

Kongressbericht DKVF 2026

25. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

„Menschen, Beziehungen, Organisationen: 25 Jahre gemeinsame Versorgungsforschung“ – unter diesem Leitthema stand der 25. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF). Die Kongresspräsident:innen des DKVF 2026, Prof. Dr. Nicole Ernstmann und Prof. Dr. Lena Ansmann (beide Universitätsklinikum Köln), hatten den Kongress 25 Jahre nach seiner Gründung erneut nach Köln geholt. Ziel des Jubiläumskongresses war es, den Zusammenhang von Menschen, Beziehungen und Organisationen zu beleuchten und damit das Leitmotiv aufzugreifen, das das Gesundheitssystem als soziale Struktur begreift. Nicht allein Leistungserbringer, Kostenträger und Selbstverwaltung, sondern ebenso Patient:innen, Angehörige und deren Vertreter:innen seien entscheidend dafür, dass Versorgung gelinge – und sollten somit stärker einbezogen werden. Mit einem Programm aus Plenarsitzungen, Preisverleihungen, Symposien, interaktiven Formaten und zahlreichen weiteren Formaten gelang es, den Rückblick auf 25 Jahre DKVF mit einem Blick auf die Zukunft der Versorgung sowie die Versorgungsforschung zu verbinden. Zugleich wurde diskutiert, wie die Ergebnisse der Versorgungsforschung stärker als bisher eine politische Umsetzung finden können.

Begrüßung und Eröffnung

Zur Eröffnung wies Kongresspräsidentin Nicole Ernstmann darauf hin, dass einige Teilnehmende bereits beim ersten Kongress vor 25 Jahren dabei waren, und dankte allen an der Organisation Beteiligten. Schirmherr Karl-Josef Laumann (Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) überbrachte per Video-Grußwort seine Glückwünsche zum 25-jährigen Bestehen des DKVF. Er betonte, dass die Versorgungsforschung einen entscheidenden Beitrag für ein effektives Gesundheitssystem leiste und damit von großem Nutzen für die Gesellschaft sei.

Prof. Dr. Gereon Fink (Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln) zeigte sich von den 1.014 Teilnehmenden beeindruckt und berichtete, dass er vor 25 Jahren beim ersten DKVF als Berichterstatter für die Deutsche Gesellschaft für Neurologie zugegen gewesen sei. Sein damaliger Eindruck von der besonderen Relevanz des Faches habe sich bestätigt. Das Zentrum für Versorgungsforschung Köln sei heute trifakultär aufgestellt, was die Stärke des Faches auch in der Universität zeige. Den Kölner Masterstudiengang lobte er als vorbildlich.

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Vorsitzender des DNVF) stellte heraus, dass 25 Jahre DKVF und 20 Jahre DNVF für den Erfolg der Versorgungsforschung stünden. Er betonte das Zusammenspiel aller Akteure, einschließlich der Gesundheitsberufe, sowie die Bedeutung von Beziehungen und Vertrauen. Zugleich verwies er auf die berechtigten Sorgen um die Zukunft des Gesundheitssystems und forderte dazu auf, neu zu denken und von erfolgreichen Reformen im Ausland zu lernen. Er hob hervor, dass es auch in Deutschland eine ganze Reihe von Transferbeispielen aus der Forschung in die Versorgung gibt, mit denen sich ein gemeinsames Symposium von DNVF und G-BA befassen werde. Versorgungsforschung sei heute systemrelevant. Hoffmann betonte: „Wir Versorgungsforschenden schaffen die wissenschaftliche Grundlage, um die Wirksamkeit innovativer Modelle auf Qualität und Patient:innenorientierung sichtbar zu machen und datenbasiert unter medizinischen, sozialen,

wirtschaftlichen und nachhaltigen Gesichtspunkten zu bewerten. Wir müssen Teil der Lösung sein!“

