



# Tätigkeitsbericht

## 2004 – 2005



ZVFK  
Zentrum für  
Versorgungsforschung  
Köln

Medizinische Fakultät  
der Universität  
zu Köln

**Herausgeber**

ZVFK Zentrum für Versorgungsforschung Köln  
Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

Eupener Str. 129  
50933 Köln

Sprecher: Prof. Dr. Holger Pfaff

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>Das ZVFK</b>	<b>4</b>
Darstellung des ZVFK	4
Organigramm des ZVFK	5
Organe des ZVFK	6
Mitgliedseinrichtungen	8
Forschungsschwerpunkt Versorgungsforschung	12
Die Geschäftsstelle des ZVFK	15
<b>Forschungsprojekte und -kooperationen</b>	<b>23</b>
<b>Aktuelle Forschungsprojekte der Geschäftsstelle</b>	<b>23</b>
Akzeptanz-Untersuchung zur Gesundheitskarten-Einführung (AUGE)	24
Behandlungsverläufe bei Akutem Koronarsyndrom und Schlaganfall (BAKS)	27
Cologne Smoking Study (CoSmoS)	31
Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe (INA-Studie)	37
Institutionelles Wohnen und Empowerment – Chance statt Widerspruch. Teilhabe fördern – selbstbestimmt leben.	39
Qualitative Evaluation der psychoonkologischen Versorgung von Haus LebensWert e.V.	40
Zusammenhang zwischen ärztlicher Empathie und psychosozialen Outcomes bei Patienten mit Bronchial-, Ösophagus-, Kolorektal-, Mamma-, Prostata- und Hautkarzinom	44
Evaluation des Modellprojekts zu ausgewählten kardiologischen Leistungen im Freistaat Sachsen	45
<b>Auswahl an Versorgungsforschungsprojekten der Mitgliedseinrichtungen</b>	<b>47</b>
<b>Forschungskooperationen</b>	<b>49</b>
Patient Care Evaluation – Peripheral Arterial Disease (PACE-PAD)	49
Kölner Infarkt Modell (KIM)	49
<b>Veranstaltungen, Vorträge und Veröffentlichungen</b>	<b>51</b>
Kolloquium Klinische und Versorgungsforschung	51
Vorträge	53
Poster	57
Veröffentlichungen	58
<b>Externe Aktivitäten</b>	<b>60</b>
Clearingstelle Versorgungsforschung NRW	60
Arbeitskreis zur Versorgungsforschung des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer	61
Ständige Kongresskommission „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“	64
Memorandum II zur Versorgungsforschung	67



# Vorwort

Das Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) freut sich, einen Bericht über die Tätigkeiten der Jahre 2004 – 2005 vorlegen zu können. Der vorliegende Tätigkeitsbericht schließt an den vor zwei Jahren vorgelegten Tätigkeitsbericht 2001 – 2003 an. Er macht deutlich, dass es dem ZVFK gelang, attraktive Forschungsprojekte zu akquirieren. Dadurch wurde nicht nur der Kreis der Drittmittelgeber bedeutsam ausgeweitet (Helmholtz-Gemeinschaft, Ärztekammer Nordrhein, AOK, Brüsseler Kreis, Pharmabranche etc.), sondern auch der Kreis der aktiv an Projekten beteiligten ZVFK-Mitgliedseinrichtungen und Universitätskliniken erweitert. Eine fruchtbare Forschungsk Kooperation besteht zudem mit der WISO-Fakultät der Universität zu Köln.

Mit unseren Forschungsthemen begleiten wir aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen wie z.B. die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, die Neugestaltung der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und die genetische Prädiktion im Rahmen der präventiven Versorgung. Neben der Akquise von Forschungsprojekten bestand ein Schwerpunkt der vergangenen zwei Jahre darin, eine methodische Infrastruktur für die Mitgliedseinrichtungen aufzubauen. So bietet das ZVFK seinen Mitgliedseinrichtungen und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln eine Fragebogendatenbank an. Eine weitere wichtige Entwicklung stellt die Zusammenführung des ZVFK- und des KKSK-Kolloquiums zur Kolloquiumsreihe „Klinische und Versorgungsforschung“ dar. Hier ergibt sich in idealer Weise die Möglichkeit, sowohl klinische Forschung als auch Versorgungsforschung thematisch zu diskutieren, gemeinsame methodische Probleme zu besprechen und die universitätsinterne Zusammenarbeit zu stärken.

Die Vernetzung des ZVFK nach außen gelang auf mehreren Ebenen. Die vom Land Nordrhein-Westfalen eingerichtete Clearingstelle Versorgungsforschung NRW hat seit dem Jahr 2004 einen ihrer beiden Standorte an der Universität zu Köln. Darüber hinaus ist das ZVFK personell in der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer vertreten und trägt so dazu bei, die Versorgungsforschung in Deutschland von ärztlicher Seite zu etablieren. Die seit dem Jahr 2003 bestehende Aufgabe des ZVFK als Koordinierungsstelle für die Ständige Kongresskommission des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, der inzwischen 33 Fachgesellschaften (z.B. Deutsche Krebsgesellschaft) angehören, trägt weiter Früchte. So ist die Ausrichtung der durch die Kölner Initiative angestoßenen Kongressreihe inzwischen bis in das Jahr 2009 gesichert. Darüber hinaus hat das von der Kommission verabschiedete Memorandum zur Versorgungsforschung hohe Verbreitung gefunden. Aktuell wurde daraufhin ein zweites Memorandum verabschiedet.

In dem vorliegenden Tätigkeitsbericht werden diese Aktivitäten im Einzelnen beschrieben und erläutert. Wir wollen den hier beschriebenen Weg konsequent weitergehen und freuen uns sehr über jede Form der Unterstützung. Danken möchte ich an dieser Stelle der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln für die finanzielle und ideelle Unterstützung, den Mitgliedern des Kuratoriums und des Beirates des ZVFK für ihre konstruktive Begleitung und Beratung, den Drittmittelgebern für Ihr Vertrauen in unsere Arbeit sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und den Mitgliedseinrichtungen des ZVFK für das gezeigte hohe Engagement.



Prof. Dr. H. Pfaff

Sprecher des Zentrums

# Das ZVFK

## Zentrum für Versorgungsforschung Köln

### Wer sind wir?

Das Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) ist ein Zusammenschluss von mittlerweile zehn Institutionen der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Es verbindet die Fächer Allgemeinmedizin, Epidemiologie, Gesundheitsökonomie, Lebensqualität, Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Medizinische Statistik und Informatik, Primärmedizinische Versorgung (PMV), Psychiatrie, Psychosomatik, Qualitätsmanagement, Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie Palliativmedizin.

### Ziele des Zentrums

Mit der Bündelung der Fachkompetenzen wird das Hauptziel verfolgt, eine leistungsfähige Versorgungsforschung zu betreiben, die Grundlagen- und Anwendungsorientierung verbindet. Ein wichtiges Ziel ist in diesem Rahmen die wissenschaftliche Untersuchung der relativen Wirksamkeit (effectiveness) von Behandlungsmethoden, Verfahren, Leitlinien und komplexen Strategien im Gesundheitswesen. Zu den Aufgaben des Zentrums gehört es, die Versorgungsrealität zu beschreiben und zu erklären, um darauf aufbauend wirksame Verfahren der Implementation von Versorgungskonzepten zu entwickeln und wissenschaftlich zu evaluieren.

### Leitbild des Zentrums

Das Leitbild des Zentrums ist die „lernende Versorgung“. Die Aktivitäten der beteiligten Einrichtungen sollen langfristig dazu beitragen, die Gesundheits- und Krankenversorgung in ein lernendes System zu verwandeln, das in der Lage ist, Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit kontinuierlich zu verbessern.

### Profil des Zentrums

Die besondere Stärke des Zentrums liegt in der Kooperation zwischen klinischer Forschung und Public Health-Forschung. Das ZVFK kann zu diesem Zweck z.B. auf das leistungsstarke Koordinierungszentrum für Klinische Studien Köln (KKSK) zurückgreifen. Ein weiteres Charakteristikum ist die konsequente Ausrichtung auf den Aspekt der Umsetzung klinischer Konzepte in Krankenhäusern und Arztpraxen. Die Methoden- und Organisationsentwicklungskompetenz der beteiligten Einrichtungen und die Kooperationsbeziehungen zur Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln können dazu in idealer Weise genutzt werden.

### Leistungen des Zentrums

Mit dem Zentrum für Versorgungsforschung wird das Prinzip der Matrixorganisation in die medizinische Forschung eingeführt, indem die fachspezifische mit der methodischen Orientierung vernetzt wird. Die Grundidee ist, die vorhandene Kernkompetenz der beteiligten Einrichtungen durch das Zentrum problemorientiert nutzen zu können und dadurch Synergieeffekte freizusetzen.

Von dem Zentrum für Versorgungsforschung Köln können Drittmittelgeber aus dem staatlichen und aus dem privaten Bereich daher folgende Leistungen erwarten:

- Eine koordinierte Bearbeitung multidisziplinärer Forschungsfragestellungen (*Forschungsfunktion*)
- eine Vermittlung problemlösender Forschungskontakte (*Maklerfunktion*) und
- eine fundierte Beratung bei der Entwicklung von Versorgungskonzepten (*Beratungsfunktion*)

### Neues Leistungsangebot:

#### Informationsvermittlungsservice

In den letzten beiden Jahren konnte das Team der Geschäftsstelle des ZVFK außerdem eine umfassende Fragebogendatenbank zusammentragen, in welcher Interessenten nach themenspezifischen Messinstrumenten recherchieren können. Das ZVFK bietet in diesem Zusammenhang den wissenschaftlichen Mitarbeitern seiner Mitgliedseinrichtungen sowie den wissenschaftlichen Mitarbeitern der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln gerne Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Fragebogen, Skalen und Tests an. Die Datenbank umfasst Messinstrumente aus folgenden Themenbereichen:

- Sozialwissenschaften
- Medizinische Soziologie
- Klinische Psychologie
- Gesundheitspsychologie
- Sozialpsychologie
- Differentielle Psychologie
- Arbeits- und Sozialmedizin
- Verhaltensmedizin

Bei Interesse an einer Recherche in unserer Fragebogendatenbank wenden Sie sich bitte an unser Sekretariat (02 21) 478-97 101. Dort können Sie einen Termin für die Einweisung in die Fragebogendatenbank vereinbaren.

#### ZVFK Zentrum für Versorgungsforschung Köln

Prof. Dr. Holger Pfaff  
(Sprecher)  
Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl  
(Stellvertretender Sprecher)



#### Geschäftsstelle

Eupener Str. 129 · 50933 Köln  
Fon 0221 478-97 100 · Fax 0221 478-97 118

#### Schwerpunkt Allgemeinmedizin

Dr. A.W. Bödecker, Dr. J. Robertz

#### Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE)

Dir. Prof. Dr. Dr. K.W. Lauterbach  
Dr. M. Lungen (komm. Leiter seit 17.10.2005)

#### Arbeitsgruppe Lebensqualität

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Prof. Dr. E. Steinmeyer, Dir. Prof. Dr. J. Klosterkötter

#### Abteilung Medizinische Soziologie

Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin  
Prof. Dr. H. Pfaff

#### Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie (IMSIE)

Dir. Prof. Dr. W. Lehmacher

#### Zentralbereich Medizinische Synergien Qualitätsmanagement

Leiter Dr. U. Paschen (bis 13.06.2005)  
Dr. Th. Groß (komm. Leiter seit 14.06.2005)

#### Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin

Prof. Dr. R. Voltz

#### Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Dir. Prof. Dr. G. Lehmkuhl

#### PMV forschungsgruppe

Dr. I. Schubert

#### Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Dir. Prof. Dr. K. Köhle (bis 31.03.2005)  
Leiter Dr. C. Albus (seit 01.04.2005)

#### Medizinische Psychologie

Prof. Dr. V. Tschuschke

#### Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Geschäftsführender Dir. Prof. Dr. M.J. Noack

#### Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

# Organe

## Der geschäftsführende Vorstand

### **Prof. Dr. H. Pfaff**

(Sprecher)

Leiter Abteilung

Medizinische Soziologie

Universität zu Köln

### **Prof. Dr. G. Lehmkuhl**

(Stellvertretender Sprecher)

Klinik und Poliklinik für

Psychiatrie und Psychotherapie

des Kindes- und Jugendalters

Universität zu Köln

## Der Vorstand

Dem Vorstand des Zentrums für Versorgungsforschung Köln obliegt die Leitung des ZVFK und die Wahl des Sprechers bzw. der Sprecherin.

Die Sprecher und die Leiter der Mitgliedseinrichtungen setzen als Mitglieder des Vorstandes die Beschlüsse der Mitgliederversammlung um und stellen den Kontakt zu Kuratorium und Beirat sicher.

### **Dr. med. C. Albus**

Leiter der Klinik und Poliklinik für

Psychosomatik und Psychotherapie

Universität zu Köln

### **Dr. med. A.W. Bödecker**

Schwerpunkt Allgemeinmedizin

Universität zu Köln

### **Dr. T. Gross**

Komm. Leiter

Zentralbereich Medizinische Synergien

Universität zu Köln

### **Prof. Dr. J. Klosterkötter**

Stellvertretender Ärztlicher Direktor

Direktor Klinik und Poliklinik für

Psychiatrie und Psychotherapie

Universität zu Köln

### **Prof. Dr. Dr. K.W. Lauterbach**

Direktor Institut für

Gesundheitsökonomie und Klinische

Epidemiologie (IGKE)

Universität zu Köln

### **Prof. Dr. Dr. W. Lehmacher**

Direktor Institut für Medizinische

Statistik, Informatik und Epidemiologie

(IMSIE)

Universität zu Köln

### **Prof. Dr. G. Lehmkuhl**

Klinik und Poliklinik für

Psychiatrie und Psychotherapie

des Kindes- und Jugendalters

Universität zu Köln

### **Prof. Dr. M.J. Noack**

Geschäftsführender Direktor

Zentrum für Zahn-, Mund- und

Kieferheilkunde

Universität zu Köln

### **Prof. Dr. H. Pfaff**

Leiter Abteilung

Medizinische Soziologie

Universität zu Köln

### **Dr. med. J. Robertz**

Schwerpunkt Allgemeinmedizin

Universität zu Köln

### **Dr. I. Schubert**

Leiterin PMV forschungsgruppe

Universität zu Köln

### **Prof. Dr. E. Steinmeyer**

Leiter Sektion

Experimentelle Psychopathologie

Universität zu Köln

### **Prof. Dr. V. Tschuschke**

Leiter der Arbeitsgruppe

Medizinische Psychologie

Universität zu Köln

### **Prof. Dr. R. Voltz**

Direktor der Klinik und

Poliklinik für Palliativmedizin

Universität zu Köln



**Der Beirat**

Der Beirat des Zentrums für Versorgungsforschung Köln besteht aus von der eigenen Fakultät bestimmten Vertretern der Fakultät, die das ZVFK wissenschaftlich beraten und der Fakultät über die Aktivitäten des ZVFK berichten. Auf diese Weise ist zusätzlich eine Vernetzung in das eigene Klinikum sichergestellt.

**Prof. Dr. V. Diehl (Emeritus)**

Vormals: Klinik I für Innere Medizin  
Klinikum der Universität zu Köln

**Prof. Dr. E. Erdmann**

Klinik III für Innere Medizin  
Klinikum der Universität zu Köln

**Prof. Dr. T. Krieg**

Klinik und Poliklinik  
für Dermatologie und Venerologie  
Klinikum der Universität zu Köln

**Prof. Dr. M. Krönke**

Institut für Medizinische Mikrobiologie,  
Immunologie und Hygiene  
Klinikum der Universität zu Köln

**Dr. U. Paulus**

Leiterin des Koordinierungszentrums  
Klinische Studien Köln (KKSK)  
Universität zu Köln

**N. Prümm**

Verbindungsstelle  
Medizinische Fakultät  
Klinikum der Universität zu Köln

**Prof. Dr. W. Rübmann**

Abteilung für Schielbehandlung  
und Neuroophthalmologie  
Klinikum der Universität zu Köln

**Das Kuratorium**

Das Kuratorium des Zentrums für Versorgungsforschung Köln berät das ZVFK in wissenschaftlichen und strategischen Fragen. Es ist aus anerkannten Fachleuten zusammengesetzt, die nicht der eigenen Fakultät angehören und vernetzt somit das ZVFK mit der deutschen Forschungslandschaft.

**Prof. Dr. B. Badura**

Fakultät für  
Gesundheitswissenschaften  
Universität Bielefeld

**Dr. L. Hansen**

1. Vorsitzender Kassenärztliche  
Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf,  
und Stellvertretender Vorsitzender der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung,  
Köln

**Prof. Dr. W. Lorenz**

Institut für Theoretische Chirurgie  
Klinikum der Philipps-Universität  
Marburg

**Prof. Dr. Dr. H.-H. Raspe**

Institut für Sozialmedizin  
Universitätsklinikum Lübeck

**Prof. Dr. M. Schrappe**

Dekan der Fakultät für Medizin  
Universität Witten-Herdecke

**B. Schulte**

Vorstand für Krankenpflege  
und Patientenservice  
Universitätsklinikum  
Schleswig-Holstein

**Dr. H. Schulte-Sasse**

Staatssekretär für Gesundheit  
und Verbraucherschutz  
Senatsverwaltung für Gesundheit,  
Soziales und Verbraucherschutz,  
Berlin

**Prof. Dr. F. Schulz-Nieswandt**

Seminar für Sozialpolitik  
Universität zu Köln

**Prof. Dr. Dr. P.C. Scriba**

Medizinische Klinik  
Klinikum der Innenstadt der  
Universität München

**Dr. C. Straub**

Mitglied des Vorstandes  
Techniker Krankenkasse  
Hauptverwaltung Hamburg

**Prof. Dr. O. von dem Knesebeck**

Institut für Medizin-Soziologie  
Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

**PD Dr. D. Ziegenhagen**

Deutsche Krankenversicherung AG  
Hauptverwaltung Köln

# Mitgliedseinrichtungen

Die Mitgliedseinrichtungen des ZVFK verfügen über eine Reihe sich ergänzender Kernkompetenzen, die im Rahmen der skizzierten Forschungs- und Beratungsleistungen des Zentrums einzeln oder kombiniert mit den Kompetenzen anderer Einrichtungen eingebracht werden können.

---

## Schwerpunkt Allgemeinmedizin

Dr. A.W. Bödecker, Dr. J. Robertz

Der „Schwerpunkt Allgemeinmedizin“ wurde im Jahre 2003 eingerichtet, um die neuen und erweiterten Anforderungen an die universitäre Lehre des Faches erfüllen zu können.

Als typischerweise nicht an die Klinik gebundenes Fach wird der Schwerpunkt repräsentiert durch zwei „Praktiker“, die zum einen in vollem Umfang ihre hausärztliche Praxis betreiben und zum andern – bereits seit über zehn Jahren – die Lehre der Allgemeinmedizin an der Kölner Universität aufrechterhalten haben.

Aufgrund der neuen Approbationsordnung war die Gestaltung des Studentenunterrichts erheblich zu erweitern; so entstand das Projekt „StudiPat“, eine vierjährige Patientenbegleitung in einer Hausarztpraxis. Dazu bedarf es der kontinuierlichen Akquise von Ausbildungspraxen und eines nicht unerheblichen Betreuungsaufwandes.

Dem Aspekt der Forschung wird in zunehmendem Maße Rechnung getragen, als Fragestellungen der Praxistätigkeit formuliert und akzentuiert vorgebracht werden, um die Kluft zwischen der (Klinik-) Wissenschaft und dem Versorgungsalltag in der ambulanten Medizin zu überbrücken, nicht zuletzt unter Zuhilfenahme eines großen und unselektierten Datenpools aus den assoziierten Praxen.

---

## Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie

Dir. Prof. Dr. Dr. K.W. Lauterbach

Dr. M. Lungen (komm. Leiter seit 17.10.2005)

Schwerpunkte des IGKE sind neben der Versorgungsforschung die Bereiche Gesundheitspolitik, Evidenzbasierte Medizin, Prävention chronischer Krankheiten und Sozialethik. Im Bereich Versorgungsforschung finden sich folgende Schwerpunkte:

- Modellierung der Kosten und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität (Gandjour)
- Leistungsanalyse, Leistungsvergleich und Qualitätsindikatoren in der stationären Versorgung (Plamper)
- Mindestmengen in der ärztlichen Versorgung (Gandjour, Gerber, Lungen)
- Präventionsversorgung (insbesondere Tabak- und Schulprävention) (Klever-Deichert, Plamper)

---

## Arbeitsgruppe Lebensqualität

### Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Prof. Dr. E. Steinmeyer, Dir. Prof. Dr. J. Klosterkötter

Die Arbeitsgruppe Lebensqualität behandelt folgende Themen:

- Evaluation medizinischer Verfahren unter besonderer Hervorhebung der Lebensqualität der Patienten
- Versorgungsforschung in der Psychiatrie

---

## Abteilung Medizinische Soziologie

### Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin

Prof. Dr. H. Pfaff

Die Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin hat die Forschungsschwerpunkte „Arbeit und Gesundheit“, „Versorgungsforschung“, „Organisationsforschung“ und „Methodenforschung“. Diese Schwerpunkte bieten den wissenschaftlichen Rahmen für vier Arbeitsgruppen. Die Arbeitsgruppe „Diagnose und Evaluation im Gesundheitswesen“ beschäftigt sich in erster Linie mit Befragungen der verschiedenen Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen und mit Krankenhausforschung allgemein. Die Befragungsmethoden und modularen

Instrumente zur Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragung werden ständig weiterentwickelt. In der Arbeitsgruppe „Arbeit und Gesundheit“ wird das Thema betriebliche Gesundheitsförderung bearbeitet. Derzeit läuft ein Projekt, welches die Gesundheitspolitik in Banken und Versicherungen zum Inhalt hat. Die Arbeitsgruppe „Partizipation im Gesundheitswesen“ beschäftigt sich mit Grundlagenforschung im Bereich der Arzt-Patient-Interaktion. Die Arbeitsgruppe „Sozial- und Versorgungsepidemiologie“ beschäftigt sich mit der Fragestellung, welche Einflüsse soziale Bedingungen auf die Entstehung, den Verlauf und die Versorgung von Krankheit bzw. Gesundheit haben. Die inhaltlichen Schwerpunkte werden auf der methodischen Seite durch die Fokussierung auf quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung bzw. Epidemiologie ergänzt.

**Institut für Medizinische Statistik,  
Informatik und Epidemiologie (IMSIE)**

Dir. Prof. Dr. W. Lehmacher

Die Arbeit des IMSIE umfasst folgende Bereiche:

- Beratung und Mitarbeit bei Fragen der medizinischen Statistik, Informatik und Epidemiologie

- Einbringung der Leistungen des Koordinierungszentrums für Klinische Studien Köln (KKSK)
- Sicherstellung der Einhaltung von Maßstäben der „Good Clinical Practice (GCP)“ und der „Good Epidemiological Practice (GEP)“ in Studien der Versorgungsforschung

**Zentralbereich Medizinische Synergien**

Dr. Th. Groß (komm. Leiter)

Der Zentralbereich Medizinische Synergien fasst vier Bereiche zusammen, die sich gegenseitig ergänzen und befruchten:

**Qualitätsmanagement**

Das Qualitätsmanagement für das Klinikum sammelt die gültigen Regeln, wie Dienstanweisungen, Standards, Prozessbeschreibungen, Arbeitsbeschreibungen etc. und pflegt sie ins QM-Handbuch ein. Ziel ist es, die Qualität der Behandlung im Klinikum nachweisbar zu machen, die Einarbeitung neuer Mitarbeiter zu erleichtern und die Prozesse kostengünstiger zu designen. Zum QM gehört als feste Einrichtung das Beschwerdemanagement für Patienten, der Ideenwettbewerb für Mitarbeitervorschläge und Unerwünschte Ereignisse als Kern eines medizinisches Riskmanagements.

**Medizinisches Controlling**

Das Medizinische Controlling berichtet die DRG-Kennzahlen wie Fallzahlen, DRGs, Zu- und Abschlüsse, Casemix etc. monatlich nach Kliniken an das Betriebscontrolling. Des weiteren werden die externe Qualitätssicherung koordiniert und der gesetzliche Qualitätsbericht erstellt. Die MDK Anfragen der Kostenträger werden durch das Medizin Controlling begleitet.

Die Medical Koder erfassen die Zusatzentgelte und prüfen die Abschlusskodierung der abgeschlossenen Fälle. Somit werden wesentliche Erlöse für das Klinikum gesichert und die Ärzte in ihrer Arbeit entlastet.

**Interdisziplinäres Bildungszentrum – Fort- und Weiterbildung**

Das IBZ organisiert und veranstaltet sowohl gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungen für Mitarbeiter als auch Seminarreihen (z.B. Projektmanagement).

**Schulen**

Die nichtakademische medizinische Ausbildung ist im Zentralbereich zusammengefasst. Als staatlich anerkannte Fachschulen sind am Klinikum z.B. die Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule, die Schule für Physiotherapie, die Schule für Medizinisch Technische Laborassistenz (MTLA) und die Schule für Medizinisch Technische Radiologieassistenz (MTRA) angesiedelt.

**Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin**

Prof. Dr. R. Voltz

Schwerkranken und sterbenden Menschen eine adäquate menschliche und hochqualifizierte medizinische Versorgung zu gewährleisten und trotz fortschreitender Erkrankung ein Leben in Würde und ein angstfreies Sterben zu ermöglichen, stellt eine der Hauptaufgaben der Palliativmedizin dar. Hierzu wird eine Vernetzung der beteiligten Berufsgruppen, aber auch der Angebotsstrukturen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich angestrebt.

Die neue Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin der Universität zu Köln widmet einen zentralen Forschungsbereich der Analyse

palliativmedizinischer Angebotsstrukturen mit der Fragestellung, ob und inwieweit ein spezialisiertes Angebot eine Veränderung oder Verbesserung in der Versorgung schwerkranker und sterbender onkologischer, aber auch nicht-onkologischer Patienten mit sich bringt.

Die bereits angebotenen und die neu zu implementierenden palliativmedizinischen Strukturen sollen sich flexibel an die individuellen Bedürfnisse der Patienten anpassen, so dass der Patient mit seinen Angehörigen zusammen die letzte Lebensphase so gestalten kann, wie und wo er es sich wünscht. Diesen Effekt zu beleuchten wird eine Aufgabe der Projekte der Versorgungsforschung an der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin in Köln sein.

---

### **Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters**

Dir. Prof. Dr. G. Lehmkuhl

#### **PMV forschungsgruppe**

Dr. I. Schubert

Die PMV forschungsgruppe ist seit 1994 an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln angesiedelt und arbeitet schwerpunktmäßig zu gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen, vorrangig im Bereich der ambulanten Versorgung.

Kernkompetenzen der Forschungsgruppe liegen in der Konzeption und Erhebung von personenbezogenen Stichproben, insbesondere auf der Basis von GKV-Daten (Versichertenstichproben) sowie in ihrer Nutzung für Fragen der Versorgungsepidemiologie und Qualitätsforschung. Die versorgungsepidemiologischen Projekte mit Fokus auf chronische Erkrankungen untersuchen Fragestellungen wie

- Krankheitshäufigkeiten und deren zeitliche Entwicklung
- Art, Umfang und Qualität der Versorgung
- Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten
- Art und Umfang ärztlich verordneter Arzneimittel
- Analyse der Krankheitskosten

Datenbasis für sektorübergreifende versorgungsepidemiologische Untersuchungen bildet gegenwärtig die auf zehn Jahre konzipierte Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. Sie beruht auf einer Kooperation zwischen der AOK Hessen – Die Gesundheitskasse, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, dem Hessischen Sozialministerium und der PMV forschungsgruppe. Die Ergebnisse der Studien werden von den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen für Steuerungs- und Managementaufgaben genutzt.

Die Projekte der PMV forschungsgruppe zur Versorgungsforschung und Gesundheitsberichterstattung, zur Entwicklung und Umsetzung von Konzepten der Qualitätsförderung in der ambulanten Versorgung (datengestützte Pharmakotherapiezyklen, hausärztliche Leitlinienentwicklung) sowie zur Arzneimittelverbrauchsforschung stellen Bausteine der Public Health Forschung an der Universität Köln dar.

---

### **Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie**

Leiter Dr. C. Albus

Die Einrichtung ist selbständiges Mitglied der Kliniken der Universität zu Köln und erfüllt Aufgaben in Patientenversorgung, Lehre und Forschung. Klinische Aufgaben bestehen in ambulanter oder stationärer Behandlung von psychoneurotischen und psychosomatischen Störungen bei Erwachsenen. In der Lehre ist das Gebiet Bestandteil der Pflicht-Curricula im Rahmen des Medizinstudiums, ferner werden ärztliche Kernkompetenzen wie Gesprächsführung und Anamnese-Technik vermittelt und das Fach beteiligt sich an interdisziplinären „Kompetenzfeldern“. Forschungsansätzen liegt ein bio-psycho-sozialer Ansatz zugrunde, Fragestellungen der Versorgungsforschung finden zunehmend Berücksichtigung.

