheits- und Alterskonzepte unterscheiden. Die Studie wird in Kooperation mit Prof. U. Flick, Alice Salomon Fachhochschule Berlin ausgeführt.

Projektverantwortliche: U. Walter, F.W. Schwartz

Förderung: BMG

### **Case-Management in der Therapie krebskranker Patienten – ökonomische Implikationen und Patientenzufriedenheit**

Mit dem Ziel, die Versorgung von Patienten mit Tumorerkrankungen durch ein indikations-spezifisches Fallmanagement zu verbessern, sollen im Rahmen eines Implementationsprojektes neue Kooperationsstrukturen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung etabliert werden. Basis der Strukturoptimierung ist eine IST-Analyse von Über- / Einweisungen und eine komparative Leistungs- und Vergütungsanalyse sowie eine begleitende Erhebung der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit.

Projektverantwortliche: ML. Dierks, C. Krauth

Förderung: St. Bernward Krankenhaus Hildesheim

### **The Future Patient Project I – Die Situation des Patienten im deutschen Gesundheitswesen. Eine Expertise**

Die Position des Patienten wird auf der Basis einer Literaturanalyse erfasst und unter Berücksichtigung medizinischer, ökonomischer und gesundheitspolitischer Aspekte dargestellt.

Projektverantwortliche: ML. Dierks.

Förderung: Picker-Institute, Europe

### **The Future Patient Project II: Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens aus der Perspektive der Nutzer. Eine europäische Vergleichsstudie**

Versicherte, Patienten und Mitglieder aus Selbsthilfegruppen werden in Gruppendiskussionen über ihre Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitswesen und ihre Wünsche und Erwartungen an die zukünftige Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung befragt. Die Ergebnisse werden im Vergleich zu den Vorstellungen von Patienten unterschiedlicher europäischer Gesundheitssysteme dargestellt.

Projektverantwortliche: ML. Dierks

Förderung: MSD Deutschland

### **Evaluation der Entwicklung eines Curriculums Patientenberatung**

Im Rahmen der Verbesserung der Position des Patienten im deutschen Gesundheitswesen wird eine Schulung von Patientenberatern konzipiert und durchgeführt. Die Entwicklung und Implementation des Curriculums sowie der Einfluss einer verbesserten Ausbildung auf die Zufriedenheit der Nutzer von Beratungsstellen werden evaluiert.

Projektverantwortliche: ML. Dierks

Förderung: AOK-Bundesverband im Rahmen der Förderung von § 65b.

## **Weiterentwicklung einer Datenbasis Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien (Health Technology Assessment) in der Bundesrepublik Deutschland**

Im Rahmen des Projektes werden seit 1995 Bewertungen von medizinischen Technologien und Verfahren vorgenommen, bei denen ein Bedarf an evidenzbasierten medizinischen und sozio-ökonomischen Informationen als Grundlage für Entscheidungen besteht.

Projektverantwortliche: F.W. Schwartz, A. Gerhardus

Förderung: BMG

## **Innovationsbezogene Technologiebewertung kardiovaskulärer Implantate**

Ziel des Projektes im Rahmen des Kompetenzzentrums für Medizintechnik „Kardiovaskuläre Implantate“ ist die Bewertung der möglichen medizinischen und sozio-ökonomischen Folgen von medizintechnologischen Innovationen, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung noch im Entwicklungsstadium befinden.

Projektverantwortliche: A. Gerhardus, C. Krauth, A. Hagen, C.-M. Dintsios, F.W. Schwartz  
Förderung: BMBF, Land Niedersachsen

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

Gesundheitsziele dienen der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen. Sie werden zudem als Politik- und Managementinstrument eingesetzt, um gesundheitliche Probleme und Risiken in den Mittelpunkt von Planung, Steuerung und Versorgung zu stellen. Nachdem im vergangenen Jahr im Rahmen des Projekts die Akteure im Gesundheitswesen fünf Themenfelder definiert haben und ein Status-quo-Bericht erstellt wurde, werden bis zum Sommer dieses Jahres die Themen für die Umsetzung konkretisiert. Hierzu zählen Vereinbarungen zu Diabetes, Brustkrebs, der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung), der Reduzierung des Tabakkonsums sowie die Stärkung der gesundheitlichen Kompetenzen von Bürgern und Patienten (ausführliche Informationen sowie der Status-quo-Bericht finden sich unter [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de)).