Prof. Dr. Holger Pfaff (Universität zu Köln) hielt die Eröffnungsk keynote „Rückblick auf 25 Jahre DKVF – Wie alles begann und wir handlungsfähig wurden“. Die Forschungsaufgabe der Versorgungsforschung bestehe darin, disziplinäre Erkenntnisse aus Public Health und Sozialmedizin, Versorgungsepidemiologie, Gesundheitsökonomie und weiteren Feldern zusammenzuführen. Beim ersten DKVF, bei dem die Organisationen im Fokus standen, hätten sich Medizin und Public Health erstmals „die Hand gereicht“ – zuvor war dieses Verhältnis eher geprägt durch die Konkurrenz der Fachgesellschaften und eine „Konkurrenz der Krankheiten“ innerhalb der Medizin. Deshalb wurde das DNVF ausdrücklich als Netzwerk und nicht als Fachgesellschaft gegründet. Der DKVF wurde zum jährlichen Treffpunkt, die Arbeits- und Fachgruppen zum „Werkraum“ der Versorgungsforschung. Seit 2017 entwickelte sich der Kongress zum „Abstractkongress“ weiter.

Laut Pfaff müssten neben Patient:innen auch Akteure, Verbände und insbesondere Leistungserbringer stärker einbezogen werden. In der Versorgungsforschung bestehe ein „Organizational Lag“ – sie sei zu stark auf die Mikroebene ausgerichtet. Es gelte, Menschen, Beziehungen und Organisationen zusammenzudenken. Daraus formulierte er drei Fragen: Wie könnten Leistungserbringer stärker eingebunden werden, damit sich mehr verändert? Wie können die 1.600 am Innovationsfonds beteiligten Institutionen besser eingebunden werden, ohne sich auf die Wissenschaft zu beschränken – und wie müssten Kongress und Forschungsförderung darauf reagieren? Wie könnten die Ergebnisse der Versorgungsforschung politisch umgesetzt werden? Die Versorgungsforschung könne dabei nur reformierend, nicht aber revolutionär wirken.

Prof. Dr. Michael Hallek (Centrum für Integrierte Onkologie, Köln Bonn) sprach über „Die Zukunft der Versorgungsforschung – Herausforderungen und Themen“. Das Hauptproblem sei nicht der Mangel an Ideen, sondern deren Umsetzung. Jede Maßnahme müsse den Behandelnden und Versorgenden dienen. Da nicht mehr Geld in die Versorgung fließen könne, müsse sie effizienter werden. Hauptkostentreiber seien Krankenhäuser und Arzneimittel, während die Ergebnisse im internationalen Vergleich bestenfalls durchschnittlich seien. Die größten Veränderungen gebe es in der Krebsbehandlung, insbesondere bei der Immuntherapie: Die Überlebensraten bei vielen Entitäten seien teilweise dramatisch gestiegen, die dafür entscheidende personalisierte Therapie verursache aber zugleich einen großen Teil der Kosten.

Nach den Zulassungsstudien bestünden offene Fragen: Was ist neu? Wie definiert man den Standard? Wie soll der Einsatz der innovativen Therapiekonzepte gestaltet werden? Und wie sieht der Langzeitnutzen aus? Gute Ergebnisse seien durch Patient:innenzentrierung und Evaluationsstudien zu erreichen. Die Finanzierbarkeit von Therapien werde etwa in den USA zum Überlebensfaktor. Sein Fazit lautete: Die Versorgungsforschung könne zu einem Kompass für innovative Bereiche der Medizin werden – für eine intensivere Mitarbeit der Kliniker müsse jedoch deren Aufwand für Dokumentation und Bürokratie reduziert werden.

Preise

Wie in den Vorjahren bot der DKVF 2026 auch dieses Mal einen festlichen Rahmen, um herausragende Beiträge aus der Versorgungsforschung auszuzeichnen. Am 23. September 2026 wurde der Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis verliehen. Der Preis dient der Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland und wurde zu Ehren des Ehrenmitglieds des DKVF, Prof. Dr. Wilfried Lorenz (1939–2014), geschaffen. In diesem Jahr wurde die Arbeit „Epidemiology, survival, and treatment of acute myeloid and lymphoblastic leukaemia in Germany: a nationwide population-based registry analysis“ des Teams um Dr. David Baden und Prof. Dr. Claudia D. Baldus (beide Universitätsklinikum Schleswig-Holstein) ausgezeichnet.