In der ambulanten klinischen Versorgung erfüllt die Einrichtung v.a. diagnostische und beratende Aufgaben als Vermittler zwischen dem primärärztlichen und dem psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgungssystem. Leistungen der stationären Versorgung sind für Patienten vorgesehen, bei denen eine ambulante Therapie nicht ausreichend oder nicht indiziert ist (z.B. schwere psychogene Essstörungen, schwere somatoforme Störungen, Krisen im Rahmen ambulanter Psychotherapie, schwere psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen).

Im Rahmen einer multimodalen Intensivpsychotherapie werden Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Milieuthérapie, körperbezogene Verfahren sowie Gestaltungs- und Musiktherapie angeboten, ggf. ergänzt um Medikation.

Die Klinik unterhält ferner einen Konsil- und Liaisondienst, der im Auftrag der anfordernden somatischen Kliniken Aufgaben in der Diagnostik und Therapie aller Störungen des Fachgebietes übernimmt. Dies umfasst auch die Unterstützung bei der Indikationsklärung sowie Mitbehandlung bei komplexen medizinischen Maßnahmen wie z.B. Organtransplantationen, Gastric-Banding und Diabetiker-Schulungen.

In Rahmen der Lehre beteiligen wir uns aktiv mit innovativen Lehr- und Prüfkonzepten wie z.B. eines Multimedia-Ansatzes zur Förderung der ärztlichen Gesprächskompetenz und Durchführung von OSCE und Triple-Jump-Prüfungen.

Wissenschaftliche Schwerpunkte sind die Erforschung psychischer Faktoren in Genese und Verlauf körperlicher Erkrankungen (z.B. Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Tumoren, Organtransplantationen, chronische Schmerzen, HIV-Infektion) sowie der Einfluss neuartiger Behandlungen und Versorgungskonzepte auf deren Verlauf.

**Arbeitsgruppe Medizinische Psychologie in der  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie**

Prof. Dr. V. Tschuschke

In der seit 1997 bestehenden Arbeitsgruppe werden neben der Lehre im Fach Medizinische Psychologie folgende Schwerpunkte im Bereich der Forschung bearbeitet:

**Psychoonkologie**

In diesem Arbeitsgebiet stehen Fragen nach dem Einfluss gruppenpsychologischer Interventionen auf Lebensqualität, Krankheitsbewältigung (Coping und Abwehr) und rezidivfreiem Überleben, insbesondere bei Patientinnen mit primärem Mamma-CA, im Vordergrund.

**Psychotherapieforschung**

In diesem Arbeitsgebiet wird der Frage nach der Wirksamkeit und Effizienz psychologischer Interventionen (Einzel- und Gruppenpsychotherapie im ambulanten und stationärem Setting) bei verschiedenen Krankheitsbildern nachgegangen.

**Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde**

Geschäftsführender Dir. Prof. Dr. M.J. Noack

Im folgenden werden die Schwerpunkte der verschiedenen Einrichtungen des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vorgestellt:

**Klinik und Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie  
und für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie**

(Prof. Dr. Dr. J.E. Zöller)

Neben dem Schwerpunkt Implantologie hat die craniofaziale Chirurgie am Standort Köln für die interdisziplinäre Betreuung von angeborenen Fehlbildungen überregionale Bedeutung. Fragestellungen im Rahmen der Versorgungsforschung widmen sich der Akzeptanz und Compliance dieser Therapieformen.

**Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie**

(Prof. Dr. M.J. Noack)

Schwerpunkt ist ein präventionsorientiertes Sanierungskonzept inklusive einer minimal-invasiven Therapie. In den Bereichen Parodontologie und Kinderzahnheilkunde bilden mögliche Interaktionen zwischen oralen und systemischen Erkrankungen besondere Schwerpunkte. Neben den Fragestellungen in der Prävention wird versucht, das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung insbesondere an der Thematik Diagnostik und Therapieentscheidungen zu bestimmen.

**Poliklinik für zahnärztliche Prothetik**

(Prof. Dr. W. Niedermeier)

Aufgrund der demographischen Entwicklung der Bevölkerung stellen die Versorgungsaufgaben im Rahmen der Alterszahnheilkunde eine zunehmende Herausforderung dar. Die prothetische Versorgung ist dabei zentrale Aufgabe und hat unmittelbaren Einfluss auf die Lebensqualität.

**Poliklinik für Kieferorthopädie**

(Prof. Dr. B. Braumann)

Neben der Behandlung von Dysgnathien besteht ein Schwerpunkt in der interdisziplinären Betreuung angeborener Fehlbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich. Die Dauerhaftigkeit des erreichten kieferorthopädischen Therapieerfolgs wurde in Langzeitstudien überprüft.

**Vorklinische Zahnheilkunde**

(Prof. Dr. Th. Kerschbaum)

Beratung für das Fach Prothetik bei der vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV); Kalibrierungsuntersuchung; Neudefinition prothetische Variablen; Felduntersuchung zur Reliabilität an 4 Untersuchungspunkten in Deutschland im Jahre 2005. Kooperation mit dem Institut für Gesundheitsökonomie zum Thema "Technology assessment in dentistry – a comparison of the longevity and cost-effectiveness of inlays".

# Forschungsschwerpunkt Versorgungsforschung

## 1. Definition der Versorgungsforschung

Eine rationale Gesundheitspolitik erfordert wissenschaftlich abgesicherte Informationen über die aktuelle Versorgungssituation und alle einflussnehmenden Faktoren, damit fundierte Entscheidungen getroffen werden können. Benötigt wird z.B. Wissen darüber, ob bereits beschlossene Versorgungskonzepte vollständig umgesetzt werden, wie diese Umsetzung verbessert werden kann und wie effektiv und effizient die eingeführten Versorgungskonzepte insgesamt sind. Dieses Wissen bereitzustellen, ist Aufgabe der Versorgungsforschung. Versorgungsforschung kann definiert werden als ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert. Gegenstand der Versorgungsforschung ist die „letzte Meile“ des Gesundheitssystems: die konkrete Kranken- und Gesundheitsversorgung in den Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen, in deren Rahmen die Versorgungsleistungen gemeinsam mit dem Patienten erbracht werden. Unter Krankenversorgung wird die medizinische und psychosoziale Betreuung, Pflege, Diagnose, Behandlung und Nachsorge eines kranken Menschen verstanden. Gesundheitsversorgung ist Krankenversorgung plus präventive Versorgung. Die präventive Versorgung umfasst durch Gesundheitseinrichtungen und -fachkräfte erbrachte Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Versorgungsforschung untersucht den „Input“ (z.B. Ressourceneinsatz, Versorgungsbedarf), den „Throughput“ (Versorgungsstrukturen und -prozesse), den „Output“ (erbrachte Versorgungsleistungen) und das „Outcome“ (z.B. Gesundheits- und Lebensqualitätsgewinn) des Versorgungssystems und die Beziehungen zwischen diesen Größen (vgl. Abb. 1). Kennzeichen der Versorgungsforschung ist die Fokussierung auf die Alltagspraxis der Versorgung. Besonderes Gewicht haben dabei Erkenntnisse aus den Organisationswissenschaften sowie die Verknüpfung von Medizin und Sozialwissenschaften. Grundsätzlich ist die unmittelbare gesundheitspolitische Entscheidungsrelevanz der Forschungsergebnisse von zentraler Bedeutung.

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Versorgungsforschung liegen unter anderem auf folgenden Themengebieten: Versorgungsbedarf, Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen, Organisation der Versorgungsstrukturen und -prozesse, Einsatz von Gesundheitstechnologien sowie Wirtschaftlichkeit, Qualität und Wirksamkeit der Versorgung.

Jedem dieser Themen kann ein Teilgebiet der Versorgungsforschung zugeordnet werden. Der Versorgungsbedarf und seine Determinanten stehen im Zentrum der Bedarfsforschung. Das Ziel der Inanspruchnahmeforschung ist die Klärung der Frage, in welchem Umfang Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch genommen werden und wovon diese Inanspruchnahme abhängt. Die Beschreibung und Analyse der Versorgungsstrukturen und -prozesse sowie der Versorgungsorganisationen ist Aufgabe der Organisationsforschung. Ziel des Health Technology Assessments ist die Abschätzung der Folgen, die mit der Einführung neuer Gesundheitstechnologien verbunden waren oder sein werden. Die Versorgungsökonomie hat die Aufgabe, die Kosten und den Nutzen der Versorgung zu bestimmen, wirtschaftliche Versorgungskonzepte zu entwickeln und Finanzierungsfragen zu untersuchen. Die Ermittlung und Verbesserung der Qualität der Leistungserstellung, des „Outputs“ und des „Outcomes“ ist Ziel der Qualitätsforschung. Dabei bedient sie sich insbesondere der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Versorgungssystem und Outcomeparametern zum Zwecke der Bestimmung des Einflusses der Versorgungsstrukturen und -prozesse auf Gesundheit und Lebensqualität der Patienten, der so genannten Versorgungsepidemiologie. Ein Teilgebiet der Versorgungsepidemiologie ist die Untersuchung der relativen Wirksamkeit („Effectiveness“) von Behandlungsmethoden, Verfahren und Leitlinien im Versorgungsalltag mit Hilfe quasi-experimenteller Methoden (Effectiveness-Forschung).

Zu den potenziellen Förderern der Versorgungsforschung zählen staatliche oder staatlich finanzierte Forschungsförderungsinstitutionen (BMBF, BMG, DFG, MAGS), Forschungstiftungen, Krankenversicherungen, Ärzteverbände und Kostenträger. Abnehmer der Versorgungsforschung sind unter anderem Entscheidungsträger, Versorgungsplaner und Qualitätsmanager in Politik, Krankenversicherungen, Berufsverbänden und Gesundheitsorganisationen sowie die Leistungserbringer und die Patienten mit ihren jeweiligen Interessensorganisationen (z.B. KBV, Selbsthilfegruppen).

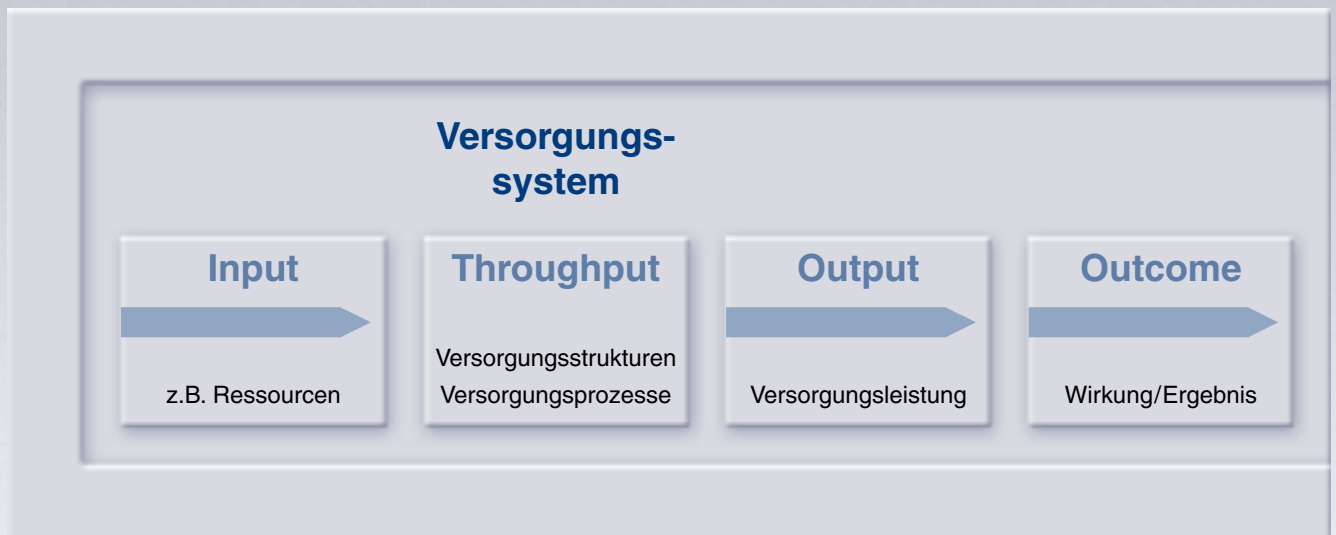


Abb. 1: Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems

## 2. Schwerpunkte des ZVFK

Die vorangegangene Definition macht deutlich, dass die Versorgungsforschung ein weites Feld ist. Forschungsaktivitäten auf diesem Feld bedürfen einer Strukturierung und Schwerpunktsetzung. Die Strukturierung kann dabei krankheitsbezogen, versorgungsspezifisch oder methodisch erfolgen. In der Geschäftsstelle des ZVFK haben sich seit der Gründung mehrere Forschungsschwerpunkte herausgebildet.

### Krankheitsbezogene Schwerpunkte

Das ZVFK konzentriert sich innerhalb der großen Bandbreite der Versorgungsforschung mit Krankheitsbezug auf die Disziplinen Kardiologie, Onkologie, Palliativmedizin und Heilpädagogik. Im Bereich der Kardiologie ist ein Projekt zur vergleichenden Evaluation von ambulanten und stationären invasiven kardiologischen Leistungen (AOKIK) sowie ein Projekt zur Untersuchung von Behandlungsverläufen bei akutem Koronarsyndrom und Schlaganfall (BAKS) angesiedelt. Die Disziplin der Onkologie ist in verschiedenen Projekten vertreten, so etwa in dem Projekt zur Evaluation der Brustkrebbsversorgung in NRW (EBZ-Studie), in der versorgungsepidemiologischen Studie zur Entstehung von Herzinfarkt und Lungenkrebs bei Rauchern (Cologne Smoking Study, CoSmoS) und im qualitativen Evaluationsprojekt zur psychoonkologischen Betreuung von Patienten (HLEVA). Im Bereich der heilpädagogischen Versorgungsforschung befasst sich eine Studie mit der Versorgungssituation von geistig, körperlich und seelisch Behinderten in heilpädagogischen Einrichtungen (INA-Studie). Künftig wird das Themenspektrum des ZVFK um die Palliativmedizin ausgeweitet.

### Versorgungsspezifische Schwerpunkte

Neben krankheitsspezifischen Themen werden im ZVFK Themenfelder bearbeitet, die krankheitsunabhängig und daher von übergreifender Bedeutung sind. Der Fokus liegt dabei auf folgenden Themen:

Versorgungsstrukturen und ihre Wirkungen: Hauptaugenmerk liegt dabei momentan auf der „Throughput“- und „Outcome“-orientierten Versorgungsforschung. „Outcome“-orientierte Forschung, also Forschung, die sich um die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen bzw. Versorgungsleistungen kümmert, wird in den Projekten CoSmoS, AOKIK, BAKS und in der INA-Studie betrieben. „Throughput“-orientierte Versorgungsforschung, also eine Forschung, welche die Versorgungsstrukturen und -prozesse beleuchtet, ist beispielsweise das Projekt zur psychoonkologischen Versorgung (HLEVA), sowie eine Studie zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (AUGE-Studie).

Arzt, Patient und Arzt-Patient-Interaktion: Hier werden sowohl die subjektive Perspektive und der Gesundheitszustand von Patienten als auch die Einstellungen und Sichtweisen von Ärzten thematisch in den Blickpunkt gerückt.

Hinzu kommt die Untersuchung der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Untersuchungen zur sog. partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient (Shared Decision Making) stellen bereits jetzt einen Forschungsschwerpunkt der Mitgliedseinrichtung „Medizinische Soziologie“ dar. Zukünftig wird sich das ZVFK dem Thema der gemeinsamen Rolle des Arztes und des Patienten im Wandel der Krankenversorgung widmen. Die aktive Rolle des Patienten als Konsument und Produzent von Gesundheitsleistungen, also der selbsttätige und eigenverantwortlich handelnde Patient („arbeitender Patient“), wird dabei im Mittelpunkt stehen.

#### **Methodische Schwerpunkte**

Das ZVFK hat eine hohe Kompetenz auf dem Gebiet des Einsatzes der Methoden der empirischen Sozialforschung in der Versorgungsforschung und führt deshalb schwerpunktmäßig Befragungen im Gesundheitswesen durch. Es besteht sowohl in der ZVFK-Geschäftsstelle als auch in verschiedenen Mitgliedseinrichtungen eine jahrelange Erfahrung in der Planung, Organisation, Durchführung und Auswertung von Befragungen im Gesundheitswesen. Inhaltlich lassen sich bei diesen Befragungen zwei Ausrichtungen unterscheiden:

**Der Patient im Blickpunkt:** Zu diesem Kompetenzbereich zählt die Planung, Durchführung und Auswertung von validen Patientenbefragungen in Kliniken und Arztpraxen. Mit dem Kölner Patientenfragebogen (KPF) steht ein generisches Befragungsinstrument zur Verfügung, das inzwischen für Brustkrebspatientinnen, für Patienten niedergelassener Ärzte und für geistig, körperlich und seelisch Behinderte weiter entwickelt wurde. Die quantitativen Befragungsmethoden werden sowohl in querschnittlichen als auch in längsschnittlichen Studiendesigns eingesetzt. Ein Beispiel für ein längsschnittliches Design ist die Studie zur transsektoralen Schnittstellenproblematik im poststationären Behandlungsverlauf bei kardiologischen und neurologischen Patienten (BAKS). Neben schriftlichen Befragungen gehört die Durchführung von datengenerierenden Fokusgruppen zu den zentralen Methoden des ZVFK. Diese Methode wird vor allem in qualitativ orientierten Evaluationsprojekten angewandt, wie z.B. bei der Evaluation der Arbeit einer psychoonkologischen Einrichtung (HLEVA).

Sie kann aber auch in Kombination mit einer schriftlichen Befragung (Methodentriangulation) zur Anwendung kommen.

**Der Arzt im Blickpunkt:** In dieser zweiten Ausrichtung stehen Ärztebefragungen im Zentrum der Arbeit des ZVFK. Mit dem Kölner Einweiserfragebogen (KEF) steht ein Befragungsinstrument zur Verfügung, das die Sichtweise der Einweiser auf die Klinik erfasst. Mit dem Mitarbeiterkennzahlenbogen (MIKE) wurde ein Instrument entwickelt, das die Arbeitsbelastungen und Ressourcen der Ärzte und Pflegekräfte in den Kliniken erfasst und inzwischen auch als Mitarbeiterkennzahlenbogen für pflegerisch und pädagogisch tätige Mitarbeiter von Behinderteneinrichtungen vorliegt. Darüber hinaus besitzt das ZVFK Expertise in der Durchführung von Ärztebefragungen im Rahmen von epidemiologischen und beschreibenden Versorgungsforschungsprojekten, wie z.B. bei den Projekten zur Versorgungssituation bei arterieller Verschlusskrankheit (PACE- PAD) und zur Akzeptanz der Einführung von neuen Technologien im Gesundheitswesen (AUGE). Die o.g. qualitative Methode der Fokusgruppendifkussion wird auch im Rahmen der Befragung von Ärzten erfolgreich eingesetzt, wie z.B. im Projekt HLEVA und im Projekt AUGE.

Neben den oben genannten Projekten, in welchen vorwiegend sozialwissenschaftliche Methoden zur Anwendung kommen, ist im Rahmen der Versorgungsforschung grundsätzlich auch die Verwendung epidemiologischer Methoden und Vorgehensweisen von großer Bedeutung. Des Weiteren kann der methodische Fokus in Studien der Versorgungsforschung die wissenschaftliche Auswertung von Routinedaten (z.B. Kassen- und KV-Daten) sein. Die valide Sekundärdatenanalyse gehört zum Kern der medizinischen Versorgungsforschung und ist z.B. Bestandteil des Projektes zur vergleichenden Evaluation von ambulanter und stationärer invasiver Kardiologie (AOKIK). Durch die Einbindung der PMV-forschungsgruppe (Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters) besitzt das ZVFK hohe Kompetenz im Bereich der sekundäranalytischen Auswertung von Routinedaten. Dies schlägt sich sowohl in den Projekten der PMV-forschungsgruppe als auch in den Kooperationsprojekten zwischen der ZVFK-Geschäftsstelle und dieser Mitgliedseinrichtung nieder. Die Auswertung von Gesundheitsroutinedaten gewinnt im Forschungsschwerpunkt des ZVFK zunehmend an Bedeutung.



# Die Geschäftsstelle des ZVFK



## Die Geschäftsstelle im Überblick

---

<b>Sprecher des Zentrums</b>	Prof. Dr. phil. Holger Pfaff
------------------------------	------------------------------

---

<b>Wissenschaftliche(r) Koordinator(in)</b>	Dr. rer. medic. Claudia Kaiser (seit 01.09.2004) Dr. med. Ekkehard von Pritzbufer (bis 31.08.2004)
---	---

---

<b>Sekretärinnen</b>	Olivia Badenhop (bis 31.03.2005) Monika Kaumanns (01.03.2005 bis 31.08.2005) Susanne Eberle (seit 01.11.2005)
<b>Projektverwaltung</b>	Nicola Dahlberg

---

<b>Projektmitarbeiter/Innen</b>	Elke Driller (Diplom Sozialwissenschaftlerin) Nicole Ernstmann (Diplom Psychologin) Sabine Löffert (Diplom Psychologin) Melanie Neumann (Diplom Soziologin)
---------------------------------	--

---

<b>Medizinische Projektberatung</b>	Dr. med. Daniela van Eickels
-------------------------------------	------------------------------

---

<b>Study nurses</b>	Susanne Groos Claudia Kaiser-Stolz Doris Krause Gudrun Sowada Jutta Schumacher (bis 31.10.2005)
---------------------	---

---

<b>Studentische Hilfskräfte</b>	Plamen Boev (Stud. Geographie) Jana Didzuweit (Stud. Humanmedizin) Julia Diezmann (Stud. Heilpädagogik) Corinna Hippler (Stud. Humanmedizin) Christoph Kowalski (Stud. Soziologie) Nora Vetter (Stud. Psychologie) Dominique Winter (IT-Ass. FH)
---------------------------------	--

---

<b>Hilfskräfte mit Praktikumsauftrag</b>	Maren Galushko (Soziologin M.A.) Antje Hammer (Stud. Sozialwissenschaften) Ute Karbach (Dipl. Sozialwissenschaftlerin) Sandra Schulte (Stud. Soziologie) Nadine Zielonke (Dipl. Demographin)
--	--

---

<b>Doktoranden/Innen</b>	Christina Spahr (Stud. Humanmedizin) Jens Wiethage (Stud. Humanmedizin)
--------------------------	--

---

<b>Studienpraktikanten/Innen</b>	Andrea Langforth (Stud. Gesundheitsökonomie) Britta Ullrich (Stud. Gesundheits- u. Sozialwissenschaften)
----------------------------------	---

## Sprecher des Zentrums

### Prof. Dr. phil. Holger Pfaff

#### Ausbildung

1975	Abitur
1975 – 1981	Studium der Sozial- und Verwaltungswissenschaften
1981	Diplom
1985	Forschungsaufenthalt in den USA an der University of Michigan, ISR, Ann Arbor
1988	Promotion zum Dr. phil. an der TU Berlin
1995	Habilitation im Fach Soziologie

#### Berufliche Tätigkeiten

1983 – 1986	Wissenschaftlicher Mitarbeiter in den BMFT-Forschungsprojekten „Laiensystem und Rehabilitation“ sowie „Langzeituntersuchung bei Männern mit Herzinfarkt“ an der Universität Oldenburg
1986 – 1989	Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziologie der TU Berlin
1989 – 1995	Wissenschaftlicher Assistent (C1) am Institut für Soziologie der TU Berlin
1995 – 1997	Gastprofessor für das Fach „Technik- und Industriesoziologie“ an der TU Berlin
seit 10/1997	Professor für das Fach „Medizinische Soziologie“ an der Universität zu Köln

#### Tätigkeiten in Kommissionen und Beiräten

1996	Mitglied der Expertenrunde „Dienstleistung 2000 plus“ des BMBF im Arbeitskreis „Gesundheits- und soziale Dienste“
1998	Mitglied in der beratenden Expertenrunde „Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung“ der Hans-Böckler-Stiftung
seit 1999	Mitglied in der Kommission „Klinisches Risikomanagement“ der Medizinischen Einrichtungen der Universität zu Köln
seit 1999	Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH der AOK Nordrhein
seit 05/2000	Mitglied des Beirats des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbands Rehabilitationswissenschaften
seit 05/2001	Mitglied der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik und Partnerschaftliche Unternehmenskultur“ der Hans-Böckler- und der Bertelsmann Stiftung
seit 12/2003	Mitglied der Evaluationskommission für den Modellstudiengang Medizin der Universität zu Köln
seit 05/2004	Mitglied im Promotionsausschuss der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
seit 06/2004	Mitglied im Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer und Obmann der Arbeitsgruppe „Definition der Versorgungsforschung“

#### Vorstandstätigkeiten

seit 01/2002	Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
seit 09/2002	Erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS)
seit 03/2003	Sprecher der Ständigen Kongresskommission „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“ (Zusammenschluss von 33 medizinischen Fachgesellschaften)

#### Kontakt

Fon: (02 21) 478-97 100  
 Fax: (02 21) 478-97 118  
 Email: holger.pfaff@uk-koeln.de  
 Internet: www.zvfk.de

---

## Wissenschaftliche Koordinatorin

### Dr. Claudia Kaiser, MPH

#### Kontakt

Fon: (02 21) 478-97 112

Fax: (02 21) 478-97 118

Email: claudia.kaiser@uk-koeln.de

Internet: www.zvfk.de

Frau Kaiser studierte von 1990 – 1997 Ernährungswissenschaften an der Universität Giessen. Nach kurzer Tätigkeit in der Ernährungsberatung absolvierte sie 1998 – 2000 den Postgraduiertenstudiengang Gesundheitswissenschaften/Public Health an den Universitäten Auckland (NZ) und Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Forschungserfahrungen im Bereich Public Health sammelte Frau Kaiser unter anderem im Rahmen eines GTZ-Projektes der ländlichen Ernährungssicherung in Sambia und in einem eigeninitiierten Forschungsprojekt im Rahmen ihres Studiums an der Universität Bielefeld zur Erfassung von Ernährungsarmut in Deutschland. Parallel zu ihren Studien war Frau Kaiser von 1997 bis 2004 freiberuflich in der Konzeption und Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Rahmen eines multidisziplinären Gesundheitsförderungskonzeptes der BASF AG tätig.

Frau Kaiser arbeitete weiterhin von 2000 – 2002 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Abteilung Medizinische Soziologie der Universität zu Köln, in einem Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik. Auf Basis dieser Arbeit verfasste sie ihre Promotion zum Thema „Krankenrückkehrgespräche in der Automobilindustrie: Umsetzung und Bewertung eines gestuften Gesprächskonzeptes aus der Sicht von Mitarbeitern und Führungskräften“.

Übergreifende Schwerpunkte ihrer wissenschaftlichen Arbeit waren bislang: Soziale Ungleichheit & Gesundheit; Führung, Organisation & Gesundheit; Qualitative Forschungsmethodik.

Frau Kaiser ist seit September 2004 als wissenschaftliche Koordinatorin im ZVFK tätig. Sie hat in dieser Funktion folgende Aufgaben:

- Vertretung und Assistenz der Zentrumsleitung
- Koordination und Durchführung von wissenschaftlichen Forschungsprojekten
- Internes Projektcontrolling
- Betreuung der Projektmitarbeiter und Doktoranden
- Akquisition von Projekten / Verfassen von Projektanträgen
- Koordination und Beratung bei Projektanträgen der Mitgliedseinrichtungen
- Beratung in der Konzeption und Durchführung qualitativer Studien

---

## Sekretariat

### Susanne Eberle

#### Kontakt

Fon: (02 21) 478-97 101

Fax: (02 21) 478-97 118

Email: sekretariat-versorgungsforschung@uk-koeln.de

Internet: www.zvfk.de

Susanne Eberle leitet das Vorzimmer des Sprechers und das Sekretariat der Geschäftsstelle. Lange Jahre war sie in der freien Wirtschaft und den Medien tätig, bevor sie am Klinikum Köln die Aufgabe übernahm, das Sekretariat der Zentrale eines medizinischen Kompetenznetzes aufzubauen. Die dabei gewonnenen Erfahrungen im Bereich klinischer Forschungsstrukturen bringt sie nun seit November 2005 in ihre Arbeit beim ZVFK mit ein.