Projektverantwortlicher: M. Wismar, Projektpartner: Gesellschaft für Versicherungswissenschaften und Gestaltung e.V.

Förderung: BMG

## **Gesundheitsökonomische Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen**

Projekt im Rahmen des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Niedersachsen/Bremen mit den Aufgaben Sicherstellung einheitlicher Kosten / NutzenDefinitionen, Entwicklung einheitlicher Erhebungsinstrumente und Durchführung von Kosten und Effizienzanalysen bei mehreren Rehabilitationsmaßnahmen.

Projektverantwortliche: C. Krauth, F.W. Schwartz

Förderung: BMBF, VDR



### **Bestandsaufnahme der Rolle von Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung an ausgewählten Standorten**

In insgesamt über 40 Hochschulambulanzen aus sechs Hochschulkliniken werden Leistungs- und Kostendaten in prospektiven und retrospektiven Erhebungen erfasst mit dem Ziel, die Bedeutung von Hochschulambulanzen für Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu bestimmen. Das Projekt wird in Kooperation mit dem Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln, der Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung, Köln, sowie der I+G Gesundheitsforschung, München, durchgeführt.

Projektverantwortliche: C. Krauth, F.W. Schwartz

Förderung: BMBF

### **Muster der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung von Personen mit psychosomatischen Erkrankungen**

Ziel des in Kooperation mit dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) durchgeführten Projektes ist es, das häufig postulierte ÜberInanspruchnahmeverhalten von Personen mit psychosomatischen Erkrankungen im Vorfeld der Abklärung von „Depressionen“, „Neurosen“ und „funktionellen Störungen“ unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität und der Therapieergebnisse unter Alltagsbedingungen in Deutschland näher zu bestimmen und ökonomisch zu bewerten sowie auf der Basis zu berechnender Prognosemodelle Lösungsvorschläge für eine frühzeitige Diagnosestellung zu entwickeln.

Projektverantwortliche: C. Krauth, I. Brandes

Förderung: BMBF

### **Gewonnene Jahre – Effektivität und Effizienz einer multimodalen stationären Maßnahme zur Vorbereitung auf den Ruhestand**

Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie wird die kurz- und längerfristige Effektivität (bezogen auf das Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsverhalten, das physische und psychische Befinden) sowie die Effizienz (Wirtschaftlichkeit) eines zielgruppenspezifischen Programms (dreiwöchige stationäre Maßnahme mit einem einwöchigen Refresherprogramm ein Jahr nach Absolvierung der stationären Maßnahme zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen in der dritten Lebensphase) einer gesetzlichen Krankenkasse für Versicherte am Übergang von der Erwerbs- in die Berentungsphase evaluiert. Das Projekt wird in Kooperation mit dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) durchgeführt.

Projektverantwortliche: C. Krauth, I. Brandes

Förderung: GEK

## Evaluation des Public Health Forschungsverbände, Teilprojekt Norddeutscher Forschungsverbund Public Health

Ziel der Studie ist es, die Wirksamkeit der zehnjährigen Public-Health-Forschungsförderung des BMBF zu beurteilen. Der Bericht basiert auf einer Erhebung des wissenschaftlichen und des Practice-Policy-orientierten Outcome der beteiligten Forschungsprojekte des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health sowie der Darstellung der sowie der Lehre und der strukturellen Entwicklung an den beteiligten Standorten. Die Ergebnisse fließen in eine Analyse der gesamtdeutschen Public Health Entwicklung ein.

Projektverantwortliche: U. Walter, F.W. Schwartz

Förderung: BMBF

### Originalartikel

Amelung V, Glied S, Topan A. Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung über den Arbeitsmarkt - das Ende einer Erfolgsstory? Sozialer Fortschritt 2001; 50:280-288.

Bitzer EM, Dörning H, Schwartz FW. Effekte der Rehabilitation nach Hüftgelenkoperationen auf indikationsspezifische Beschwerden und Funktionseinschränkungen. Rehabilitation 2001; 40:43-49.

