

19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

Die Folgen der COVID-19 Pandemie auf die Versorgungsforschung rücken in den Fokus des 19. DKVF

Die neuen Herausforderungen und Fragestellungen an die Versorgungsforschung durch die COVID-19 Pandemie spiegeln sich im Programm des 19. DKVF deutlich wider. Der digitale Kongress vom 30.09 - 01.10 2020 war wissenschaftlich ein großer Erfolg: 510 Abstracts, 2 Plenarsitzungen, 42 Abstract-Sessions, 50 Poster-Sessions, 4 Symposien und ca. 750 Teilnehmende sorgten für ein umfangreiches und interessantes Programm.

Das Programm des diesjährigen Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung wurde angesichts dieser neuen Herausforderungen für Gesundheitssysteme angepasst. Mit Plenar- und Vortragsitzungen zu den Auswirkungen von COVID-19 auf die Gesundheitsversorgung und die Versorgungsforschung wurde eine Plattform des Austauschs geschaffen, in der aktuelle Forschungsprojekte und die Anforderungen an die Versorgungsforschung vorgestellt und diskutiert werden konnten. Der Kongress zeigte über das Thema COVID-19 hinaus die ganze Bandbreite der Versorgungsforschung. In den sechs digitalen Vortragsräumen gab es in 42 Sessions, 242 Vorträge und 251 Präsentationen auf der digitalen Posterplattform.



Prof. M. Klinkhammer-Schalke eröffnet den 19. DKVF

Die Plenarsitzungen wurden live aus dem in den Räumen der Deutschen Krebsgesellschaft in Berlin Charlottenburg eingerichteten Videostudios übertragen. Prof. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende DNVF) eröffnete den Kongress und begrüßte alle virtuell anwesenden Kongressteilnehmer*innen herzlich. Sie betonte, dass die über 500 Abstracteinreichungen das DNVF bewogen haben, dass große Wagnis einzugehen, einen voll umfänglichen

19. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung durchzuführen.



Kongresspräsident Prof. R. Busse begrüßt alle Teilnehmenden

Der Kongresspräsident Prof. Reinhard Busse führte in seinem Eingangsstatement aus, dass das Motto des Kongresses „Zugang, Qualität und Effizienz: Gesundheitsversorgung international vergleichen und verbessern“ durch die Corona-Pandemie einen anderen Fokus bekommen habe. Der Vergleich der Gesundheitssysteme ist in der aktuellen Krisensituation jedoch von enormer Bedeutung, um politische Entscheidungsprozesse in nationalen und internationalen Kontexten zu unterstützen.

In ihrem Grußwort betonte Staatssekretärin Barbara König (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), dass nicht zuletzt wegen der COVID-19-Pandemie zentrale Fragestellungen der Versorgungsforschung, auch der international vergleichenden Versorgungsforschung und Fragestellungen von Zugangsgerechtigkeit, Ressourceneffizienz und Fähigkeiten zur Bewältigung globaler Gesundheitskrisen im Fokus eines weltweiten öffentlichen Interesses stehen. In diesem Zusammenhang begrüßte sie die Entscheidung des Pro-

grammkomitees, das ohnehin spannende Programm kurzfristig um Fragestellungen mit Bezug auf die COVID-19-Pandemie zu erweitern. Als aktuelle Fragestellungen der Versorgungsforschung wies sie auf die Translation von Ergebnissen und Optimierung öffentlicher Gesundheitssysteme hin - besonders hinsichtlich Zugang, Qualität und Effizienz.

Die erste Plenarsitzung bildete den Rahmen für die gesamte Konferenz. In der ersten Keynote gab Dr. Azzopardi Muscat (Direktorin der Abteilung Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme des WHO Regionalbüros für Europa) einen Überblick, wie europäische Länder auf die Corona-Pandemie reagiert haben, was sie (voneinander) lernen konnten und insbesondere wie die Pandemie die Bewertung von Gesundheitssystemen beeinflusst. In dem zweiten internationalen Vortrag stellte Francesca Colombo (Leiterin der Abteilung Gesundheit der OECD) vor, wie die OECD die Mitgliedsländer bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Bewältigung der Auswirkungen der Corona-Pandemie unterstützt hat.



2. Plenarsitzung Dr. N. Scholten, Prof. S. Riedel/Hheller, Prof. R. Busse, C. Günter, Prof. J. Schmitt

Im Fokus der zweiten Plenarsitzung standen die durch die COVID-19-Pandemie veränderten Anforderungen an die Versorgungsforschung. Moderiert von Prof. Busse wurde mit Versorgungsforscher*innen aus unterschiedlichen COVID-19-assoziierten Projekten diskutiert, wie sich Versorgungsforschung durch die COVID-19-Pandemie verändert hat.

Das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Satellitensymposium zum Thema „Nutzung versorgungsnaher Daten“ dis-

kutierte international in drei parallelen Workshops die Möglichkeiten, versorgungsnahen Daten für das Pandemiemanagement und wissenschaftsgenerierende Versorgungsforschung zu nutzen sowie die Frage, welche methodischen und datenspezifischen Anforderungen an die Nutzung versorgungsnaher Daten zu stellen sind.



