

20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)

„Mehr Theorie wagen“, Praxistransfer befördern und Versorgungsforschung 2.0. Der 20. DKVF (digital) setzt wichtige Impulse für die Versorgungsforschung

Drei Plenarsitzungen, 42 Abstract-Sessions, 50 Science-Pitches, fünf Symposien und über 800 Teilnehmende sorgten für ein umfangreiches und interessantes Programm, das wesentlich aus den 520 eingereichten Abstracts zusammengestellt wurde.

Der 20. DKVF wurde vom 6. bis 8. Oktober 2021 digital durchgeführt und stand unter dem Motto „Versorgungskontext verstehen – Praxistransfer befördern“. Die Plenarsitzungen wurden live aus einem in Berlin Dahlem eingerichteten Videostudio übertragen. Prof. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende DNVF) eröffnete den Kongress und begrüßte alle virtuell anwesenden Kongress-Teilnehmer:innen herzlich. Sie erinnerte daran, dass der Kongresspräsident Prof. Holger Pfaff schon den ersten DKVF in Köln geleitet hat, damals mit dem Themenschwerpunkt Disease Management, und sie sehr dankbar ist, dass er als prägende Figur der deutschen Versorgungsforschung die Kongress-präsidenschaft für den Jubiläumskongress übernommen hat. Das Kongressmotto zeigt, so Prof. Klinkhammer-Schalke, dass wir zum einen unbedingt verstehen müssen, was in der Versorgung geschieht und verbessert werden kann, um dann die Ergebnisse zurück zu spiegeln und die Verbesserungen in der Versorgung zu implementieren.

Der Kongresspräsident Prof. Holger Pfaff führte in seinem Eingangsstatement aus, dass die Versorgungsforschung in den vergangenen zwei Jahrzehnten enorme Fortschritte in der Entwicklung, Standardisierung und Anwendung qualitativ hochwertiger empirischer Methoden erzielt hat. Auf dieser soliden methodischen Basis konnten wichtige und praxisrelevante Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen gewonnen und Versorgungsinnovationen, zum Beispiel im Rahmen des Innovationsfonds, evaluiert werden. Jetzt gehe es darum, diese Ergebnisse in einer komplexen Versorgungsrealität umzusetzen. Dieser Praxistransfer gelinge dann besser, wenn die Versorgungsforschung diese

komplexe Versorgungsrealität verstehen und erklären kann. Dazu reichen gute Methoden alleine nicht aus, es werde zusätzlich eine theoretische Fundierung und eine Theorieoffensive „Mehr Theorie wagen“ benötigt. Diese soll auf dem Kongress diskutiert und eingeleitet werden.



„Mehr Theorie wagen“ Kongresspräsident H. Pfaff

In seinem Grußwort erinnerte NRW Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann daran, dass die Versorgungsforschung mit dem ersten DKVF in Köln vor 20 Jahren ihren Anfang genommen hat und sich seitdem zu einer wichtigen Stütze des Gesundheitssystems entwickelt hat. Er bedankte sich bei Prof. Pfaff für sein Engagement. Auch für die zukünftige Ausrichtung des Gesundheitssystems sieht er die Versorgungsforschung als wichtigen Ratgeber. Er wünsche allen Teilnehmern einen

diskursreichen Kongress mit neuen Ideen für die Gesundheitspolitik.



Erste Plenarsitzung: J. Braithwaite, R. Mannion, H. Pfaff und L. Ansmann

In der deutschen Versorgungsforschungslandschaft ist in den letzten Jahren eine immer deutlichere internationale Ausrichtung zu erkennen. Die erste Plenarsitzung am Mittwochmorgen griff diese Entwicklung auf und verknüpfte die Versorgungsforschung mit den Themen Komplexität, Kultur und Kontext. Unter der Überschrift „Understanding complexity: dare more theory“ konnten mit Professor Jefferey Braithwaite (Macquarie University, Sydney) und Professor Russel Mannion (University of Birmingham) zwei ausgewiesene Experten auf diesen Gebieten für den 20. Jubiläumskongress gewonnen werden. Die Plenarsitzung und die anschließende Diskussion wurden durch den Kongresspräsidenten Professor Holger Pfaff und Professorin Lena Ansmann (Carl von Ossietzky Universität Oldenburg) von Berlin aus moderiert, während die beiden Keynote-speaker aus Australien und Großbritannien digital zugeschaltet waren.