Buser K, Krauth C. Kosten und Outcomes eines Neugeborenen-Hörscreenings. Forschungsdesign einer gesundheitsökonomischen Studie. Zeitschrift für Audiologie 2001; Suppl III:109-113.

Buser K, Krauth C, Reuter G, Lenarz T. Therapie verpasst? Screening bei Neugeborenen soll Hörschäden früher erkennen. Hebammenforum 2001; 2:873-875.

Dierks ML, Lerch M, Reichle C, Mieth I, Schwartz FW. Erfahrungen mit der Entwicklung von Patienteninformationen. Z ärztl Fortbild Qual sich 2001; 95:313-314.

Dierks ML, Lerch M, Schwartz FW. Informationen über Gesundheit, Krankheit und die Qualität der Versorgung - Situation in Deutschland und zukünftige Entwick-

lungen. Pflege & Gesellschaft 2001; 6:125-139.

Dörning H, Bitzer EM, Schwartz FW. Health Outcomes nach einer Hüftgelenkoperation in der Routineversorgung. Z ärztl Fortbild Qual sich 2001; 95:201-202.

Dierks ML, Schwartz FW. Rollenveränderungen durch New Public Health. Vom Patienten zum Konsumenten und Bewerter von Gesundheitsdienstleistungen. Bundesgesundheitsblatt 2001; 8:796-803.

Hoopmann M, Reichle C, Krauth C, Schwartz FW, Walter U. Effekte eines Rückenschulungsprogramms der AOK Niedersachsen auf die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der Arbeitsunfähigkeit. Das Gesundheitswesen 2001; 63:176-182.

Raum E, Arabin B, Schlaud M, Walter U, Schwartz FW. The impact of maternal education on intrauterine growth: a comparison of former West and East Germany. International Journal of Epidemiology 2001; 30:81-87.

Schwartz FW. Bedarf und bedarfsgerechte Versorgung aus der Sicht des Sachverständigenrates. Das Gesundheitswesen 2001; 63:127-132.

Schwartz FW. Die Bedeutung einer Konsumenteninformation für Public Health.

Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2001; 9:15-23.

Schwartz FW. Versorgungsforschung ausbauen. *Gesundheit und Gesellschaft* 2001; 1:3.

Scriba PC, Schwartz FW, Walter U. Prävention in der ärztlichen Versorgung - Potenziale, Wirksamkeit und Umsetzung. Die Kunst zu heilen kann viele Leiden lindern, doch schöner ist die Kunst, die es versteht, die Krankheit am Entstehen schon zu hindern. Max von Pettenkofer (1818-1901). *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2001; 126:A1013-A 1014.

Walter U, Schmidt T, Lorenz C, Weidemann F, Schienkiewitz A, Schwartz FW. Optimierung des Ernährungsverhaltens durch ein Herz-Kreislauf-Präventionsprogramm. *Public Health Forum* 2001; 9:21-22.

Walter U; Bitzer EM; Busse R; Giersiepen K; Schwartz FW. Outcome und Impact der Public-Health-Forschung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 2001; 9:83-96.

Wörz M, Wismar M. Green politics in Germany: What is green health care policy? *International Journal of Health Services* 2001; 31:847-867.

## Übersichtsartikel

Angele S, Brasseit U. Forum Gesundheitsziele Deutschland - [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de). *Public Health Forum* 2001; 9:15-17.

Dierks ML, Busack I, Walter U. Lässt sich durch persönliche Beratung die Stillbereitschaft und Stillfrequenz bei Frauen erhöhen? Ergebnisse eines Beratungsmodells in Niedersachsen. *Public Health Forum* 2001; 9:18-19.

Droste S. Systematische Literaturrecherchen für die Erstellung von HTA-Berichten. *Z ärztl Fortbild Qual sich* 2001; 95:549-553.

Gerhardus A, Perleth M. Welchen Einfluss haben HTA-Berichte auf Entscheidungen im Gesundheitswesen? *Z ärztl Fortbild Qual sich* 2001; 95:515-516.

Perleth M, Schwartz FW. Health Technology Assessment (HTA), evidenzbasierte Medizin (EbM). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2001; 44:857-864.

