

22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)

Gesundheitsbezogene Versorgungsforschung liefert wertvolle Evidenz zur optimalen Gestaltung der Gesundheitsversorgung und wird so zum Motor evidenzbasierter Gesundheitspolitik – wenn die Erkenntnisse dann auch tatsächlich genutzt werden.

Der 22. DKVF mit dem Motto „Gesundheitsbezogene Versorgungsforschung – Motor evidenzbasierter Gesundheitspolitik“ setzte wichtige Impulse im Dialog von Versorgungsforschung, -praxis und -politik. Mit 3 Plenarsitzungen, 61 Vortragssitzungen, 23 Poster-Sitzungen, Symposien, einem State-of-the-Art-Vortrag und weiteren Beitragsarten bot der 22. DKVF ein weitgefächertes, umfangreiches und interessantes Programm. Dies ermöglichten insbesondere die über 600 eingereichten Abstracts. Erstmals mehr als 1000 Teilnehmende bereiteten an den drei Kongresstagen vom 4. bis 6. Oktober 2023 in der Urania in Berlin eine intensive austauschfreudige Kongressatmosphäre mit engagierten Diskussionen in den unterschiedlichen Sitzungsformaten und im informellen Miteinander auf allen (Zwischen-)Ebenen des altherwürdigen Veranstaltungsgebäudes.

Grußworte

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Lauterbach stellte in seinem Grußwort einleitend fest: „Wenn wir das Gesundheitssystem wirklich verbessern wollen, ist wissenschaftliche Orientierung der beste Weg. Dazu leistet die Versorgungsforschung einen wertvollen Beitrag.“ Als wichtige aktuelle Beispiele führt er die Krankenhausreform und Long-COVID an. Um etwas zu bewirken, benötige Forschung Daten, was mit den Digitalgesetzen forciert werde, um so „langfristig alle relevanten Gesundheitsdaten für das Gemeinwohlinteresse verfügbar und verknüpfbar zu machen, sicher und datenschutzkonform.“

Der hessische Minister für Soziales und Integration, Kai Klose, greift in seinem Grußwort das Kongressthema auf und verknüpft den steten wissenschaftlichen Fortschritt in Behandlungsmöglichkeiten mit

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann eröffnete den Kongress und begrüßte alle anwesenden Kongressteilnehmenden herzlich. Die aktuelle Diskussion um die Krankenhausreform verdeutlicht, so Prof. Wolfgang Hoffmann, welcher großer Bedarf an Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung existiert und welche verantwortungsvollen Aufgaben die Versorgungsforschung zu bewältigen hat. „Versorgungsforschung ist eben nicht mehr etwas“, so Prof. Hoffmann „was man unbedingt mal machen sollte“- unser Welpenschutz ist ausgelaufen. Versorgungsforschung ist erwachsen geworden. Er dankte dem Kongresspräsidenten Prof. Dr. Max Geraedts, dem Geschäftsführer Dr. Thomas Bierbaum und der Geschäftsstelle des DNVF sowie der Kongressagentur KUKM für die hervorragende Organisation des Kongresses.

der Aufgabe der Versorgungsforschung, deren Qualität zu bewerten. Dazu solle sie auch Fragen zur effektivsten Form der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, zu geeigneten Instrumenten und Maßnahmen zur Krankheitsvermeidung sowie der Gesundheitsvorsorge beantworten. Den hierfür wichtigen Datenzugang durch das anstehende Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) begrüße die Landesregierung.

Der Kongresspräsident Prof. Dr. Max Geraedts erläuterte in seiner Begrüßung das gewählte Motto: „Gesundheitsbezogene Versorgungsforschung (gVF) liefert der Gesundheitspolitik die Basis für evidenzbasierte Weiterentwicklungen des Gesundheitssystems bzw. der Gesundheitsversorgung und erfüllt so im besten Fall die Funktion des (e-)Motors einer wissenschaftlich fundierten Gesundheitspolitik.“ Die gVF folgt den

Erkenntnisfragen: Wer versorgt wen, wann und womit? Wie und warum wird versorgt? Welche Ergebnisse werden erzielt und wie können Innovationen implementiert werden? Diese Fragen gliederten dann auch die Vortrags- und Postersitzungen des Kongresses in vier inhaltliche Stränge. Erster Strang: Beschreibung und Analyse der aktuellen Gesundheitsversorgung, zweiter Strang: Evaluation von Versorgungsergebnissen, dritter Strang: Implementierung von Versorgungsinnovationen, vierter Strang: Weiterentwicklung von Methoden der gesundheitsbezogenen Versorgungsforschung. Unter der Vielzahl spannender Beiträge werden im Folgenden die Plenarveranstaltungen und einige der Symposien sowie besonderen Formate zusammengefasst.