Am 24. September 2026 wurde zum vierten Mal der Versorgungsforschungspreis für Kinder und Jugendliche verliehen. Die Jury prämierte das Projekt „NEO-MILK – Strukturelle Stillförderung und Aufbau von Humanmilchbanken an neonatologischen Zentren“. Prof. Dr. Nadine Scholten (Universitätsklinikum Bonn) nahm die Auszeichnung stellvertretend für alle am Projekt beteiligten Co-Autor:innen entgegen.

Erstmals wurde 2026 der vom DNVF und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT) ausgeschriebene Preis für Forschung mit versorgungsnahen Daten in der Onkologie verliehen. Mehr als 30 Projekte hatten sich um den Preis beworben. Ausgezeichnet wurden die Projekte DigiNet (Steuerung personalisierter Lungenkrebstherapie durch digitale Vernetzung von Behandlungspartner:innen und Patient:innen) unter der Leitung von Prof. Dr. Jürgen Wolf (Universität zu Köln) und VersKiK (Versorgung, Versorgungsbedarf und Versorgungsbedürfnisse von Personen nach einer Krebserkrankung im Kindes- oder Jugendalter) unter der Leitung von PD Dr. Enno Swart (Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg), die sich den Preis teilten.

Durch den Einsatz eines „Applausometers“ wurden Christian Kempny und Til Neugebauer (beide Universität Witten/Herdecke) als Gewinner des diesjährigen Science Slams ermittelt. Der erste Platz der Posterpreise ging an Selina Baumann (Hochschule München), der zweite Platz an Julia-Sophia Scheuermann (Uniklinikum Erlangen) und den dritten Platz erhielt Melanie May (Kyowa Kirin GmbH, Düsseldorf).

Career Lunch Talk

Beim erstmals im Rahmen des DKVF stattfindenden Career Lunch Talk stellten Arbeitgeber aus Wissenschaft und Praxis ihre Tätigkeitsfelder vor. Das Format wurde vom wissenschaftlichen Nachwuchs sehr gut angenommen. Dr. Isabell Schellartz berichtete vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dort werden mit evidenzbasierten Methoden die Steuerung des Gesundheitssystems und die Beteiligung an Arzneimittel-Assessments unterstützt. Dr. Wiebke Frerichs von der Techniker Krankenkasse (TK) managt innovative Versorgungsprojekte, darunter neue Versorgungsformen und Selektivverträge. Weitere Beiträge kamen von Prof. Dr. Lars Schwettmann (Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg), Dr. Anke Spura (Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit) und Jadranka Halilovic (Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem). Alle Vortragenden konnten zahlreiche Perspektiven und Anknüpfungspunkte für Versorgungsforscher:innen aufzeigen – deren spezifisch

versorgungswissenschaftliches Know-how gebraucht werde, um das Gesundheitssystem patient:innenzentriert und kosteneffizient weiterzuentwickeln.

Zukunftsworkshop

Im Workshop „Gutes Versorgungssystem der Zukunft“, den das DNVF gemeinsam mit der Schaltzeit GmbH ausrichtete, wurde mithilfe von Methoden der Zukunftsforschung über das Gesundheitssystem des Jahres 2050 diskutiert. Das Vorgehen war spielerisch und dabei zugleich konkret: Es galt, über den operativen Tellerrand zu schauen, strategische Perspektiven zu entwickeln und herauszufinden, wo Konsens besteht und wo nicht. Dabei wurde betont, dass Zukunftsforschung stets eine Extrapolation, jedoch keine Vorhersage darstelle. Im Mittelpunkt stand somit nicht die Frage, wie die Zukunft aussehen werde, sondern wie sie gestaltet werden könne – und welchen Beitrag die Versorgungsforschung zu einem positiven Zukunftsbild leisten könne. Das Leitmotiv lautete: „Change by Design, not by Disaster“. Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann knüpfte an das im letzten Jahr veröffentlichte DNVF-Positionspapier „Was ist Versorgungsforschung?“ an und argumentierte, dass Messbarkeit konkrete Ziele benötige. Was derzeit gemacht werde, sei nicht ausreichend systemisch. Notwendig sei ein ganzheitliches Zukunftsbild. Daraus leitete er konkrete Elemente ab: Digitalisierung aus einer Hand, mit obligatorischer, gemeinsamer Datensammlung und Interoperabilitätspflicht für die Industrie, eine stärker integrierte, regionale Versorgung und barrierefreie Primärversorgungseinrichtungen. In unterschiedlichen Arbeitsschritten gaben die Workshopteilnehmer:innen ihre Impulse zum Zukunftsbild der gesundheitlichen Versorgung im Jahr 2050, während die Kolleg:innen von Schaltzeit die Beiträge umfassend dokumentierten.