DKG- Symposium

Im DKG-Symposium wurden Vielfalt der Themen und Methoden der Versorgungsforschung in der Onkologie deutlich. Beispielsweise stellten Dr. Veronika Bierbaum und Christoph Forkert vom ZEGV Dresden erste Ergebnisse der „WiZen“-Studie vor, in der sie mittels Daten der AOK und der klinischen Krebsregister untersuchen, ob die Behandlung in einem zertifizierten Zentrum einen Überlebensvorteil bringt. Erste Ergebnisse für das kolorektale und das Pankreaskarzinom konnten diesen Überlebensvorteil zeigen. Dr. Christoph Kowalski von der Krebsgesellschaft berichtete im Sinne des Kongressthemas „Gesundheitsversorgung international vergleichen und verbessern“ vom TrueNTH Global Registry, in dem patientenberichtete funktionale Outcomes (also v. a. Erektion und Kontinenz) bei der Behandlung des Prostatakarzinoms in 200 Versorgungseinrichtungen in mittlerweile 15 Ländern miteinander verglichen werden. Zahlreiche deutsche Prostatakrebszentren beteiligen sich an dieser Initiative.

Auf dem Kongress wurden erste Studien zur Corona-Pandemie vorgestellt, Die Ergebnisse zeigen Licht und Schatten: Die Bereitschaft des stationären Sektors, digitale Lösungen zum Datenaustausch und zur Kommunikation zu ver-

wenden, ist deutlich gewachsen. Solche Lösungen wurden auch schnell eingerichtet und genutzt. Kritisiert wurde jedoch die Versorgung mit Schutzausrüstung, vor allem mit Masken. Auch untersuchen erste Studien, ob durch die Corona-Maßnahmen Unterversorgungen zu konstatieren ist. Es hat sich auch gezeigt, dass Daten schneller und unkomplizierter zur Verfügung standen sowie die Kooperationsbereitschaft zwischen unterschiedlichen Institutionen und Sektoren des Gesundheitssystem gewachsen ist.

In einem neuen Format „Breitenversorger“ stellten in der Versorgung aktive Kolleginnen und Kollegen eigene Forschungsprojekte vor. Die gleichnamige Session wurde von Dr. Ulrike Hahn (OcuNet) organisiert. Die Fachgesellschaften präsentierten in einer eigenen Sitzung herausragende Beiträge zur Versorgungsforschung. In beiden Formaten zeigt sich ein erhebliches Potenzial für die Versorgungsforschung - nicht nur wegen des großen Datenschatzes, sondern auch wegen der Kooperationsangebote und der Erfahrungen und Kompetenzen in der Versorgungsrealität.

Fazit

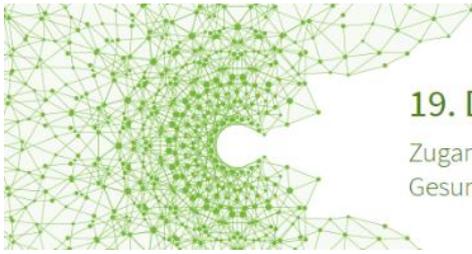
Zentrale Erkenntnisse des Kongresses sind:

- Während der COVID-Krise hat die Versorgungsforschung ihre Bedeutung eindrucksvoll gezeigt. Sie hat zur Klärung wichtiger Fragestellungen beigetragen- oft unter erheblichem Zeitdruck, ohne Förderung und unter erschwerten Bedingungen. Die Neugierkeit und Unsicherheit hat Entscheidungsträgern in der Politik und Versorgung deutlich vor Augen geführt, wie praxisrelevant die Ergebnisse der Versorgungsforschung

sind und wie sehr Evidenz aus der Wissenschaft dabei unterstützt, die richtigen Entscheidungen zu treffen und gleichzeitig die Akzeptanz für die vielfach gravierenden Entscheidungen zu verbessern.

- Versorgungsforschung ist Spitzenforschung, die je nach Fragestellung klinische Daten und Daten aus der Versorgung verknüpft, damit eine bessere Versorgung für die Patient*innen ermöglicht wird.
- Wir brauchen dringend, ähnlich wie in der Onkologie, klare Rahmenbedingungen für klinische Register, damit schnell Daten in Krisen zur Verfügung stehen.
- Die Corona-Pandemie hat große Schwächen im System offenbart, resümiert Kongresspräsident Prof. Reinhard Busse. „Wir brauchen mehr Daten, um eine aktuelle Steuerung des Pandemie- Geschehens zu ermöglichen. Das können wir von anderen Ländern lernen“.
- Die Politik muss die Möglichkeiten der Versorgungsforschung stärker nutzen, um eigene Entscheidungen evidenzbasiert zu treffen.

Das DNVF hat sich der Covid-Krise gestellt und das Abenteuer eines vollen Kongressprogramms über mehrere Tage gewagt, mit Plenarvorträgen, parallelen Sessions, Podiumsdiskussionen, Poster Sessions - und eine digitale Mitgliederversammlung inklusive Vorstandswahlen. Danke an die Deutsche Krebsgesellschaft für die Einrichtung eines professionellen Ton- und Fernsehstudios am Liegnitzsee – und an alle Mitarbeiter*innen, Moderator*innen, Vortragenden und Teilnehmenden für manches Mal Geduld und gute Nerven!