---

## Projektverwaltung

### Nicola Dahlberg

#### Kontakt

Fon: (02 21) 478-97 107

Fax: (02 21) 478-97 118

Email: nicola.dahlberg@uk-koeln.de

Internet: www.zvfk.de

Nicola Dahlberg absolvierte während ihrer Tätigkeit als Arzthelferin ein vierjähriges Abendstudium zur staatlich geprüften Betriebswirtin. Noch während des Studiums wechselte sie den Wirkungskreis und baute eigenverantwortlich den organisatorischen und verwaltungstechnischen Bereich einer neu gegründeten Gemeinschaftspraxis auf. Seit Januar 2005 ist Frau Dahlberg als Verwaltungsangestellte im ZVFK für das Projektcontrolling, Reisekostenabrechnungen und die Vertretung des Sekretariats tätig.

**Wissenschaftliche Mitarbeiterin****Elke Driller****Kontakt**

Fon: (02 21) 478-97 104

Fax: (02 21) 478-97 118

Email: elke.driller@uk-koeln.de

Internet: www.zvfk.de

Elke Driller, Diplom-Sozialwissenschaftlerin, studierte von 1995 bis 2002 an der Bergischen Universität Wuppertal. Von 1997 bis 2001 war sie bei dem Verein für Völkerverständigung in Solingen als freie Mitarbeiterin tätig. Beim Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismus Düsseldorf führte Frau Driller wissenschaftliche Auswertungen empirischer Befragungen durch. Seit November 2002 ist Frau Driller als wissenschaftliche Mitarbeiterin im ZVFK tätig. Zunächst war Frau Driller mit der Durchführung des Drittmittelprojekts „Soziodemographische Struktur von Menschen mit Behinderung in Deutschland“ betraut. In einem Folgeprojekt, das seit 2004 im ZVFK in Kooperation mit dem Seminar für Sozialpolitik der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät durchgeführt wird, beschäftigt sich Frau Driller mit dem Einfluss des sozialen Netzwerks und des Alters auf die Inanspruchnahme von Behinderteneinrichtungen.

**Wissenschaftliche Mitarbeiterin****Nicole Ernstmann****Kontakt**

Fon: (02 21) 478-97 106

Fax: (02 21) 478-97 118

Email: nicole.ernstmann@uk-koeln.de

Internet: www.zvfk.de

Nicole Ernstmann, Diplom-Psychologin, studierte Psychologie an der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Sie arbeitet seit 1994 in Einrichtungen des Gesundheitswesens und ist seit Februar 2004 im ZVFK als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Erfahrungen in der Versorgungsforschung hat sie durch Tätigkeiten in Projekten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) in Bonn, des Koordinierungszentrums für Klinische Studien (KKS) in Düsseldorf sowie des Kompetenznetzes Depression gesammelt. Im Rahmen ihrer Dissertation beschäftigt sie sich derzeit mit der Entwicklung und Validierung eines Instruments zur Messung der Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte unter Ärzten.

**Wissenschaftliche Mitarbeiterin****Sabine Löffert****Kontakt**

Fon: (02 21) 478-97 156

Fax: (02 21) 478-97 118

Email: sabine.loeffert@uk-koeln.de

Internet: www.zvfk.de

Sabine Löffert, Diplom-Psychologin, studierte Psychologie an der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Von 2001 bis 2004 war sie als Market Research Analyst bei der Biotechnologie-Firma Qiagen in Hilden angestellt und sammelte dort Erfahrungen im Bereich Benchmarking, Kundenbedürfnis- und Kundenzufriedenheitsanalysen. 2004 bis 2005 war Frau Löffert wissenschaftliche Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe „Neuro-AIDS“ der Klinik für Neurologie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und betreute dort, zuständig für die Planung und Auswertung klinischer Studien, verschiedene Forschungsprojekte zur komplexen Pathophysiologie HI-Virusbedingter Veränderungen. Seit März 2005 ist sie im ZVFK als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig und betreut das Projekt „Behandlungsverläufe bei Akutem Koronarsyndrom und Schlaganfall“ (BAKS). Im Rahmen ihrer Dissertation beschäftigt sie sich außerdem mit dem Thema „Shared Decision Making“ (SDM) in der Behandlung der chronischen, terminalen Niereninsuffizienz.

---

## Wissenschaftliche Mitarbeiterin

### Melanie Neumann

#### Kontakt

Fon: (02 21) 478-97 102

Fax: (02 21) 478-97 118

Email: melanie.neumann@uk-koeln.de

Internet: www.zvfk.de

Melanie Neumann (geb. Kramer), Diplom-Soziologin, studierte von 1994 bis 1999 Soziologie an der Universität Bielefeld. Von 2000 bis 2002 war sie bei der Unternehmensberatung ConEnergy AG in Essen angestellt und sammelte dort Erfahrungen im Bereich der Personalrekrutierung und -entwicklung sowie des Personalmarketing. Von 2002 bis 2003 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin für den Bereich Human Resources Management im Centrum für

Krankenhaus-Management gGmbH (CKM) tätig, einer Einrichtung der Bertelsmann-Stiftung an der wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Münster. Dort war sie schwerpunktmäßig zuständig für den Aufbau und der Durchführung des „Expertenworkshops Unternehmenskultur im Krankenhaus“, für den „CKM-Cirkel Personalmanagement im Gesundheitswesen“ sowie für die qualitative Studie „Zusammenarbeit mit der Arbeitnehmervertretung im Krankenhaus“. Seit April 2003 ist Frau Neumann als wissenschaftliche Mitarbeiterin im ZVFK tätig. Von April 2003 bis August 2004 war sie zunächst mit der Akquisition von Drittmitteln für das ZVFK betraut. Seit September 2004 ist sie als operative Projektleitung für die Patientenbefragung in der Cologne Smoking Study (CoSmoS) zuständig. Im Projekt „Evaluation der Arbeit von Haus LebensWert e.V.“ ist sie seit Februar 2005 ebenfalls als operative Projektleitung tätig. Im Rahmen ihrer Dissertation beschäftigt sich Frau Neumann mit dem Thema „Der Zusammenhang von ärztlicher Empathie und psychosozialen Outcomes bei Patienten mit Bronchial-, Ösophagus-, Kolorektal-, Mamma-, Prostata- und Hautkarzinom“.

---

## Medizinische Projektberatung

### Dr. Daniela van Eickels

#### Kontakt

Fon: (02 21) 478-97 156

Fax: (02 21) 478-97 118

Email: baks-studie@uk-koeln.de

Internet: www.zvfk.de

Dr. med. Daniela van Eickels, MPH Clinical Effectiveness, studierte Humanmedizin an den Universitäten Bonn und Strasbourg (F), gefolgt von einem Public Health Studium an der Harvard University, Boston, USA. Im Anschluss erwarb sie fundierte Praxiserfahrung im Bereich Studienkonzeption, -durchführung und wissenschaftlicher Auswertung durch freiberufliche beratende Mitarbeit an der Universitätsklinik Bonn, Klinik für Anästhesiologie sowie im Bereich Medizin PR und Gesundheitskommunikation. Hilfreich waren hierbei umfangreiche Erfahrungen aus ihrer vorausgegangenen klinischen Tätigkeit im Bereich Innere Medizin und Intensivmedizin. Seit März 2005 ist sie im ZVFK als operative Projektleitung des Forschungsprojekts „Behandlungsverläufe bei Akutem Koronarsyndrom und Schlaganfall“ (BAKS) tätig.

---

## Study Nurse

### Susanne Groos

#### Kontakt

Fon: (02 21) 478-97 103

Fax: (02 21) 478-97 118

Email: susanne.groos@uk-koeln.de

Internet: www.zvfk.de

Ihr Krankenpflegeexamen machte sie 1998 in den städtischen Kliniken Bielefeld-Rosenhöhe. Nach ihrem Examen war sie überwiegend im stationären Bereich der Pflege beschäftigt. 2002 – 2004 arbeitete sie zum ersten Mal bei einer Studie: dem Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung von opiatabhängigen Menschen in Köln. Seit Dezember 2004 unterstützt sie CoSmoS als Study Nurse.

**Study Nurse****Claudia Kaiser-Stolz****Kontakt**

Fon: (02 21) 478-97 159

Fax: (02 21) 478-97 118

Email: claudia.kaiser-stolz@uk-koeln.de

Internet: www.zvfk.de

Nach Beendigung ihrer Ausbildung zur Krankenschwester 1990 arbeitete Frau Kaiser-Stolz mehrere Jahre auf verschiedenen Intensivstationen mit neurochirurgischem Schwerpunkt. Zusätzlich absolvierte sie an der Universität zu Köln ein naturwissenschaftliches Studium im Fachbereich Geologie, das sie 2001 als Diplom-Geologin abschloss. In den Jahren 2001 bis 2003 war sie bei der Firma Tropon GmbH für die Organisation und Durchführung klinischer Studien der Phase I zuständig. In der sich anschließenden Elternzeit arbeitete sie als geringfügig Beschäftigte bei Die Kette e.V., einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. Seit Februar 2005 ist Frau Kaiser-Stolz beim Zentrum für Versorgungsforschung als Study Nurse für die BAKS-Studie angestellt. Ihre Aufgaben umfassen die Patientenrekrutierung und deren Nachbetreuung sowie die Datenüberprüfung und -verarbeitung.

**Study Nurse****Doris Krause****Kontakt**

Fon: (02 21) 478-97 160

Fax: (02 21) 478-97 118

Email: doris.krause@uk-koeln.de

Internet: www.zvfk.de

Ihre Ausbildung und Examen als Krankenschwester hat Doris Krause von 1984 – 1987 an der Rheinischen Landesklinik Düsseldorf absolviert. Danach war sie noch fünf Jahre in unterschiedlichen psychiatrischen Bereichen tätig, um dann 1992 in die ambulante Krankenpflege zu wechseln. Nach Abschluss der Weiterbildung „zur Leitung eines ambulanten Pflegedienstes“ 1998 übernahm sie diese Funktion in der häuslichen Pflege. Eine Weiterbildung in der Verwaltung im Gesundheitswesen bis März 2005 schloss sich an. Seit April 2005 ist sie für die BAKS-Studie als Study Nurse tätig.

**Study Nurse****Gudrun Sowada****Kontakt**

Fon: (02 21) 478-97 103

Fax: (02 21) 478-97 118

Email: gudrun.sowada@uk-koeln.de

Ihr Examen als Kinderkrankenschwester erwarb sie im März 1985 im städt. Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße in Köln. Nach ihrer Ausbildung arbeitete sie mehrere Jahre im stationären Bereich auf einer Station der Inneren Medizin im Krankenhaus Holweide in Köln, zuletzt als Stationsleitung. Erste Erfahrung als Study Nurse sammelte sie bei einem Forschungsprojekt des II. Lehrstuhls für Chirurgie der Universität zu Köln – Biochemische und experimentelle Abteilung. Sie war bei der „Dexamethason-Polytraumastudie“ für die Organisation, Koordination und Monitoring dieser multizentrischen und placebokontrollierten Studie zuständig. Seit Juni 2005 arbeitet sie als Study Nurse für die CoSmoS Studie. Ihre Aufgabe ist u.a. die Rekrutierung der Bronchialcarzinom-Patienten im KH Köln-Merheim.







# Forschungsprojekte und -kooperationen

## Aktuelle Forschungsprojekte der Geschäftsstelle

neue Forschungsprojekte 2004/2005		Träger
Gesundheitskarteneinführung (AUGE)		ÄKNO
Behandlungsverläufe bei Akutem Koronarsyndrom und Schlaganfall (BAKS)		Sanofi Synthelabo GmbH
Cologne Smoking Study (CoSmoS)		Helmholtz Gemeinschaft
Inanspruchnahme soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe (INA-Sudie)		Brüsseler Kreis
Institutionelles Wohnen und Empowerment		Josefs-Gesellschaft
Qualitative Evaluation der psychosoonkologischen Versorgung von HausLebenswert e.V.		HausLebenswert e.V.
Zusammenhang zwischen ärztlicher Empathie und psychosozialen Outcomes bei Patienten mit Bronchial-, Ösophagus-, Kolorektal-, Mamma-, Prostata- und Hautkarzinom		Else Kröner-Fresenius-Stiftung
laufende Forschungsprojekte 2004/2005		Träger
Evaluation des Modellprojektes zu ausgewählten kardiologischen Leistungen im Freistaat Sachsen		AOK-Sachsen
Forschungskooperationen 2004/2005		Träger
Methodenberatung im Projekt „Patient Care Evaluation – Peripheral Aterial Disease“ (PACE PAD)		Univ. Duisburg Essen
Datenaquisition im „Kölner Infarkt Modell“ (KIM)		Kölner Infarkt Modell e.V.

# Forschungsprojekt

## Akzeptanz-Untersuchung zur Gesundheitskarten-Einführung (AUGE)

### Projektleitung

Prof. Dr. Holger Pfaff  
Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK)

### Projektdurchführung

Nicole Ernstmann  
Ansprechpartner ZVFK

### Kooperationen

Dr. A.W. Bödecker, Dr. J. Robertz  
Schwerpunkt Allgemeinmedizin

### Projektzeitraum

05/2004 bis 03/2005

### Status

Abgeschlossen

### Projekthintergrund

Vor dem Hintergrund des 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetzes und der darin gesetzlich verankerten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ab 01.01.2006 müssen sich die Ärzte auf tiefgreifende Veränderungen des deutschen Gesundheitswesens einstellen. Langfristiges Ziel des Vorhabens ist die Vernetzung sämtlicher deutscher Arzt- und psychologischer Psychotherapeutenpraxen, Krankenhäuser, Apotheken und Krankenkassen auf einer so genannten Telematik-Plattform. Als Voraussetzung für den Austausch von Informationen werden alle gesetzlich und privat Krankenversicherten eine elektronische Gesundheitskarte erhalten. Sämtliche Heilberufler erhalten einen so genannten Heilberufsausweis.

Da es sich bei der geplanten Telematik-Plattform um ein vernetztes System handelt, ist es von großer Bedeutung, dass die zukünftigen Nutzer dieses System akzeptieren und anwenden. Die Nicht-Anwendung bzw. Nicht-Unterstützung der Plattform durch eine Vielzahl von Nutzern könnte den Erfolg des Projekts gefährden. Die Ärztekammer Nordrhein hatte das ZVFK im vergangenen Jahr mit der wissenschaftlichen Untersuchung der Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte beauftragt. Ziel der Untersuchung war es, die aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte bestehenden Erfolgs- und Misserfolgskriterien der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu ermitteln.

### Methodik

Bei der Akzeptanz-Untersuchung zur Gesundheitskarten-Einführung (AUGE) handelte es sich um eine empirische Querschnittstudie. Zur Untersuchung der Akzeptanz wurde zunächst ein Fragebogen-Prototyp entwickelt. Daraufhin wurde dieser Prototyp qualitativ validiert. Dazu wurden in einem iterativen Arbeitsprozess Fokusgruppendifkussionen und kognitive Interviews durchgeführt. Nach diesen Vorarbeiten wurde die vorläufige Endversion des Fragebogens quantitativ validiert: Die Datenerhebung in Form von face-to-face-Interviews und schriftlichen Befragungen fand im November 2004 auf einer Fortbildungsveranstaltung für Ärzte in Düsseldorf statt.

### Exemplarische Ergebnisse für niedergelassene Ärzte

Insgesamt wurden an den vier Veranstaltungstagen 1933 Besucher von den Interviewern angesprochen; davon konnten N=243 erfolgreich rekrutiert werden. Dies entspricht einer durchschnittlichen Ausschöpfungsquote von 12,6%. N=188 der Befragten waren niedergelassene Ärzte, 62% davon waren Männer. Das mittlere Alter lag bei 47,25 Jahren (Min: 29 Jahre, Max: 68 Jahre, Standardabweichung: 8,435). Die am häufigsten vertretene Fachrichtung war die Allgemeinmedizin (48%), gefolgt von der Inneren Medizin (11%).

Im Bereich des Wissens und der Information zur elektronischen Gesundheitskarte zeigt sich deutlich, dass sich die befragten niedergelassenen Ärzte zwar mit dem Thema befassen, im Vergleich dazu jedoch sowohl zum aktuellen Stand der Planungen als auch zu den notwendigen Schritten zur Vorbereitung ihrer Praxis auf die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte eher wenig wissen.

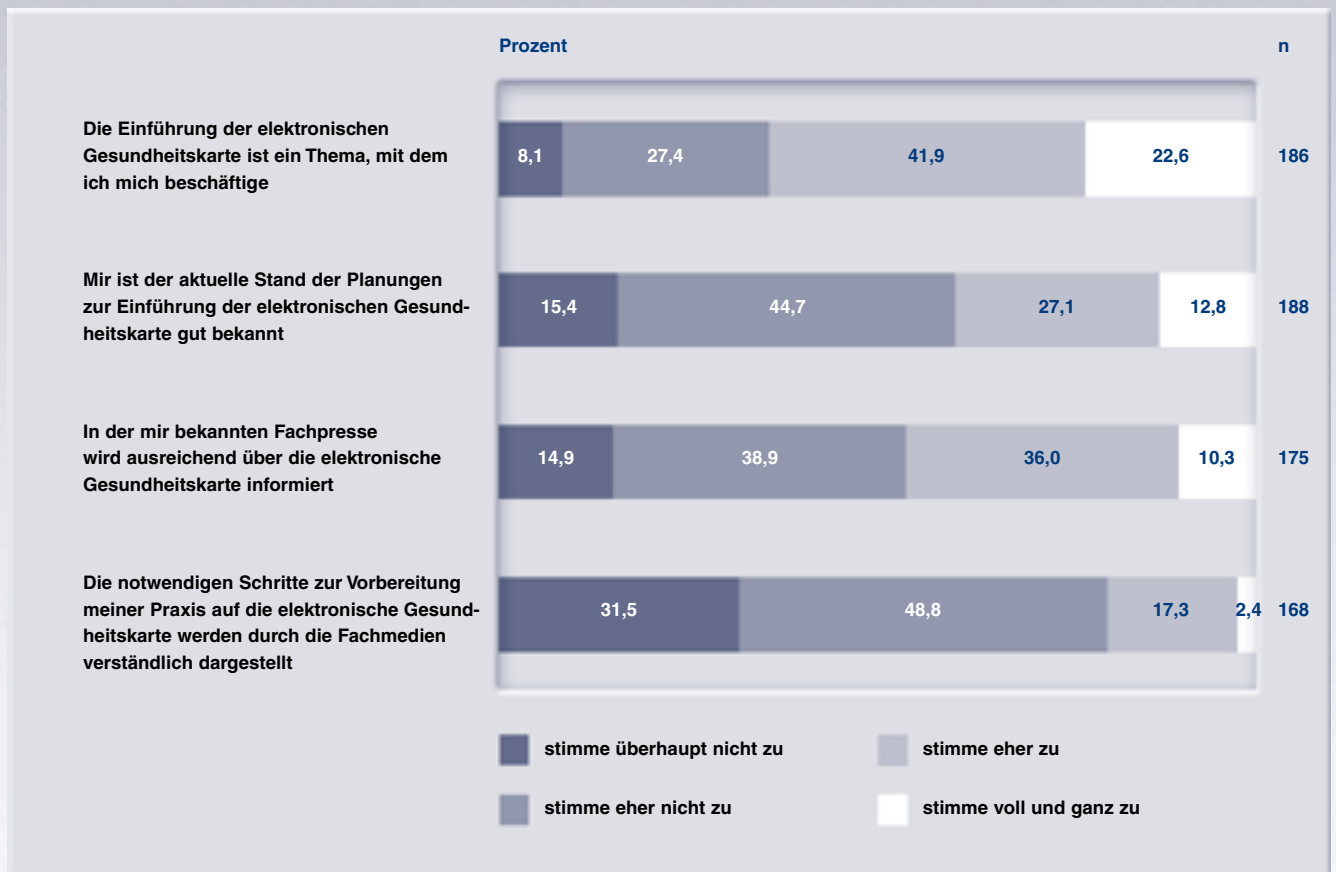


Abb. 1: Exemplarische Ergebnisse

Der Mittelwert der Antworten zum praxisbezogenen Wissen liegt im ablehnenden Bereich. Dies spricht für eine große Unsicherheit der Ärzte, welche Vorbereitungsmaßnahmen sie bezogen auf die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu treffen haben.

Die Antworten zum Nutzen der elektronischen Gesundheitskarte zeigen ein heterogenes Bild: Die befragten niedergelassenen Ärzte sehen mehrheitlich die Vorteile einer erhöhten Arzneimittelsicherheit und einer erleichterten Kommunikation zwischen Hausarzt, Facharzt und Krankenhaus durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Desgleichen können die Ärzte sich vorstellen, dass eine zukünftig mögliche regelmäßige Prüfung der Leistungsberechtigung den Missbrauch der Versicherungskarten senken kann.

Bezogen auf den finanziellen Nutzen der elektronischen Gesundheitskarte in der eigenen Praxis sehen die Ärzte wenig Vorteile in der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: Sie gehen mehrheitlich nicht davon aus, dass die Kosten, die auf die eigene Praxis zukommen, in einem ausgewogenem Verhältnis zum Nutzen stehen werden. Über die Ebene der eigenen Praxen hinaus können sich die Ärzte auf der Systemebene ebenso nicht vorstellen, dass die Einführung der Karte die Verwaltungskosten der Krankenkassen senken wird. Gemäß dieser unterschiedlichen Bewertungen fällt die Gesamteinschätzung der Sinnhaftigkeit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte eher negativ aus.

Datenschutzaspekte werden von den Niedergelassenen eher kritisch betrachtet. Sie gehen in der Mehrzahl aus ärztlicher Sicht von Datenschutzproblemen sowie aus Patientensicht von Problemen bei der Einhaltung der Schweigepflicht aus. Ebenso halten sie die Tatsache, dass der Patient sein elektronisches Rezept zukünftig im Regelfall nicht mehr selbst einsehen kann, für eine problematische Fehlerquelle. Auch die Tatsache, dass der Zuzahlungstatus sowie eine mögliche DMP-Einschreibung auf der Karte gespeichert sein wird, schätzen die befragten Ärzte aus Datenschutzgründen als problematisch ein.

Bezüglich der Informationen auf der Karte fürchten die Ärzte in der Mehrzahl Probleme bezüglich der Zuverlässigkeit der Informationen. Viele der befragten Ärzte erwarten nicht, dass die Informationen auf der elektronischen Gesundheitskarte vollständig sein werden.

Die Sorgen der niedergelassenen Ärzte bezüglich der zukünftigen Praxisorganisation sind ebenfalls ausgeprägt. Mehrheitlich fürchten die Ärzte, dass der Umgang mit der elektronischen Gesundheitskarte nicht in die Arbeitsabläufe ihrer Praxis passt und dass sich der Verwaltungsaufwand mit der Einführung der Karte nicht verringern wird. Zudem stimmen die Befragten deutlich der Aussage zu, dass es zeitaufwändig werden wird, sich mit der neuen Praxis-EDV vertraut zu machen. Ebenfalls sehr deutlich ausgeprägt ist die Einschätzung, dass die Patientenaufklärung im Zuge der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zusätzliche Arbeitszeit in Anspruch nehmen wird.

### Fazit

Die Ergebnisse der AUGÉ-Studie zeigen, dass das Wissensdefizit und der Informationsbedarf unter den Befragten sehr hoch ist. Daraus folgt, dass der Nutzen der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Rezepts für die niedergelassenen Ärzte bisher nicht transparent ist. Die Ärzte fürchten zeitlichen Mehraufwand und Störungen in ihren Praxisabläufen, zudem sehen sie Probleme hinsichtlich der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Offenbar gilt es in erster Linie konkretes Wissen zu vermitteln, das die Ärzte auf die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vorbereitet. Dieses Wissen kann den zukünftigen Anwendern helfen, den Nutzen der elektronischen Gesundheitskarte nachzuvollziehen und somit ihre Akzeptanz steigern. Dort, wo die Ängste der Ärzte unbegründet sind, ist es notwendig, umfassend und zielgruppenspezifisch zu informieren. Dort, wo die Ängste begründet sind, ist es erforderlich, die technische Ausgestaltung der elektronischen Gesundheitskarte so weit wie möglich nach den Bedürfnissen der zukünftigen Anwender auszurichten.

Die dargestellten Ergebnisse stellen nur einen Auszug aus den Ergebnissen der AUGÉ-Studie dar. Sämtliche Ergebnisse sind im Ergebnisbericht nachzulesen unter [www.zvfk.de/content/e6/e318/e561/Endbericht\\_AUGE.pdf](http://www.zvfk.de/content/e6/e318/e561/Endbericht_AUGE.pdf)

# Forschungsprojekt

## Behandlungsverläufe bei Akutem Koronarsyndrom und Schlaganfall (BAKS) – Auswirkung der transektoralen Schnittstellen

### Projektleitung

Prof. Dr. Holger Pfaff  
Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK)  
Dr. Daniela van Eickels  
Operative Projektleitung

### Projektdurchführung

Sabine Löffert

### Mitarbeiter

Claudia Kaiser-Stolz, Jutta Schumacher,  
Doris Krause, Britta Ullrich

### Projektzeitraum

10/2004 bis 04/2006

### Status

Laufend

### Einleitung

Die Segmentierung der Versorgungskette kann zu erheblichen Problemen bei der medikamentösen Versorgung von Patienten führen. In der Versorgungskette Akutkrankenhäuser – Reha-Klinik – Hausarzt – Facharzt treten unter Umständen erhebliche Diskontinuitäten in der Medikation auf. Zum Beispiel können Medikamente abgesetzt oder neu verordnet werden (vgl. Abbildung 1). Es ist jedoch wenig darüber bekannt

- wie es zu den Diskontinuitäten der Medikation und der Behandlung insgesamt kommt,
- warum es zu Diskontinuitäten in der Medikation und der Behandlung insgesamt kommt und
- wer eine Veränderung der Medikation und der Behandlung bewirkt.

Die fortschreitende Ökonomisierung des Versorgungsprozesses hat zur Folge, dass es zukünftig zu vermehrten Diskontinuitäten in der Medikation und der Behandlung insgesamt kommen wird. Die Einführung der DRG's führt dazu, dass die Krankenhäuser die Medikamentenvergabe steuern müssen und bemüht sind, günstig einzukaufen. Arzneimittelkommissionen innerhalb der Krankenhäuser legen daher bestimmte Medikamente als Pflichtmedikamente fest. Auf Grund der spezifischen „Medikationsphilosophie“ des Hausarztes, aber auch auf Grund von Sparzwängen kann es dazu kommen, dass Hausärzte andere Medikamente bei Hochrisikopatienten verschreiben, als es bspw. die Akutklinik zuvor getan hat.

Darüberhinaus stellte die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 2002 in ihrem Leitlinien-Clearing-Bericht KHK fest, dass ambulante und stationäre Arzneitherapie von unterschiedlichen Faktoren bestimmt werden; einerseits bestimmen starke Rabattierung in der Klinik, andererseits erhebliche Wirtschaftlichkeitsüberlegungen im niedergelassenen Bereich die Therapieentscheidung (Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, 2002). Motivation und Wissensstand niedergelassener Ärzte sind uneinheitlich (Ayanian, 1995). Zusätzlich kann sich auch die Motivationslage der Patienten nach einem kardialen Ereignis mit der Zeit verändern (Wiles, 1998).

Diese Situation kann zu Diskontinuitäten im Medikations- und Behandlungsverlauf führen. Der Versuch, eine Integrierte Versorgung zu etablieren, kann hier zu einer Verbesserung der Kontinuität führen. Ob dies jedoch tatsächlich der Fall sein wird, kann nur empirisch geklärt werden.

### Zielsetzung

Die Forschungslage zu individuellen Medikamentierungsverläufen und Ordnungsverhalten bei Akutem Koronarsyndrom sowie Schlaganfall weist erhebliche Defizite auf. Insbesondere das Vorkommen und die Ursachen von Medikamentierungsfehlern, die auf Schnittstellen-Problematiken zurückzuführen sind, sind bislang nicht zum Gegenstand prospektiver und repräsentativer Untersuchungen gemacht worden.