Plenarveranstaltungen

Im Mittelpunkt des Programms stand an allen 3 Kongresstagen eine Plenarsitzung mit jeweils 2 Vorträgen langjährig erfahrener und engagierter Versorgungsforscherinnen und Versorgungsforscher. Sie zeigten an exemplarischen Themen das Spannungsfeld zwischen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen und ihrer Überführung in die Versorgungspraxis im Kontext nötiger gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen.

Die 1. Plenarsitzung befasste sich mit Pflege und Versorgungsforschung zum Thema „Translating Research into Long Term Care Policy Changes“. In ihrem spannenden Vortrag zeigte Prof. Dr. Charlene Harrington, University of California, San Francisco die Entwicklung der Versorgung in US-amerikanischen Pflegeheimen auf, die sie wissenschaftlich seit den 1970er Jahren beforcht. Grundkennzeichen seien eine meist schlechte Pflegequalität und unterbesetzte Personalausstattung. Die derzeit 15.000 Pflegeheimenrichtungen in den USA sind zu 70% in profitorientierter Trägerschaft und setzten 2022 197 Milliarden US-Dollar um. Trotz zahlloser Studien, die die schlechte Behandlungsqualität und unzureichende



Kongresseröffnung: Prof Dr. Max Geraedts

Über den am ersten Kongresstag organisierten Patient:innentag, der sich in diesem Jahr dem Versorgungsforschungsbedarf im Bereich der Langzeitpflege widmete, wird gesondert im Monitor Versorgungsforschung berichtet.

Personalausstattung wissenschaftlich seit Jahrzehnten belegen, gelinge es nur schwer, evidenzbasierte Standards zur Personalausstattung, Qualitätskontrollen, Qualitätsberichte und Marktmachtbegrenzung verpflichtend gesundheitspolitisch einzuführen, da die Pflegeindustrie die finanzstärkere Lobby besitze.



Prof. Dr. Charlene Harrington

Zum deutschen Kontext berichtete Prof. Dr. Gabriele Meyer, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, zu „Long-term care in Germany – An evidence-free zone?“ Den derzeit über 5 Millionen Pflegebedürftigen stehen in Deutschland rund

16.100 Pflegeheime und 15.400 ambulante Pflegedienste zur Verfügung. Die dort stattfindende Versorgung werde jedoch kaum pflegewissenschaftlich untersucht. Die Akademisierung der Pflege sei noch immer viel zu gering, Studien selten, die wissenschaftliche Pflege mit der Praxis kaum verknüpft, wissenschaftliche Publikationen zu gering und gewonnene Erkenntnisse würden nicht als Innovationen implementiert und Leitlinien basierten zumeist auf Expertenstandards. Aktuell sei die schwierige Lage der Pflegewissenschaften in Deutschland an der Pflegeforschung zur Corona-Pandemie exemplarisch zu erkennen. Forschungsgelder an den Hochschulen gingen kaum an die Pflege und als das Bundesgesundheitsministerium gezielt Pflegestudien zu Corona ausschrieb, fanden sich keine Studiendurchführende. Ein weiteres Beispiel mit hohem Forschungs- und eben

In der 2. Plenarsitzung „Minimierung von Risiken und Praxisunterschieden durch eine bessere Arzneimittelversorgung und Mindestmengen“ standen Qualitätsinstrumente im Mittelpunkt. Prof. Dr. Gert Westert, Radboud University, Nijmegen, zeichnete in seinem Vortrag "Practice variation and volume standards in surgical care in the Netherlands: how to reduce varying quality" die Qualitätsentwicklung der letzten 30 Jahre am Beispiel von Mindestmengen in den Niederlanden nach. Behandlungsqualität zeige sich einerseits darin, das Richtige zu tun, also der Indikationsstellung, und dann das Richtige gut zu tun, der Behandlungsdurchführung. Studien zeigen, dass die Indikationsstellung stark durch vorhandene Behandlungsmöglichkeiten und die Vergütung, während die Durchführung bei zahlreichen Behandlungen durch Erfahrung beeinflusst ist. Diese Erkenntnis ist die Grundlage für Mindestmengen. Die Umsetzung von Mindestmengen in die Versorgungspraxis begann in den Niederlanden 1993. Die 1. Phase (Selbstverpflichtung) bis 2003 bestand im Appell an die Versorger und Ärzteschaft, bestimmte Eingriffe zu zentralisieren, was aber nicht geschah. In der 2. Phase (vertrauen und überprüfen) bis 2009 wurden Mindestmengen vorgegeben und

auch Innovations- und Implementierungsbedarf sei die Pflege von Menschen mit Demenz, etwa im Hinblick auf eine förderliche soziale Umgebungsgestaltung, Reduzierung ruhigstellender Medikamente und Fixierungen.