Im ersten Vortrag unter dem Titel „Understanding the complexity of healthcare: theoretical perspectives“ stellte Professor Braithwaite die hohe Komplexität bei der Erbringung gesundheitlicher Versorgungsleistungen eindringlich dar und unterstrich die Bedeutung um das Wissen und die Einbeziehung von Kontextfaktoren in die Gesundheitsversorgung. Er machte deutlich, dass für eine vollumfängliche wissenschaftliche Untersuchung dieser Faktoren starke Theoriekonzepte unumgänglich sind. In seinem

Vortrag „Context and cultures in health services research“ legte Professor Mannion den Fokus auf situationsbezogene Versorgungskontexte und unterschiedliche Organisationskulturen innerhalb von Versorgungseinrichtungen und -interaktionen. Prof. Mannion betonte, dass Organisationskulturen durchaus wandelbar sind, dieser Wandel in den Ergebnissen aber nicht steuerbar ist. In der anschließenden offenen Podiumsdiskussion mit dem digitalen Auditorium wurden die vorgestellten Ideen und deren Implikationen für die deutsche Versorgungsforschung ausführlich diskutiert.

In der zweiten Plenarsitzung am Mittwochnachmittag griff der 20. DKVF ein weiteres aktuelles Thema im deutschen Gesundheitssystem auf. Neben der kontinuierlichen Verbesserung bestehender Versorgungsstrukturen und -pfade, kommt auch der Entwicklung und Testung neuer Versorgungsinnovationen eine wichtige Rolle zu. Die zweite Plenarsitzung widmete sich daher der Bedeutung von empirischen und theoretischen Grundlagen, die bei politischen Entscheidungs- und Umsetzungsprozessen in Bezug auf Gesundheitsinnovationen eine Rolle spielen.



Zweite Plenarsitzung: J. Hecken

Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, machte diesen Entscheidungs-

prozess anhand des Innovationsfonds deutlich. Er betonte, dass aus dem Innovationsfonds bereits viele Projekte positive Ergebnisse hervorgebracht haben. Dabei werde aber immer klarer, dass trotz positiven Evaluationsergebnissen, nicht alle Innovationen in die Regelversorgung übernommen werden können. In der politischen Entscheidungspraxis müsse eine Vielzahl von Faktoren berücksichtigt werden, die wissenschaftlichen Erkenntnisse bilden dabei einen Anker für die weiteren Entscheidungsschritte. In seinem Vortrag

„Transfer von Versorgungsinnovationen: Ein Plädoyer für eine wissensbasierte Gesundheitspolitik“ stellte Professor Pfaff ein neues Konzept für eine wissensbasierte Gesundheitspolitik vor, in der Wissen durch Evidenz, Theorie, Erfahrung und Kontext gleichberechtigt ineinander übergreifen und sich gegenseitig ergänzen. In der anschließenden offenen Diskussion mit dem Auditorium wurden sowohl praktische Fragen zum Innovationsfonds als auch Ideen und Vorstellungen zu einem erfolgreichen Transfer erläutert.

Was leistet das DNVF zur Verbesserung der Versorgung und wo besteht weiterer Entwicklungsbedarf?

Die bisher erarbeiteten Ziele und Ergebnisse der DNVF Zukunftswerkstatt wurden in der dritten Plenarsitzung vorgestellt und diskutiert. Die Zukunftswerkstatt wurde von der DNVF-Zukunftskommission unter der Leitung von Prof. Martin Härter durchgeführt.

In der Plenarsitzung wurde in sieben Arbeitsgruppen zu Themenfeldern diskutiert, die in einer Stärken-Schwächen Analyse unter Beteiligung der DNVF Mitglieder erarbeitet wurden. Die Präsentation ist hier abrufbar [>>](#).

Moderation	Thema
Christoph Kowalski	Mit den Fachgesellschaften gemeinsam Versorgung verbessern
Anna Levke Brütt	Praxis- und Patient:innenorientierung ausbauen
Horst Christian Vollmar	Themen von Morgen angehen
Martin Härter, Tanja Kostuj	Vernetzung im Feld Versorgung ausbauen
Nadine Pohontsch	Offensiv und breit kommunizieren
Lena Ansmann	VF-Wissen in die Breite tragen
Falk Hoffmann	Nachhaltige Forschungsstrukturen aufbauen

Über 200 Teilnehmende arbeiteten in den Arbeitsgruppen mit und es gab viele neue Anregungen bis hin zu konkreten Vorhaben. So sollen zwei neue Arbeitsgruppen zum Thema Wissenschaftskommunikation und

Klimawandel gegründet werden. Die Ergebnisse werden auf der Klausurtagung des DNVF Vorstands ausgewertet, priorisiert und dann mit den Mitgliedern im ersten Quartal 2022 diskutiert.