G-BA-Symposium zum Innovationsfonds

Das gemeinsame Symposium von DNVF und G-BA mit dem Titel „Herausforderungen der Gesundheitsversorgung mit Innovationsfonds begegnen“ wurde von Wolfgang Hoffmann und Prof. Dr. Jochen Schmitt (Universitätsklinikum Dresden, beide DNVF-Vorstand) moderiert. Im Zentrum des einführenden Impulses von Wolfgang Hoffmann stand, dass der Transfer von Anfang an mitgedacht werden müsse, klare Transferstrukturen entwickelt werden sollten und Innovation mit De-Implementierung gekoppelt werden müsste. Es gelte, erfolgreiche Innovationen flächendeckend und nachhaltig in der Regelversorgung zu verankern.

Prof. Dr. Verena Vogt (Universitätsklinikum Jena) ging der Frage nach, wie der Innovationsfonds zu mehr Effizienz beitragen könne. Einerseits stiegen die Ausgaben im Gesundheitssystem aktuell schneller als die Einnahmen. Ein Blick auf andere Länder zeige, dass insbesondere im Krankenhausbereich Effizienzpotenziale lägen. Zum anderen könne Innovationspotenzial nur dann Effizienz entfalten, wenn gleichzeitig Bestehendes ersetzt oder verändert werde. Bereits bei der Themenauswahl sollte an Effizienz gedacht werden, zugleich müsse die methodische Qualität bei der Untersuchung von Effizienzzielen verbessert werden. Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu (Bergische Universität Wuppertal) betonte, dass Implementierung mit der Planung beginne und ein langwieriger Prozess sei. Die Wissenschaft könne Implementierungswissen bereitstellen, aber nicht die Implementierung selbst leisten. Auch die Praxis müsse Innovation als eigenes Handlungsfeld einplanen.

Zwei Projektbeispiele erweiterten die Perspektive: Nadine Scholten stellte das Projekt „NEO-MILK“ vor. Nach der Empfehlung des G-BA bestanden die im Projekt entwickelten Humanmilchbanken trotz ausgebliebenen Transfers in die Regelversorgung fort, und es schlossen sich weitere Standorte im ganzen Bundesgebiet an. Als Erfolgsfaktoren wurden ein gemeinsames Ziel, die enge Zusammenarbeit zwischen Versorgungsforschung und Neonatologie, partizipativ entwickelte Materialien sowie politische Unterstützung auf Landesebene in NRW ausgemacht.

Dr. Andrea Petermann-Meyer (Uniklinik RWTH Aachen) berichtete vom Projekt „Familien-SCOUT“ (Begleitung von Familien mit einem an Krebs erkrankten Elternteil). Die Forscherin betonte den großen Erkenntnisgewinn des Projekts sowie den klaren Wunsch nach gesetzlicher Berücksichtigung.