Prof Dr. Gabriele Meyer

Krankenhäuser mussten ihre Fallzahlen veröffentlichen. In der 3. Phase bis 2017 (Selektivverträge und Kontrollen) sollten Krankenversicherungen durch Selektivverträge das Einhalten der Mindestmengen in Krankenhäusern befördern, was diese im Hinblick auf ihre versicherten Patienten aber nur teilweise umsetzten. In der 4. Phase (Rückkehr zum Vertrauen) wurden die Mindestmengenfallzahlen nicht mehr veröffentlicht, da die Krankenhäuser mittlerweile die Indexeingriffe weitgehend zentralisiert hatten. Im Jahr 2022 begann die nun 5. Phase (regionale Absprachen) in der die Krankenhausplanung nun die Anzahl durchführungsberechtigter Krankenhäuser in Regionen festlegt und regional abgestimmt werden muss, wer diese Krankenhäuser sind.



Prof. Dr. Gert Westert

Prof. Dr. Petra A. Thürmann, Universität Witten/Herdecke, hielt einen Vortrag zur "Optimierung der Arzneimitteltherapie – Wirkungen und Nebenwirkungen verschiedener Ansätze", in dem sie die Pharmakotherapie im Alter und bei Multimorbidität im Hinblick auf Risiken der Polypharmakotherapie anschaulich problematisierte. Sie beleuchtete sowohl explizite Kriterien für eine Potentiell Inadäquate Medikation (PIM), die weiterentwickelte PRISCUS 2.0 Liste, als auch die FORTA Kriterien (Fit FOR The Aged), die neben Über- und Fehlversorgung auch die Unterversorgung berücksichtigen. Ziel ist, die Behandlungssicherheit zu erhöhen, denn 5 % der Krankenhausaufnahmen sind auf Arzneimittelnebenwirkungen zurückzuführen, die Hälfte davon vermeidbar. Problematisch sei, im Versorgungsalltag die notwendigen Voraussetzungen für ein Überprüfen der Medikamente zu schaffen, es braucht viel Zeit, oft sind nicht alle Verordnungen bekannt und

Die 3. Plenarsitzung „Ergebnisse der gesundheitsbezogenen Versorgungsforschung in der Gesundheitspolitik umsetzen“ fokussierte die Rolle der Gesundheitspolitik. Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld, griff in seinem Vortrag zum Thema "Versorgungsgestaltung zwischen Wissenschaft und Politik" genau dieses Verhältnis grundlegend auf. Häufig befänden sich Wissenschaft und Politik in einem Spannungsverhältnis. Forschungsergebnisse fließen oft nicht in die praktische Politik ein, da beide sozialen Teilsysteme unterschiedliche Relevanzkriterien für Entscheidungen verwenden. Politische Entscheidungen unterliegen Aushandlungsprozessen zwischen gesellschaftlichen Gruppen mit unterschiedlichen Erwartungen und Interessen und sollen auch dem Machterhalt dienen. Empfehlungen aus wissenschaftlichen Erkenntnissen decken sich oft nicht mit gruppen-, interessen- und machtgeleiteten Ergebnissen solcher Aushandlungsprozesse. Aber auch die Wissenschaft selber steht unter der Gefahr, interessengeleitet Wissen funktional einzusetzen z.B. bei privat finanzierter Forschung. Und wissenschaftliche Erkenntnisse sind im steten Erkenntniswandel, womit auch abgeleitete Entscheidungen



Prof Dr. Petra A. Thürmann

Angehörigen komme eine wichtige Rolle zu. Ernüchternd sei, dass eine systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass Interventionen zur Polypharmakotherapie kaum Verbesserungen erzielen, jedoch weist eine Metaanalyse zur Reduktion von Nebenwirkungen bei älteren Patient:innen auf eine effektive Rolle von Pharmazeut:innen beim Medikationsreview hin.

angepasst werden müssen. Hindernisse, wissenschaftliche Erkenntnisse in die Politik einfließen zu lassen, liegen auf beiden Seiten und sind eher überwindbar, wenn Partikularinteressen nicht zu stark sind und Entscheidungsthemen nicht zu stark ideologisch aufgeladen sind.