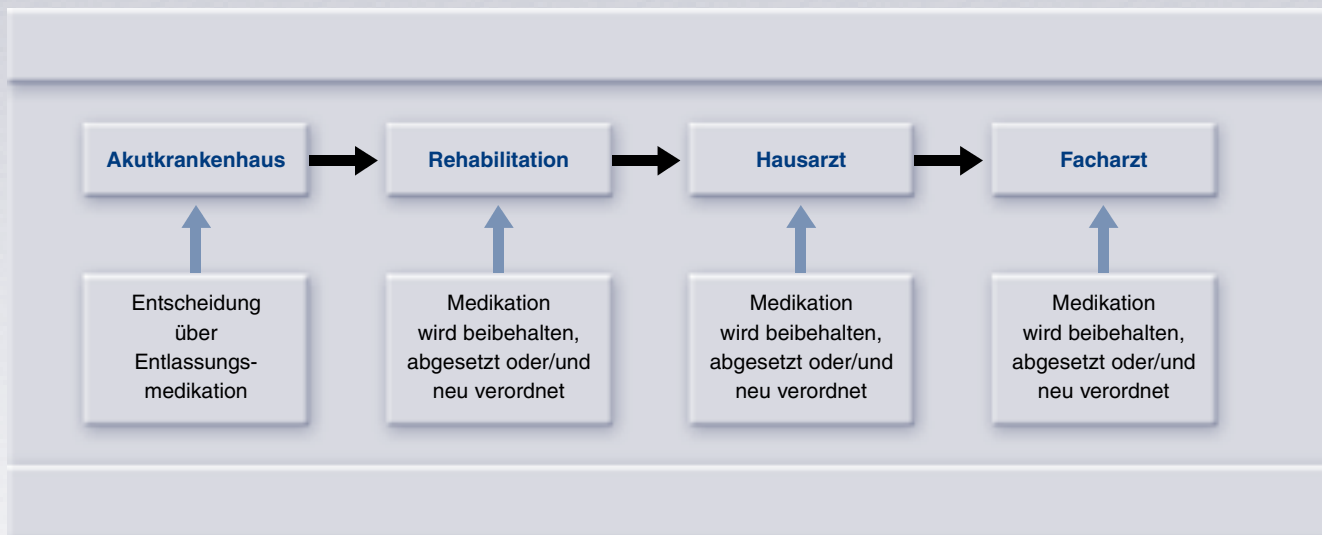


Abb. 1: Beispiel einer Versorgungskette

Daher sollen in einer prospektiven und repräsentativen Studie folgende Fragen geklärt werden:

- Wie sehen die Behandlungsverläufe bei Patienten mit Akutem Koronarsyndrom und Schlaganfall unter besonderer Berücksichtigung der transsektoralen Schnittstellenproblematik (Akutkrankenhaus, Rehabilitationsklinik, Facharzt, Hausarzt) aus und lassen sich Diskontinuitäten im Behandlungsverlauf beobachten?
- Wenn ja, warum gibt es Diskontinuitäten?  
Welche Faktoren (z.B. statistische Korrelation zwischen Praxisgröße oder Versorgungsregion und Diskontinuität) und welche subjektiven Gründe der Ärzte und/oder der Patienten sind für die Diskontinuitäten bzw. Kontinuitäten der Behandlung verantwortlich?

#### Methode

Die Ursachen für den Mangel an Untersuchungen, die die Versorgungskette des Schlaganfalls oder auch des Akuten Koronarsyndroms (ACS) abbilden, sind vor allem auf der Ebene methodischer Schwierigkeiten zu suchen.

Zum einen ist es problematisch, verschiedene Datenquellen auf der personenbezogenen Ebene zu koppeln, so dass sich ein individueller Behandlungsverlauf schwer darstellen lässt. Zum anderen ist die Verwendung von Routedokumentationen oder -daten schwierig, da diese aus unterschiedlichem Bedarf, mit unterschiedlichen Zielsetzungen sowie in unterschiedlichem Umfang entstehen.

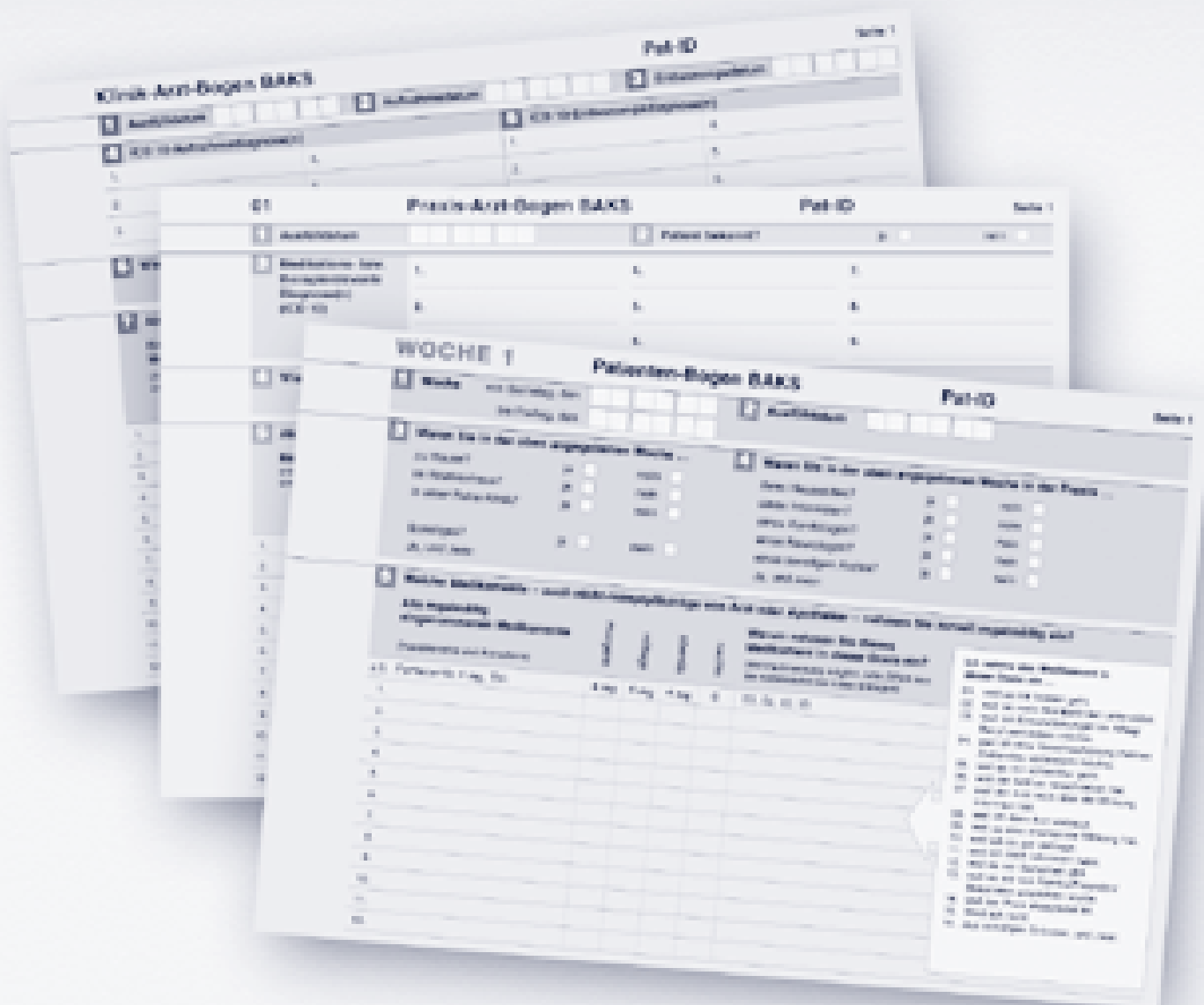
Daher ist es vor allem für den Arzneimittelbereich sinnvoll und notwendig, die Behandlungskette und die Schnittstellen der verschiedenen Versorgungsbereiche mittels neuer Methoden abzubilden. Ein Weg zur Bewältigung der genannten Problembereiche ist die Verwendung sogenannter Wochenfragebogen. Aus dem Grundgedanken heraus, dass sich die aufgesplitterten Versorgungsbereiche lediglich abbilden lassen, wenn man sich auf den „Pfad“ des Patienten durch die poststationäre Versorgung begibt, erscheint diese Methode sinnvoll und praktikabel. Die Validität der Angaben hat sich bereits in mehreren deutschen und internationalen Studien erwiesen (Becker et al., 2001, Goossens et al., 2000, Hessel et al., 2000, Papke & Janssen 2000, Rösch et al., 2002). Somit soll diese Methode im vorliegenden Forschungsvorhaben dazu dienen, die derzeitigen Forschungslücken und -defizite zu beheben.

Dargestellt werden soll die poststationäre Versorgung von Patienten mit Schlaganfall oder ACS sowie die Gründe für evtl. Diskontinuitäten an den Schnittstellen der unterschiedlichen Versorgungsbereiche.

Dazu tragen Schlaganfall- und ACS-Patienten nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus wöchentlich über einen Zeitraum von sechs Monaten die medikamentöse Therapie, die sie selbst oder der behandelnde Arzt vornehmen, in ihr Medikamenten-Behandlungs-Wochenbuch ein.

Bei Änderungen (Um-, Ab- oder Ansetzen von Medikamenten) werden die Gründe dafür benannt. Zusätzlich werden der subjektive Gesundheitsstatus und ggf. weitere therapeutische Maßnahmen (je nach Erkrankung OP, Logopädie, Krankengymnastik etc.) erfasst (siehe Abbildung 2).

Abb. 2: Beispiel für Patienten-Bogen, Praxis-Arzt-Bogen und Klinik-Arzt-Bogen



Bei jedem Arztbesuch oder weiterem Klinikaufenthalt führt der Patient das Wochenbuch mit sich und lässt jeweils vom behandelnden niedergelassenen – bzw. Klinikarzt entsprechende Arztfragebogen ausfüllen. Darin werden ebenfalls vorgenommene Veränderungen der Medikation mit den entsprechenden Gründen dafür, der Gesundheitszustand des Patienten aus ärztlicher Sicht und evt. therapeutische Maßnahmen festgehalten (siehe Abbildung 2).

Zusätzlich werden die Patienten über die gesamte Studiedauer von den Studienassistentinnen telefonisch betreut: Die Patienten werden monatlich um Rücksendung der ausgefüllten Bogen gebeten und auf Wunsch wird auch wöchentlich an das Ausfüllen der Bogen erinnert. Gleichzeitig wird Hilfe bei Problemen und Fragen im Bezug auf das Behandlungsbuch gegeben.

Auf diese Weise wird versucht, die poststationäre Versorgung der teilnehmenden Patienten über einen Zeitraum von sechs Monaten lückenlos darzustellen.

#### Teilnehmende Kliniken bzw. Ärzte

Prof. Dr. Höpp Klinik III für Innere Medizin der Universität zu Köln Joseph-Stelzmann-Str. 9 50924 Köln	Prof. Dr. Haupt Klinik und Poliklinik für Neurologie der Universität zu Köln Joseph-Stelzmann-Str. 9 50931 Köln
Dr. Göke Dreifaltigkeits-Krankenhaus Bonnerstrasse 84 50389 Wesseling	Dr. Witthöft Eduardus-Krankenhaus Custodisstr. 3-17 50679 Köln
Prof. Dr. Pohl St. Elisabeth-Krankenhaus Werthmannstr. 1 50935 Köln	Dr. Leopold / Dr. Beckers St. Lukas Klinik Schwanenstr. 132 42697 Solingen

#### Literatur

- Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2002). Leitlinien-Clearingbericht „Koronare Herzkrankheit“ 2002. <http://www.leitlinien.de> (download 1/2003).
- Ayanian J.Z., Hauptman P.J., Guadagnoli E., Antman E.M., Pashos C.L. and McNeil B.J. (1995). Knowledge and practices of generalist and specialist physicians regarding drug therapy for acute myocardial infarction. *N Engl J Med*; 331: 1136 – 42.
- Becker A, Seitz R, Jacobi E & Leidl R (2001). Kostenmessung durch Patientenbefragung: Pilotstudie zu einem Kostenwochenbuch. *Rehabilitation*, 40, 12 – 20.
- Goossens M, Rutten-van Mölken M, Vlaeyen J & van der Linden S (2000). The cost diary: a method to measure direct and indirect costs in cost-effectiveness research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 688 – 695.
- Hessel FP, Wittmann M, Petro W & Wasem J (2000). Methoden der Kostenerfassung im Rahmen der ökonomischen Evaluation einer Rehabilitationsmaßnahme bei chronischen Atemwegserkrankungen. *Pneumologie*, 54, 289 – 295.
- Papke K & Janssen C (2000). Tagebücher als Befragungsinstrument im Kontext des KORA-Projektes „Krankheitskosten von Asthma und Allergien“. *Z f Gesundheitswiss*, 2, 149 – 157.
- Rösch M, Leidl R, von Tirpitz, Reinshagen M, Adler G & König HH (2002). Kostenerfassung bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen durch direkte Patientenbefragung mit einem Kostenwochenbuch. *Z Gastroenterol*, 40, 217 – 228.
- Wiles R., on behalf of the SHIP collaborative group (1998). Patients' perceptions of their heart attack and recovery: the influence of epidemiological "evidence" and personal experience. *Soc Sci Med*; 46: 1477 – 86.



# Forschungsprojekt

## Cologne Smoking Study (CoSmoS): Teilprojekt „Psychosoziale Analyse“

### **Leiter der Cologne Smoking Study und Sprecher des Virtuellen Instituts für Interdisziplinäre Präventionsforschung in der Medizin (VIIRPM)**

Prof. Dr. Jürgen Wolf  
Centrum für Integrierte Onkologie  
Klinik I für Innere Medizin

### **Leitung des ZVFK-Teilprojektes „Psychosoziale Analyse“ und stellvertretender Leiter der Cologne Smoking Study**

Prof. Dr. Holger Pfaff

### **Kooperierende Mitgliedseinrichtungen des ZVFK**

Prof. Dr. Walter Lehmacher  
Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie

### **Weitere beteiligte Wissenschaftler**

siehe nachfolgenden Text

### **Operative Projektleitung des ZVFK-Teilprojektes**

Melanie Neumann

### **Mitarbeiterinnen im ZVFK**

Susanne Groos, Gudrun Sowada, Sarah Mostardt, Christina Spahr

### **Projektzeitraum**

09/2004 bis 02/2006

### **Status**

Laufend  
von 09/2004 bis 1/2006 Pilotphase

## **Strategic aims an summary**

### **Background and Incentive**

#### **Current situation**

Cardiovascular diseases and cancer are the two leading causes of deaths in Germany.<sup>1</sup> Incidence of both disease groups increases significantly with age. Taking into account the aging of the German population both disease groups will further increase substantially. Despite enormous successes in diagnosis and therapy for these diseases a real breakthrough for cure has not been achieved and seems to be still out of range. There is a continuously increasing incidence of chronic cardiovascular diseases despite a decrease of the mortality rate related to acute myocardial infarction since 1985.<sup>2</sup> The mortality of the most common malignant diseases (cancer of the lung, breast, colon, prostate) has not changed strikingly in the last two decades.<sup>3</sup> In light of the demographic changes in our society and the apparent limitations of therapeutic medicine concerning curative goals, an increased effort of research in the area of preventive medicine seems to be more important than ever.

#### **Smoking as the single most important risk factor**

Smoking is the central risk factor for both cancer and cardiovascular diseases. In Germany, between 110.000 and 140.000 people per year die from diseases directly linked to smoking. Smoking kills more people than AIDS, alcohol, drugs, traffic accidents and murder altogether.<sup>4</sup>

In 1993, all smoking-related health care costs reached the tremendous amount of 17.5 billion Euro, or 1% of the German gross domestic product. In 2000, approximately one third of all individuals age 18 to 59 were smoking in Germany.<sup>6</sup> Therefore, the prevalence of smoking is still on a very high level and there is basically no change over the last decade. The number of smoking women even increased during this period. The number of cigarettes consumed also increased over the last decade.<sup>4</sup> This development is not restricted to Germany, in fact the WHO is anticipating a world-wide epidemic of smoking that will lead to more than 10 million smoking related deaths world-wide in 2010.<sup>7</sup> In light of these numbers, smoking becomes the single most relevant factor and challenge for any future research in preventive medicine.<sup>8</sup>

#### **Necessity of interdisciplinary research teams in prevention research**

Cardiovascular diseases and cancer arise from a complex interaction of genetic and environmental factors. The complete sequencing of the human genome and the development of high-throughput technology for genetic analyses now allows the simultaneous characterization of numerous genetic traits. Identification of genetic risk profiles (“genetic profiling”) aiming at risk-stratified personalized prevention approaches seems to represent a promising extension of “classical” preventive medicine.<sup>9</sup> However, despite the enormous potential of the new technologies the impact of genomic profiling on clinical prevention so far is low. In many cases initially proposed gene-disease associations could not be confirmed in follow-up studies.

In numerous genetic association studies published so far, an insufficient design (e.g. a low number of cases or neglect of the ethnical background) has been criticized.<sup>10</sup> In addition, for the understanding of complex diseases integration of psychosocial factors in genetic models for disease development (gene-environment interaction) is crucial. While there is much evidence for direct effects of psychosocial factors on disease development, their modifying effects on the health effects of certain genetic polymorphisms are far less understood<sup>11</sup>. For future studies aiming at the identification of genetically defined risk factors in complex diseases (I) optimization of study design, (II) optimization of biostatistical analyses and (III) integration of psychosocial risk factors is demanded.<sup>12,13</sup> To fulfil these requirements interdisciplinary research teams are needed including clinicians (recruitment of patients, establishment of clinical-preventive study units), molecular geneticists (selection of candidate SNPs, genotyping technology), sociologists and psychologists (evaluation of psychosocial risk factors), epidemiologists and biostatisticians (study design, data analyses).

### **The Virtual Institute for Interdisciplinary Research in Preventive Medicine**

The initiation of a Virtual Institute for Interdisciplinary Research in Preventive Medicine (VIIRPM) is a direct consequence of the above described necessities to apply most advanced scientific approaches to improve our currently limited strategies in preventive medicine of the major health care problems. In view of the demographic development and the limitations of curative medicine more research efforts will be directed towards prevention of common, complex diseases like cancer and cardiovascular disease in the near future. There is no doubt, that the impressing successes in genotyping technologies will influence prevention research and that genomic profiling will become an essential part of preventive medicine. However, the magnitude of this impact still has to be determined and several methodological problems have to be solved. The VIIRPM wants to meet these challenges by building an interdiscipli-

nary platform for evaluating the impact of genomics on preventive medicine. In the initiation phase the VIIRPM is formed by research teams from the three major Helmholtz Centers focusing on health care associated research, namely the GSF Neuherberg, the DKFZ in Heidelberg, and the MDC in Berlin. These centers are joined by research teams from the Universities of Bonn and Cologne.

The research team of the VIIRPM provides an outstanding expertise to address smoking and related diseases as the single most important factor to any new strategy in preventive medicine. E. Wichmann and his team at the GSF have a long track record in population-based science concerning the impact of smoking on major diseases including lung cancer and myocardial infarction. The DKFZ represented by J. Chang-Claude is a national and international leading institution in population-based and genetic studies concerning the cause of cancer by smoking. The MDC represented by R. Dietz and P. Nürnberg (Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Zentrum für Funktionelle Genomforschung) provides the expertise in molecular cardiology and genetic assay development necessary to perform the proposed studies. The University of Cologne was chosen as the first University Partner due to several reasons. First and most important, the initially proposed study (Cologne Smoking Study (CoSmoS, see below) is planned to be performed in one of the larger cities in Germany. In this respect Cologne is the first choice, based on the unfortunate record to be the 'smoking capital' of Germany. In addition, several important collaborating research groups with long standing history in biostatistics (W. Lehmacher), public health (H. Pfaff), hospital based studies (J. Wolf, C. Schneider) and translational research (J. Schultze) are located at one of the largest university hospitals in Germany, which by itself is another prerequisite to assure sufficient numbers of patients for the proposed hospital based studies. The necessary expertise in genetic epidemiology is provided by T. Wienker (University of Bonn) who is the PI of one of the national Genetic Epidemiology Methods (GEM) centers. Furthermore the close proximity of the two universities further facilitates collaboration during the initial phase of the program.

Studies on smoking such as CoSmoS will be followed by projects focusing on other health risks such as obesity or unbalanced diet. The gain of knowledge in study design optimization and biostatistical evaluation of genetic association studies and the integration of genetic and psychosocial risk factors will foster the establishment of this interdisciplinary platform thus closing the gap between genetic research and preventive medicine. It is planned to integrate further specialists from the fields of public health and ethics. Partnerships with national organizations from the fields of genomics, science, and medicine are to be established (e.g. NGFN, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Deutsche Krebshilfe, Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie and others).

#### **The Cologne Smoking Study (CoSmoS) as the first project of the VIIRPM**

Lung cancer and myocardial infarction as the most severe side effects of smoking, but also nicotine addiction itself, are multifactorial diseases triggered by a complex interaction of genetic and environmental risk factors. Taking into account the magnitude of the smoking epidemic and in light of the rather limited success rates of previous anti-smoking programs we strongly believe that it is now a necessity to establish interdisciplinary research networks focusing on the development of novel research concepts to control and prevent smoking-related health risks. We, therefore, have established such an interdisciplinary research team to build the VIIRPM and to propose the *Cologne Smoking Study* – CoSmoS – with the aim to investigate the role of psychosocial/ behavioural and genetic causes for the development of lung cancer and myocardial infarction in smokers. A national team of experts of classical and genetic epidemiology, social sciences, molecular biology, clinical and translational research has come together to attempt to address the interplay of genetic and environmental factors associated with smoking, with a particular emphasis on nicotine addiction and the risk of lung cancer and myocardial infarction.

We expect to identify populations at highest risk for whom to develop specialized preventive programs in the future.

Several meetings between the members of the network demonstrate the active and lively scientific discussion that has been initiated since spring of 2003. A first example for further synergies and added value beyond the CoSmoS study is the integration of the smoking questionnaire developed within CoSmoS into already existing national structures such as KORA (Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg) cohort, LUCY (lung cancer in the young) and EPIC (European Prospective Investigation into Nutrition and Cancer). This will allow all three projects to partially use data provided by the other studies and will lead to additional information to become available.

The primary goal of CoSmoS is the identification of smokers with high risk to develop lung cancer and/or myocardial infarction. Therefore, among smokers genetic susceptibility for these diseases and the modifying effects of psychosocial factors will be analyzed. In addition, nicotine addiction itself will be characterized with regard to genetic and psychosocial features (and their interaction). Our vision is to use the information from CoSmoS to develop and test risk-stratified programs to prevent smoking-related diseases, in particular lung cancer and MI. This approach distinguishes CoSmoS from previous approaches, since our aim is not to propose and develop general recommendations but rather to focus on subpopulations based on risk. Two distinct programs are envisioned: First, a risk-adapted program targeting smoking behavior of young adults, second, risk-adapted nicotine withdrawal programs for adult smokers. We would predict that in addition to changes in environmental factors genetic information will become part of the risk-stratification. These programs will be tested in prospective studies. The development of these prospective evaluations of individualized risk-stratified anti-smoking programs will be initiated already in year two of CoSmoS. For these prospective studies additional funding will have to be applied for. We have already initiated the search for additional partners from behavioral sciences, psychology, educational sciences, medical ethics and health economics.

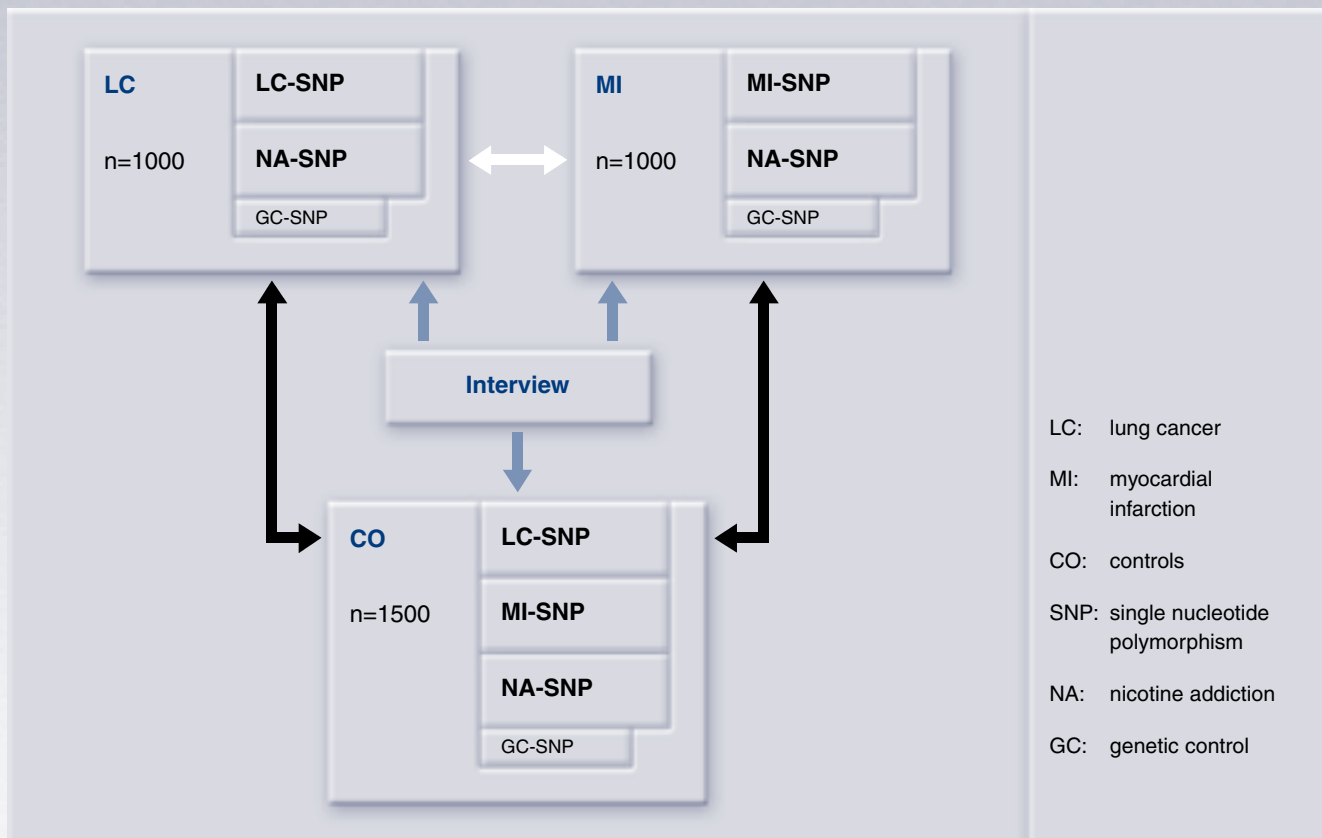


Fig. 1: Schematic illustration of the CoSmoS Design consisting of two case groups (lung cancer and myocardial infarction) and one common control group

### Summary of the research plan

The overall goal of CoSmoS is the identification and characterization of smokers with high risk to develop lung cancer (LC) and / or myocardial infarction (MI) as well as an integrated analysis of genetic susceptibility of nicotine addiction. CoSmoS is designed as a case-control study in the Cologne area to identify a high risk population among smokers. Additionally, an explorative part of the study will focus on characterization of smoking habits and nicotine addiction. The first case group will include 1000 LC patients, the second case group 1000 MI patients. A common hospital-based control group (CO) with 1500 patients with diseases not related to smoking will be established. All individuals recruited into the study (cases and controls) will be interviewed and blood will be drawn both for routine biochemical tests from serum and genotyping assays from blood derived DNA and RNA.

Single nucleotide polymorphism analyses of three groups of candidate genes will be performed; these candidate genes are grouped by their potential association with LC, MI or nicotine addiction (NA). In addition to genomic genotyping, skewed allelic expression of the chosen candidate genes will be analysed and tested for association with the three different phenotypes. This will allow to avoid the problem of multiple allelism and raise the power of the association study considerable. Furthermore, the samples will be available for future whole-genome association studies that may be performed if additional funding becomes available. An integral part of CoSmoS is the use of specialized questionnaires including a detailed life-long smoking history, a detailed description of all attempts to quit smoking and the assessment of additional parameters concerning addictive behavior and life style parameters such as exercise activities and eating habits, but also pathopsychological aspects including anxiety and depression.

A special feature of CoSmoS is the analysis of the influence of psychosocial parameters on genotype – phenotype interactions (effect modification).

### Specific Aims

The primary goal of CoSmoS is the investigation of the role of behavioural and genetic causes for lung cancer and/or myocardial infarction in smokers. Furthermore, in an explorative design nicotine addiction will be characterized in current and ex-smokers based on genetic and psychosocial analyses.

### Primary questions:

- Which genetic traits account for the onset of lung cancer and / or myocardial infarction in certain smokers while others are not affected by the disease?
- Which psychosocial characteristics modify the observed correlations between genotype and disease (effect modification)?

### Secondary questions:

- Which genetic and psychosocial characteristics underly nicotine addiction in smokers (direct and indirect effects)?
- Which genetic and psychosocial characteristics have an impact on smoking cessation?
  - a) focusing on the intention to stop smoking in future
  - b) focusing on earlier attempts to quit smoking

### Integration into existing structures and networks

On a national level, the VIIRPM will be networked to three major epidemiological studies, KORA (Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg) and LUCY (Lung Cancer in the Young), both directed by Prof. Wichmann (GSF) as well as EPIC (European Prospective Investigation into Nutrition and Cancer), represented by J.Chang-Claude (DFKZ). Collaborations between J. Wolf, J. L. Schultze and the DKFZ (Abteilung Klinische Epidemiologie) have already been established focusing on the characterization of lung cancer specific expression profiles with a predictive potential. In order to optimize genotyping processing an intense collaboration is scheduled with the Zentrum für Funktionelle Genomforschung (University of Cologne) by Prof. Nürnberg.