Zukunftswerkstatt in der dritten Plenarsitzung

Patient:innentag

Der Patient:innentag am Freitag startete mit der Session: „Patient:innen als Forschende einbeziehen. Unter der Leitung von PD Dr. A. Brütt (Universität Oldenburg) und Dr. I. Köster-Steinebach (Aktionsbündnis Patientensicherheit) ging es um die Frage, wie eine für beide Seiten nützliche Einbindung von Patient:innen in Forschungsprojekte gelingen kann. Im ersten Beitrag wurde von Erfahrenen und Forschenden der Erfahrenenbeirat des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung (HAM-NET) vorgestellt. Berichtet wurde von einer aktiven Mit- und Zusammenarbeit, die zu einer Vielfalt von Perspektiven und Zusammenarbeit in Forschungsprojekten des HAM-NET geführt hat. Die Erfahrenen erhielten ein Forschungstraining und bekommen Aufwandsentschädigungen. Sehr wichtig für eine erfolgreiche Mitarbeit sind Transparenz, eine gute Ansprechbarkeit der Forschenden, eine offene und vertrauensvolle Atmosphäre und auch die Erfahrung, dass die eigenen Beiträge in die Forschung einfließen. Beide Seiten betonten durch die Zusammenarbeit, die eigenen Perspektiven angereichert zu haben.

In Ihrem Vortrag „Die Umsetzung von Patientenbeteiligung in Forschungsprojekten“ betonte I. Köster-Steinebach, dass die Beteiligung der Patient:innen in allen Forschungsphasen essentiell ist, vor allem auch bei der Formulierung und Priorisierung des Forschungsbedarfs. Dabei sind drei unterschiedliche Gruppen einzubeziehen: direkt betroffene Patient:innen (Outcome und Erfahrungen), Patientenorganisationen (gebündelte Patientenerfahrung) und Patientensicherheitsexpert:innen (Risikominimierung). Sich in die gesundheitspolitischen Entscheidungen einzumischen, forderte Dr. J. Karenfort (Vorsitzender Patientenbeirat Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen). Er präsentierte einen Forderungskatalog der Neuroinitiative 4, deren Ziel es ist, eine entschlossene Neuro- und Hirnforschung in Europa voranzutreiben und ein öffentliches Bewusstsein dafür zu schaffen ([Link zu, Forderungskatalog](#)). Er plädierte, sich aktiv und offen für die Interessen der Patient:innen in die gesundheitspolitischen Entscheidungsprojekte einzumischen.



Session Patient:innen als Forschende einbinden

Im zweiten Workshop ging es um die Auswirkungen der Corona Pandemie auf Nicht-COVID Erkrankte – Veränderungen der Versorgung, deren Qualität und der Patient:innen-sicherheit. Im Vorfeld des Kongresses wurde eine Befragung zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Versorgung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden am Anfang des Workshops vorgestellt und nach Themen geordnet in einem digitalen

interaktiven Format diskutiert. Ziel war es, Ansatzpunkte für die Versorgungsforschung zu generieren, die aus der Perspektive von Bürger:innen und Patient:innen als besonders relevant eingeschätzt werden. Die Ergebnisse werden im Heft 1/2022 des Monitor Versorgungsforschung dargestellt.

Preisträgerin Science Slam

Die Science Slam Sitzung überzeugte wieder durch unterhaltsame und wissenschaftlich hochwertige Kurzvorträge. Sie wurden von Prof. J. Schmitt und Prof. M. Härter moderiert. Zum besten Beitrag vom Publikum gewählt wurde M.A. Theresa Sophie Busse für Ihren wissenschaftlichen Kurzvortrag: „Manchmal gehen die Faxgeräte gerade nicht so wie sie sollen. Dann kommt irgendwie nichts an und

dann ruft man das fünfte Mal an - Nutzung von Design Thinking zur partizipativen Entwicklung einer elektronischen Fallakte in der pädiatrischen Palliativversorgung.“ Die Auszeichnung ist mit einem Preisgeld von 150 € verbunden.