Perleth M, Lühmann D, Gibis B, Droste S. "Rapid Assessments" - schnelle Bewegung medizinischer Technologien. *Das Gesundheitswesen* 2001; 63:S79-S84.

Schienkiewitz A, Lotz E, Martin S, Dierks ML. Die berufliche Situation von Public-Health-Absolventen in Deutschland aus der Sicht von Arbeitgebern. *Public Health Forum* 2001; 30:22.

Schwartz FW. Für Senioren muss mehr getan werden. *Gesundheit und Gesellschaft* 2001; 4:7.

Schwarz G, Mieth I, Dierks ML, Martin S, Schwartz FW. Ergebnisse und Erfahrungen mit der telefonischen Vermittlung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen. *Die Ersatzkasse* 2001; 81:109-113.

Walter U. Präventionspotenziale für ein gesundes Altern. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 2001; 1:21-26.

Wismar M, Brasseit U. Gesundheitsziele als Instrument der Prioritätensetzung. *Public Health Forum* 2001; 9:14-15.

Wismar M, Busse R. Europa Ante Portas. Die Europäisierung der Gesundheitsversorgung in den Mitgliedsstaaten. *Gesellschaftspolitische Kommentare* 2001; 42:14-18.

Wismar M.: ECJ in the driving seat on health policy. But what's the destination? *Eurohealth* 2001; 7:1-2.

Wismar M. Germany's Constitutional Court on "family friendly" contributions to statutory health insurance schemes. *Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems* 2001; 3:1-2.

## Bücher / Buchbeiträge / Herausgeber-schaften

Berman PC, Busse R, Ong BN, Paton C, Rehnberg C, Renck B, Romo N, Silio F, Sund H, Wismar M. The European Union and Health Services - The Impact of the Single European Market on Member States. Summary of a Report to the European Commission. Dublin: EHMA; 2001

Bitzer EM, Dierks ML. Qualität und Transparenz. In: Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, editors. Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001. p. 148-178.

Brasseit U, Wismar M. Inhaltliche Ausrichtung und konkrete Themen - Zielkorb zur exemplarischen Auswahl für gesundheitsziele.de. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG), editors. Gesundheitsziele.de. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft AKA; 2001. p. 71-100.

Brasseit U, Wismar M. Vom Ziel zur Maßnahme - Konkretisierung von Gesundheitszielen. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG), editors. Gesundheitsziele.de. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft AKA; 2001. p. 165-182.

Dierks ML. Brustkrebs-Früherkennung: Einstellungen und Motive von Frauen zur Mammographie. In: Koppelin F, Müller R, Keil A, Hauffe U, editors. Die Kontroverse um die Brustkrebs-Früherkennung. Bern [u. a.]: Hans Huber; 2001. p. 109-116.

Dierks ML, Martin S, Schienkiewitz A. Der informierte Patient in den Institutionen des Gesundheitswesens - Partner oder Störfaktor? In: Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, editors. Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung

in Baden-Württemberg; 2001. p. 89-118.

Dierks ML, Röseler S. Der Nutzer zwischen Kostendämpfung und Gesundheitsreform. In: Dierks ML; Bitzer EM; Lerch M, editors. Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001. p. 27-57.

Dierks ML, Schwartz FW. Empfehlungen für eine Unterstützung der Patientensouveränität im deutschen Gesundheitswesen. In: Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, editors. Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001. p. 206-214.

Dierks ML, Siebeneick S, Röseler S, Schienkiewitz A. Empowerment und die Einflussmöglichkeiten des Nutzers im Gesundheitswesen. In: Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, editors. Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001. p. 58-88.

Dierks ML, Lerch M, Reichle C, Schwartz FW. Evidenz-basierte Patienteninformationen im Internet - Ein Beitrag zur Stärkung der Position von Patienten im Gesundheitswesen. In: Meggeneder O, Noack H, editors. Vernetzte Gesundheit. Chancen und Risiken des Internet für die Gesundheit. Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften /Bd 16. Linz: 2001. p. 203-216.