30.09.–01.10.2020 | DIGITAL

19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

Zugang, Qualität und Effizienz:

Gesundheitsversorgung international vergleichen und verbessern

Internationale Plenarsitzung: Lehren für Gesundheitssysteme aus der COVID-19 Pandemie

Ländern mit einem gut ausgebauten öffentlichen Gesundheitswesen und starken ambulanten Versorgungsstrukturen gelingt es besser, die Pandemie zu kontrollieren.

Highlights des Kongresses waren die Eröffnungsvorträge von Dr. Natasha Azzopardi Muscat (WHO) und von Francesca Colombo (OECD). In ihrem Plenarvortrag diskutierte Dr. Azzopardi Muscat wie die Pandemie Probleme in europäischen Gesundheitssystemen verschärfte und aufdeckte, u.a. den Mangel an Koordination zwischen der Primärversorgung, den Krankenhäusern und der Langzeitpflege, mit unklaren Zuständigkeiten und mangelnder Kooperation, und wie Sparmaßnahmen der Vorjahre in vielen europäischen Ländern zu größeren Ungleichheiten geführt haben, da das öffentliche Gesundheitswesen häufig das Ziel von Einsparungen war. So stellte sie fest, dass es in der Coronakrise Ländern mit gutem öffentlichem Gesundheitswesen besser gelinge, die Pandemie zu kontrollieren. Sie machte auch deutlich, dass europäische Gesundheitssysteme, die ihren Schwerpunkt in ambulanten Versorgungsstrukturen haben, besser durch die erste Welle der COVID-19-Pandemie ge-

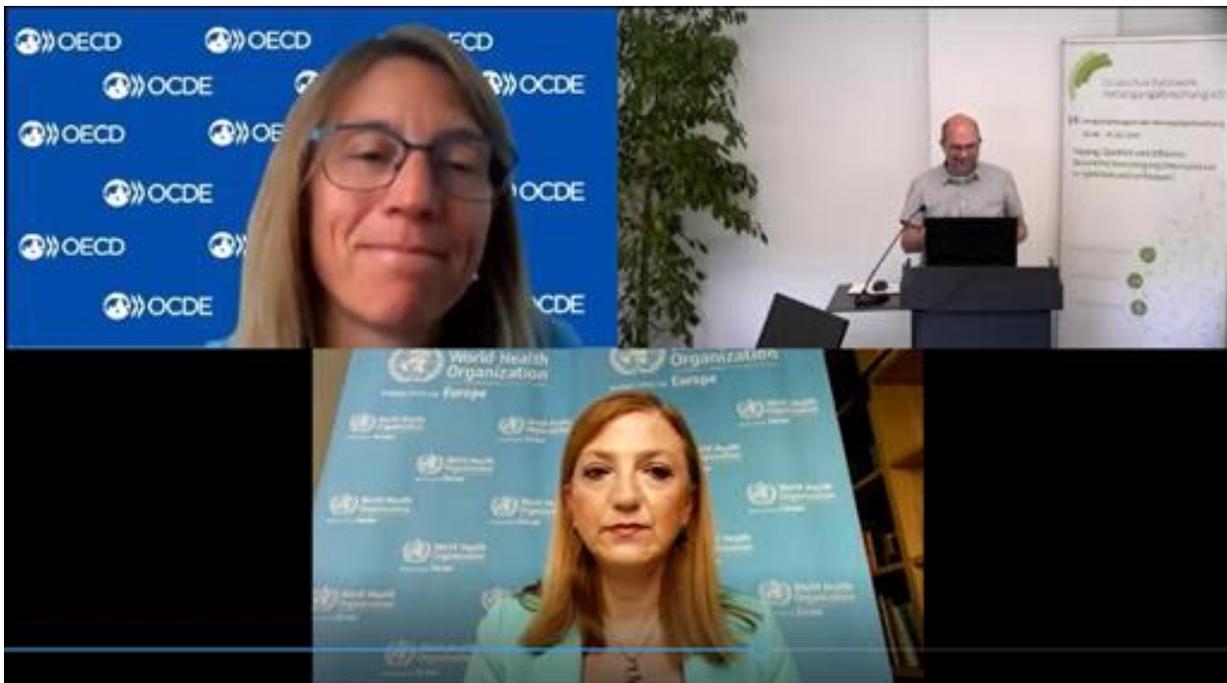
kommen sind als andere. So wurden in Dänemark, Finnland, Norwegen, Österreich und Deutschland Patient*innen meist außerhalb von Krankenhäusern getestet und ein Großteil ambulant versorgt. Die aus der COVID-19 Pandemie gezogenen Schlussfolgerungen stellen eine einzigartige Gelegenheit dar, die Personalpolitik im Gesundheitswesen neu auszurichten und dabei einen partizipatorischen Ansatz für Forschung und Politikentwicklung zu verwenden, wobei die Stimmen von Leistungserbringern und Patient*innen ebenso wichtig sind wie z.B. die der Epidemiologen. Zusätzlich bietet sich die Gelegenheit, die bisherigen Erfahrungen mit digitalen Anwendungen während der Pandemie auszuwerten (z.B. Telekonsultationen) und zu verstehen, um zu prüfen, inwieweit diese sicher und effektiv waren und von Patient*innen und Leistungserbringern akzeptiert wurden. Digitale Technologien können eine vielversprechende Lösung darstellen, um die in vielen Ländern wachsende Knappheit des Gesundheitspersonals zu kompensieren.