Science Slam Moderatoren J. Schmitt und M. Härter

Preisträgerinnen Science Pitch

Die Postersitzungen wurden im Rahmen des digitalen Formats durch Science Pitches ersetzt, dreiminütige Kurzvorträge mit drei Folien. Eine Jury aus Mitgliedern des Vorstands hat folgende Beiträge ausgezeichnet. Den ersten Platz mit einem Preisgeld von 500 € erhielt Frau Dr. Stefanie Bachnick für Ihren Vortrag „Nursing-sensitive events and the Association with Individual patient Levels of nurse staffing in German hospitals (TAILR.DE Study)“. Mit dem zweiten Platz zeichnete die Jury Frau M. Sc. Christine Thienel für Ihren

Beitrag: „Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen mit geistigen oder schweren mehrfachen körperlichen Behinderungen“ aus. Als drittbeste Arbeit wurde „DemWG – Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften“, vorgetragen von Dr. Jennifer Scheel, ausgezeichnet. Platz zwei und drei sind jeweils mit einem Preisgeld von 250 € dotiert. Die Preisverleihung erfolgte auf der Verabschiedung am 08.10.21.

Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis geht an das Regensburg Quality of Life Study Group Network

Das DNVF vergibt den Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis in diesem Jahr für eine Untersuchung zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient:innen mit Darmkrebs.

Die 18-köpfige Jury wählte im Gutachterverfahren die Arbeit des Regensburg Quality of Life Study Group Network mit seinen Sprecherinnen Dr. Patricia Lindberg-Scharf und Prof. Monika Klinkhammer-Schalke aufgrund der Übertragbarkeit auf andere Krankheitsfelder, der Relevanz für die klinische Versorgung sowie den großen Kreis an beteiligten Leistungserbringer:innen verschiedener Professionen aus. Neben klassischen medizinischen Ergebnissen wie Überleben oder Rezidivfreiheit bildet für viele Patient:innen mit einer Krebserkrankung eine angemessene Lebensqualität während Therapie und Nachsorge gleichermaßen ein wichtiges

Therapieziel. Allerdings fehlen bislang entsprechende strukturierte Angebote in der onkologischen Regelversorgung. Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten randomisiert-kontrollierten Studie konnte bei Patient:innen mit Darmkrebs nachgewiesen werden, dass diese von einer systematischen Erfassung und Behandlung ihrer Lebensqualität profitieren. Bei allen 220 Studienpatient:innen wurde die Lebensqualität unmittelbar postoperativ in der Klinik sowie 3, 6, 12 und 18 Monate nach Operation im Rahmen der Nachsorgetermine bei ihren Hausärzt:innen bzw. Onkolog:innen mittels Fragebogen gemessen. Im

Interventionsarm wurden die nachsorgenden Ärzt:innen jeweils über das Ergebnis der Lebensqualitätsmessung informiert, so dass bedürfnisorientiert spezifische Therapien eingeleitet werden konnten. Um Patient:innen zeit- und wohnortnah geeignete Unterstützungsangebote zukommen zu lassen, wurde ein Netzwerk aus Expert:innen verschiedener Gesundheitsberufe aufgebaut. Dieses umfasste vier Darmkrebszentren, knapp 200 Hausärzt:innen bzw. Onkolog:innen und 75 Fachkräfte aus den Bereichen Psycho-, Schmerz- und Physiotherapie, Sozial- und Ernährungsberatung, Stomatherapie und Fitness. Im Kontrollarm wurden nachsorgende Ärzt:innen hingegen nicht über die Lebensqualität informiert, sondern behandelten ausschließlich gemäß Routineversorgung nach Leitlinie. Während zu Studienbeginn noch 89% der Patient:innen im

Interventionsarm und 83% im Kontrollarm eine behandlungsbedürftige Lebensqualität aufwiesen, betrug die Rate zum primären Endpunkt nach 12 Monaten im Interventionsarm noch 42% verglichen mit 57% im Kontrollarm. Die Studie bestätigt die Resultate der vorangegangenen randomisiert-kontrollierten Studie bei Patientinnen mit Brustkrebs und weist auf ein hohes Maß an Generalisierbarkeit der Ergebnisse auch für andere Krebserkrankungen hin.