In der anschließenden Diskussion brachte Prof. Dr. Martin Dietrich (Bundesministerium für Gesundheit) ein, dass vor allem systementlastende und effizienzsteigernde Projekte berücksichtigt werden sollten. Evidenz sei die notwendige Voraussetzung für den Transfer, das Ankommen in der Versorgung jedoch die hinreichende Bedingung. Jochen Schmitt ergänzte, dass die Versorgungsforschung Implementierungskonzepte liefern müsse. Laura Nölke (GKV-Spitzenverband) betonte, dass positive G-BA-Empfehlungen ernst genommen würden, die Übernahme in Selektivverträge jedoch an etliche Voraussetzungen gekoppelt sei, wodurch ein Zwang problematisch wäre. Dr. Ekkehard von Pritzbuer (Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV) diagnostizierte zu wenig Innovationsdruck: Von etwa 50 Prozent positiven Empfehlungen schafften es nur 10 bis 15 Prozent in die Versorgung. Sarah Zweynert (Deutsche Krankenhausgesellschaft) entgegnete, dass Krankenhäuser bereits als Innovationsmotor fungierten, Effizienzsteigerungen jedoch zulasten der Bedürfnisse von Patient:innen und Leistungserbringer:innen gehen könnten. Susanne Bethge (Innovationsausschuss beim G-BA, Patient:innenbeteiligung) betonte, dass es häufig Patient:innen sind, die Innovationen vorantreiben, der hierfür erforderliche Aufwand aber den beschlossenen Sparmaßnahmen zum Opfer zu fallen drohe.

Wolfgang Hoffmann bilanzierte, dass alle Beteiligten für Effizienz und Innovation seien, gleichzeitig müsse evidenzbasiert gekürzt werden. Zwischen Projektabschluss und Implementierung klaffe jedoch weiterhin ein Loch: Es fehle die Transfer-Institution, die Projekte, für die eine Transfer-Empfehlung vorliegt, auf der Basis klarer Kriterien in die Vergütung überführt. Neue Versorgungskonzepte müssen anschließend einem Monitoring nach wissenschaftlichen Kriterien unterliegen und – wenn sich der Erfolg in der Versorgungspraxis nicht einstellt – auch wieder deimplementiert werden.

Zweite Plenarsitzung

In der zweiten Plenarsitzung wurden internationale Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen patient:innenzentrierter Versorgung einerseits und organisationalen Bedingungen im Gesundheitswesen andererseits beleuchtet. Prof. Dr. Ellen Smets (Amsterdam UMC) hielt einen Vortrag zum Thema „Providing patients with information they find helpful“. Informationen seien für Patient:innen von grundlegender Bedeutung, da sie Unsicherheit reduzierten und Kontrolle schafften. Statt dem Prinzip „One size fits all“ zu folgen, müssten individualisierte Informationsangebote gemacht werden.

Kliniker:innen unterschätzten das Informationsbedürfnis und überschätzten die Kapazitäten der Patient:innen. Dabei hätten Patient:innen ein Recht auf umfassende und vollständige Informationen. Ellen Smets ergänzte, dass Unsicherheit immer auch eine Chance sei. Online abrufbare Informationen seien reaktiv und böten zahlreiche weitere Vorteile. Etwa 50 Prozent der Patient:innen suchten selbst online nach Informationen. Die neue Entwicklung der KI sei darin noch nicht abgebildet. Neue Technologien könnten unterstützen, aber nicht ersetzen.

Im Anschluss sprach Prof. Mark Exworthy (University of Birmingham) über „Going the Extra Mile: Discretionary Effort in English Health Care“. Mehrbelastungen bei der Arbeit gingen zu Lasten von Pausen und Erholung: Es würden unbezahlte Überstunden geleistet, die nicht vertraglich geregelt seien. Die „Freiwilligkeit“ sei oft uneindeutig und nicht eingrenzbar. Die Gründe dafür lägen in der Persönlichkeit, der sozialen Einstellung, der Organisationskultur und darin, dass Kolleg:innen als Vorbild fungierten. Mark Exworthy zeichnete ein differenziertes Bild des NHS: Die wöchentlichen Überstunden gingen langsam zurück, wobei die Belastung stark vom Beruf und der Karrierestufe abhängen. Etwa 40 Prozent der Mitarbeitenden des NHS fühlten sich nicht wertgeschätzt und rund 30 Prozent befürchteten aufgrund ihrer Arbeit einen Burnout. Offen blieb die Frage, welchen Einfluss die Überstunden auf die Patient:innenversorgung hätten.