Prof Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Den Reigen der hochkarätigen Plenarvorträge schloss dann Prof. Dr. Jochen Schmitt, TU Dresden, zum Thema "Systeminnovation durch Versorgungsforschung? Wege, Umwege und Sackgassen". Systeminnovationen zu entwickeln sei Aufgabe der Versorgungsforschung, ohne dass diese die rechtliche Kompetenz zur Umsetzung habe.

Innovationen bedeuteten Bestehendes zu ändern. Hemmnisse für Innovationen lägen in der Medizin und Versorgungsforschung in der ebM, ein System wissenschaftlich abgestufter Sicherheit, das ausgezeichnet für einfache, stabile Interventionen in stabilen, komplexen Systemen sei, aber so nicht praktikabel für komplexe Interventionen in dynamischen, komplexen Systemen sei. Förderpolitische Hindernisse für Innovationen zeigten sich beim Aufgreifen von Innovationsfondsprojektergebnissen für die Versorgungspraxis. Dem schließen sich übergangslos die politischen Hindernisse der jeweils beteiligten Akteure an, sei es im G-BA als neue Regelungen

State of the Art

Prof. Dr. Holger Pfaff setzte mit dem Vortrag: „EbM+Theorie: Die Verknüpfung von EbM, EbM+ & Theorie als Beitrag zur Wissenschaft und evidenzbasierten Gesundheitspolitik“ seinen letztjährigen Vortrag „mehr Theorie wagen“ fort. Der zusammen mit Prof. Dr. Jochen Schmitt erarbeitete Vortrag, inzwischen in zwei Artikeln veröffentlicht, problematisiert die Entscheidungsunsicherheit durch komplexe Maßnahmen, Kontexte und Umweltdynamik und betrifft sowohl, welche Maßnahme eingeführt als auch wie sie ins bestehende System implementiert werden soll.



Prof. Dr. Holger Pfaff



Prof. Dr. Jochen Schmitt

oder im Bundesministerium für Gesundheit als Gesundheitsreform, was er anschaulich an der derzeitigen Diskussion um die Krankenhausreform darstellte.

Die Unsicherheit zeigt sich bei politischen Entscheidungsträgern, was zu tun ist und bei VF-Wissenschaftlern, was zu raten ist. Hohe Umweltdynamiken wie in der COVID-19-Pandemie werden zu normalen Kontextbedingungen, in der im Gesundheitswesen Entscheidungen über Änderungen getroffen werden müssen. Eine simple Rückkehr zu Expertenwissen könne nicht die Antwort sein, sondern systematischere Ansätze, die die wissenschaftliche Fundierung der ebM auch über das Konzept des ebM+, das neben empirischen Studien mit probabilistischen Aussagen auch andere empirische Wissenschaftsmethoden wie Experimente mit deterministischen Aussagen berücksichtige, flexibler weiter entwickle. Wichtig sei, empirisches Wissen mit theoretischem Wissen als Ergänzungsreihe in einem spiralförmigen Austauschprozess zu verzahnen. Der praktische Vorteil von Theorien ist, dass sie gebrauchsfertig sind, doch auch sie benötigen eine Bewertungshierarchie aus empirischer Überprüfung und allgemeiner wissenschaftlicher Anerkennung.

Symposien

Im Symposium der **TU Berlin** - Entwicklung eines Systems zur Klassifikation des morbiditätsbezogenen Versorgungsbedarfs (**PopGroup**) wurde die Entwicklung des ‚PopGrouper‘ als ein bevölkerungsbezogenes Klassifikationssystem zur sektorenübergreifenden Ermittlung des morbiditätsbezogenen Versorgungsbedarfs methodisch beschrieben und die geplante Anwendung dargestellt.

Das Symposium „**IDORSIA - ICD-11** als Chance für ein nachhaltiges Gesundheitssystem“ erläuterte den Stand der Übersetzung und gab Ausblick auf die geplante Einführung der deutschen Version der ICD-11. Kommentiert wurde dieser Prozess und die Aussichten aus Krankenkassensicht, einer Patientenvertreterin und 2 Fachgesellschaften. Deutlich wurde die vielfältige Bedeutung der Klassifikation für eine gemeinsame einheitliche Sprache in der Patientenversorgung, der Forschung aber auch der Verknüpfung mit dem Vergütungssystem, was eine Änderung brisant und eine Einführung zeitlich verzögern könne.