Literatur

[1] Klinkhammer-Schalke M, Steinger B, Koller M et al. Diagnosing deficits in quality of life and providing tailored therapeutic options: Results of a randomised trial in 220 patients with colorectal cancer. Eur J Cancer 2020; 130: 102-113

Satelliten Symposium auf dem 20. DKVF

Angemessene medizinische Versorgung in Krisensituationen: Regionale Steuerung, Risikokommunikation und evidenzgeleitete Entscheidungsfindung

Die Herausforderungen, die die Pandemie an das Gesundheitswesen und an die Versorgungsforschung gestellt hat, sind genutzt worden, um neue und bessere Lösungen zu finden. Es ist jetzt wichtig, hier eingeschlagene Wege weiter zu gehen sowie aus Fehlern und Defiziten zu lernen.

Das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Satelliten-Symposium hat sich mit der Frage beschäftigt, wie in Krisenzeiten eine evidenzbasierte, koordinierte regionale Versorgungssteuerung zur Sicherstellung einer angemessenen medizinischen Versorgung gelingen kann. Dazu fanden drei Workshops statt, die unterschiedliche Aspekte der Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem für eine angemessene Versorgung in Krisenzeiten diskutiert haben: Regionales Versorgungsmanagement, Risikokommunikation und evidenzgeleitete Entscheidungsfindung in Krisenzeiten.



M. Klinkhammer-Schalke eröffnet das Satelliten Symposium

Prof. M. Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende DNVF, Universität Regensburg) und Frau Dr. Lücking (BMG) begrüßten alle Referierenden und Teilnehmenden herzlich. Prof. M. Klinkhammer-Schalke bedankte sich beim BMG für die Förderung und die gute Zusammenarbeit bei der Gestaltung des Symposiums. Sie stellte kurz die Themen der

drei parallelen Workshops vor. Dabei sei es wichtig, dass wir in den letzten anderthalb Jahren erworbenenes Wissen mitnehmen und Konzepte entwickeln, wie und auf welche Weise wir es in die Versorgung bringen können. In einer abschließenden Podiumsdiskussion wurde die Quintessenz der Workshops vorgestellt und diskutiert.

Workshop 1: Strukturelle Voraussetzungen: regionales Versorgungsmanagement, Digitalisierung und konstruktiver Datenschutz

Leitung Prof. Dr. W. Hoffmann (Universität Greifswald)

Der Workshop fokussierte sich auf die strukturellen Anforderungen an eine regionale, evidenzgeleitete Versorgungssteuerung in Krisenzeiten. Notwendige Strukturen, um die medizinische Versorgung krisenfest zu machen, beinhalten datengestütztes Versor-

gungsmanagement und die Übertragung der Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung an regionale Netzwerke mit zentraler Leitstellenkoordination.



Blick hinter die Kulissen

Dr. H. Hildebrandt (optimedis AG) betonte in seinem Vortrag zur integrierten Versorgung auf regionaler Ebene, dass gerade in Krisenzeiten das Management im Bereich der regionalen Versorgung liegen sollte. Dazu bedarf es regional angepasste Digitalisierungskonzepte und einer Outcomeorientierung, die nicht auf „Volume“ (Leistungen), sondern auf „Value“ (Gesundheit) basiert ist. Modelle wie das

„Gesunde Kinzigtal“ haben gezeigt, dass Einsparungen bei gleicher Versorgungsqualität möglich sind und bspw. der Pflegebedarf bei älteren Menschen sich später einstellt. Dabei müssen alle Player und auch die Sozialsysteme einbezogen und regional gemanagt werden.

Die Pandemie hat die Versorgungsforschung vor neue Aufgaben gestellt. Davon berichtete

Prof. N. van den Berg (Universität Greifswald) in ihrem Vortrag über regionale Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Im Rahmen zweier prospektiver randomisierter Studien zur Telemedizin in der Psychiatrie waren die technischen Voraussetzungen für Telemedizin im Forschungsumfeld aufgebaut worden. Als dann kurzfristig durch die Pandemie auch die klinische psychiatrische Versorgung kein Patientenkontakt mehr möglich war, wurde in Absprache mit den behandelnden Ärzt:innen die Versorgung durch die Telemedizin der Universität Greifswald übernommen. Die Auswertungen zeigen eine höhere Zufriedenheit der Patient:innen als von den Forschenden erwartet wurde.