The interaction with the Genetic Epidemiological Methods (GEM) Center Bonn of the National Genome Research Network (NGFN) is provided by Prof. Wienker who is the PI of GEM Bonn. In Cologne, the competence center for clinical trials (Koordinierungszentrum für Klinische Studien Köln, KKSK) is directly linked to the CoSmoS trial by its head Prof. Lehmacher. Similarly, Prof. Pfaff is head of the Zentrum für Versorgungsforschung (ZVFK) in Cologne thus providing profound expertise in recruitment of hospital-based controls and conduction of interviews. Prof. Wolf and Prof. Schultze are heading the translational research unit MTBTI (Molecular Tumorbiology and Tumormmunology), located within the Department of Internal Medicine I at the University Hospital. The MTBTI is also linked to the National Genome Research Network by a project within the Cancer Net of the NGFN 2 program, headed by J. L. Schultze.

**Selected References**

1. [http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bev\\_sfg\\_var.htm](http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bev_sfg_var.htm)
2. <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab19.htm>
3. <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab20.htm>
4. Reihe DR. Tabakprävention und Tabakkontrolle: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Sonderband DKFZ, Heidelberg, 2002.
5. Welte R, König HH, Leidl R. The cost of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health* 19: 31 – 38, 2000.
6. Kraus L, Augustin R. Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Sucht* 47: 7 – 8, 2000.
7. WHO: The world health report 2003 <http://www.who.int/whr/2003/chapter6/en/>
8. Peto J. Cancer epidemiology in the last century and the next decade. *Nature* 411: 390 – 395, 2001.
9. Roses AD, *Nature* 405: 857 – 65, 2000.
10. Weiss KM, Terwilliger JD. How many diseases does it take to map a gene with SNPs? *Nat Genet* 26: 151 – 7, 2000.
11. Jordan J, Bardé B, Zeiher AM. Psychokardiologie heute. *Herz* 26: 335 – 344, 2001.
12. Haga S, Khoury MJ, Burke W. Genomic profiling to promote a healthy lifestyle: not ready for prime time. *Nature Genetics* 34: 347 – 350, 2003.
13. Cardon LR, Palmer LJ. Population stratification and spurious allelic association. *Lancet* 361: 598 – 604, 2003.
14. Becker N, Wahrendorf J. Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland. Springer Verlag, 1997.
15. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 321: 323 – 329, 2000.
16. Schneiderman N, Antoni MH, Saab PG, Ironson G. Health psychology: psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annu Rev Psychol* 52: 555 – 80, 2001.
17. Hemminki K, Li X, Czene K. Familial risk of cancer: data for clinical counselling and cancer genetics. *Int J Cancer* 108: 109 – 114, 2004.
18. Mitsuuchi Y, Testa JR. Cytogenetics and molecular genetics of lung cancer. *Am J Med Genet* 11: 183 – 188, 2002.
19. Kiyohara C, Otsu A, Shirkawa T, Fukuda S, Hopkin JM. Genetic polymorphisms and lung cancer susceptibility: a review. *Lung Cancer* 37: 241 – 256, 2002.
20. Amos CI, Xu W, Spitz MR. Is there a genetic basis for lung cancer susceptibility. *Rec Res Cancer Res* 151: 3 – 12, 1999.
21. Wang XL, Raveendran M, Wang J. Genetic influence on cigarette-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis* 45: 361 – 382, 2003.
22. Marenberg ME, Risch N, Berkman LF, Floderus B, de Faire U. Genetic susceptibility to death from coronary heart disease in a study of twins. *N Engl J Med* 330: 1041 – 1046, 1994.
23. Broeckel U, Hengstenberg C, Mayer B, Holmer S, Martin LJ, Comuzzie AG, Blangero J, Nurnberg P, Reis A, Riegger GA, Jacob HJ, Schunkert HA. comprehensive linkage analysis for myocardial infarction and its related risk factors. *Nat Genet* 30: 210 – 214, 2002.
24. Yamada Y, Izawa H, Ichihara S, Takatsu F, Ishihara H, Hirayama H, Sone T, Tanaka M, Yokota M. Prediction of the risk of myocardial infarction from polymorphisms in candidate genes. *N Engl J Med* 347: 1916 – 23, 2002.
25. Ozaki K, Ohnishi Y, Iida A, Sekine A, Yamada R, Tsunoda T, Sato H, Hori M, Nakamura Y, Tanaka T. Functional SNPs in the lymphotoxin-alpha gene that are associated with susceptibility to myocardial infarction. *Nat Genet* 32: 650 – 654, 2002.
26. Groman E, Fagerström F. Nicotine dependence: development, mechanisms, individual differences and links to possible neurophysiological correlates. *Wien Klin Wochenschrift* 115: 155 – 160, 2003.
27. Lerman C, Niaura R. Applying genetic approaches to the treatment of nicotine dependence. *Oncogene* 21: 7412 – 7420, 2002.
28. Yoshimasu K, Kiyohara C. Genetic influences on smoking behaviour and nicotine dependence: a review. *J Epidemiol.* 13(4): 183 – 92, 2003.
29. Lerman C, Shields PG, Wileyto EP, Audrain J, Pinto A., Hawk L, Krishnan S, Niaura R, Epstein L. Pharmacogenetic investigation of smoking cessation treatment. *Pharmacogenetics* 12: 627 – 34, 2002.
30. Noble EP. The DRD2 gene in psychiatric and neurological disorders and its phenotypes. *Pharmacogenomics* 1: 309 – 333, 2000.
31. Fogarty M. Nicotine Addiction: Depending on cigarettes, counting on Science. *The Scientist* March 24, 21 – 25, 2003.
32. Wichmann HE, Kreienbrock L, Kreuzer M et al. Lungenkrebsrisiko durch Radon in der Bundesrepublik Deutschland (West). *ECOMED Verlag Landsberg* 1 – 231, 1998.
33. Keller, S. (Hrsg.) *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis.* Lambertus, 1999.
34. Riemann Klaus. *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen: ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung / von Klaus Riemann und Uwe Gerber im Auftr. der BZgA. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. - 4. Aufl. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Bd.1) ISBN 3-933191-30-0, 2000.*
35. Schumann A, Rumpf H-J, Meyer C, Hapke U, John U. Deutsche Version des Fagerström – Test für Nicotine Dependence (FTND-G) und des Heaviness of Smoking Index (HIS-G). In: A Glöckner, F Rist, H Kufner (eds), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES).* Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, 2003.
36. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47: 1102 – 1114, 1992.

# Forschungsprojekt

## Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe (INA-Studie)

---

### Projektleitung

Prof. Dr. Holger Pfaff  
Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK)

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt  
Geschäftsführender Direktor am Seminar für Sozialpolitik, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln

Elke Driller  
Operative Projektleitung

### Projektdurchführung

Saskia Wölbart  
Ute Karbach

### Projektzeitraum

01/2005 bis 12/2006

### Status

Laufend

---

### Projekthintergrund

Derzeit wird in den Einrichtungen der Behindertenhilfe eine Veränderung der Bewohnerstruktur wahrgenommen: Menschen mit Behinderungen altern aufgrund verbesserter medizinischer Versorgung, umfassender pädagogischer und lebenslang begleitender Angebote weit über das Renteneintrittsalter hinaus. Europäische Nachbarländer – wie die Niederlande – weisen bereits heute eine deutlich ältere Bewohnerstruktur in den Einrichtungen auf (ein Drittel aller Bewohner sind 60 Jahre und älter), so dass eine weitere Angleichung und Normalisierung der Lebenserwartung von Menschen mit, ohne oder spät erworbener Behinderung weiter zu erwarten ist.

Um Angebote der Behindertenhilfe rechtzeitig an die veränderte Soziodemographie der von Behinderung Betroffenen anpassen zu können, benötigen jedoch die zuständigen Sozialunternehmer dringend valide und repräsentative Daten über diesen Personenkreis, um Umstrukturierungen und (alters-) spezifische Anpassungen der Angebotsstruktur im Wohnbereich im Sinne der Bewohner, der Angehörigen und des pädagogischen Betreuungspersonals vornehmen zu können.

Diese notwendigen Daten liegen jedoch für Deutschland derzeit nicht vor. Während die demographische Entwicklung der Gesamtbevölkerung derzeit ein vieldiskutiertes Thema darstellt, existieren über die Lebenslagen – vor allem altgewordener – behinderter Menschen bisher kaum empirische Studien in ausreichend großer Zahl. Existierende empirische Erhebungen wie die amtliche Schwerbehindertestatistik sowie die jährlich durchgeführte Erhebung des Sozio-Oekonomischen Panels (SOEP) erfassen einzelne Merkmale sehr unscharf und lassen Aussagen über in Einrichtungen der Behindertenhilfe lebende Menschen nicht zu.

### Forschungsfragen

1. Wie sieht die demographische Struktur von Menschen mit Behinderungen in den Wohneinrichtungen des Brüsseler Kreises aus?
2. Wird die Inanspruchnahme durch das soziale Netzwerk und Alter der Bewohner beeinflusst?
3. Wie zufrieden sind die Anspruchsgruppen (Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter) mit der Wohn- bzw. Arbeitssituation in ausgewählten Wohneinrichtungen des Brüsseler Kreises?

### Methodisches Vorgehen

Die Gesamtstudie kann grob in zwei Module untergliedert werden: einen empirischen Teil (Modul 1) und einen hermeneutischen Experten-Teil (Modul 2).

Wissenschaftliche Evaluation ...	ausgewählter* Versorgungsangebote des Brüsseler Kreises ...	mittels Befragung ...
<p>durch die Projektbeteiligten:</p> <p><b>ZVFK</b> (Prof. Dr. H. Pfaff)</p> <p><b>Seminar für Sozialpolitik</b> (Prof. Dr. F. Schulz-Nieswandt)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationäres Wohnen</li> <li>• Tagesförderstätten</li> <li>• Wohngruppen</li> <li>• betreutes Wohnen</li> </ul> <p>*in gemeinsamen Workshops mit den beteiligten Sozialunternehmern werden die zu evaluierenden Angebote im ambulanten und stationären Bereich ausgewählt</p>	<p><b>Postalische Kurzbefragung</b></p> <p>der Leitung ausgewählter Versorgungsangebote des Brüsseler Kreises</p> <hr/> <p><b>Persönliche Befragung vor Ort</b></p> <p>der Bewohner der Einrichtungen des Brüsseler Kreises (bzw. alternativ/ergänzend der Pflege- und Betreuungskräfte)</p> <hr/> <p><b>Postalische Befragung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Angehörigen von Behinderung Betroffener</li> <li>• der pädagogisch tätigen Mitarbeiter</li> </ul>

## Modul 1

Innerhalb sechs ausgewählter Wohneinrichtungen des Brüsseler Kreises werden die nach dem Stakeholder-Ansatz relevanten Anspruchsgruppen zu den oben skizzierten Fragestellungen schriftlich sowie mündlich (face-to-face) befragt. Dabei wird vor allem der Sicht der Betroffenen selbst Rechnung getragen. Menschen mit Behinderung

kommen – neben den jeweiligen Angehörigen und den zuständigen pädagogischen Mitarbeitern – selbst zu Wort. Für die Menschen mit Behinderungen wurden daher drei Fragebogenversionen (normal, light, ultralight mit Pictogrammen) entwickelt, um den jeweiligen vorliegenden Kompetenzprofilen der Bewohner gerecht zu werden.

## Modul 2

Hermeneutisches Expertisen-Modul der Studie. Zu speziellen Themen werden (datenbasierte) wissenschaftliche Gutachten erstellt, mit folgenden thematischen Schwerpunkten:

### 1. Expertisen-Cluster A

Europarechtliche Einflussfaktoren auf die Veränderungen des Sektors sozialer Dienstleistungen und Einrichtungen in Deutschland. Abschätzung der Europäischen Verfassung sowie neuerer Antidiskriminierungsrichtlinien für den Bereich der Behindertenarbeit.

### 2. Expertisen-Cluster B

Veränderungen des Gesundheitswesens sowie der Landespflegegesetze (Stichwort: Kommunalisierung der Altenpflege). Abschätzung der Auswirkungen auf den Sektor der Behindertenarbeit.

### 3. Expertisen-Cluster C

Interne Entwicklungsprobleme der Einrichtungen der Behindertenarbeit im Lichte der soziodemographischen Veränderungen und der Angebotsinnovationen: Kompetenzprofile des Personals und Veränderungsbedarfe, Leitbildentwicklungen der Träger, Bilder des behinderten Menschen im Wandel, Spannungsverhältnisse von Ökonomik knapper Ressourcen und Ethik der Behindertenarbeit u.a.m.



# Forschungsprojekt

## Institutionelles Wohnen und Empowerment – Chance statt Widerspruch. Teilhabe fördern – selbstbestimmt leben.

---

### Projektleitung

Prof. Dr. Holger Pfaff  
Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK)

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt  
Geschäftsführender Direktor am Seminar für Sozialpolitik, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln

### Projektdurchführung

Dipl.-Kfm. John Nätke

### Projektzeitraum

01/2005 bis 12/2006

### Status

Laufend

---

### Hintergrund

In der Behindertenarbeit hat sich in den letzten Jahrzehnten ein Paradigmenwechsel vollzogen. Von einem Versorgungsparadigma des zu versorgenden Behinderten hin zu einem rehabilitativen Paradigma der Teilhabe von Behinderten an der Gesellschaft und damit zu einem selbstbestimmten Leben. In diesem Zusammenhang wurde auch das Konzept des Empowerment in der Behindertenarbeit aufgegriffen.

Empowerment spielt heute in der Gerontologie wie auch in der Soziologie/Psychologie der Arzt-Patienten-Beziehung und der Pflegebeziehung eine nicht mehr weg zu denkende Rolle. Empowerment beschreibt den Vorgang, in dessen Rahmen behinderte Menschen befähigt werden, selbstbestimmt ihr Leben zu gestalten und so zu einer Selbstbemächtigung zu gelangen. Bewohner von Behinderteneinrichtungen werden als Experten in der eigenen Sache angesehen, „die für sich selbst am besten wissen, was für sie gut ist und was nicht, die eigene Interessen artikulieren, eigenständig selbstverantwortlich Entscheidungen für persönliche Angelegenheiten treffen und eigene Belange für sich selbst regeln können“ (Theunissen & Hoffmann, 2003).

Dabei unterstellten Vertreter dieses Empowerment-Konzepts, dass sich eine Selbstbestimmung ausschließlich außerhalb der historisch gewachsenen und immer mehr in Kritik geratenen, stationären Wohnformen von Behinderten entfalten kann.

### Ziel

Der Träger dieses Projekts unterhält zu einem großen Teil gerade solche stationären Wohnangebote und setzt sich konstruktiv mit der Kritik an den stationären Wohnformen und deren vielfach diskutierten Unverträglichkeit mit den Merkmalen des Empowerment-Konzepts auseinander.

Der Träger des Projekts versucht daher, Empowerment im Rahmen stationärer Einrichtungen zu verwirklichen. Die Versorgungseinrichtungen des Trägers wurden deshalb im Jahr 2002 zur Teilnahme an dem Projekt „Institutionelles Wohnen und Empowerment – Chance statt Widerspruch“ aufgefordert. Ziel dieses Projekts ist die Überprüfung, inwieweit Empowerment in stationären Wohnformen verwirklicht werden kann.

Hat die Einführung des Empowerment-Konzepts zu kreativen und selbst organisierten Handlungsstrategien bei den Bewohnern und Inanspruchnehmern der Versorgungsangebote der JG-Gruppe geführt?

### Methode

Die teilnehmenden Einrichtungen haben in den Jahren 2002 und 2003 mit ihren Einzelprojekten begonnen. Sie sind angehalten, Quartalsberichte sowie, zum Ende der Projekte (ca. 2005), einen Abschlussbericht zum Projektverlauf an die Zentrale der Josefs-Gesellschaft zu übersenden.

Diese Berichte werden dort zur Zeit gesammelt. Innerhalb des beschriebenen Forschungsprojekts werden die gesammelten Berichte ausgewertet und hinsichtlich des Empowerment-Konzepts qualitativ bewertet. Neben der Auswertung der Berichte sind Besuche in den teilnehmenden Einrichtungen geplant. Hierbei wird mit den Inanspruchnehmern und den dort tätigen pädagogischen Mitarbeitern über die Wirkung seit der Einführung des Empowerment-Projekts in Fokus-Gruppen diskutiert, um die Auswertung der Berichte zu untermauern.

# Forschungsprojekt

## Qualitative Evaluation der psychoonkologischen Versorgung von Haus LebensWert e.V.

### Projektleitung

Prof. Dr. Holger Pfaff  
Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK)

Melanie Neumann  
Operative Projektleitung

### Projektdurchführung

Melanie Neumann  
Maren Galushko  
Ute Karbach  
Dr. Claudia Kaiser

### Kooperationen

Prof. Dr. Volker Tschuschke  
Medizinische Psychologie  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
Klinikum der Universität zu Köln

Dr. Thomas Gross  
Zentralbereich Medizinische Synergien  
Klinikum der Universität zu Köln

### Projektzeitraum

02/2005 bis 12/2005

### Status

Laufend

### Hintergrund und Ziele

Haus LebensWert e.V. hat es sich zum Ziel gesetzt, seine vielfältigen psychoonkologischen Therapieangebote, zu denen psychologische Gespräche sowie Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie gehören, im Rahmen einer empirischen Untersuchung zu evaluieren. Das Ergebnis der Evaluation soll sowohl als Instrument der internen und externen Darstellung der psychoonkologischen Leistungen dienen als auch eine erste wissenschaftliche Ausgangsbasis zur Forcierung der Finanzierung der psychoonkologischen Angebote im Rahmen der Regelversorgung darstellen.

Um diese Ziele zu erreichen, stehen bei der Evaluation von Haus LebensWert e.V. folgende Fragestellungen im Vordergrund:

- Wie hoch ist der medizinisch-therapeutische Nutzen (objektive Wirksamkeit wie z.B. Tumorreduktion, Symptomverbesserung, rezidivfreies Intervall, Überlebenszeit, Anzahl der Krankenhaustage bei stationärer Wiederaufnahme, stationäre Wiederaufnahmen) der Kerntherapiearten wie psychologischer Gespräche sowie Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie?
- Wie hoch ist der kognitiv wahrgenommene und emotional empfundene Nutzen (subjektive Wirksamkeit wie z. B. Annehmbarkeit, Patientenzufriedenheit, Lebensqualität, Coping) der von Haus LebensWert e.V. erbrachten psychoonkologischen Leistungen?

### Methode und Vorgehen

Vor dem Hintergrund der Zielsetzungen von Haus LebensWert e.V. und den damit verbundenen hohen inhaltlichen und methodischen Ansprüchen werden zwei Projektteile (A und B) mit einer jeweils unterschiedlich hohen Aussagekraft bzgl. der objektiven und subjektiven Wirksamkeit angeboten. Das Projektteil A fokussiert auf die Frage, ob und inwieweit sich anhand der nationalen und internationalen Forschungsliteratur Aussagen und Bewertungen zur objektiven und subjektiven Wirksamkeit der einzelnen Therapieangebote vornehmen lassen. Eine solche systematische Literaturanalyse („Review“) dient der Präzisierung der im Rahmen des Projektteil B zu ermittelnden Fragestellungen sowie der Entwicklung dafür geeigneter Untersuchungsinstrumente und -methoden. Des Weiteren schafft eine systematische Literaturanalyse eine gesicherte wissenschaftliche Ausgangslage für die interne und externe Darstellung von Haus LebensWert e.V., aber vor allem auch für einen möglichen Dialog mit potenziellen Kostenträgern psychoonkologischer Leistungen. Im Projektteil A werden die Methode und die Vorgehensweise dargestellt.

Der Projektteil B dient ausschließlich dazu, die subjektive Wirksamkeit, d.h. den kognitiv wahrgenommenen und emotional empfundenen Nutzen (z. B. die Annehmbarkeit, Patientenzufriedenheit, Lebensqualität, Coping) der psychoonkologischen Therapieangebote von Haus LebensWert e.V. mit Hilfe konkreter Patientenerfahrungen zu ermitteln.

Diese von Haus LebensWert e.V. gewünschten Informationen zur subjektiven Wirksamkeit werden im Rahmen von Fokusgruppendifkussionen mit psychoonkologisch behandelten Patienten sowie Ärzten und Pflegepersonal ermittelt (qualitatives Vorgehen).

In den folgenden Abschnitten werden die Projektteile A und B detailliert dargestellt:

### Projektteil A

#### **Systematische Literaturlanalyse zur subjektiven und objektiven Wirksamkeit psychoonkologischer Interventionen (Psychologische Gespräche, Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie)**

Durchführung: Prof. Dr. Tschuschke und Dr. Gross

Weltweit besteht in der Forschung Konsens darüber, dass auf Grund der Belastungen und des Leidensdrucks bei Krebserkrankungen sowie hinsichtlich des Bedarfs, der Realisierbarkeit und der Wirksamkeit eine psychoonkologische Versorgung von zentraler Bedeutung ist.

Inzwischen sind die Ergebnisse der Erforschung psychosozialer Interventionen in ihrem Umfang, ihrer Komplexität, Diversifikation und auch Widersprüchlichkeit weitgehend unüberschaubar geworden. Deshalb erscheint eine Systematisierung der vorhandenen Wissensbestände in der gegenwärtigen Situation notwendig. Dies soll im Rahmen einer systematischen Literaturlanalyse („Review“) geschehen, in deren Rahmen es gilt, evidenzbasierte Wissensbestände in der Erforschung psychosozialer Interventionen festzustellen. Dadurch soll eine Bewertungsplattform geschaffen werden, von der aus die Forschungsfragestellungen des anschließenden Projektteils B sinnvoll vorbereitet werden können.

Aus diesem Sachverhalt begründet sich unsere Einschätzung, dass eine Literaturlanalyse (Review) dringend erforderlich ist, um die folgenden Themenbereiche systematisch zu sichten und zu evaluieren:

- a) Systematisierung des empirisch gesicherten Wissensbestandes psychosozialer Interventionen bei Krebserkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der von Haus LebensWert e.V. angebotenen Leistungen wie
  - psychologische Gespräche,
  - Kunsttherapie,
  - Musiktherapie und
  - Bewegungstherapie.
- b) Darstellung und Bewertung dieser empirischer Studien nach folgenden Kriterien:
  - Medizinisch-therapeutischer Nutzen (objektive Wirksamkeit wie z.B. Tumorreduktion, Symptomverbesserung, rezidivfreies Intervall, Überlebenszeit, Anzahl der Krankenhaustage bei stationärer Wiederaufnahme, stationäre Wiederaufnahmen) und
  - Kognitiv wahrgenommener und emotional empfundener Nutzen (subjektive Wirksamkeit wie z. B. Annehmbarkeit, Patientenzufriedenheit, Lebensqualität, Coping)
- c) Bestimmung der Forschungsfragen für den Projektteil B

Die systematische Literaturlanalyse soll auf Wunsch des Auftraggebers folgende Frage beantworten:

Was ist Psychoonkologie – und was vermag sie zu leisten?

## Projektteil B

### Fokusgruppen-Diskussion

Durchführung: Prof. Dr. Pfaff

Die Durchführung der Fokusgruppen-Diskussion gehört zu den Methoden der qualitativen Sozialforschung, bei der eine Gruppe von Menschen in strukturierter und moderierter Weise ihre Erfahrungen zu einem Thema (= Fokus) einbringt.

Mit Hilfe der Fokusgruppen-Diskussion kann die subjektive Wirksamkeit, d.h. der kognitiv wahrgenommene und emotional empfundene Nutzen der psychoonkologischen Therapieangebote von Haus LebensWert e.V. mit Hilfe konkreter Patientenerfahrungen in einem kalkulierbaren Zeit- und Finanzrahmen ermittelt werden. Darüber hinaus sollen auch Ärzte und Pflegepersonal zu den Vor- und Nachteilen bzw. zu den Hindernissen des Einsatzes der psychoonkologischen Angebote von Haus LebensWert e.V. in Fokusgruppen-Diskussionen befragt werden.

Die Vorteile der Fokusgruppen-Diskussion sind, dass den Befragten durch das Arbeiten mit offenen Fragen viel Spielraum beim Antworten gelassen und ein größeres Gewicht auf die subjektiven Erfahrungen gelegt wird. Im Unterschied dazu sind quantitative Erhebungsverfahren standardisiert, fordern vom Befragten inhaltlich zugespitzte Antworten. In Bezug auf die Datenanalyse werden in der qualitativen Forschung verbale bzw. nicht-numerische Daten interpretativ verarbeitet, in der quantitativen Forschung werden dagegen (numerische) Messwerte statistisch analysiert.

Der Einsatz qualitativer Erhebungsverfahren ist insbesondere dann sinnvoll, wenn man über den Gegenstand – hier: die spezifische Situation in und die subjektive Evaluation von Haus LebensWert e.V. – erst wenig bekannt ist.

Die Aussagekraft eines solchen Studienansatzes ist begrenzt. Es findet keine quantitative Messung der interessierenden Sachverhalte statt, sondern eine qualitative Analyse. Dies bedeutet auch, dass keine Ausgangsmessung (prospektives Design) stattfindet und keine Vergleichsgruppe („Kontrollgruppe“) gegeben ist. Kausale Aussagen im Hinblick auf den medizinisch-therapeutischen und gesundheitsökonomischen Nutzen der psychoonkologischen Therapieangebote von Haus LebensWert e.V. sind in diesem Design nicht möglich. Man kann lediglich erste Hinweise auf die subjektive Wirksamkeit psychoonkologischer Angebote speziell (!) bei Haus LebensWert e.V. gewinnen.

Für die geplanten sieben Fokusgruppen-Diskussion werden jeweils 2 – 3 männliche und weibliche Probanden eingeladen. Diese sieben Fokusgruppen-Diskussionen werden mit folgenden Teilnehmergruppen besetzt:

Fokusgruppe	Probanden
1	Externe, im Haus LebensWert e.V. ambulant behandelte Patienten
2	Stationär im Klinikum und in Ambulanz/Nachsorge behandelte Patienten
3	
4	Angehörige von Haus LebensWert-Nutzern
5	Patienten, die nicht an psychoonkologischen Angeboten teilnehmen
6	Ärzte und Pflegepersonal der Uniklinik
7	

Mittels Patienten-Fokusgruppen lassen sich für Haus LebensWert e.V. Informationen über Anlass, Art und Häufigkeit der in Anspruch genommenen Leistungen, Wünsche und Bedarf nach (zusätzlicher) psychoonkologischer Unterstützung, Annehmbarkeit der Therapie (z.B. Vor- und Nachteile der Inanspruchnahme psychoonkologischer Therapieangebote von Haus LebensWert e.V.) sowie kognitiv wahrgenommener und emotional empfundener Nutzen wie z. B. Lebensqualität, Patientenzufriedenheit oder das Coping (vor und seit bzw. nach der Inanspruchnahme der psychoonkologischen Therapie) ermitteln.

Mittels Ärzte- und Pflegepersonal-Fokusgruppen lassen sich für Haus LebensWert e.V. Informationen über folgende Themengebiete ermitteln:

- Subjektive (persönliche) und objektive (medizinisch-therapeutische) Vor- und Nachteile der psychoonkologischen Leistungen von Haus LebensWert e.V.
  - Für Ärzte und Pflegepersonal selbst
  - Für Patienten
- Subjektive Einschätzung des Bedarfs der Patienten an psychoonkologischen Therapieangeboten (z. B. auf Grund von Depressionen, Anpassungs- und Angststörungen)
- Wünsche nach einer anderen Form von psychoonkologischer Unterstützung und/oder Optimierung der angebotenen psychoonkologischen Unterstützung
  - Von Seiten der Ärzte und des Pflegepersonals
  - Von Seiten der Patienten
- Subjektive Einschätzung des kognitiv wahrgenommenen und emotional empfundenen Patientennutzens

# Forschungsprojekt

## Der Zusammenhang zwischen ärztlicher Empathie und psychosozialen Outcomes bei Patienten mit Bronchial-, Ösophagus-, Kolorektal-, Mamma-, Prostata- und Hautkarzinom – Eine explorative Querschnittstudie

### Projektleitung

Melanie Neumann

Prof. Dr. Holger Pfaff

Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK)

### Gutachter der

#### projektbezogenen Dissertation

Prof. Dr. Holger Pfaff (ZVFK)

Prof. Jürgen Wolf (Klinik I für Innere Medizin)  
Universität zu Köln

### Projektzeitraum

02/2005 bis 12/2006

### Status

Laufend

### Hintergrund

Die internationale Forschung im Bereich der Arzt-Patienten-Beziehung, größtenteils dominiert von „Primary Care“-Studien, belegt, dass die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung bedeutenden Einfluss auf (subjektiv wahrgenommene) psychosoziale Outcomes<sup>1</sup> und z. T. auch auf (objektiv messbare) medizinische Parameter hat.