Internationale Plenarsitzung: Dr. Azzopardi Muscat und Prof. Reinhard Busse

Im zweiten internationalen Vortrag diskutierte Francesca Colombo, wie die OECD die Entwicklung von Maßnahmen der Mitgliedsländer unterstützt hat. Francesca Colombo ist derzeit Leiterin der Abteilung Gesundheit der OECD. Sie machte deutlich, dass über die Eindämmung der Epidemie hinaus jedoch noch zusätzliche operative, finanzielle und forschungsbezogene Maßnahmen erforderlich sind, um eine wirksame Versorgung der Patient*innen zu gewährleisten und den auf den Gesundheitssystemen lastenden Druck zu verringern. Dies setzt voraus, dass Diagnostik bzw. Tests und medizinische Versorgung leicht zugänglich und erschwinglich sind und in einem sicheren Umfeld angeboten werden. Neben der Frage der Erschwinglichkeit spielen auch Organisationsstrukturen und Kapazitäten der Gesundheitssysteme eine entscheidende Rolle. Schlussfolgernd stellte sie fest, dass weltweite Gesundheitskrisen verdeutlichen, wie wichtig die grenzüberschreitende Verfügbarkeit kohärenter, vergleichbarer und aktueller Daten ist – auf

nationaler wie internationaler Ebene. In der anschließenden Diskussion mit Prof. Reinhard Busse, wurde konstatiert, dass dringend darüber gesprochen werden muss, wie Daten der Versorgungsforschung in einem strukturierten Prozess zur politischen Entscheidungsfindung herangezogen werden können. Dazu bräuchte es Ansprechpartner, die für die Versorgungsplanung und -steuerung zuständig sind, entsprechende Forschungsprogramme aufsetzt und finanziert – und dann dafür sorgt, dass die Ergebnisse systematisch in die politische Entscheidungsfindung einfließen. Das Gesundheitswesen hinkt anderen Sektoren bei der Entwicklung eines harmonisierten „Daten-Governance-Konzepts“ und globaler Standards für die Terminologie und den Austausch von Gesundheitsdaten deutlich hinterher. Die Politik muss die Möglichkeiten der Versorgungsforschung stärker nutzen, um eigene Entscheidungen evidenzbasiert zu treffen, resümierte Prof. Busse.



Francesca Colombo, Dr. Azzopardi Muscat und Prof. Reinhard Busse diskutieren „lessons learnt“

2. Plenarsitzung

Herausforderungen der COVID-19-Pandemie für die Versorgungsforschung – die zweite Plenarsitzung

Im Fokus der zweiten Plenarsitzung standen die durch die COVID-19-Pandemie veränderten Anforderungen an die Versorgungsforschung. Es wurde mit Versorgungsforscher*innen aus unterschiedlichen COVID-19-assoziierten Projekten diskutiert, wie sich Versorgungsforschung durch die COVID-19-Pandemie verändert hat.

Die Panelteilnehmenden Prof. Steffi G. Riedel-Heller (Universität Leipzig), Prof. Jochen Schmitt (Universität Dresden), Dr. Nadine Scholten (IMVR, Universität Köln), Susann Schmidt (Öffentliches Gesundheitsamt München) und Christian Günster (Wissenschaftliches Institut der AOK) diskutierten insbesondere die Rahmenbedingungen ihrer Projekte, wie welche Daten beschafft wurden und wie die Kommunikation nach außen stattfand.

Prof. Jochen Schmitt stellte das in Sachsen entwickelte Monitoring Tool (DISPENSE) vor. Im Rahmen eines regionalen Pandemiemanagements wurden in Dresden/Ostsachsen bereits im März 2020 Netzverbände aller regionaler Kliniken mit jeweils einer koordinierenden Krankenhausleitstelle etabliert. Das Monitoring Tool (DISPENSE) bündelt tagesaktuell Daten zur Bettenauslastung von 35 ostsächsischen Kliniken, Daten der ostsächsischen Gesundheitsämter und der Landesuntersuchungsanstalt Sachsen über das Infektionsgeschehen. Es bietet somit sowohl eine Grundlage für die Versorgungsplanung der Krankenhäuser als auch für politische Entscheidungen während der Pandemie.

Dr. Nadine Scholten machte deutlich, dass der Fokus der Versorgungsforschung zu Beginn der Pandemie stark auf dem stationären Sektor lag und der ambulante Bereich unterbeleuchtet war. Deswegen startete Frau Scholten mit ihrem Team ein vom BMBF finanziertes Forschungsprojekt zum Einfluss der COVID-19-Krise auf den ambulanten Sektor aus Sicht der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (COVID-GAMS). Dabei werden sowohl organisationale, ökonomische und interpersonelle Herausforderungen sowie die direkten Auswirkungen auf die Patientenversorgung aus Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte erforscht.

Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller vermutete zu Beginn der Pandemie, dass insbesondere die psychische Gesundheit älterer Menschen im erhöhten Maße negativ von Quarantäne- und Isolationsmaßnahmen durch psychosoziale Belastungen beeinflusst sei. Eine repräsentativ durchgeführte Befragung von 1000 älteren Personen vom April 2020 zeigte jedoch, dass sich die Ergebnisse zu Depression, Somatisierung und Ängstlichkeit und Einsamkeit nicht von den Resultaten, die man für die Bevölkerungsgruppe aus Vor-Pandemie-Zeiten kennt, unterscheiden. Die Ergebnisse legen somit eine hohe

Resilienz gegenüber problematischen Lebensereignissen in dieser Gruppe der Älteren nahe. Prof. Riedel-Heller unterstrich, dass längsschnittliche Untersuchungen über den Verlauf

der Pandemie und die psychische Gesundheit in Zukunft notwendig sind, um möglicherweise längerfristige Effekte zu detektieren.



2. Plenarsitzung: S. Schmitt, Dr. N. Scholten, Prof. S. Riedel-Heller, Prof. R. Busse, C. Günster, Prof. J. Schmitt.

Susann Schmidt vom Referat für Gesundheit und Umwelt München berichtete über die Klinikkoordination während der ersten Welle der Pandemie in der Landeshauptstadt. Dafür wurde eine Online-Plattform für alle 39 Kliniken erstellt, die die Möglichkeit bietet, Bettenkapazitäten zu erfassen, Nachrichten zu hinterlassen sowie Dokumente hochzuladen. Als weitere Maßnahme etablierte das kommunale Gesundheitsamt tägliche Telefonkonferenzen mit den Pandemiebeauftragten der Kliniken sowie einen wöchentlichen Austausch der Kliniken auf Leitungsebene. Frau Schmidt stellte heraus, dass für die Bewältigung der Corona-Pandemie insbesondere in Großstädten ein koordiniertes Vorgehen aller Akteure in der gesundheitlichen Versorgungslandschaft notwendig ist. Durch den direkten Informationsfluss zwischen Kliniken und Gesundheitsamt kann bei Bedarf rasch auf akute Ereignisse reagiert werden.

Christian Günster vom WIdO, dem Wissenschaftlichen Institut der AOK, stellte heraus,

dass es zahlreiche Anfragen für Daten für Forschungscooperationsprojekte gab. Auch die Zusammenarbeit mit der Presse hat sich in den ersten Monaten teilweise als schwierig gestaltet, da vorläufige Ergebnisse falsch interpretiert und veröffentlicht wurden. Das WIdO hat im Zuge der vielen Anfragen ihre Datenbasis verändert, um auf die Anfragen zu reagieren. Herr Günster unterstrich aber auch die Nebeneffekte der Pandemie auf Non-COVID Forschungsprojekte, für die teilweise die Aktivitäten temporär zum Erliegen gekommen sind.

Insgesamt waren sich alle TeilnehmerInnen der Plenarsitzung einig, dass sich durch die Corona Pandemie, die Möglichkeit Real-Time-Monitoring zu praktizieren und der Verfügbarkeit von Real-Time-Daten für die Evaluation und Steuerung von Prozessen verbessert hat, was auch die Versorgungsforschung langfristig prägen wird. Zudem haben sich neue Kooperationsmöglichkeiten und Kommunikationswege aufgetan bis hin zum kontinuierlichen Austausch mit der politischen Entscheidungsebene.

COVID-19 Vortragssitzungen auf dem DKVF

Auf dem Kongress fanden vier Vortragssitzungen zur COVID-19 Pandemie und den Auswirkungen auf die Versorgung und die Versorgungsforschung statt, in denen die neuesten Erkenntnisse aus nationalen und internationalen Projekten vorgestellt wurden. Beiträge aus dem Late-Breaking Call for Abstracts zum Thema COVID-19 haben ihre Projekte in diesen vier Sitzungen vorgestellt und diskutiert:

- Versorgungssituationen in Corona-Zeiten und lessons learned
- Versorgungssituationen in Corona-Zeiten: Erfahrungen von Gesundheitsprofessionellen
- Corona-bezogene Digitalisierungsinstrumente
- COVID-19 bezogene Versorgungsforschung