Das Dresdner Informations- und Prognosetool für Erkrankungsverlauf und Bettenauslastung in Sachsen stellte Prof. J. Schmitt (TU Dresden) vor. Im Projekt wurde ein Dashboard für die Planung von Intensivbetten für politische Entscheidungsträger zeitnah erstellt. Die Herausforderung war die Datenlinkage der unterschiedlichen Datenhalter. J. Schmitt betonte, dass während der Pandemie

Workshop 2: Risikokommunikation und Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung

Leitung: Prof. Dr. Dr. Martin Härter (UKE Hamburg)

Der Erfolg von Maßnahmen in einer Krisensituation hängt von einer klaren, transparenten und sinnstiftenden Kommunikation ab, die auf unterschiedliche Bevölkerungsschichten abgestimmt ist und diese effektiv erreicht. Ziel ist es, die

geknüpfte Kooperationen und vernetzte Datenstrukturen erhalten und nachhaltig finanziert werden müssen. Dies gilt besonders auch für die im Rahmen des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM) begonnene bundesweite Vernetzung von Datenressourcen.

„Daten teilen hilft heilen“. Die Pandemie hat geholfen, Daten besser zu sammeln und zu nutzen, betonte Prof. P. Thürmann (Mitglied des Sachverständigenrats, Universität Witten/Herdecke) in Ihrem Vortrag zur Digitalisierung im Dienste der Gesundheit – Konsequenzen aus der Pandemie. Es bleibt jedoch viel zu tun und solche Pannen wie die unzureichende Corona-Warn-App und Beschränkungen durch den Datenschutz führten dazu, dass wir immer noch nicht wissen wer, wann und mit was geimpft ist. Andere Nationen haben hier deutlich bessere Datengrundlagen im Rahmen derselben Europäischen Datenschutzgrundverordnung zur Verfügung. Wir brauchen dringend ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz.

Gesundheitskompetenz und ein eigenverantwortliches Handeln zu stärken. Im Workshop wurden die Anforderungen an eine Kommunikation im obigen Sinne vorgestellt und diskutiert.

COVID-19 Kommunikation.

Von einer falschen Gewissheit in die nächste.



Slide aus dem Vortrag von O. Wegwarth zur Risiko- und Unsicherheitskommunikation

Prof. O. Wegwarth (Charité Berlin) eröffnete den Workshop mit Ihrem Vortrag zu Risiko- und Unsicherheitskommunikation in Krisenzeiten. Sie warb dringend dafür, in der Risikokommunikation neue Wege zu gehen: transparent und relative, statt absolute Risiken zu kommunizieren sowie nachvollziehbare und relevante Vergleiche zum besseren Verständnis mit einzubauen. Zukünftig sollten validierte Konzepte der Risikokommunikation besser genutzt und Unsicherheit nicht verdeckt, sondern offen kommuniziert werden.

Wie öffentliche Institutionen (BMG, RKI, IQWiG, KBV, BzgA, Paul Ehrlich-Institut) während der Pandemie informiert haben, hat I. Holland-Letz (Universität Bremen) in einer Gruppe von Masterstudent:innen im Rahmen des Kompetenznetzwerks Public Health untersucht. Gerade in der Anfangsphase der Pandemie berichtete I. Holland-Letz von einer inkonsistenten und hinsichtlich kommunikativer sowie visueller Gestaltung unzureichenden Informationsvermittlung. Auch wenn sich die Informationsvermittlung während der Pandemie verbessert hat, bleiben doch erhebliche Defizite, wie z. B. dass keine

verschiedenen migrantenrelevanten Sprachen verwendet oder keine zielgruppenspezifischen Informationen herausgegeben wurden. Eine bessere visuelle Aufbereitung sowie Koordination zwischen verschiedenen Instituten sind daher wünschenswert.

Dr. D. Gilan (Leibniz-Institut für Resilienzforschung, Mainz) stellte in Ihrem Vortrag zu psychischer Belastung in Krisenzeiten und Auswirkungen auf das Schutzverhalten Ergebnisse der sog. COSMO Studie vor. Es konnte ein leichter Anstieg der psychischen Belastung während der Pandemie sowie die Abnahme der Nutzung protektiver Faktoren (Schutzmaßnahmen) festgestellt werden. Ebenso wurde von einer Überlastung durch Informationen berichtet.