In der abschließenden Diskussion stellte Dr. Elisabeth Eßer (Uniklinik Köln) fest, dass sich der Erkenntnisfortschritt im medizinischen System nicht einfach auf die Fähigkeiten zur Informationsverarbeitung der Patient:innen übertragen lasse. Michael Butler (Uniklinik Köln) warf die Frage auf, wie herausgefunden werden könne, was Patient:innen wollten und wie sich dies erfüllen ließe.

Symposium DKG: Patient:innenzentrierte Versorgung – Was heißt das in der Onkologie?

Das Symposium der DKG befasste sich mit der Frage, was in der Onkologie unter patient:innenorientierter Versorgung zu verstehen sei. Prof. Dr. Isabelle Scholl (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) zeichnete in ihrem Vortrag die Entwicklungen der vergangenen zwölf Jahre nach. Damals habe es kein einheitliches Verständnis von Patient:innenzentrierung beziehungsweise Patient:innenorientierung gegeben. Deshalb sei ein integratives Modell entwickelt worden, aus dem schließlich das Instrument „Erlebte Patientenorientierung“ (EPAT) hervorgegangen sei.

Dr. Andrea Petermann-Mayer (Universitätsklinikum Aachen) und Prof. Dr. Christian Heuser (IMVR Köln) stellten im Anschluss die familienzentrierte Versorgungsforschung vor. Die Anforderungen an die Versorgung – Veränderungsdruck, Komplexität und begrenzte Ressourcen – verlangten nach Effizienzsteigerung und Prävention. Familienzentrierung sei eine Antwort auf diese Situation. Dafür sei es jedoch wichtig, Familienzentrierung in die Prävention und ins SGB V aufzunehmen. Das umfasse insbesondere sektorenübergreifende Ansätze, sowohl im kurativen und palliativen Bereich als auch für An- und Zugehörige nach dem Tod eines Patienten.

Im Vortrag „Vom Tumor zum Menschen – und zurück in die Versorgung“ beleuchtete Dr. Sabrina Sulzer (Deutsche Krebsgesellschaft) die Patient:innenorientierung aus Sicht der onkologischen Versorgung. Sie betonte, dass personalisierte Medizin oft nicht mit

patient:innenzentrierter Medizin verknüpft sei. PROs und PROMs böten sehr konkreten Nutzen, unter anderem für die Lebensqualität von Patient:innen.

Dr. Lorina Buhr (Universitätsmedizin Göttingen) näherte sich dem Thema aus der Perspektive der Sozialen Epistemologie. Multiperspektivität sei gerade bei der Patient:innenorientierung entscheidend, denn Wissen sei kulturell, sozial und lokal geprägt und bleibe damit immer partiell und nie umfassend.

In der abschließenden Diskussion wurden unter anderem die folgenden Kernaussagen herausgearbeitet: Zum einen müssten Kliniker:innen als „Clinical Champions“ die Patient:innenorientierung wirklich wollen. Zum anderen erschwere das Prinzip „Ökonomisierung vor Qualität“ die Patient:innenorientierung. Des Weiteren müssten interdisziplinäre Teams Einzelinteressen überwinden und Organisationen sowie Management für die Patient:innenorientierung gewinnen.

Gemeinsames Symposium von BIÖG und BVPg

Im Symposium „Prävention gestalten: Perspektiven und Erwartungen an eine Präventionsoffensive“ wurde unter anderem diskutiert, wie Prävention von Lebenswelten über Versorgungsstrukturen bis hin zu Organisationen wirksam gestaltet werden kann. Dr. Katharina Böhm (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung) kritisierte in ihrem Eröffnungsvortrag die Präventionsoffensive 2030: Drei Jahre seien zu kurz für Präventionserfolge. Kommunale Settings müssten gesundheitsfördernd gestaltet werden, und die Finanzierung dürfe nicht allein bei den Krankenkassen liegen, die Verantwortung sei tatsächlich über viele Akteure verteilt. Die Wissenschaft sollte sich als Policy-Akteur verstehen und so „Health in All Policies“ stärken.