Covid-19-Session auf dem 19. DKVF

In der Session zu Versorgungssituationen in Corona-Zeiten wurden die Erfahrungen von Gesundheitsprofessionellen vorgestellt. Dort wurde in mehreren Vorträgen festgestellt, dass

in den ersten Wochen der Pandemie auf die Mitarbeiter in den Institutionen des Gesundheitswesens, der Pflege- und Gemeinschaftseinrichtungen eine sehr hohe Infektionslast

kam (bis zu 500 Fälle täglich). Darüber hinaus wurde in mehreren Vorträgen über die gestiegene Arbeitslast durch zusätzliche Aufgaben und Verantwortlichkeiten (z.B. häufiges An-/Ablegen von Schutzkleidung, Aufbau digitaler Kommunikationswege) sowie den gestiegenen Druck berichtet. Es ist deutlich zu erkennen, dass die Mitarbeiter*innen des Gesundheitswesens den Hauptteil dieser Lasten zu tragen hatten, dicht gefolgt von den Mitarbeiter*innen der Pflegeeinrichtungen. Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Berufsausübung und das Patient*innenaufkommen war ebenfalls Gegenstand einiger Vorträge. So erlitten viele Hausarztpraxen und Psychotherapeut*innen wirtschaftliche Verluste durch ein geringeres Patientenaufkommen aufgrund der Absage der Termine durch Patienten und Patientinnen. Ebenfalls wurde die Relevanz des ambulanten Sektors zur Bewältigung der Pandemie deutlich. Daher beschäftigten sich viele vorgestellte Projekte unter anderem damit zukünftig auch den ambulanten Sektor besser auf Epidemien und Pandemien vorbereiten zu können. So wurde über die gestiegenen Zahlen telemedizinischer Angebote berichtet. Außerdem war es das Ziel einiger Projekte mögliche Verschlechterungen der gesundheitlichen Situation der Patientinnen und Patienten aufgrund einer aktuell suboptimalen Versorgungssituation aufgrund der COVID-19 Pandemie frühzeitig zu erkennen und auf mögliche Probleme zu reagieren. So zeigten Ergebnisse aus Sicht von

Nachwuchssession

In der Nachwuchssession zum Thema „Promovieren im Home-Office – Konsequenzen von COVID-19 für Doktorandinnen und Doktoranden“ konnten sich (Nachwuchswissenschaftler*innen) zu ihren Erfahrungen während der letzten Monate unter COVID-19 austauschen. Gesprächsthemen wie „Promovieren im Home-Office“, „Auswirkungen von COVID-19 auf das Netzwerken“ sowie „Einfluss auf die Beschäftigung nach Wissenschaftszeitvertragsgesetz“

niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dass 80% den ambulanten Sektor als sehr relevant für die Bekämpfung der Pandemie sehen, wobei sich fast 50% während des gesamten Verlaufs der Pandemie von der Politik vernachlässigt gefühlt haben. Ein weiterer Vortrag beschäftigte sich mit der Nutzung von Schutzausrüstung durch medizinisches Personal. Zum Tragen von Masken wurden in den vergangenen Monaten immer wieder Korrekturen an Expertenempfehlungen notwendig, weil die Evidenz für klare Aussagen fehlte und erste Annahmen oft revidiert werden mussten. Da der Schutz von Beschäftigten im Gesundheitswesen sowie der Schutz von Patient*innen vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 ein wichtiger Faktor ist, um die Leistungs- und Funktionsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu gewährleisten, wurde die Adhärenz und Indikationsgerechte Nutzung persönlicher Schutzausrüstung von medizinischem Personal während der COVID-19-Pandemie überprüft. Es zeigte sich, dass ein an den Wissenstand angepasstes Schulungskonzept für das untersuchte Krankenhauspersonal entwickelt werden sollte. Es muss hier berücksichtigt werden, dass einige Projekte noch nicht abgeschlossen sind und beispielsweise jetzt mit einer zweiten Befragungswelle etc. starten werden. Wir bleiben daher auf weitere Ergebnisse gespannt, und würden uns auch im Namen aller Zuschauer der Session über eine finale Ergebnispräsentation im Rahmen des nächstjährigen DKVF freuen.

bestimmte die Agenda. Darüber hinaus berichteten die Teilnehmenden über Herausforderungen in der Online-Lehre, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie auftretenden Folgen für ihre Forschungsprojekte.