Dierks ML, Schwartz FW, Walter U. Konsumenteninformation und Patientensouveränität. In: Von Reibnitz C, Schnabel PE, Hurrelmann K, editors. Der Mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim [u.a.]: Juventa; 2001. p. 71-79.

Dierks ML, Siebeneick S, Röseler S. Patienten, Versicherte, Kunden - eine neue Definition des Patienten. In: Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, editors. Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfol-

genabschätzung in Baden-Württemberg; 2001. p. 4-26.

Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewitz A, Siebeneick S, Schwartz FW, editors. Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001

Dierks ML, Walter U, Windel I, Schwartz FW. Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention. Schriftenreihe der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Köln: BZgA; 2001

Dierks ML, Walter U, Windel I, Schwartz FW. Ziel und Struktur des Readers. In: Dierks ML, Walter U, Windel I, Schwartz FW, editors. Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention. Schriftenreihe der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Köln: BZgA; 2001. p. 13-17.

Frerichs F, Fretschner R, Hilbert J, Rohleder C, Roth G, Wismar M, Wörz M, editors. Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW. Studie im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen; 2001

Fretschner R, Hilbert J, Rohleder C, Roth G, Wismar M, Wörz M. Annahmen über zukünftige Entwicklungspfade und Beschäftigungsperspektiven des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. In: Frerichs F, Fretschner R, Hilbert J, Rohleder C, Roth G, Wismar M, Wörz M, editors. Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen; 2001. p. 114-136.

Fretschner R, Hilbert J, Rohleder C, Roth G, Wismar M, Wörz M, Erbrich M. Entwicklung von Ausbildung und Beschäftigung im Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen. In: Frerichs F, Fretschner R, Hilbert J, Rohleder C, Roth G, Wismar M, Wörz M, editors. Gesundheitswesen und

Arbeitsmarkt in NRW. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen; 2001. p. 9-98.

Gerhardus A. Entscheidungsprozesse im Gesundheitssektor: der Beitrag der Theorie der politischen Ökonomie. Frankfurt am Main: Lang; 2001

Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW. GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 18. St. Augustin: Asgard-Verlag; 2001

Krauth C, Rieger J, Schwartz FW. Kosteneinsparungspotenziale im Rettungsdienst. In: Michaelis W, editor. Der Preis der Gesundheit: wissenschaftliche Analysen, politische Konzepte; Perspektiven der Gesundheitspolitik. Landsberg: ecomed; 2001. p. 147-164.

Lerch M, Dierks ML. Gesundheitsinformation und -kommunikation als Basis für Patientensouveränität. In: Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, editors. Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001. p. 119-147.

Roth G, Wismar M. Einflussfaktoren auf die Beschäftigungsentwicklung in Nordrhein-Westfalen. In: Frerichs F, Fretschner R, Hilbert J, Rohleder C, Roth G, Wismar M, Wörz M, editors. Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen; 2001. p. 99-113.

Schienkiewitz A, Dierks ML. Beratungseinrichtungen, Patientenorganisationen und Verbraucherschutz. In: Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, editors. Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg; 2001. p. 179-205.

Schönermark M. Europa and E-Health. Implikationen für Disease-Management.

In: Todd WE, Schenk R, editors. Disease-Management im Zeichen von Europa und E-Health. Germering: W. Zuckschwerdt Verlag; 2001. p. 25-31.

Schwartz FW. Forum IV: Health Targets - A Tool to Develop Health Strategies? In: Leiner G, editor. Information and Communication in Health. European Health Forum Gastein 2000 (EHFG). Bad-Hofgastein: International Forum Gastein; 2001. p. 122-124.

Schwartz FW. Gesundheit und Chancengleichheit. Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Fachtagung Dokumentation Gesellschaft im Wandel - Sozialstaat neu gestalten. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2001. p.153-163.

Schwartz FW, Köbberling J, Raspe H, Graf von der Schulenburg MJ, editors. Health Technology Assessment. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd 20. Baden-Baden: Nomos; 2001

Schwartz FW, Köbberling J, Raspe H; Graf von der Schulenburg MJ, editors. Health Technology Assessment. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd 4. Baden-Baden: Nomos; 2001

Schwartz FW, Köbberling J, Raspe H, Graf von der Schulenburg MJ, editors. Health Technology Assessment. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd 19. Baden-Baden: Nomos; 2001

Walter U, Dierks ML, Windel I, Schwartz FW. Empfehlungen für die Zukunft - Zusammenfassender Leitfaden von Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Dierks ML, Walter U, Windel I, Schwartz FW, editors. Qualitätsmanagement in der Gesundheits-

förderung und Prävention. Schriftenreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: BZgA; 2001. p. 356-361.