Michael Hallek betonte, dass der von allen geforderte gesundheitsorientierte Kulturwandel eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei. Prävention müsse erforscht werden, um Veränderungen anzustoßen, und bereits vor dem Medizinbetrieb in den Lebenswelten ansetzen. Ansprechpartner seien gesellschaftliche Akteure wie Gemeinden, Kirchen, Sportvereine etc. Es müssten Präventionsangebote für alle Lebensbereiche geschaffen werden – hierzu seien alle Kabinetttressorts gefordert (Health in all Policies). Gelingensbedingungen seien Spaß, motivierte Multiplikatoren, Lebensweltorientierung, starke Kommunikation über soziale Medien und kommunale Verankerung.

Dr. Johannes Nießen (Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit) verwies auf verhältnispräventive Maßnahmen wie Alkoholverkaufsregeln oder Tabak- und Zuckersteuern, auf die digitale Instrumente der Verhaltensprävention aufsetzen könnten. Sein Prinzip „Präventiv vor ambulant vor stationär!“ habe in der Kariesprophylaxe funktioniert; auch die Frühen Hilfen seien ein Best-Practice-Beispiel. Diese müssten übertragen und auch von den Krankenkassen finanziert werden.

Markus Schneider (GKV-Spitzenverband) forderte, die gesunde Wahl zur einfachen Wahl zu machen. Ärzt:innen sollten auf Präventionsangebote hinweisen, aber Prävention dürfe nicht als Verbot kommuniziert werden. Da fast nur die ohnehin Gesunden von Präventionsangeboten erreicht würden („Präventionsdilemma“), brauche es umfassende, settingbezogene Maßnahmen in benachteiligten Quartieren – folglich gelte: „Health in All Policies!“

Dr. Ellen Lunderhausen (Bundesärztekammer) verwies auf künftige Herausforderungen wie den Hitzeschutz. Ärzt:innen seien nicht für mangelnde Prävention verantwortlich und Kürzungen von Präventionsleistungen seitens der Krankenkassen seien kontraproduktiv. Prävention sei Aufgabe unterschiedlicher Professionen, solle in Aus- und Weiterbildung gestärkt werden und um eine Impfstrategie gegen HPV-assoziierte Krebserkrankungen ergänzt werden.

Dritte Plenarsitzung

Ziel der dritten Plenarsitzung war es, Erkenntnisse aus der Vergangenheit und Gegenwart der Versorgungsforschung mit Zukunftsperspektiven zu verknüpfen. Die Sitzung wurde erstmals vom wissenschaftlichen Nachwuchs gestaltet und moderiert: Anna Moritz und Saskia Blüten vom IMVR der Universität zu Köln. Prof. Dr. Max Geraedts (Universität Marburg, DNVF-Vorstand) und Prof. Dr. Horst Vollmar (Ruhr-Universität Bochum, DNVF-Vorstand) stellten zunächst Zwischenergebnisse des Zukunftsprozesses des DNVF vor. Dabei gehe es darum, Ideen und Konzepte für ein wirkungsvolles Versorgungssystem der Zukunft zu entwickeln. Der Prozess sei bereits 2025 aufgesetzt worden und habe zuletzt zu einem Workshop des DNVF-Vorstands im Juli 2026 und zur Gründung einer Schreibgruppe geführt. Die Ergebnisse flossen in den DNVF-Workshop „Gutes Versorgungssystem der Zukunft“ auf dem DKVF 2026 ein. Geraedts und Vollmar luden die DNVF-Mitglieder ein, sich aktiv am weiteren Prozess zur Entwicklung des Zukunftsbildes für die gesundheitliche Versorgung im Jahr 2050 zu beteiligen.

Dr. Charlotte Kugler (Medizinische Hochschule Brandenburg, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Brandenburg) thematisierte die Geschlechtergerechtigkeit in der Versorgungsforschung und stellte dabei die pointierte Eingangsfrage, warum auf dem Titel des „Monitor Versorgungsforschung“ weit überwiegend Männer abgebildet seien. Geschlechtergerechtigkeit umfasse Gender, biologisches Geschlecht und Geschlechtsidentität, die nicht zwangsläufig übereinstimmen müssten. Gleichstellung sei eine Voraussetzung für ein funktionierendes Wissenschaftssystem. Der Frauenanteil beim DKVF sei sehr hoch, auch unter den AG- und FG-Sprecher:innen. Deutlich geringer spiegele er sich bei den Kongresspräsident:innen und im DNVF-Vorstand wider. Als zentrale Konsequenz aus den Analyseergebnissen wurde die Gründung einer Ad-hoc-Kommission Diversität genannt.