Dr. O. Okan (Universität Bielefeld) beschäftigte sich mit der Frage, wie Gesundheitskompetenz in Krisenzeiten gestärkt werden kann. Die allgemeine Gesundheitskompetenz ist nicht ausreichend ausgebildet (58,8 % unzureichend) und in den letzten Jahren eher rückläufig. Die Gesundheitskompetenz im Themenfeld COVID-19 liegt höher (ca. 35% unzureichend) als die

allgemeine Gesundheitskompetenz. Die Ausbildung von Gesundheitskompetenz ist geringer bei niedriger Bildung und Einkommen. Ein zweiter Fokus des Vortrags lag auf der Gruppe der Kinder und Jugendlichen. Hier appellierte Dr. Okan, dass die Schule der Ort ist,

an dem Gesundheitskompetenz stärker vermittelt werden muss, wobei die gleichzeitige Vermittlung von Digital Literacy hier sehr unterstützend sei. Gesundheitskompetenz im frühen Alter zu vermitteln ist am wirkungsvollsten.

Workshop 3: Evidenzgeleitete Entscheidungsfindung in Krisenzeiten

Leitung: Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Universität Regensburg)

Der dritte Workshop diskutierte den Prozess der evidenzgeleiteten Entscheidungsfindung. Gerade in Krisensituationen, die sich durch einzigartige komplexe Phänomene mit oft

geringer Evidenz auszeichnen, kann eine ausreichende Einbeziehung aktueller Daten (z. B. Register) und unterschiedlicher Perspektiven, Grundlage guter Entscheidungen sein.



Workshop 3 Evidenzgeleitete Entscheidungsfindung in Krisenzeiten

Prof. J. Vehreschild (Universität Köln) berichtete am Beispiel der Registerstudie LEOSS über die Erhebung und Analyse von klinischen Real-World Data im Angesicht der Pandemie. Das anonyme Fallregister zu Patient:innen mit einer COVID-19 Infektion wurde während der Pandemie europaweit mit über 1000 Partnern aufgebaut und kooperiert mit bestehenden Kohortenregistern (z.B. NAPKOM). Alle Wissenschaftler:innen sind

eingeladen, sich zu registrieren, um Zugang zu dem umfangreichen Datenressourcen zu bekommen (leoss.net/statistics/). Das Register wird laufend ausgebaut und ermöglicht Auswertungen zu spezifischen prospektiven Fragestellungen. Verlaufsdaten von Patient:innen sind im Register noch nicht erfassbar.

In seinem Vortrag „COVID19 guidelines for health professionals and the public: plain language versions based on the eCOVID recommendation Map“ präsentierte Prof. H. Schünemann (McMaster University, Hamilton Canada) ein Register, in dem verifizierte Leitlinien Empfehlungen zu COVID-19 mit 60 Partnern aus allen Kontinenten zusammengetragen und sortiert wurden. In einem zweiten Schritt werden diese Empfehlungen zusammen mit Bürger:innen unterschiedlichen Alters und diverser gesellschaftlicher Gruppen in Alltagssprache übersetzt und online als Open Access zur Verfügung gestellt (covid19.recmmap.org). Eine Übersetzung ins Deutsche ist vorgesehen.

Die Auswirkungen der Pandemie für die onkologische Versorgung zeigte Prof. M. Klinkhammer-Schalke. Dazu wurden Daten aus klinischen Krebsregistern in der Oberpfalz und Niederbayern mit Krankenhausdaten verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass im Frühjahr 2020 (März – Mai) im Vergleich zu 2019 bis zu 60 % an Diagnosen, bezogen auf unterschiedliche Krebserkrankungen in frühen Stadien, nicht gestellt wurden. In den Krebsregistern war aktuell und im Verlauf zu beobachten, welche Auswirkungen fehlende Voruntersuchungen und Diagnostik für den Stadienshift mit fortgeschrittenen Tumorstadien oder Auswirkungen auf die Rezidivhäufigkeit sowie das Überleben haben.

Podiumsdiskussion

Die Podiumsdiskussion wurde von Prof. W. Hoffmann moderiert. Man war sich einig, dass:

- die Gesundheitsversorgung regionaler und sektorenübergreifend ausgerichtet werden muss;
- die Zukunft der Versorgung digital ist;
- durch das FDZ der Zugang zu den Krankenhausdaten wesentlich vereinfacht wird. Das DNVF bietet hier seine Unterstützung an, um ein stärker datenbasiertes und evidenzgeleitetes Gesundheitssystem zu schaffen;

Konsequenzen hieraus sind, dass zukünftig ambulante und stationäre Diagnostik in Krisenzeiten gewährleistet sein muss und Maßnahmen festgelegt werden müssen, wie beispielsweise unterschiedliche Eingänge zu den entsprechenden Einrichtungen. Eine bessere Kommunikation ist notwendig, um Ängste von Patient:innen abzubauen und die Zuständigkeit von Kliniken muss entsprechend koordiniert werden.