Auch im Bereich der Onkologie zeigen immer mehr Studien, dass sich insbesondere das ärztliche Einfühlungsvermögen positiv auf psychosoziale Outcomes bei Krebspatienten auswirkt.

Die Erforschung der ärztlichen Empathie und ihr Einfluss auf psychosoziale Outcomes bei (Krebs-)Patienten findet im deutschsprachigen Raum bisher kaum Beachtung und ist auch international wenig erforscht.

### Ziele

**Primäres Ziel:** Empirische Studie zur Analyse des Zusammenhangs zwischen ärztlicher Empathie und psychosozialen Outcomes wie krebspezifische Lebensqualität, Angst, Depressionen und Benefit-Finding bei Patienten mit Bronchial-, Ösophagus, Kolorektal-, Mamma-, Prostata-, und Hautkarzinom.

**Sekundäres Ziel:** Validierung des CARE-Instruments (Consultation and Relational Empathy Measure) für den deutschsprachigen Raum.

### Design der Studie

Explorative (hypothesengenerierende), fragebogenbasierte Querschnittstudie im retrospektiven Design.

<sup>1</sup> Der Begriff „Outcome“ wird im Rahmen dieses Forschungsvorhabens im Sinne der Versorgungsforschung wie folgt definiert: „Das Outcome des Versorgungssystems ist der durch die erbrachte Versorgungsleistung erzeugte Gewinn oder Verlust an Lebensjahren, Gesundheit, Wohlbefinden und/ oder Lebensqualität.“ (Pfaff, 2003, S.17).

### Methode

Es wird eine Stichprobe von N = 713 Patienten des Klinikums der Universität zu Köln (UKK) mit den Hauptdiagnosen Bronchial-, Ösophagus, Kolorektal-, Mamma-, Prostata- und Hautkarzinom im Alter von 18 bis 75 Jahren gezogen, die im Zeitraum vom 01.02. 2005 bis zum 31.08. 2005 stationär behandelt wurden.

Die so ausgewählten Patienten wurden am 12. September 2005 postalisch angeschrieben und gebeten, einen beiliegenden Fragenbogen ausgefüllt zurückzusenden.

Bei der Methode der Datenerhebung wurde sich an die klassische „Total Design Method“ (TDM) nach Dillman (1978 und 2000) angelehnt, mit drei anstatt der von Dillman empfohlenen vier Erhebungswellen (vollständig anonymes Erhebungsverfahren).

Es wird mit einem Rücklauf von mindestens 50% gerechnet (konservative Kalkulation: 15 – 25% Verweigerer und bei ca. 20 – 25% der Patienten zu starke physiologische und/ oder psychologische Beeinträchtigungen/ Tod).

### Kernmessinstrumente

#### Messung der unabhängigen (erklärenden) Variable:

Deutsche Übersetzung des CARE-Instruments (Consultation and Relational Empathy Measure) von Mercer (2002).

#### Messung der abhängigen (zu erklärenden) Variablen:

Krebspezifische Lebensqualität (EORTC QLQ-C30 Version 3.0.), Angst (State-Skala des STAI – State-Trait-Anxiety-Inventory), Depression (MDI – Major (ICD-10) Depression Inventory)

#### Sekundäre abhängige Variable:

Benefit Finding Skala (BFS)

#### Kontrollvariablen:

Variablen, die die Bewertung der ärztlichen Empathie und der beschriebenen psychosozialen Outcomes verzerren könnten, werden kontrolliert und ebenfalls erhoben.

# Forschungsprojekt

## Evaluation des Modellprojektes zu ausgewählten kardiologischen Leistungen im Freistaat Sachsen

### Projektleitung

Prof. Dr. Holger Pfaff  
Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK)

Prof. Dr. Hans-Wilhelm Höpp  
Medizinische Projektleitung  
Klinik III für Innere Medizin  
der Universität zu Köln

Dr. Claudia Kaiser  
Operative Projektleitung

### Projektdurchführung

Dr. Claudia Kaiser (seit 09/2004)  
Dr. Ekkehard v. Pritzbuher (bis 08/2004)

Peter Ihle (PMV forschungsgruppe)

Jens Wiethage  
Doktorand

### Kooperation

Dr. Ingrid Schubert  
PMV forschungsgruppe  
Klinik und Poliklinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie der Universität  
zu Köln

Prof. Dr. W. Lehmacher  
Institut für Medizinische Statistik,  
Informatik und Epidemiologie  
der Universität zu Köln

### Projektzeitraum

08/2003 bis 09/2008

### Hintergrund

Die Versorgung von Patienten mit kardiologischen Erkrankungen mittels invasiver Verfahren erfordert hochspezialisierte Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Für beide Versorgungsarten gibt es spezifische Vor- und Nachteile. Für welchen Patienten die eine oder die andere Versorgungsform die günstigere ist, lässt sich häufig weder im Vorfeld noch in der retrospektiven Betrachtung des Einzelfalles genau festlegen. Ein Modellvertrag nach §63 SGB V zwischen der AOK-Sachsen auf der einen und dem Herzzentrum Dresden GmbH sowie der Praxisklinik Forststraße in Dresden auf der anderen Seite soll die Frage nach den Unterschieden der beiden Versorgungsformen in Bezug auf das Outcome der behandelten Patienten und die damit verbundenen Kosten beantworten. Er dient damit einer Optimierung der Patientenversorgung zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen. Diese soll durch eine gezieltere Zuweisung zu der für einen Patienten als günstiger einzuschätzende Versorgungseinrichtung erreicht werden. Hierzu soll die wissenschaftliche Evaluation des Projektes wesentlich beitragen.

### Projektziel

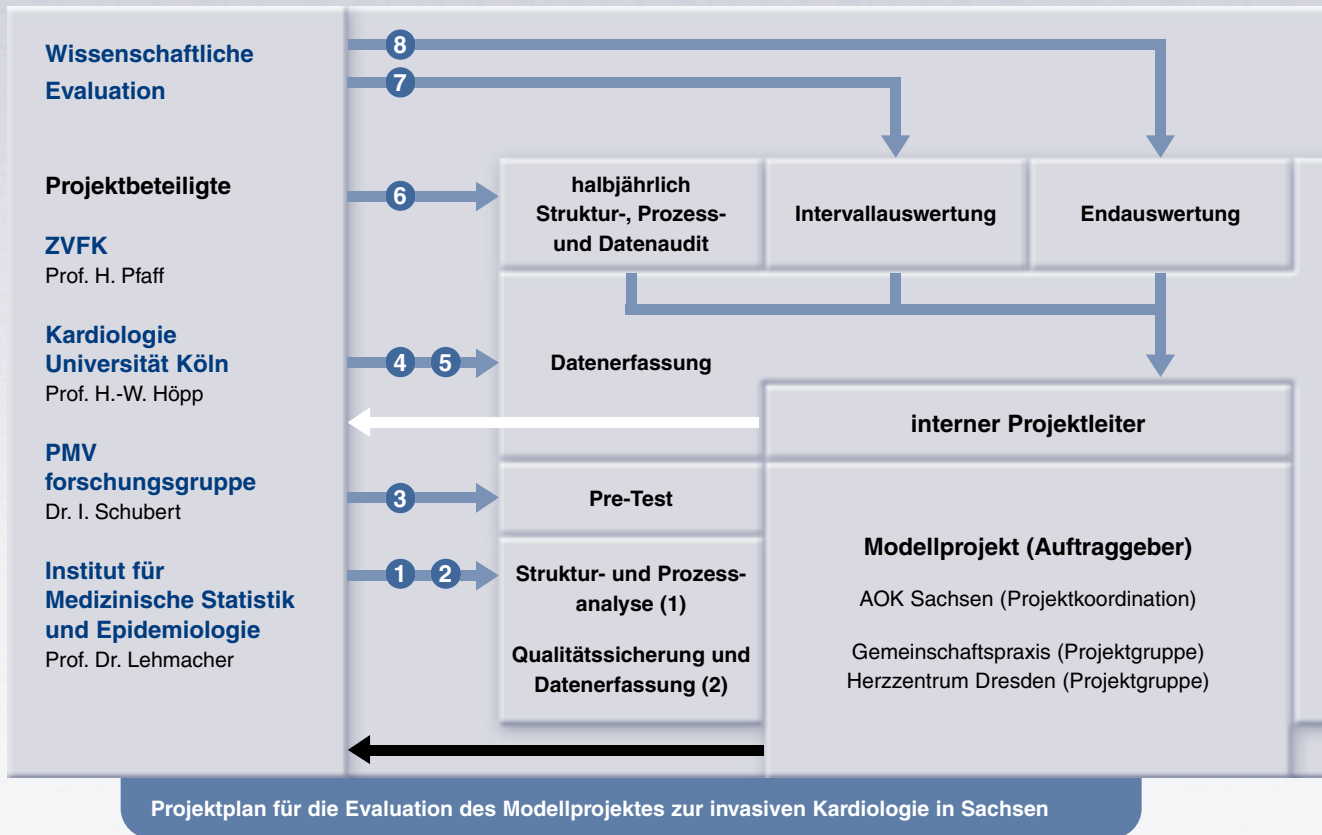
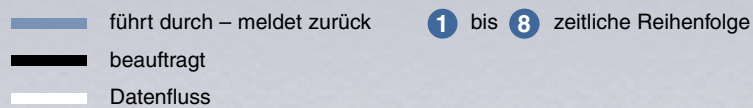
Ziel ist die Evaluation der stationären und der ambulanten kardiologisch-invasiven Versorgungsleistungen der Modellpartner, deren Einfluss auf die Behandlungspfade und die Gesundheitssituation der Patienten sowie die Kosten im Verlauf von zwei Jahren.

Hierzu sind folgende Fragen zu beantworten:

- Wie ist die reale Verteilung der Patientenkollektive für die ausgewählten Modelleleistungen auf die teilnehmenden Einrichtungen?
- Gibt es eine Korrelation der Versorgungsformen zur Folge-Morbidität der Patienten (Komplikationen, Berentung usw.)?
- Unterscheiden sich die medizinischen Ergebnisqualitäten der Modelleleistungen zwischen den Leistungserbringern bzw. den Versorgungsformen?
- Unterscheiden sich die unmittelbaren Kosten der Versorgungsleistungen nach Versorgungsform?
- Existieren valide diagnostische bzw. therapeutische Merkmale zur Entscheidung, ob ein Patient mit einer definierten Morbidität und Komorbidität ambulant behandelt werden kann oder einer stationären Behandlung bedarf?

### Aufgaben

- Überprüfung der zur Zeit über die Bogen der BQS® sowie der lokal entwickelten Zusatz-Bogen hinaus routinemäßig erhobenen Daten und der für die Ermittlung des weiteren Ressourcenverbrauches notwendigen Angaben auf erforderliche Ergänzungen
- Festlegung der notwendigen Datenströme und der Datenschutzverfahren



- Durchführung einer qualitativen Struktur- und Prozessanalyse in den Einrichtungen der beiden beteiligten Leistungserbringer
- Regelmäßige Audits mit stichprobenartiger Überprüfung der Dokumentationsqualität.
- Zusammenführen primärer Prozessdaten der erbrachten medizinischen Versorgungsleistung beider Zentren mit sekundären Verlaufsdaten aus den Beständen der AOK Sachsen
- Statistische Auswertung sowohl der demographischen Parameter und der Risikofaktoren durch deskriptive Analyse als auch der unterschiedlichen Ergebnisparameter unter Verwendung von statistischen Zusammenhangsanalysen
- Erstellung von Halbjahreszahlen und Jahresberichten
- Erstellung eines Abschlussberichtes

### Projekttablauf

Die Laufzeit des Modellprojektes ist insgesamt auf fünf Jahre (Mitte 2003 bis Mitte 2008) festgelegt. Seit Projektstart im August 2003 wurden sechs Workshops in Dresden durchgeführt, die zur Definition der im Modell zu erhebenden Variablen der Primär- und Sekundärdaten zur Abbildung der Patienten-Outcomes sowie zur Planung einer begleitenden, qualitativen Struktur- und Prozessanalyse genutzt wurden. Des Weiteren wurden die erforderlichen Halbjahres- und Jahresberichte auf den Workshops präsentiert. Im Jahr 2004 konnte die Entwicklung der zur Datenerhebung notwendigen Profile sowie der Pretest abgeschlossen werden. Seit Anfang des Jahres 2005 läuft die Erhebung der Primärdaten. Die Einschluss-Phase der in die Evaluation einzubeziehenden Patienten beträgt 18 Monate. Es folgt eine ebenfalls 18-monatige Nachbeobachtungs-Phase. Während der Einschluss-Phase werden keine Ergebnisse der Datenauswertung an die Vertragspartner des Modellprojektes zurück gemeldet, um die Untersuchung nicht durch vorschnelle Korrektur-Reaktionen seitens der Leistungserbringer zu verfälschen.



# Auswahl an Versorgungsforschungsprojekten der Mitgliedseinrichtungen

---

## Schwerpunkt Allgemeinmedizin

Lipidsenkende Therapie – zwischen Leitlinie und Kostendruck, Veränderungen im Verordnungsverhalten nach Einführung der CSE-Generika	Dr. A.W. Bödecker, Dr. J. Robertz
Verschiebungen von Behandlungsindikationen nach Einführung des GMG	Dr. A.W. Bödecker, Dr. J. Robertz
Einfluss von KV-Rundschreiben auf das Verordnungsverhalten	Dr. A.W. Bödecker, Dr. J. Robertz
Weiterverordnen spezifischer Dauermedikationen oder Überweisung an Erstverordner – wirtschaftliche Zwänge gegen logistische Vereinfachung	Dr. A.W. Bödecker, Dr. J. Robertz

---

## Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie

Modellierung der Kosten und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität	PD Dr. A. Gandjour
Versorgungsqualität und Kosten im internationalen Vergleich	PD Dr. A. Gandjour

---

## Abteilung für Medizinische Soziologie

Effekte psychosozialer Versorgungsqualität, sozialer Schicht und versorgungsbezogener Patienteneinstellungen auf die Lebensqualität schwerstverletzter Patienten	Prof. Dr. H. Pfaff, Dr. C. Janßen
Evaluation der Brustkrebsversorgung in NRW	Prof. Dr. H. Pfaff, P. Steffen
Patientenbefragungen im niedergelassenen Bereich	Prof. Dr. H. Pfaff, A. Brinkmann
Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen	Prof. Dr. H. Pfaff, Prof. Dr. B. Badura, Prof. Dr. C. Piekarski, Prof. Dr. P.G. Richter
Shared decision making (SDM) in der Behandlung der chronischen, terminalen Niereninsuffizienz (end stage renal failure: ESRF)	Prof. Dr. H. Pfaff, Prof. Dr. C.A. Baldamus, C. Kuch, S. Löffert

---

## Klinik für Palliativmedizin

Einfluss eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes auf die Versorgungsqualität schwerkranker und sterbender Tumorpatienten im Universitätsklinikum Köln	Prof. Dr. Voltz, Dr. Ostgathe
---	-------------------------------

---

**PMV forschungsgruppe, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters**

Die PMV forschungsgruppe führt versorgungsepidemiologische Studien auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen, einem Kooperationsprojekt mit der AOK Hessen, der KV Hessen und dem Sozialministerium Hessen durch. Die Daten liegen gegenwärtig für den Zeitraum von 1998 bis 2002 vor; die Stichprobe wird bis 2007 fortgeführt.

Kinder und Jugendliche mit Behandlungsanlass Hyperkinetische Störung	Dr. I. Schubert, I. Köster
Juvenile Adipositas: Krankheitskosten und Morbiditätsunterschiede	Dr. V. Lappe, Dr. I. Schubert
Kosten des Diabetes mellitus in Deutschland (KoDiM-Studie) und Kosten zur Behandlung diabetischer Komplikationen	I. Köster, PD Dr. L. von Ferber
Krankheitskosten des Prostatakarzinoms	P. Ihle
Epidemiologie und Versorgung von Patienten mit chronisch lumbalen Rückenschmerzen	I. Köster, P. Ihle, Dr. I. Schubert
Inanspruchnahme von Leistungen des SGB V durch Versicherte nach Pflegeart und Pflegestufe (SGB XI)	Dr. J. Küpper-Nybelen, P. Ihle, Dr. I. Schubert
EU Pilotprojekt zur Morbiditätsstatistik auf der Basis von Krankenkassendaten	Dr. I. Schubert, Dr. V. Lappe
Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Behandlungsart, Leistungsintensität und Behandlungsergebnis für ausgewählte chronische Erkrankungen. Eine Analyse auf der Basis von GKV-Daten	Dr. I. Schubert Dr. J. Küpper-Nybelen Prof. Dr. R. Griebenow

---

**Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie**

Arzt-Patient-Kommunikation – Didaktik und Multimedia	Prof. Dr. K. Köhle, Prof. Dr. R. Obliers
Erfassung spezifischer Behandlungserwartungen bei HIV-Patienten	Dr. C. Albus, Dr. N. Schmeißer, Prof. Dr. G. Fätkenheuer
Evaluation eines patientenspezifischen Behandlungskonzeptes für HIV-Patienten	Dr. C. Albus, Dr. N. Schmeißer, Prof. Dr. G. Fätkenheuer

---

**Arbeitsgruppe Medizinische Psychologie**

**Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie**

Projekt ambulanter Gruppenpsychotherapie-Evaluation (PAGE-Studie)	Prof. Dr. V. Tschuschke, Dr. T. Anbeh
Kurzgruppentherapie mit Patienten mit somatoformen Störungsbildern	Dr. R. Weber
Psychiatrische Tagesklinik-Evaluation	Prof. Dr. V. Tschuschke
Reha-Klinik-Evaluation	Prof. Dr. V. Tschuschke
Brustkrebs-Studie	Prof. Dr. V. Tschuschke

---

**Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde**

Bedarfsermittlung für prothetische Leistungen in der Zahnheilkunde bis zum Jahre 2020	Prof. Dr. T. Kerschbaum
---	-------------------------

# Forschungskooperationen

1

## Datenakquisition im Kölner Infarkt Modell (KIM)

Die Geschäftsstelle des ZVFK ist im Rahmen einer Forschungskooperation mit Prof. Höpp der Klinik III für Innere Medizin des Klinikums der Universität zu Köln die datenakquirierende Stelle innerhalb der Initiative „Kölner Infarkt Modell“ (KIM).

Das Kölner Infarkt Modell ist eine Initiative des Rettungsdienstes der Stadt Köln sowie sämtlicher Kölner Kliniken mit Internistischer Abteilung. Die Initiative verfolgt das Ziel:

- aktuelle Leitlinienempfehlungen zur Behandlung des akuten ST-Hebungsinfarktes im Stadtgebiet Köln umzusetzen, eine sektorenübergreifende Versorgungsstruktur zu etablieren,
- Patienten mit einem ST-Hebungsinfarkt und ohne offensichtliche Kontraindikationen gegen eine Herzkatheteruntersuchung schnellstmöglich in einem entsprechend qualifizierten Zentrum interventionell zu behandeln,
- die postinterventionelle Versorgung in nachgeschalteten Kliniken zu sichern,
- Versorgungsstandards für die prästationäre, stationäre und poststationäre Versorgung zu implementieren,
- Qualitätsindikatoren zu definieren und in ein entsprechendes Qualitätssicherungssystem einzubinden,
- Patienten für Infarktsymptome zu sensibilisieren und damit die Infarkt-/Notarzt-/Klinik- Zeit zu verkürzen.

Derzeit befindet sich das Projekt in der Pretest-Phase.

2

## Methodenberatung im Projekt von Prof. Dr. Wasem, Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizin-Management, Universität Duisburg-Essen

Im Rahmen der derzeit an der Universität Essen durchgeführten, empirischen Studie PACE-PAD werden etwa 7.000 Studienärzte (Hausärzte bzw. hausärztlich tätige Internisten) zur Versorgungssituation und Therapieempfehlung von Patienten mit Verdacht auf pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit) befragt. Jeder gewonnene Studienarzt schließt gegen Honorierung prospektiv fünf Patienten mit Verdacht auf pAVK bzw. mit einer für pAVK typischen Symptomatik in die Studie ein. Die so gewonnenen Daten sollen valide Rückschlüsse auf die Versorgungssituation von pAVK-Patienten in den hausärztlichen Praxen zulassen, um ggf. daraus eine Verbesserung der Versorgung abzuleiten. Das ZVFK leistet dabei als Forschungskooperationspartner Unterstützung in methodischen sowie statistischen Fragen.



# Veranstaltungen, Vorträge und Veröffentlichungen

## Kolloquium Klinische und Versorgungsforschung

---

17.02.2004

**Kosten des Diabetes mellitus in Deutschland**

PD Dr. L. von Ferber, PMV forschungsgruppe

---

13.10.2004

**Nationale Patientenkohorte - Kompetenznetz HIV/AIDS**

Dipl. Inform. T. Bratke, KKSK

Dr. G. Reimann, Kompetenznetz HIV/AIDS

---

27.10.2004

**Historisch kontrollierte Studien als Alternative zu randomisierten kontrollierten Studien**

S. Trelle, CHMG / Klinik I für Innere Medizin

---

17.11.2004

**TISS 28 als Endpunkt in klinischen Studien**

Dr. R. Lefering, Biochemische & Exp. Abteilung

---

08.12.2004

**Datenmanagement am Beispiel einer Pharmafirma**

Siegbert Kloos, F. Hoffmann-La Roche Ltd., Basel

---

22.12.2004

**Diagnostische Studien und diagnostische Meta-Analyse**

Dr. S. Sauerland, Biochemische & Exp. Abteilung

Dr. M. Hellmich, IMSIE

---

12.01.2005

**Shared Decision Making**

Dr. F. Scheibler, Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin

---

26.01.2005

**Deutsche CLL-Studiengruppe**

K. Leibig

---

20.04.2005

**Population based cancer research**

Dr. J. Bohlius, Cochrane Hematologic Malignancies Group, Klinik I für Innere Medizin

---

04.05.2005

**Entwicklung eines Instrumentes zur Messung der Lebensqualität nach Polytrauma (POLO-Chart)**

Dr. R. Lefering, Y. Ottlik, Biochemische & Exp. Abteilung

---

---

18.05.2005

**Effekte psychosozialer Versorgungsqualität, sozialer Schicht und versorgungsbezogener Patienten-Einstellungen auf die Lebensqualität schwer verletzter Patienten**

Dr. C. Janssen, Dr. O. Ommen, Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin

---

01.06.2005

**Versorgungsepidemiologie auf der Basis von GKV-Daten: Patienten mit chronisch lumbalem Rückenschmerz**

I. Köster, P. Ihle, Dr. I. Schubert, PMV Forschungsgruppe

---

15.06.2005

**Unerwünschte Ereignisse in klinischen Prüfungen**

T. Schober, Studienzentrale der DHSG

---

29.06.2005

**Neuer Endpunkt aus alten Studien: eine Meta-Analyse zum Sekundärneoplasie-Risiko beim Hodgkinlymphom**

Dr. J. Franklin (DHSG), Dr. M. Hellmich (IMSIE)

---

19.10.2005

**Strukturqualität und Outcome-Ergebnisse aus dem Register zur Qualitätssicherung in der Intensivmedizin der DIVI**

Dr. R. Lefering, Institut für operative Forschung in der Medizin, Universität Witten/Herdecke

---

02.11.2005

**Bedarfsermittlung für prothetische Leistungen in der Zahnheilkunde bis zum Jahr 2020**

Prof. Dr. T. Kerschbaum, Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Abteilung Vorklinische Zahnheilkunde, Universität zu Köln

---

16.11.2005

**Bericht zur Qualitätssicherung in der Nephrologie. Benchmarking und Feedback**

Dr. M. Stoffel, Qualität in der Nephrologie

Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. für chronische Dialysepatienten

---

30.11.2005

**Von der ersten Idee zur Studiendurchführung: Planung und Entwicklung einer klinischen Studie am Beispiel von GRANITE**

PD Dr. Kai Hübel, Klinik I für Innere Medizin, Universität zu Köln

---

14.12.2005

**Gutachtenerstellung für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

Dr. S. Sauerland, Institut für operative Forschung in der Medizin, Universität Witten/Herdecke

# Vorträge

Datum	Bezeichnung	Ort	Thema	Referent
27.01.04	Vorstandssitzung ZVFK	Köln	Befragung als Methode der Versorgungsforschung	Prof. Pfaff
25.–26.02.04	1. Nationale Arbeitskonferenz der Deutschen Krebshilfe für das Netzwerk gegen den Darmkrebs	Berlin	Muss man Patienten in Abhängigkeit von ihrem Typus ansprechen?	Prof. Pfaff
12.03.04	Fortbildungsveranstaltung des Schwerpunktes Allgemeinmedizin im ZVFK	Köln	Integrierte Versorgung – ein Plan? Ein Ziel?	Dr. E. v.Pritzbuer
24.03.04	40. Sitzung der AG Dysphagie der Universität zu Köln	Köln	Ziel und Möglichkeiten in der Versorgungsforschung	Prof. Pfaff
25.–27.03.04	Tagung „Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen“	Freiburg	Evaluationsforschung	Prof. Pfaff
29.04.04	Abschlusspräsentation des BMBF-Verbundprojektes: Führung mit „weichen“ Kennzahlen im Krankenhaus	Dresden	Unternehmensführung mit Kennzahlen: Ein Konzept und seine Operationalisierung	Prof. Pfaff
10.05.04	Kompetenzfeld Bronchialkarzinom-Modellstudiengang	Köln	Prävention, Raucherentwöhnung	Prof. Pfaff
03.06.04	Gemeinsamer Kongress der DGMP und DGMS	Bochum	Versorgungsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven aus der Sicht der Medizinischen Soziologie	Prof. Pfaff
17.06.04	Kurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	Düsseldorf	Stufe III Aufbaukurs, Mitarbeiterbefragung, Personalentwicklung	Prof. Pfaff M. Kramer
17.06.04	Experten-Fokusgruppendifkussion der ÄKNO	Düsseldorf	Akzeptanz-Untersuchung zur Gesundheitskarten-Einführung	N. Ernstmann
28.06.04	Symposium der Barmer Ersatzkasse: DMP: „Reform für mehr Qualität – Zusammenwirken pro Patient“	Berlin	DMP – übergreifende Zukunftsperspektive	Prof. Pfaff
07.07.04	AOK-Tagung „Gesünder Arbeiten – Gesundheitsmanagement im Betrieb“	Köln	Zunehmende psychische Belastungen in der Arbeitswelt	Prof. Pfaff
21.07.04	Forum Qualität im Gesundheitswesen: „Patienten als Kunden – Patientenzufriedenheit als Wettbewerbsparameter“	Köln	Patientenzufriedenheit: Kennzahlen und ihre Determinanten	Prof. Pfaff

# Vorträge

Datum	Bezeichnung	Ort	Thema	Referent
02.09.04	International Joint Congress ESHMS – SISS „European perspectives on changing health systems“	Bologna	Patient satisfaction and work organization: an ecological study	Prof. Pfaff Lütticke Badura Piekarski Richter
04.09.04	24. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie	Freiburg	Versorgungsforschung und Senologie	Prof. Pfaff
10.09.04	Forum „Gesundheit – Wirtschaft – Innovation NRW“ des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW	Düsseldorf	Versorgungsforschung und Innovation	Prof. Pfaff
23.09.04	9. Nationale Konferenz des deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V.	Prien	Umstrukturierung als „Change-Management-Prozess“: Interne gesundheitsfördernde Gestaltung und externe Unterstützung	Prof. Pfaff
14.10.04	11. Jahrestagung der GQMG: „Patientensicherheit und Risikomanagement“	Marburg	Warum gibt es keine Fehlerkultur?  Ist die Führungskultur auf die Öffentlichkeit vorbereitet?	Prof. Pfaff
22.10.04	Promotionsfeier des Klinikums Köln	Köln	Versorgungsforschung: Gegenstand und Aufgaben	Prof. Pfaff
05.11.04	Jahrestagung „Versorgungsforschung“ der Gesellschaft zur Förderung von Public Health	Düsseldorf	Versorgungsforschung, Public Health und rationale Gesundheitspolitik	Prof. Pfaff
16.11.04	13. Fachtagung der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln: Die demographische Entwicklung und ihre Auswirkung auf ältere Menschen mit Behinderung – eine unlösbare Herausforderung?	Köln	Folgen der demographischen Entwicklung auf die Versorgung von alten Menschen mit Behinderung – welche speziellen Bedarfe sind zu berücksichtigen?	E. Driller C. Kurscheid S. Wölbart
24.11.04	Treffen der Kölner Lehrärzte	Köln	Einführung: Aufbau des Studienarzt-Pools Köln	Prof. Pfaff
25.11.04	Wissenschaftliche Abschlussveranstaltung des MBA-Studienganges Health Care Management der FH Wirtschaft	Berlin	Krankenhäuser im Zielkonflikt zwischen Kosten-, Kunden- und Mitarbeiterorientierung	Prof. Pfaff