Prof. Dr. Lena Illert (Universitätsmedizin Göttingen) fragte: „Wer gestaltet die Versorgung(sforschung) von morgen? Karriere, Care-Arbeit und Chancengerechtigkeit.“ Sie beschrieb das Spannungsfeld von Lehre, Klinik und Forschung mit dem Ziel gleicher Karrierevoraussetzungen für beide Geschlechter. Frauen bräuchten andere Incentives und Rahmenbedingungen als Männer, um ihre Karriere gleichermaßen vorantreiben zu können. 96 Prozent der Elternzeit würden von Frauen genommen; die Karrierewege zwischen den Geschlechtern trennten sich nach der Geburt der Kinder. Eine weibliche Bewerbung plus Elternschaft senke die Chancen bei der Jobvergabe, bei Männern sei das nicht so; Benachteiligung zeige sich auch bei Paper-Autorenschaften. Diverse Teams trafen 50 Prozent bessere Entscheidungen; erst ab 30 Prozent Frauenanteil in Gremien könnten sich Strukturen ändern.

Neben dem Thema Geschlecht spielen viele weitere Dimensionen der Diversität eine Rolle, die oft zu wenig betrachtet werden. Darunter auch die Betroffenheit von psychischen Erkrankungen. Dr. Sophie Groß (LVR-Institut für Forschung und Bildung) sprach über das, was

Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Versorgung bewirkt – für Menschen, Beziehungen und Organisationen. Im Gesprächsformat mit zwei aktiven Genesungsbegleiter:innen wurde deutlich, dass es kaum verlässliche Daten zur Verbreitung der Genesungsbegleitung in Deutschland gebe. Die Genesungsbegleitung helfe Begleitenden und Begleiteten: durch ihre vermittelnde und übersetzende Funktion, offene Gespräche auf Augenhöhe, mehr Zeit für Patient:innen und den Perspektivwechsel aufgrund eigener Betroffenheit – all dies könne zu Handlungsimpulsen führen. Für eine Regelversorgung müsse u. a. zunächst das Erfahrungswissen anerkannt werden. Für die Versorgung und die Versorgungsforschung hätten sich positive Tendenzen ergeben, die Evidenz anhand von Outcomes sei jedoch noch nicht überzeugend. Gefordert wurde die gleichwertige Anerkennung von Erfahrungswissen und Profiwissen sowie eine berufliche Anerkennung der Genesungsbegleitung.

Das Fazit von Nicole Ernstmann umfasste drei zentrale Punkte. Erstens: Der Perspektivwechsel sei ein wesentlicher Teil der Versorgung der Zukunft. Zweitens: Für mehr Diversität in Versorgungsforschung und Versorgung müssten konkrete Änderungen angestoßen werden, anstatt ausschließlich mehr oder weniger klar umrissene Ziele festzulegen. Und drittens: Von Erkrankungen Betroffene benötigten offensichtlich genauso eine stärkere Sichtbarkeit, oft wie Frauen.

Zum Abschluss des Kongresses dankte Wolfgang Hoffmann im Namen des DNVF den Kongresspräsidentinnen, dem Kölner Organisationsteam sowie den Verantwortlichen der Kongressagentur KUKM und nicht zuletzt den zahlreichen Teilnehmenden des Kongresses. Anschließend wurde der „DKVF-Staffelstab“ an Prof. Dr. Falk Hoffmann (Universität Oldenburg, DNVF) und Prof. Dr. Anette Salzwedel (DGSMP) übergeben – zwei der vier Präsident:innen des DKVF 2027. Dieser wird vom DNVF gemeinsam mit der DGSMP ausgerichtet und findet vom 22. bis 24. September 2027 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zum Leitthema „Versorgung und Prävention im Wandel“ statt.