Masters Corner

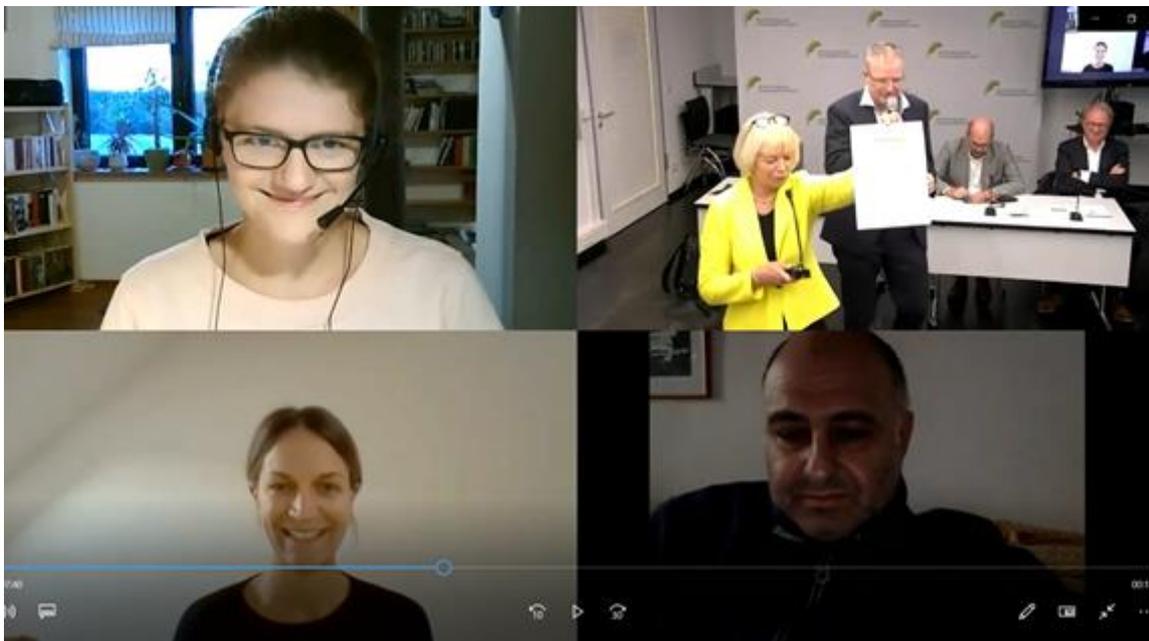
Fünf spannende Vorträge präsentierten Studierende in der Session der Masters Corner. Die Themen deckten dabei ganz unterschiedliche Bereiche der Versorgungsforschung ab, beginnend bei einem Thema aus dem Management-

bereich (Personalrekrutierung im Krankenhaus) bis hin zum Einsatz von GKV-Routinedaten (Erhebung der Prävalenz chronischer Wunden).

Posterpreise

Die Preise für die besten Poster, die sich insbesondere an den wissenschaftlichen Nachwuchs richteten, gewannen: Arim Shukri (Uniklinik Köln, 1. Platz) für das Poster „Die gesundheitsökonomische Perspektive auf die Dialyseversorgung in Deutschland“, Constanze Greule (Universität Tübingen, 2. Platz) für das Poster „Welche Faktoren beeinflussen die Sport- und

Bewegungsfreude? Eine systematische Literaturrecherche als Impulsgeber für neue Wege in der Versorgung von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen“ und Laura Mause (IMVR, Universität Köln, 3. Platz) für das Poster „Akzeptanz von Webcams für Eltern von Frühgeborenen auf neonatologischen (Intensiv-) Stationen - Befragung des ärztlichen und pflegerischen Personals vor Implementation“.



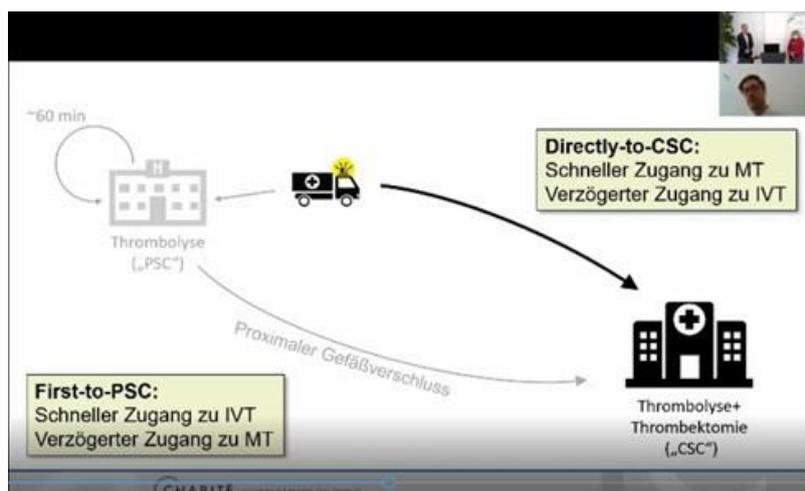
Verleihung der Posterpreise durch Prof. Monika Klinkhammer-Schalke

Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschung-Preis 2020 an PD Dr. Ludwig Schlemm

Der Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V. wurde in diesem Jahr für eine herausragende methodische Arbeit „*Bypassing the Closest Stroke Center for Thrombectomy Candidates What Additional Delay to Thrombolysis Is Acceptable?*“ an PD Dr. Ludwig Schlemm (Charité Berlin) vergeben.

Die 16-köpfige Jury wählte im Gutachterverfahren die Arbeit, die 2020 von dem Preisträger publiziert wurde, aufgrund des versorgungsrelevanten Themas und der angewandten mathematischen Modellierung aus. Der Preis wurde PD Dr. L. Schlemm am Ende der Eröffnung des 19. DKVF von Margit Lorenz, der Witwe von Prof. Wilfried Lorenz, übergeben. Prof. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende DNVF) bedankte sich sehr bei Frau Lorenz für die Stiftung des Preisgelds in diesem Jahr und Ihre große Verbundenheit mit dem Netzwerk. Das Jurymitglied Prof. Max Geraedts hob hervor, dass PD Dr. Ludwig Schlemm die Frage nach einer optimalen Logistikstruktur für Schlaganfallpatient*innen mit mathematischen Modellrechnungen überzeugend beantwortet hat. Der Preisträger erläuterte in einem