Datum	Bezeichnung	Ort	Thema	Referent
26.11.04	5. Kongress der Josefs-Gesellschaft: „Im Mittelpunkt – der Mensch“	Bonn	Alter – die neu entdeckte Lebensphase – strategische Herausforderung für stationäre und ambulante Angebote	Prof. Pfaff
02.12.04	Ausschuss Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung der Bundesärztekammer	Berlin	Ärztliche Führung und Führungskräfteentwicklung am Beispiel „Patientensicherheit und Öffentlichkeit“	Prof. Pfaff
14.12.04	Lehrstuhl für Arbeit und Berufliche Rehabilitation	Köln	Die amtliche Schwerbehindertenstatistik	E. Driller
26.01.05	IAS-Fachtagung „Erfolgsfaktor Mensch II: Den Wandel kompetent begleiten“	Köln	Weiche Kennzahlen für das strategische Gesundheitsmanagement	Prof. Pfaff
12.02.05	9. Kammerversammlung der ÄKNO	Düsseldorf	Perspektiven, Potentiale und Folgen des digitalisierten Gesundheitswesens: Überlegungen und empirische Ergebnisse	Prof. Pfaff
24.02.05	Vortrag anlässlich des wissenschaftlichen Klinischen Kolloquiums	Köln	BAKS – Behandlungsverläufe bei Akutem Koronarsyndrom und Schlaganfall	Prof. Pfaff
09.03.05	Betriebsärztetagung der Universitätskliniken NRW	Köln	Psychische Belastung und Mobbing am Arbeitsplatz Klinik und Hochschule: Möglichkeiten und Grenzen der betriebsärztlichen Tätigkeit	Prof. Pfaff
15.03.05	Kursus „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Ärztekammer Nordrhein, Stufe II: Aufbaukurs	Düsseldorf	Qualitätsmanagement und Versorgungsforschung: Praktische Ansätze	Prof. Pfaff
05.–08.04.05	122. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie „Patientensicherheit: Primum nil nocere“	München	Gibt es eine Fehlerkultur in (deutschen) Krankenhäusern?	Prof. Pfaff
19.04.05	Workshop der Universität Tübingen: „Nur gesunde Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sind lern- und leistungsmotiviert“	Stuttgart	Betriebliche Gesundheitsförderung in einer alternden Belegschaft	Prof. Pfaff
26.04.05	Kongress “Shared Decision Making”	Marburg	Das Verhältnis Arzt-Patient	Prof. Pfaff Hr. Scheibler

# Vorträge

Datum	Bezeichnung	Ort	Thema	Referent
24.05.05	3. Fachtagung des Förderschwerpunktes des BMGS „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“	Berlin	Shared Decision Making aus Versorgungsforschungsperspektive	Prof. Pfaff
07.06.05	Universität Bielefeld	Bielefeld	Kennzahlen für immaterielle Erfolgsfaktoren im BGM am Beispiel Krankenhaus	Prof. Pfaff
24.06.05	AG Datentransparenz	Berlin	Sektorenübergreifende Versorgung und Datenpool	Prof. Pfaff
05.07.05	3. Bremer Qualitätsforum	Berlin	Helfen uns die neuen Strukturen des GMG, das Thema Qualität voranzubringen? Antworten aus der Sicht der Versorgungsforschung	Prof. Pfaff
14.09.05	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW	Bielefeld	Was ist Versorgungsforschung?	Prof. Pfaff
21.09.05	4. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Jahrestagung der DGSMP und DGMS	Berlin	Soziodemographische Struktur von Menschen mit Behinderungen – Die amtliche Statistik als Datenquelle	E. Driller
23.09.05	4. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Jahrestagung der DGSMP und DGMS	Berlin	Bedarfsgerechtigkeit, Innovation und Systemgestaltung aus Sicht der Gesundheitswissenschaften	Prof. Pfaff Dr. Kaiser
26.09.05	Fachgespräch „Versorgungsnaher Forschung: Patientenorientierung und Chronische Krankheiten“	Berlin	Forschungsfragen und Methodik der Versorgungsforschung im stationären Bereich	Prof. Pfaff
08./14.10.05	Weiterbildungsprogramm „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ des Zentrums für Wissenschaftliche Weiterbildung an der Universität Bielefeld e.V.	Bielefeld	Controlling im BGM: Methoden und Instrumente der Diagnostik und Evaluation	Prof. Pfaff
20.10.05	Pilotveranstaltung zum Curriculum „Ärztliche Führung“ der Bundesärztekammer	Bad Bayersoien	Ärztliche Führung: Leistungsrückmeldung und Beurlaubung als Führungsmittel	Prof. Pfaff
03.–04.11.05	Tagung der Telekom „Health & Care: It's part of your business“	Bonn	Kennzahlengestütztes betriebliches Gesundheitsmanagement	Prof. Pfaff

Datum	Bezeichnung	Ort	Thema	Referent
04.–05.11.05	Tagung des Instituts und der Poliklinik für Radiologische Diagnostik des Klinikums Köln, „Die Rolle bildgebender Verfahren in der sekundären Krankheitsprävention“	Köln	Nutzen-Risiko/Kosten-Abwägung für Individuum und Gesellschaft: Die Sicht der Versorgungsforschung	Prof. Pfaff
12.11.05	Delegiertenkonferenz der AWMF	Frankfurt a.M.	Versorgungsforschung	Prof. Pfaff
16.11.05	MEDICA MEDIA	Düsseldorf	Empirische Ergebnisse zur Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte	Prof. Pfaff
17.11.05	4. EKG-Jahrestreffen	Essen	Versorgungsqualität	Prof. Pfaff
24.11.05	4. Workshop der Clearingstelle Versorgungsforschung	Köln	Methoden der Versorgungsforschung zur Erfassung von Patientensicht und -verhalten	Prof. Pfaff

## Poster

Datum	Bezeichnung	Ort	Thema	Autor
22.09.04	Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention	Magdeburg	Alt, krank und behindert? – Soziodemographische Struktur von Menschen mit Behinderung	H. Pfaff E. Driller
07.06.05	Health Care meets Health Science, Sonderveranstaltung der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW	Düsseldorf	Darstellung des ZVFK  Die Geschäftsstelle des ZVFK Forschungsprojekte und Kooperationen  Auswahl an Versorgungsforschungsprojekten der Mitgliedseinrichtungen	ZVFK
30.11.05	Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimitteltelepidemiologie	Dresden	Akzeptanz des elektronischen Rezepts unter niedergelassenen Ärzten – Empirische Ergebnisse der AUGÉ-Studie	N. Ernstmann V. Krön R.D. Schäfer H. Pfaff

# Veröffentlichungen

## Bücher

Pfaff, H. & Ernstmann, N. (2005). Akzeptanz-Untersuchung zur Gesundheitskarten-Einführung (AUGE). Abschlussbericht einer Studie im Auftrag der Ärztekammer Nordrhein. Veröffentlichungsreihe des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK). Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Köln.

Driller, E. & Pfaff, H. (2005). Soziodemographische Struktur von Menschen mit Behinderung in Deutschland. Abschlussbericht einer Studie im Auftrag des Brüsseler Kreis. Veröffentlichungsreihe des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK). Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Köln.

## Buchbeiträge

Eickstädt, U., Mager, G., Pfaff, H. (2004). Patientenzufriedenheit. In: Lauterbach, K.W., Schrappe, M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart, New York: Schattauer, 425 – 430.

Halber, M., Pfaff, H., Schrappe, M. (2004). Versorgungsforschung. In: Lauterbach, K.W., Schrappe, M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart, New York: Schattauer, 135 – 139.

Pfaff, H. (2004). Organisationsentwicklung und Organisationslernen im Krankenhaus. In: Lauterbach, K.W., Schrappe, M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart, New York: Schattauer, 328 – 333.

Pfaff, H. (2004). Versorgungsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven aus der Sicht der Medizinischen Soziologie. In: Hallner, D., v. d. Knesebeck, O., Hasenbring, M. (Hrsg.), Neue Impulse in der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Abstractband. Gemeinsamer Kongress Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie, 3.-5. Juni 2004, Ruhr-Universität Bochum. Lengerich: Pabst Science Publishers, 15 – 16.

Pfaff, H. (2004). Strategische Krankenhausführung mit Kennzahlen über Kunden und Mitarbeiter: Rahmenkonzepte, Instrumente und Verfahren. In: Pfaff, H. et al. (Hrsg.), „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Stakeholderinteressen zielgerichtet erkennen und einbeziehen. Bern: Hans Huber, 11 – 27.

Pfaff, H., Lütticke, J., Ernstmann, N., Pühlhofer, F. & Richter, P. (2005). Demands and organizational stress reactions in hospitals. In: Korunka, C. & Hoffmann, P. (Hrsg.), Change and Quality in Human Service Work. München, Mering: Hampp, 179 – 191.

Driller, E., Kurscheid, C. & Wölbert, S. (2005). Folgen der demographischen Entwicklung auf die Versorgung von alten Menschen mit lebenslanger Behinderung – welche spezifischen Bedarfe sind zu berücksichtigen? In: Berghaus, H., Bermond, H. & Milz, H. (Hrsg.), Die demographische Entwicklung und ihre Auswirkungen auf ältere Menschen mit Behinderung – eine unlösbare Herausforderung? Reihe Thema: Vorträge und Arbeitsberichte der 13. Tagung „Behinderung und Alter an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität zu Köln. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 172 – 193.

Pfaff, H. & Kuch, C. (2005). Präventionsreife, differentielle Prävention und externe Beratung: Kooperationsmodelle für Krankenhäuser. Qualität der Arbeit im Gesundheitssektor. Frühjahrstagung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.), Dortmund: Wirtschaftsverlag NW, 119 – 127.

Driller, E., Pritzbuer, E. v. & Pfaff, H. (2005). Die amtliche Schwerbehindertenstatistik – bestehende Einschränkungen und zukünftige Herausforderungen. In: Swart, E. & Ihle, P. (Hrsg.), Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch der Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber, 183 – 192.

Pfaff, H., Pritzbuer, E. v., Kramer, M. & Driller, E. (2005). Sozialdatenanalyse als Instrument der Versorgungsforschung. In: Swart, E. & Ihle, P. (Hrsg.), Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch der Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber, 331 – 340.

## Zeitschriftenbeiträge

Driller, E., v. Pritzbuer, E., Pfaff, H. (2004). Versorgungsbedarf und Behinderung - Taugt die amtliche Schwerbehindertenstatistik für die Bedarfsanalyse? Das Gesundheitswesen, 66, 319 – 325.

Pfaff, H., Kuch, C. (2004). Der „Aktionsplan Prävention“: Ein fragebogenunabhängiges Verfahren zur Ermittlung von präventivem Handlungsbedarf. Arbeit; 13 (3), 299 – 304.

Pfaff, H., Ernstmann, N., v. Pritzbuer, E. (2004). Warum gibt es im Krankenhaus keine Fehlerkultur? Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 9 (5), 271 – 273.

Pfaff, H. (2004). Surgical safety and overwork. British Journal of Surgery, 91 (12), 1533 – 1535.

Scheibler, F., v. Pritzbuer, E., Pfaff, H. (2004). Partizipative Entscheidungsfindung als Chance für die Umsetzung strukturierter Behandlungsprogramme. ZaeFQ, 98, 109 – 114.

Badura, B., Busse, R., Gostomzyk, J., Pfaff, H., Rauch, B. & Schulz, K.-D. (2004). Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland, Deutsche Medizinische Wochenschrift, Vol. 129, 14, 771 – 773.

Pfaff, H., Ernstmann, N., & Pritzbuer, E. v. (2005). Das Fehlerkultur-Modell – Warum gibt es im Krankenhaus keine Fehlerkultur? Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen, Vol. 34, 1, 39 – 41.

Pfaff, H. (2005). Konzept und Methodik der Versorgungsforschung. Die Psychiatrie, 2, 101 – 106.

Pfaff, H. & Ernstmann, N. (2005). Akzeptanz-Untersuchung zur Gesundheitskarten-Einführung (AUGE). Abschlussbericht einer Studie im Auftrag der Ärztekammer Nordrhein. Veröffentlichungsreihe des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK). Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Köln.

# Externe Aktivitäten

## Forschungsprojekt

## Clearingstelle Versorgungsforschung NRW

### Sprecher

Prof. Dr. Holger Pfaff  
Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln

Prof. Dr. Ludger Pientka  
Direktor Medizinisch-Geriatriische-Klinik Herne  
Ruhr-Universität Bochum

### Projektdurchführung

Dr. Gisela Nellesen  
Standort Köln und Bochum

### Projektzeitraum

07/2004 bis 12/2005

### Status

Laufend

### Ziele und Aufgaben

Die Clearingstelle Versorgungsforschung NRW verfolgt das Ziel, die Versorgungsforschung NRW landes- und bundesweit zu stärken. Sie hat zwei zentrale Aufgaben:

Schaffung von Transparenz hinsichtlich der vorhandenen Versorgungsforschung in NRW und Vernetzung der wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen und Bündelung der Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der Versorgungsforschung.

Die Clearingstelle hat ferner zum Ziel, die theoretischen und methodischen Voraussetzungen für eine hohe Qualität der Versorgungsforschung in NRW durch geeignete Aktivitäten zu schaffen sowie den Austausch und die Kooperation mit den Einrichtungen des selbstverwalteten Gesundheitswesens zu fördern. Die Clearingstelle Versorgungsforschung NRW kann dem Land NRW und den Akteuren im Gesundheitswesen darüber hinaus Vorschläge zur Verbesserung der Infrastruktur der Versorgungsforschung (Datenlage) und der Versorgungslage machen. Die in der Clearingstelle vertretenen Forschungseinrichtungen informieren in ihrem Organisationsbereich über die Ziele und Aufgaben der Clearingstelle und ihre konkreten Leistungen.

### Vorrangige Aufgaben der Clearingstelle im Rahmen der Pilotphase (bis 12/2005) sind:

- Erstellung einer Datenbank über die Einrichtungen der Versorgungsforschung in NRW sowie laufende und abgeschlossene Projekte im Bereich der Versorgungsforschung an den beteiligten Universitäten sowie an den übrigen universitären und nicht-universitären Forschungseinrichtungen in NRW.

- Durchführung von 4 – 6 Workshops zu zentralen Themen der Versorgungsforschung, u.a. DRG, neue Versorgungsformen.
- Aufbau eines Internet-Auftritts.

### Struktur

Um der Interdisziplinarität der Versorgungsforschung Rechnung zu tragen und operativ möglichst viele Themenfelder abzudecken, tragen alle Mitglieder der Steuerungsgruppe zur Umsetzung der Ziele und Aufgaben bei. Dabei wird eine Koordination der Inhalte durch die Standorte Bochum und Köln vorgenommen. Die Koordination hat zum Ziel, die vorhandene Expertise in verschiedenen Forschungsbereichen konstruktiv für die Clearingstelle zu nutzen. Die Verzahnung der Aktivitäten wird durch die beiden Sprecher vorgenommen.

### Der Steuerungsgruppe gehören folgende Universitäten an:

- Universität Bielefeld (vertreten durch Dr. Th. Schott)
- Universität Bochum (vertreten durch Prof. L. Pientka)
- Universität Düsseldorf (vertreten durch Prof. M. Geraedts)
- Universität Duisburg-Essen (vertreten durch Prof. J. Wasem)
- Universität Köln (vertreten durch Prof. H. Pfaff)
- Universität Münster (vertreten durch Prof. K. Berger)

Die Pilotphase der Clearingstelle endet zunächst am 31.12.2005. Am Ende der Pilotphase wird evaluiert, inwieweit die Strukturen und Verfahren anzupassen und weiterzuentwickeln sind.

# Arbeitskreis zur Versorgungsforschung des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer

## Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung

Dieses Papier wurde am 08.09.2004 unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Schwartz vom „Arbeitskreis Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer verabschiedet.

Mitglieder der Redaktionsgruppe waren: Prof. Dr. Hofmann, Greifswald, Frau Prof. Dr. Kurth, Berlin, Prof. Dr. Ohmann, Köln, Prof. Dr. Pfaff, Köln (federführend), Prof. Dr. Schwartz, Hannover, und Prof. Dr. von Troschke, Freiburg.

## Definition der Versorgungsforschung

### Methodische/funktionale Definition

Versorgungsforschung ist ein grundlagen- und anwendungsorientiertes fachübergreifendes Forschungsgebiet, das

1. die Inputs, Prozesse und Ergebnisse von Kranken-<sup>1</sup> und Gesundheitsversorgung<sup>2</sup>, einschließlich der auf sie einwirkenden Rahmenbedingungen mit quantitativen und qualitativen, deskriptiven, analytischen und evaluativen wissenschaftlichen Methoden beschreibt,
2. Bedingungsbeziehungen soweit möglich kausal erklärt sowie
3. zur Neuentwicklung theoretisch und empirisch fundierter oder zur Verbesserung vorhandener Versorgungskonzepte beiträgt,
4. die Umsetzung dieser Konzepte begleitend oder ex post erforscht und
5. die Wirkungen von Versorgungsstrukturen und -prozessen oder definierten Versorgungskonzepten unter Alltagsbedingungen mit validen Methoden evaluiert<sup>3</sup>.

Die fünfte Funktion der Versorgungsforschung erweist sich sowohl als notwendige Ergänzung zur experimentellen Grundlagenforschung, die Potenziale für klinische Innovationen erzeugt, als auch als Ergänzung zu einer epidemiologischen und klinischen Forschung, in der ätiologische (auf das Verständnis kausaler Mechanismen oder die Wirksamkeit von Interventionen unter idealen Studienbedingungen [efficacy] gerichtete) Forschungsansätze die Schwerpunkte bilden<sup>4</sup>. Unter dem Versorgungsforschungs-Paradigma werden Hypothesen zur Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness, relative Wirksamkeit) und im Hinblick auf die Effizienz in der realen Versorgungswelt getestet.

### Inhaltliche Definition

Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung<sup>5</sup> mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen.

Zu diesem Zwecke studiert die Versorgungsforschung, wie Finanzierungssysteme, soziale und individuelle Faktoren, Organisationsstrukturen und -prozesse und Gesundheitstechnologien den Zugang zur Kranken- und Gesundheitsversorgung sowie deren Qualität und Kosten und letztendlich unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden beeinflussen<sup>6</sup>. Die Beobachtungseinheiten umfassen Individuen, Familien, Populationen, Organisationen, Institutionen, Kommunen etc.

### Zielsetzung der Versorgungsforschung

Das Ziel der Versorgungsforschung ist, die Kranken- und Gesundheitsversorgung als ein System zu entwickeln, das durch das Leitbild der „lernenden Versorgung“ gekennzeichnet ist und das dazu beiträgt, Optimierungsprozesse zu fördern und Risiken zu vermindern. Dabei ist die Versorgungsforschung den Zielen Humanität, Qualität, Patienten- und Mitarbeiterorientierung<sup>7</sup> sowie Wirtschaftlichkeit gleichermaßen verpflichtet.

Die Ergebnisse der Versorgungsforschung werden genutzt, um die Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere die Politik, auf der Basis valider wissenschaftlicher Erkenntnisse in größtmöglicher Objektivität und Transparenz zu unterstützen und zu beraten<sup>8</sup>. Hierzu entwickelt die Versorgungsforschung Verfahren und Standards für eine angemessene Kommunikation der Ergebnisse mit dem Ziel, letztere wirksam in die Praxis umzusetzen („science-practice and policy-impact“).

### Systematik/Komponenten

In der amerikanischen health services research hat sich zur Untersuchung des Gesundheitssystems das „input – throughput – output – outcome“- Modell bewährt.

Im Rahmen dieser Systematik lassen sich verschiedene Forschungsgebiete unterscheiden:

Die Input-Forschung untersucht alle Einflussfaktoren, die den Eintritt in das System bedingen (z.B. Versorgungsbedarf, Inanspruchnahmeverhalten und dessen Barrieren [z.B. Compliance, Patiententypen]) oder die Voraussetzungen für die Versorgung darstellen (z.B. Weiterbildung der Ärzte).

Die Throughput-Forschung untersucht die organisatorischen, diagnostischen und therapeutischen Strukturen und Prozesse (z. B. Wartezeiten, Schnittstellen, OP-Management, Implementierung und Anwendung von Leitlinien, shared-decision-making – partizipative Entscheidungsfindung, Einfluss der Arzt-Patient-Beziehung auf das Versorgungsgeschehen, Versorgungsketten und Klinische Pfade).

Die Output-Forschung untersucht die unmittelbar erbrachten Versorgungsleistungen (z.B. Diagnosen, Eingriffe), unabhängig von ihrer Wirkung auf das Outcome.

Die Outcome-Forschung untersucht das Erreichen des eigentlichen gesundheitlichen Zieles. Hierzu gehören kurzfristige Ziele (z.B. Wundheilung) ebenso wie langfristige Ziele (z.B. Lebenserwartung, Lebensqualität).

Versorgungsforschung besteht aus Grundlagenforschung und Anwendungsforschung. Dabei zielt die Grundlagenforschung darauf ab, fundamentale Erkenntnisse über individuelles und institutionelles Verhalten im Versorgungssystem zu gewinnen, die kurzfristig nicht praktisch verwertbar sein müssen und/oder die von krankheits- und versorgungsübergreifender Bedeutung sind. Die anwendungsorientierte Versorgungsforschung dagegen geht Fragen nach, die von sofortigem praktischen Interesse sind.

### Abgrenzung der Versorgungsforschung

Uneingeschränkt zur Versorgungsforschung zählen

- die Grundlagenforschung in versorgungsrelevanten Bereichen (z.B. kognitive und kommunikative Prozesse, Compliance, Arzteinstellungen, Determinanten von Arztentscheidungen)
- Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit und zu den Arbeitsbedingungen der Ärzte und der anderen Gesundheitsberufe
- Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung
- Qualitätsforschung (z.B. Qualitätssicherung, -entwicklung, -management) zu Versorgungsleistungen
- Untersuchungen ökonomischer Aspekte der Versorgung
- Inanspruchnahmeforschung, Bedarfsforschung, sonstige Untersuchungen zur Versorgungsepidemiologie
- Methodische Entwicklungen im Bereich der Versorgungsforschung (z.B. risk adjustment, multivariate Modelle, Erhebungsinstrumente)
- klinische Studien, Metaanalysen und systematische Reviews zur effectiveness
- HTA, sofern sie effectiveness untersucht
- Arzneimittel- und Medizinprodukte-Studien unter Alltagsbedingungen (sog. Phase IV-Studien)



Bedingt zur Versorgungsforschung zählen, abhängig davon, ob ein Versorgungsbezug gegeben ist, u.a. die Fächer

- Public Health
- Gesundheitssystemforschung
- Gesundheitsökonomie
- Organisationsforschung

Nicht zur Versorgungsforschung zählen:

- HTA, Metaanalyse und systematische Reviews, sofern diese nur efficacy untersuchen
- klinische Studien zur efficacy (die also unter Idealbedingungen durchgeführt werden)
- Arzneimittelstudien der Phasen I – III
- Studien, die nicht explizit gesundheitsbezogene Dienstleister untersuchen
- die analytische Epidemiologie zur Ursachen- und Risikoermittlung, die sich nicht auf spezifische Versorgungsformen bezieht.

Berlin, im September 2004

<sup>1</sup> Unter Krankenversorgung wird die medizinische und psychosoziale Betreuung, Pflege, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge eines kranken Menschen durch medizinische und nicht-medizinische Anbieter von Gesundheitsleistungen verstanden, einschließlich der Förderung der Selbstkompetenz und Selbstversorgung.

<sup>2</sup> Der Begriff der Gesundheitsversorgung umschließt alle Formen sowohl individuumsbezogener als auch populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, die durch medizinische und nicht-medizinische Gesundheitseinrichtungen und -fachkräfte erbracht werden (Institutions- und Professionsprinzip); dies schließt auch die Förderung der Selbstkompetenz und Selbstversorgung ein.

<sup>3</sup> Der methodische Forschungsansatz der fünften Funktion der Versorgungsforschung (Evaluation der Wirkungen von Versorgungsstrukturen und -prozessen oder definierten Versorgungskonzepten unter Alltagsbedingungen mit validen Methoden) schließt von den fünf Forschungsebenen

(I) experimentelle Grundlagenforschung und ätiologisch orientierte epidemiologische Studien (erzeugen Innovationspotentiale)

(II) klinische und klinisch-epidemiologische Forschung sowie quasi-experimentelle epidemiologische Studien (schaffen Evidenz unter kontrollierten Bedingungen, häufig unter idealtypischen Bedingungen)

(III) Metaanalyse und systematische Reviews (kompilieren und bewerten verfügbare Evidenz)

(IV) Evidenzbasierte Medizin (implementiert die beste verfügbare Evidenz in die Praxis) und

(V) Evaluation der Wirkungen implementierter Versorgungsstrukturen unter Alltagsbedingungen

die Ebenen I, III, IV teilweise und die Ebene V vollständig ein.

<sup>4</sup> Vgl. Denkschrift der DFG zur Klinischen Forschung (1999)

<sup>5</sup> Vgl. §1 (1) Satz 1 (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung.“

<sup>6</sup> Aufgabenstellung in Anlehnung an: Lohr, K.N., Steinwachs D.M. (2002). „Health Services Research: An Involving Definition of the Field.“ Health Services Research, 37 (1), S. 15 – 7.

<sup>7</sup> Unter „Mitarbeiter“ werden alle professionellen Leistungserbringer der Kranken- und Gesundheitsversorgung verstanden.

<sup>8</sup> Entgegen dem oft üblichen (Kurz-) Zeitinteresse politischer Alltagsentscheidungen steht für die Versorgungsforschung die Langfristigkeitperspektive im Vordergrund.

## Ständige Kongresskommission „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)“

Die Kongressreihe „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“ wurde im Anschluss an den im Jahr 2002 erstmals an der Universität zu Köln durchgeführten Kongress für Versorgungsforschung eingerichtet. Im Nachgang zu dieser Veranstaltung beschlossen – auf Initiative des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) und des Kongresskomitees des 1. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (Ausrichter des 1. Kongresses) – 24 medizinische Fachgesellschaften, die Versorgungsforschung in Deutschland gemeinsam voranzubringen. Die eingeladenen Fachgesellschaften zeigten großes Interesse an diesem in Deutschland lange vernachlässigten Thema. Es wurde deutlich, dass ein hoher Bedarf besteht, konkrete Versorgungsprobleme fachübergreifend zu diskutieren. Besonders dringlich ist hier nach wie vor die Zusammenarbeit zwischen den klinischen und den methodischen Fachgesellschaften. Mit dem Ziel, die vielschichtigen Versorgungsprobleme umfassend analysieren und lösen zu können, haben die verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften beschlossen, sich durch die Gründung der Ständigen Kongresskommission auf diesem Gebiet zusammenzuschließen.

Das Kerngeschäft der Ständigen Kongresskommission ist die Planung und inhaltliche Gestaltung der nun jährlich stattfindenden Kongresse für Versorgungsforschung. Zu diesem Zweck trifft sich die Kongresskommission zweimal im Jahr. Mit der Organisation und Koordination dieser Kongresskommission ist bis auf weiteres das ZVFK betraut. Sprecher der Ständigen Kongresskommission „DKVF“ ist Prof. Dr. H. Pfaff, der Sprecher des Zentrums.

Die Ständige Kongresskommission hat sich in den vergangenen Jahren weiter vergrößert und verfolgt aktiv und erfolgreich das Ziel, die Kongressreihe „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“ zu etablieren. Mittlerweile sind 33 wissenschaftliche Fachgesellschaften Mitglied in der Kongresskommission. Die Ausrichtung des Kongresses konnte bereits bis zum Jahr 2009 an verschiedene Fachgesellschaften vergeben werden:

2006	<b>5. DKVF in Ludwigshafen</b>	Ausrichter: DGK
2007	<b>6. DKVF in Dresden</b>	Ausrichter: DGPH
2008	<b>7. DKVF in Düsseldorf</b>	Ausrichter: DGCH
2009	<b>8. DKVF</b>	Ausrichter: DEGAM

In den Jahren 2004 und 2005 wurde die Kongressreihe „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“ durch folgende Veranstaltungen weitergeführt:

Im Jahr 2004 veranstaltete die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) in Zusammenarbeit mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften – Universität Bielefeld und den medizinischen Fachgesellschaften den

**3. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung** zum Thema „Versorgung chronisch Kranker: Patientenorientierung, Qualitätsentwicklung und Gesundheitsförderung“ vom 18. bis 19. Juni 2004 in Bielefeld.