Walter U, Schwartz FW. Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen, editor. Expertisen zum Dritten Altenbericht. Band I Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Leverkusen: Leske + Budrich; 2001. p. 153-261

Walter U, Schwartz FW, Dierks ML. Qualitätsmanagement in der Prävention und Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung von Möglichkeiten und Ansätzen bei Krankenkassen. In: Höfling S, Gieseke O, editors. Gesundheitsöffensive Prävention. München: 2001. p. 79-92.

Walter U, Schwartz FW, Hoepner-Stamos F. Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Dierks ML, Walter U, Windel I, Schwartz FW, editors. Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention. Schriftenreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: BZgA; 2001. p. 18-42.

Wismar M. Elemente und Politik einer richtungsweisenden zahngesundheitslichen Versorgung. In: Schneller T, Salman R, Goepel C, editors. Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Bonn: DAJ; 2001 . p. 225-234.

Wismar M, Brasseit U. Bürger, Versicherte und Patienten - Partizipation und gesundheitsziele.de. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG). (Hrsg.): Gesundheitsziele.de. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft AKA; 2001. p. 149-164.

Wismar M, Brasseit U. Gesundheitsziele im Mehrebenensystem. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG). (Hrsg.): Gesundheitsziele.de. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwick-

lung, Ausrichtung, Konzepte. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft AKA; 2001. p. 113-148.

Wismar M, Brasseit U, Angele S. Multi-sektorale Ausrichtung von Gesundheitszielen. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG), editors. Gesundheitsziele.de. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft AKA; 2001. p. 39-50.

Wismar M, Brasseit U, Angele S. Ressort-übergreifende Koordinierung. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG), editors. Gesundheitsziele.de. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft AKA; 2001. p. 101-112.

Wismar M, Brasseit U. Ressourcen ins Ziel lenken. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG),

editors. Gesundheitsziele.de. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft AKA; 2001. p. 183-196.

Wismar M, Brasseit U, Ollenschläger G, Angele S. Verfahren und Kriterien zur exemplarischen Auswahl von Gesundheitszielen. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG), editors. Gesundheitsziele.de. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft AKA; 2001. p. 17-38.

### **Abstracts**

2001 wurden 23 Abstracts publiziert.

### **Habilitationen**

PD Dr. med. Martin Schlaud: Netzwerke von Beobachtungspraxen als epidemiologische Methode. ("Sozialmedizin, Epidemiologie").

PD Dr. phil. Ulla Walter: Prävention in der zweiten Lebenshälfte – Grundlagen, Potentiale, Rahmenbedingungen und Umsetzung. ("Public Health").

### **Dissertationen**

Dr. med. Eva-Maria Waloch: Operationen bei Kindern bis zum Einschulungsalter - medizinische, sozioökonomische und regionale Determinanten. 2001

Dr. med. Thorsten Körner: Lebensqualität und Kostenanalysen in der Therapie der Infektion mit dem Humanen Immundefizienz Virus. 2001

### **Magisterarbeiten**

Dipl.-Ök. Erbrich Malte (MPH): Kann die Landespolitik positive Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen haben? Determinanten des Paradigmenwechsels in der Gesundheitspolitik am Beispiel des stationären Sektors in Nordrhein-Westfalen. 2001

Dr. Ursula von der Leyen (MPH): Health Technology Assessment zur CPAP-Therapie des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms. 2001

Katharina Dahl (MPH): Zufriedenheit der Patienten in der integrierten ambulanten Versorgung. 2001

Dr. med. Thorsten Körner (MPH): Benchmarking für Krankenhäuser: Methoden - Probleme - Perspektiven. 2001

Dr. med. Stefan Teske (MPH): Health Technology Assessment zur Diagnostik des obstruktiven Schlafapnoesyndromes. 2001