Das Symposium der **AWMF** „Leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren als Instrumente der Qualitätsverbesserung“ deckte das gesamte Entwicklungsspektrum ab, von der Frage, wann sollten Leitlinienerstellende Experten und Expertinnen für Qualitätsindikatoren einbeziehen, über welchen Beitrag Fachgesellschaften zur Qualitätsindikatorentwicklung leisten können bis zu wie auch in der gesetzlichen Qualitätssicherung Leitlinienwissen für die Qualitätsindikatorentwicklung genutzt werden kann. Abgerundet wurde die Veranstaltung durch 2 Anwendungsbeispiele in der hausärztlichen Versorgung und in Krebszentren.

Im Symposium des **DNVF** zum Innovationsfonds erläuterten Mitglieder der gleichnamigen Arbeitsgruppe ihre Analysen der geförderten Projekte aus dem Bereich der Patientensicherheit sowie die Analysen zur Implementierung positiv evaluierter Projekte.

Hierbei zeigte sich eine große Heterogenität in den oft verzögerten Stellungnahmen der jeweils vom G-BA dazu aufgeforderten Institutionen und das bereits bekannte Umsetzungsdefizit in die Versorgung. Deutlich wurde, dass ein weder von den Forschenden noch vom G-BA zu vertretendes Regelungsdefizit besteht, das den Weg vom erfolgreichen Projekt hin zu einer Neugestaltung der Versorgung ebnet.

Master's Corner:

Die Ecke für Masterabsolventinnen und -absolventen verschiedener Universitäten und Hochschulen in Deutschland bot in diesem Format die Gelegenheit, Abschlussarbeiten einem breiten Fachpublikum vorzustellen. Die Präsentationen spiegelten die Interdisziplinarität und Vielfalt der Gesundheitswissenschaften wider, indem sie verschiedene Aspekte der medizinischen Versorgung, Gesundheitspolitik, Psychologie und verwandter Fachgebiete abdeckten. Die Themen reichten von der Untersuchung der Stigmatisierung in der Schwangerschaftsversorgung bis zur Evaluierung von webbasierten Programmen zur Behandlung von Multipler Sklerose. Verschiedene Methoden wie qualitative Inhaltsanalysen, epidemiologische Analysen und systematische Literaturübersichten wurden angewendet und im Plenum konstruktiv und dynamisch diskutiert.



Applausometermessung beim Science Slame

Science Slam

Mit Stehplätzen mussten sich viele Teilnehmende zufriedengeben, die beim

beliebten Science Slam zuhören wollten. Fachliche Expertise, mit einer Prise Humor und klarem Kommunikationsstil, um die komplexen Forschungsideen verständlich und unterhaltsam dem Fachpublikum zu vermitteln. Jochen Schmitt und Martin Härter moderierten gewohnt souverän. Mit der

Superheldenpose katapultierte sich Hanna A.A. Röwer aufs Siegertreppchen und gewann den Science Slam mit Ihrem Vortrag „Superhelden Allianzen –Die große kleine Welt der Palliativnetzwerke“

Postersitzungen

In den 23 Postersitzungen mit meist 12 bis 15 Beiträgen gab es auch diesjährig das Präsentationsformat mit dreiminütigen Kurzvorträgen, um konzise Thema, Methode, Ergebnisse und Ausblick mitzuteilen. Durchweg gelang den Autorinnen und Autoren diese Art der prägnanten Übersicht ganz ausgezeichnet, deutlich zu sehen an den vielen intensiven Diskussionen in der sich anschließenden halben Stunde vor den Postern, wofür etwas mehr Raum noch förderlicher gewesen wäre. Die jedes Jahr vergebenen Posterpreise gingen beim 22. DKVF an Anastasia Suslow M. A. für

den Beitrag „Die Rolle von Netzwerkstrukturen in der ambulanten Palliativversorgung in Westfalen-Lippe – Eine qualitative Erhebung im Rahmen der Studie VESPAL “ (1. Preis), an M.Sc. Ariana Neumann für den Beitrag „Determinants of patient use and satisfaction with synchronous telemental health services during the COVID-19 pandemic: a systematic review “ (2. Preis) und an Laura Rink M.A. für den Beitrag „Validierung eines ICF-basierten Fragebogens für Personen ab 75 Jahren in der Primärversorgung“ (3. Preis).



Preisverleihung Poster: Prof. M. Geraedts, A. Suslow, A. Neumann, L. Rink, Prof. W. Hoffmann, H. Röwer

Impressionen