Die Datennutzung im Forschungsdatenzentrum (FDZ) erläuterte anschließend Dr. S. Heß (Leiter FDZ, BfArM). Die Zugangsmöglichkeiten zu Abrechnungsdaten, der in Deutschland gesetzlich Versicherten sollen vereinfacht werden und eine mit dem Bundesamt für Sicherheit und Informationstechnik (BSI) und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) abgestimmtes Sicherheitskonzept wird erstellt. Dabei sollen das Antragsverfahren transparent und planbar sein und im Dialog mit den Forscher:innen eine stetige Verbesserung der Angebote erreicht werden. 2023 wird die Datenbasis auf Grundlage einer freiwilligen Datenfreigabe der Versicherten aus der elektronischen Patiententakte erweitert. Das FDZ beteiligt sich am Ausbau des European Health Data Space. Die Niederlande zeigen, dass eine offene Kommunikationsstrategie die Akzeptanz der Nutzung von Gesundheitsdaten für die Forschung erhöhen.

- die Verlinkung von Strukturen (z.B. Krebsregister) kontinuierlich ausgebaut werden müssen;
- Gesundheit zu belohnen anstatt immer mehr Leistungen zu finanzieren. Das würde Prävention, Digitalisierung und Nutzung von Gesundheitsdaten deutlich fördern.

Gleichzeitig ist die Versorgungsforschung aufgerufen, ihre Aktivitäten und die Struktur unseres Gesundheitswesens besser den Bürger:innen zu vermitteln: was wir tun und

welche Effekte das für eine gute Versorgung auch in Krisenzeiten hat. Eine stärkere Bereitschaft in den Dialog mit den politischen Entscheidungsträgern zu gehen, ist für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems notwendig.

Die Lehren aus der Pandemie sind, dass an Standorten wie z.B. Hamburg in verschiedenen Stadtteilen ganz unterschiedliche Infektions-

lagen vorlagen. Wir brauchen Interessenträger für diese Quartiere, die sich für die Gesundheit der Bevölkerung einsetzen. Wir müssen in der Risikokommunikation neue professionellere Wege gehen: transparent und absolute statt relative Risiken sowie Unsicherheiten kommunizieren. Darüber hinaus sind mehrsprachige, koordinierte und zielgruppenspezifische Informationskonzepte unerlässlich.



Podiumsdiskussion Satelliten-Symposium

Wir brauchen wertschätzende, kooperative, interdisziplinäre, sichtbare Netzwerke, die dann in Krisenzeiten schnell aktiv werden können und schnelles Handeln über Fachgrenzen hinaus ermöglichen. Während der Pandemie aufgebaute Netzwerke wie NUM müssen nachhaltig weiter bestehen und dann basisfinanziert werden.

Wir benötigen Monitoringsysteme für essentielle patientenrelevante Outcomes, die sich an internationale Core-Outcome-Sets wie ICHOM anschließen. So kann die Vergleichbarkeit von Studien und Strukturen hergestellt werden. In Zeiten der Versorgungsnormalität müssen neben den Core Outcome -Sets methodische Standards,

z.B. für Register, Datenlinkage geschaffen werden, um in Krisenzeiten sehr zeitnah Daten für evidenzgeleitete Entscheidungen zur Verfügung zu stellen. Forschung muss schneller reagieren können. Die Diskutanten empfahlen, zukünftig zur Beratung politischer Entscheidungsträger einen Pandemierat zu bilden, der interdisziplinär aufgestellt ist. Patientenrelevante Forschung sollte Vorrang haben. Wir benötigen ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz und einen schnelleren Zugriff auf Daten aus der ambulanten Versorgung. Dabei zeigen Lösungen in den Niederlanden oder Frankreich, die mit Opt-Out Konzepten (Einwilligung, falls nicht widersprochen wird) arbeiten, dass sehr zeitnah Daten aus der

Primärversorgung der Forschung zur Verfügung stehen. Der gesetzliche Rahmen, die

Europäische Datenschutzgrundverordnung, ist dabei genau die gleiche wie in Deutschland.