Die Konferenz diente dem Erfahrungsaustausch darüber, wie chronisch Kranken am besten zu helfen ist, welche Versorgungskonzepte und Organisationsformen sich besonders bewährt haben oder von wichtigen Akteursgruppen als vielversprechend erachtet und verfolgt werden. Besonderes Gewicht galt der Perspektive der Versicherten und Patienten als der kommenden „Vierten Kraft“ im Gesundheitswesen. Die Veranstalter strebten mit diesem Kongress eine intensive fachliche Diskussion der Kongressthemen, eine Klärung insbesondere der Fragestellungen, Konzepte und Methoden der Versorgungsforschung und vor allem eine bessere Vernetzung von klinischer Medizin, anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen und Public-Health-Experten an. Der Kongress hat sowohl intern als auch extern großen Zuspruch erhalten und konnte über 800 Teilnehmer verzeichnen.

Die Homepage des Kongresses findet sich unter:  
[www.uni-bielefeld.de/gesundhw/kongress2004](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/kongress2004)

Im Jahr 2005 wurde der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung zusammen mit den Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) abgehalten. Organisator war das Berliner Zentrum Public Health (BZPH). Der

#### **4. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung**

zum Thema „Die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland: Bedarfsgerechtigkeit, Innovation, Gerechtigkeit“ fand vom 21. bis 24. September 2005 in Berlin statt.

Ziel der Veranstaltung war es, einen Diskurs über bestehende und zukünftige Gestaltungsszenarien der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu führen. Dies sollte vor dem Hintergrund des Versorgungsbedarfs in der Bevölkerung, wissenschaftlich-technischer Entwicklungspotenziale in der Medizin und der Rahmenbedingungen für Versorgungsstrukturen geschehen. Ein besonderes Anliegen war es, eine engere Verknüpfung der medizinischen mit den gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Fachgesellschaften zu ermöglichen. Diese Interdisziplinarität soll maßgeblich dazu beitragen, Lösungen zu finden, die auch unter einer internationalen Perspektive zukunftsfähig sind. Inhaltlich war der Kongress sehr breit ausgerichtet: In 101 Vortrags- und Postersessions, Workshops und Plenarveranstaltungen trugen 450 Teilnehmer und Teilnehmerinnen ihre wissenschaftlichen Arbeiten vor. Dabei wurden z.B. folgende Fragen aufgegriffen: Wie kann eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sichergestellt werden? Welche Erwartungen haben die Patienten und Versicherten? Wie kann gewährleistet werden, dass in einem auf Wirtschaftlichkeit und Effizienz ausgerichteten Gesundheitswesen die menschlichen – sozialen und individuellen – Faktoren nicht aus dem Blick geraten? Erfreulich war, dass viele medizinische Fachgesellschaften zu klinisch relevanten Themen den Bezug zur angewandten Versorgungsforschung in Workshops präsentierten. Zum Abschluss des Kongresses moderierte die ehemalige Bundesministerin für Gesundheit, Andrea Fischer, die Abschlussdiskussion zur Frage „Zukunft der Gesundheitsversorgung – Wo wollen wir hin?“.

Der Kongress war mit ca. 750 Teilnehmern sehr gut besucht. Die Veröffentlichung einiger zentraler Beiträge ist in Form eines Readers „Versorgungsforschung“ in der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft, Dr. Th. Hopfe, Berlin, geplant.

Die Homepage des Kongresses findet sich unter [www.zukunft-gesundheitsversorgung.de](http://www.zukunft-gesundheitsversorgung.de)

#### **Forschungspolitische Aktivitäten der Ständigen Kongresskommission**

Neben dem Kerngeschäft der Kongressplanung und -gestaltung will die Ständige Kongresskommission die Versorgungsforschung über forschungspolitische Aktivitäten weiter stärken und fördern. Vor diesem Hintergrund wurde bereits 2003 anlässlich des 2. DKVF in Hamburg von den beteiligten Fachgesellschaften gemeinsam ein Memorandum zur Situation und Zukunft der Versorgungsforschung verfasst und verabschiedet. Veröffentlicht wurde das Memorandum in folgenden Medizinischen Fachzeitschriften:

Deutsches Ärzteblatt 100 (42), 2003: Psychosoziale Versorgung in der Medizin – Bedarf steigt mit dem Fortschritt.

Dtsch Med Wochenschr 129 (14), 2004: Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland, Situation – Handlungsbedarf – Strategien.

Frauenarzt 45 (5), 2004: Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland, Situation – Handlungsbedarf – Strategien.

Auch aktuell entwickeln sich aus der Arbeit der Ständigen Kongresskommission Arbeitsgruppen, die inhaltliche Fragen der Versorgungsforschung bearbeiten. So erarbeitete die AG „Methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung“ im Jahr 2005 ein zweites Memorandum der Versorgungsforschung, welches im Spätherbst 2005 veröffentlicht wird. Schwerpunkt dieses Memorandums II sind die Methodik und die Strukturen der Versorgungsforschung (siehe Seite 67).

Beide Memoranden sowie weitere Informationen über die Kongresskommission und Links zu den Kongressen und den Fachgesellschaften sind auch auf der neu

eingerrichteten Homepage der Ständigen Kongresskommission [www.dkvf.de](http://www.dkvf.de) erhältlich.

**Mit Stand vom 10. November 2005 sind folgende Fachgesellschaften Mitglied in der Ständigen Kongresskommission „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“**

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie	DAE
Deutsche Diabetes-Gesellschaft	DDG
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin	DEGAM
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie	DGCH
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.	DGGG
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe	DGGG
Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V.	DGI
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie	DGK
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie u. Epidemiologie	GMDS
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie	DGMP
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie	DGMS
Deutsche Gesellschaft für Neurologie	DGN
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V.	DGOOC
Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin	DGPharMed
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	DGPPN
Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin	DGPM
Deutsche Gesellschaft für Public Health	DGPH
Deutsche Gesellschaft für Prävention u. Rehabilitation v. Herz-Kreislaufkrankungen e.V.	DGPR
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.	DGRW
Deutsche Gesellschaft für Senologie	
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention	DGSMP
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie	DGTHG
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	DGU
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V.	DGVM
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.	DKG
Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes – Deutsche Hypertonie Gesellschaft (Hochdruckliga)	DHL
Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft	DSG
Deutscher Verein für Pflegewissenschaften e.V.	
Deutscher Verein für Versicherungswissenschaft e.V.	DVfVW
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin	DKPM
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin	DNEbM
Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung u. Arzneimittel epidemiologie	GAA
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung	QMG

# Memorandum II zur Versorgungsforschung in Deutschland

## Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung

### Präambel

Das vorliegende Memorandum „Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung“ („Memorandum II“) ist das Ergebnis eines Workshops vom 26.8.2004 in Kassel, an dem G. Glaeske, M. Gottwik, H. Pfaff, C. Scheidt-Nave, M. Schrappe und K.-D. Schulz teilgenommen haben. Das Thesenpapier trifft eine Auswahl aus der auf der o.g. Sitzung entwickelten, priorisierten Themenliste und wurde in einem vierstufigen Delphiprozess von den Mitgliedern des Workshops verabschiedet. Es ist gegliedert in die vier Themenbereiche (1) Akzeptanz der Versorgungsforschung, (2) Patientenorientierung und Angemessenheit, (3) Outcome-Orientierung sowie (4) Validität und Risikoadjustierung. Aus Sicht der Versorgungsforschung wird für jeden dieser Punkte auf die Rahmenbedingungen, die Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation, die Entwicklung von Konzepten, die Implementierung dieser Konzepte und die Evaluation bzw. Wirkung im Alltag eingegangen. Die vorliegende Fassung ist das Ergebnis der abschließenden Diskussion in der Sitzung der Ständigen Kongresskommission am 11.3.2005 in Köln und am 22.9.2005 während des 4. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung in Berlin.

Das Memorandum II bezieht sich auf ein Verständnis von Versorgungsforschung, wie es im Mission Statement der Ständigen Kongresskommission formuliert worden ist: „Versorgungsforschung ist ein multidisziplinärer Ansatz zur Erforschung der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis der Gesundheitsversorgung hinsichtlich ihrer Wirkung auf Qualität und Effizienz in individueller und sozioökonomischer Perspektive.“

Diese Definition ist durch die sog. „AG Profilbildung“ (M. Gottwik, R. Kilian, C. Ohmann, K. Papadimitriou, H. Pfaff, C. Scheidt-Nave, M. Schrappe, D. Ziegenhagen) erarbeitet worden und wurde in der Sitzung der Ständigen Kongress-

kommission am 11.3.2005 mit geringfügigen Änderungen beschlossen. Am 22.9.2005 wurde Einigkeit erzielt, dass das Mission Statement in die Präambel und den „Ausblick“ des Memorandum II integriert wird.

Das Memorandum „Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung“ ergänzt das erste „Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland“, das im September 2003 auf dem 2. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vorgestellt und verabschiedet worden war. Das jetzige Memorandum ist als Bestandsaufnahme der aktuellen Situation zu verstehen und stellt vor allem Defizite in diesem Bereich fest: die konzeptionellen, methodischen und strukturellen Voraussetzungen der Versorgungsforschung in Deutschland lassen zu wünschen übrig.

Die Ständige Kongresskommission verkennt dabei keineswegs, dass es positive Ansätze für die Versorgungsforschung gibt, die durchaus Anlass zur Hoffnung geben (z.B. die gemeinsame Förderung der Spitzenverbände und des BMFTS für ausgewählte Projekte). Allerdings erscheint es notwendig, für einen erfolgreichen Neubeginn vor allem die Defizite herauszustellen, damit aus dieser Analyse eine positive Entwicklung eingeleitet werden kann.

Berlin, 22.9.2005

Für die Ständige Kongresskommission  
Deutscher Kongress für Versorgungsforschung:

G. Glaeske	C. Scheidt-Nave
M. Gottwik	M. Schrappe
R. Kilian	K.-D. Schulz
K. Papadimitriou	D. Ziegenhagen
H. Pfaff	

## 1. Akzeptanz der Versorgungsforschung

### 1-0. Allgemeine Rahmenbedingungen

Die Versorgungsforschung wird als wissenschaftliche Disziplin in der deutschen Forschungslandschaft kaum wahrgenommen. In der Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) zur klinischen Forschung<sup>1</sup> werden folgende Formen der klinischen Forschung unterschieden: grundlegensorientierte Forschung (Erkenntnisgewinn in biologischen Systemen ohne Patientenkontakt), krankheitsorientierte Forschung (Modellsysteme (z.B. Tierversuche) ohne Patientenkontakt) und patientenorientierte Forschung (klinische Studien aller Art, mit direktem Patientenkontakt, einschließlich der epidemiologischen und Versorgungsforschung). Unter der dritten Gruppe der patientenorientierten Forschung mit Patientenkontakt werden alle Formen klinisch-angewandter Forschung zusammengefasst, ohne z.B. randomisierte Studien an hoch selektierten Patientenkollektiven in klinischen Prüfungen von Studien unter den Bedingungen im klinischen Alltag ('real-life'-Studien) zu unterscheiden. Dieses Defizit wird verstärkt durch die in der klinischen Forschung vorherrschende und noch zunehmende Partikularisierung und Fragmentierung von Forschungsinteressen. Das Ergebnis dieses Forschungsverständnisses ist eine Ungleichverteilung von finanziellen Ressourcen zwischen Grundlagen- und Anwendungsforschung. Und obwohl in einigen Fällen erkannt wird, dass Ergebnisse der Versorgungsforschung für die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten Bedeutung haben könnten, wird das Erkenntnisinteresse derart wenig durch einen neutralen wissenschaftlichen Blickwinkel bestimmt, dass entweder die Finanzierung nicht zustande kommt oder die Forschungsergebnisse durch die Wünsche oder Interessen von Auftraggebern (z.B. Krankenkassen oder pharmazeutische Industrie) kompromittiert erscheinen („Anwendungsforschung“).

### 1-1. Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation

Eng verbunden mit der mangelnden Akzeptanz und der starken Partikularisierung der Versorgungsforschung sind Defizite auf der informationstechnologischen Ebene und in der inhaltlichen Ausrichtung der Forschung. Es gibt eine Fülle von Daten und Datenbanken, die jedoch weder allgemein zugänglich noch dialogfähig oder vergleichbar sind.

Manche sind in ihrem Informationsgehalt unvollständig und spiegeln zudem die Sektorisierung des Gesundheitssystems wider – sektorenübergreifende Datenbestände sind noch immer selten verfügbar. Auch bezüglich der Inhalte, die Themen der Versorgungsforschung sein sollen, sind Lücken erkennbar. So sind z.B. Forschungsinhalte zur Sex- und Gender-Problematik, zu Fragen der Versorgung im höheren Lebensalter und zur Bedeutung der ethnischen Zugehörigkeit unterrepräsentiert. Zur Notwendigkeit von pharmakoepidemiologischen Datenbanken wurde jüngst ein eigenes Memorandum veröffentlicht<sup>2</sup>. Auch das Gebiet der Qualitätssicherung, unter besonderer Berücksichtigung von Fehlern und Schäden in der Medizin sowie der Forschung zu relevanten Einzelereignissen, setzt eine umfassendere Betrachtungsweise voraus, wie sie in der Versorgungsforschung gängig ist, sie trifft jedoch kaum auf ein erkennbares Interesse möglicher Finanziers solcher Studien (z.B. Ärztekammern, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte usw.).

### 1-2. Entwicklung von Konzepten

Die geschilderten Defizite in der konzeptionellen Ebene (Fragmentierung der EDV-Strukturen und Forschungsinhalte) führen letztlich auch dazu, dass sich erarbeitete Ergebnisse nur selten in die Versorgungswirklichkeit implementieren lassen, und dass zudem die gesundheitspolitischen Implikationen nicht realistisch abgeschätzt werden können (Defizite in der Politikfolgenabschätzung). Im Hinblick auf den Themenschwerpunkt Patientensicherheit hat dies zur Folge, dass eine adäquate Sicherheitskultur in der medizinischen Versorgung gar nicht erst entsteht und die sozialpolitische Perspektive kaum Berücksichtigung findet. Neue Konzepte in der Gesundheitsversorgung (DMP, integrierte Versorgung, DRGs usw.) müssen aber weiterhin auf ihre Umsetzbarkeit überprüft werden: Sie müssen handhabbar, zeitlich und finanziell planbar und für die Nutzer sinnvoll anzuwenden sein.

### 1-3. Umsetzung und Implementierung

Die professionelle Motivation zur Identifikation mit Inhalten und Methodik von Versorgungsforschung ist gering und Marktanreize zur Umsetzung von Ergebnissen der Versorgungsforschung sind nur wenig ausgeprägt. Sehr gut lässt sich der Zusammenhang zwischen mangelhaft ausgeprägten Rahmenbedingungen, fehlenden Daten zur Deskription, mangelndem Eingang in die Konzeptbildung und gering ausgeprägter Umsetzung auf dem Gebiet der Kosten-Nutzen-Analyse demonstrieren. Diese Methode ist in der heutigen Forschungslandschaft wenig akzeptiert, ja durch ein falsches Grundverständnis sogar tabuisiert – wird sie von vielen doch als wissenschaftlich verbrämte Rationierung fehlgedeutet –, die konzeptionelle Umsetzung ist wenig ausgeprägt und die Umsetzung der Ergebnisse wird noch sehr zögerlich angegangen.

An die potentiellen Förderer der Versorgungsforschung und die Politik muss die Aufforderung gerichtet werden, Forschungsförderung unabhängig von einem gewünschten Ergebnis ausschließlich an den Sachfragen zu orientieren und sich für eine Diskussionskultur einzusetzen, die es erlaubt, sich mit den Ergebnisse der Versorgungsforschung durchaus kontrovers, jedoch nicht ideologisch-interessensgeleitet auseinander zu setzen.

### 1-4. Evaluierung und Wirkung im Alltag

Auf dem Hintergrund der vorgenannten Mängel ist die Evaluierung der Wirkung von medizinischer Versorgung im Alltag außerordentlich unvollständig und vielfach gar nicht umzusetzen. Gerade partikulare oder fragmentierte Forschungsansätze sind einer Evaluierung nicht zugänglich, unvollständige Datenbankstrukturen machen eine Evaluation darüber hinaus schwierig, denn „blinde Flecken“ in der Themenauswahl können nicht evaluiert werden. Es erscheint daher ein sinnvolles Ziel zu sein, im Rahmen von Pilotstudien evaluative Ansätze der Versorgungsforschung zu erproben, um damit zu einer Präzisierung der Fragestellungen, zu einem Monitoring des Forschungsfortschrittes und zu einer Evaluation von Forschungsergebnissen zu kommen.

## 2. Patientenorientierung und Angemessenheit

### 2-0. Allgemeine Rahmenbedingungen

Die Thematik der Patientenorientierung gehört zu den vernachlässigten und längst überfälligen Zielen in der klinischen Forschung und der Versorgungsforschung. Bereits in der Shattock-Lecture 1988 stellte P.M. Ellwood diesen Aspekt klar heraus: “As we acknowledge that our common interest is the patient, but we represent that interest from such divergent, even conflicting, viewpoints that everyone looses perspective (...) the result is that we have uninformed patients, sceptical payers, frustrated patients, and besieged health care executives.”<sup>3</sup> In Deutschland ist die Situation nicht anders: Alle Gremien und Leistungsanbieter sprechen von Patientenorientierung, es existiert jedoch kein schlüssiges und allgemein akzeptiertes Konzept für diese Zielrichtung. Dies führt letztlich zu einer tiefgreifenden Begriffsverwirrung und zu einer verstärkten Unsicherheit darüber, was unter Patientenorientierung zu verstehen sein könnte.

### 2-1. Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation

Auf der deskriptiven Ebene kann dieses Defizit an zwei Beispielen gezeigt werden. Zum einen ist der Kenntnisstand über die Patientenpräferenzen sehr gering ausgeprägt, es gibt wenige verlässliche Daten, die bei konkreten Entscheidungen hilfreich wären. Zum anderen gibt es wenig Informationen über die Nutzung der Wahlfreiheit von Patienten als Nutzer des Gesundheitssystems („Kundensouveränität“).

### 2-2. Entwicklung von Konzepten

Aus konzeptioneller Perspektive zeigt sich der vorbeschriebene Mangel in erster Linie darin, dass Konzepte der Patienteneinbindung ganz zu fehlen scheinen. Zwar ist das Konzept von Shared Decision Making in aller Munde, vielfach wird darunter aber lediglich ein Weg zu mehr Compliance verstanden. Die Schwäche in der Begründung tragfähiger Konzepte für die Patientenorientierung wird auch darin erkennbar, dass in Deutschland eine Debatte über die Angemessenheit von Gesundheitsleistungen nur verhalten geführt wird, sofern das Konzept der Angemessenheit (appropriateness) über die medizinische Wirksamkeit und die Effizienz hinausgeht und zusätzlich die soziale, juristische und ethische Dimension der medizinischen Behandlung beschreibt.

### **2-3. Umsetzung und Implementierung**

Da kein Konzept der Patienteneinbindung und Angemessenheit existiert, ist die Umsetzung von Ergebnissen der Versorgungsforschung deutlich erschwert - eine individuelle Reaktion der Nutzer des Gesundheitswesens ist nicht vorherzusehen. Dies bedeutet aber auch, dass die „Angemessenheit“ von Maßnahmen für das Gesundheitssystem kaum vorherzusagen ist, so dass eine Umsetzung der Ergebnisse aus der Versorgungsforschung auf die Gesundheitssystemebene mit deutlichen Unwägbarkeiten verbunden ist.

### **2-4. Evaluierung und Wirkung im Alltag**

Wegen dieser Schwäche in der Umsetzung ist letztlich auch nicht mit einer Evaluierung der Wirkung solcher Maßnahmen zu rechnen. Fehlende Konzepte machen eine sinnvolle Generierung von Hypothesen schwierig, die in einem sinnvollen Evaluationsansatz zu überprüfen wären.

## **3. Mangelnde Outcome-Orientierung**

### **3-0. Allgemeine Rahmenbedingungen**

Eine erfolgreich betriebene Versorgungsforschung könnte Daten und Informationen in die gesundheitspolitische Diskussion einbringen, mit der die Bedeutung der Ergebnisorientierung gestärkt würde. Diese Daten könnten die bisherige Sichtweise, die in erster Linie auf Kosten-, Prozess- und Strukturdaten beruht, sinnvoll ergänzen. Allerdings setzt die Erarbeitung von Outcomedaten voraus, dass über die Bedürfnisse der Nutzer des Gesundheitssystems mehr Erkenntnisse vorliegen, zum Beispiel zu den oben ausgeführten Themen Patientorientierung und Angemessenheit: „Outcomes research – the study of the end results of health services that take patients' experiences, preferences, and values into account“<sup>4</sup>.

### **3-1. Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation**

Sicherlich hat es in den letzten Jahren eine Verbesserung des Informationsstandes zu Outcomedaten gegeben (z.B. vergleichende Qualitätssicherung der BQS). Allerdings sind diese Informationen, jenseits der notwendigen Diskussionen um Validität und Risikoadjustierung (s.u.), noch sehr stark von partikularen Interessen überlagert (s. (1.)), wie sich zuletzt bei der Mindestmengendiskussion und bei der Formulierung der Anforderungen zum Qualitätsbericht zeigte.

### **3-2. Entwicklung von Konzepten**

Dies führt dazu, dass die Entwicklung von Konzepten zur Outcome-Orientierung nicht schnell und effektiv genug voranschreitet (Beispiel Mindestmengendebatte). Hier wird die aus einem übergeordneten Blickwinkel notwendige und unumgängliche Diskussion über die Regionalisierung der Versorgung und den Bedarf an Gesundheitsleistungen dadurch verhindert, dass es keine allgemein akzeptierten Konzepte über die Funktion und Validität von Indikatoren (wie der Leistungsmenge) und über die Vorhaltung von Gesundheitsleistungen gibt.

### **3-3. Umsetzung und Implementierung**

Eine Umsetzung bzw. Implementierung von Maßnahmen, die auf der Ergebnisqualität und dem Outcome-Konzept basieren (könnten), wird verständlicherweise ebenso erschwert bzw. unmöglich gemacht. Dringend erforderlich wären daher die Erfassung und Kontrolle der Vollständigkeit von Daten in Registern und die Entwicklung von Indikatoren, die „belastbare“ Informationen über die Indikationsqualität in einzelnen Bereichen liefern.

### **3-4. Evaluierung und Wirkung im Alltag**

Gleiches gilt für die Evaluierung dieser Maßnahmen. Die Frage, ob die Implementierung von Indikatoren zur Ergebnisqualität zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung des einzelnen und zu einer Verbesserung auf Systemebene führt, harret einer Beantwortung<sup>5</sup>, setzt aber vor allem ein allgemein akzeptiertes Verständnis von Indikatoren für Ergebnisqualität voraus.

## **4. Validität und Risikoadjustierung**

### **4-0. Allgemeine Rahmenbedingungen**

Es gibt einen deutlich erkennbaren Zusammenhang zwischen der Motivation zur adäquaten Validierung methodischer Instrumente einerseits und der Akzeptanz, dem Interesse an Forschung, der Klarheit der Konzepte und dem Konsens über die Ziele der Forschung (so z.B. Patienten- und Outcomeorientierung) andererseits. Auf diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, wie stark derzeit noch die methodischen Defizite hinsichtlich Reliabilität und Validität von Daten und Indikatoren (Kennzahlen) ausgeprägt sind und wie gering in Deutschland adäquate Instrumente zur Risikoadjustierung entwickelt sind.



#### 4-1. Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation

Eine Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation ist dementsprechend schwierig umzusetzen, ganz abgesehen von der Fragmentierung der zugrunde liegenden Datenbanken und der Partikularisierung der Forschungsinteressen (s.o.).

#### 4-2. Entwicklung von Konzepten

Defizite in Validität und Risikoadjustierung sind hinderlich in der Konzeptbildung der Versorgungsforschung: die Diskussion um die Validität überlagert alle sinnvollen Auseinandersetzungen um Zielvorstellungen und Ergebnisse der Versorgungsforschung.

#### 4-3. Umsetzung und Implementierung

Defizite in Validität und Risikoadjustierung erschweren außerdem die Umsetzung der Ergebnisse der Versorgungsforschung. Hierin ist jedoch keineswegs die grundsätzliche Problematik zu sehen, diese Defizite müssen vielmehr als Symptome für die oben genannten Schwächen in konzeptioneller Hinsicht angesehen werden. Die methodischen Schwächen werden erst dann auszugleichen sein, wenn die Versorgungsforschung ihr Arbeitsfeld gefunden und besetzt hat, wenn die Aufgabenstellung der Versorgungsforschung definiert ist, die unterschiedlichen Erwartungen klargestellt sind und sich eine wissenschaftliche Tradition etabliert hat, die sich akzeptierten Themen der Versorgungsforschung widmet.

#### 4-4. Evaluierung und Wirkung im Alltag

Die genannten Defizite machen eine Evaluation grundsätzlich angreifbar.

#### Ausblick

Die Ständige Kongresskommission formuliert in ihrem Mission Statement als Ziele der Versorgungsforschung,

- Wissenschaft und Versorgungspraxis zusammen zu führen,
- Barrieren der Umsetzung zu reduzieren,
- den Grad der Multidisziplinarität des methodischen Ansatzes zu erhöhen,
- die Versorgung hinsichtlich Qualität und Effizienz zu verbessern,
- konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen für eine effektive Forschungsarbeit zu schaffen und
- Ergebnisse der Versorgungsforschung in den politischen Diskurs einzuspeisen.

Es gibt wohl kaum noch Zweifel, dass die Versorgungsforschung, die sich auf dieses Verständnis stützt, in unserem Gesundheitssystem dringend gestärkt werden muss, um die Ergebnisse der medizinischen Versorgung und ihres Nutzens besser abschätzen und Unter-, Über- und Fehlversorgung vermeiden zu können. In der Versorgungsforschung steht die Patientenorientierung im Vordergrund, der in der klinischen Forschung kaum Bedeutung zugemessen wird. Daher müssen Untersuchungen zur Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen (efficacy) dringend um Studien zum Nutzen (effectiveness) ergänzt werden, um die Evidenzlücke zwischen efficacy und effectiveness zu schließen. Hierfür eignet sich in besonderer Weise die Versorgungsforschung, die die Ergebnisse der medizinischen Versorgung unter Alltagsbedingungen evaluieren will, um daraus Konzepte für Optimierungsprozesse in Gang zu setzen. Klinische Forschung und Versorgungsforschung bilden daher ein zusammenhängendes Konzept – Ergebnisse aus der klinischen Forschung werden durch die Versorgungsforschung auf ihre Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen untersucht, und diese Erkenntnisse können wieder in Konzepte der klinischen Forschung einfließen (z.B. haben Unterschiede in der Ansprache verschiedener Patientinnen und Patienten auf Arzneimittel das Konzept der Genotypisierung oder genetischen Epidemiologie mitbeeinflusst).

Hinzu kommt die unabdingbare Notwendigkeit einer dauerhaften Evaluation unseres Gesundheitssystems, insbesondere nach Veränderungen von Strukturen (z.B. selektive Verträge) und Behandlungsstrategien (Disease Management Konzepte oder integrierte Versorgung). Die Auswirkungen solcher Veränderungen auf die Akteure und Patientinnen und Patienten sind zu Beginn nicht abschätzbar. Und wenn Qualitätssicherung und –optimierung als kontinuierliche Aufgabe in unserem Gesundheitssystem begriffen wird, ist die Stärkung der Versorgungsforschung unerlässlich – schließlich soll das Erreichte in der medizinischen Versorgung mit dem optimal Erreichbaren in Vergleich gesetzt werden, um Schwachstellen und Veränderungsbedarf erkennen zu können.

Die Versorgungsforschung braucht daher einen festen Platz in der Wissenschaftsförderung. Nur so werden sich die methodischen Konzepte in diesem noch jungen Fach entwickeln und etablieren können – letztlich zum Nutzen der Patientinnen und der Patienten und des gesamten Gesundheitssystems.

Ständige Kongresskommission Versorgungsforschung

Köln, den 11.03.2005 bzw.  
Berlin, den 22.09.2005

- <sup>1</sup> Deutsche Forschungsgemeinschaft: Klinische Forschung. Denkschrift, Weinheim, 1999, S. 3
- <sup>2</sup> Hasford, J et al. 2004. Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. St. Augustin: Asgard-Verlag
- <sup>3</sup> Ellwood, P.M.: Outcome Management: A Technology of Patient Experience. N. Engl. J. Med. 318, 1988, 1549 – 56
- <sup>4</sup> Clancy, C.M., Eisenberg, J.M.: Outcomes Research: Measuring the End Results of Health Care. Science 282, 1998, 245 – 246
- <sup>5</sup> Martin N. Marshall, Paul G. Shekelle, Sheila Leatherman, Robert H. Brook: The Public Release of Performance Data What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence. JAMA. 283, 2000, 1866 – 1874