Vortrag die Ergebnisse der Studie. Patient*innen mit akutem ischämischen Schlaganfall, die einen Verschluss großer Gefäße aufweisen, profitieren vom direkten Transport zu einem umfassenden Schlaganfallzentrum (CSC), das in der Lage ist, eine endovaskuläre Therapie durchzuführen. Um Schäden für Patient*innen ohne großes Gefäßverschluss-Reservoir durch verzögerten Zugang zur intravenösen Thrombolyse (IVT) zu vermeiden, wurde vorgeschlagen, nur Patient*innen mit hoher Wahrscheinlichkeit eines großen Gefäßverschlusses umzuleiten, bei denen die zusätzliche Verzögerung zur intravenösen Thrombolyse (IVT) durch den Transport zum CSC unter einem bestimmten zeitlichen Schwellenwert liegt. Welche Schwelle den größten klinischen Nutzen erzielt, ist jedoch unbekannt.



Vortrag von Preisträger PD Dr. L. Schlemm auf dem 19. DKVF

Die Gruppe um den Preisträger PD Dr. L. Schlemm verwendete mathematische Modellierungen, um zusätzliche Schwellenwerte für

die Verzögerung bis zur IVT zu berechnen, die mit der größten Reduktion der behinderungs-

bereinigten Lebensjahre in abstrahierten Szenarien mit 2-Takt-Zentrum und Mehrfach-Takt-Zentrum verbunden sind. Die Modellparameter wurden aus kürzlich durchgeführten Meta-Analysen oder großen prospektiven Kohortenstudien extrahiert. Die Unsicherheit wurde in probabilistischen und 2-Wege-univariaten Sensitivitätsanalysen quantifiziert.

Die Ergebnisse legen nahe, dass Patient*innen mit akutem ischämischen Schlaganfall mit Verdacht auf Verschluss großer Gefäße in eine CSC umgeleitet werden sollten, wenn die zusätzliche Verzögerung der IVT weniger als 30 Minuten in städtischen und weniger als 50 Minuten in ländlichen Gebieten beträgt.



Wilfried-Lorenz-Preisträger PD Dr. L. Schlemm mit M. Lorenz und Prof. M. Klinkhammer-Schalke

Der mit 2.500 € dotierte Preis wird in Gedenken an das DNVF-Ehrenmitglied Herrn Prof. Dr. Wilfried Lorenz in diesem Jahr zum fünften

Mal vergeben. Prof. Lorenz hat sich viele Jahrzehnte um die Versorgungsforschung verdient gemacht.

Satelliten-Symposium: Nutzung versorgungsnaher Daten

Gut verknüpfbare und qualitativ hochwertige versorgungsnaher Daten und insbesondere Register sind eine wichtige Ressource für die Forschung und das Pandemiemanagement. Das neue Forschungsdatenzentrum ist für das deutsche Gesundheitssystem hier ein wichtiger Baustein.

Das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Satellitensymposium zum Thema „Nutzung versorgungsnaher Daten“ diskutierte international in drei parallelen Workshops die Möglichkeiten, versorgungsnaher Daten für das Pandemiemanagement und wissensgenerierende Versorgungsforschung zu nutzen sowie die Frage, welche methodischen und datenspezifischen Anforderungen an die Nutzung versorgungsnaher Daten zu stellen sind.



Prof. M. Klinkhammer-Schalke und J. Holland eröffnen das Satelliten-Symposium

In einer abschließenden Podiumsdiskussion wurden die Ergebnisse der Workshops vorgestellt und die Möglichkeiten der Nutzung versorgungsnaher Daten diskutiert. Prof. M. Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende DNVF) und J. Holland (BMG) begrüßten alle Referent*innen und Teilnehmenden herzlich. Sie wiesen

darauf hin, dass versorgungsnahe Daten helfen können, einerseits das Pandemiegeschehen besser zu managen und andererseits jedoch wissenschaftliche Standards zur Nutzung versorgungsnaher Daten notwendig sind, um das schon vorhandene Daten-Potential für die For-

schung nutzen zu können. Das DNVF hat deswegen eine AD-hoc Kommission „Versorgungsnahe Daten“ gegründet, die zurzeit an einem Manual für Methoden und Nutzung versorgungsnaher Daten zur Wissensgenerierung arbeitet und ein erstes Kapitel schon veröffentlicht hat.

Workshop 1: Wie können versorgungsnahe Daten zur Unterstützung der Bewältigung von Krisen wie die COVID-19 Pandemie genutzt werden?

Leitung: Prof. Dr. J. Schmitt (Vorstand DNVF, TU Dresden)

Der Virologe Prof. Oliver Keppler (LMU München) sprach im ersten Vortrag über Geophylogenie und Risikoanalyse der SARS-CoV-2 Infektionen am LMU Klinikum und gab einen Einblick in das länderübergreifende Monitoring zur Ausbreitung von verschiedenen Sars-Cov-2-Stämmen in Europa. Die „Bewältigung von Pandemien in den Niederlanden anhand nutzbarer Daten“ war Thema der Präsentation von Prof. Sabine Siesling (University of Twente). Holland ist Vorreiter was die Datenverknüpfung und –verfügbarkeit in Krebsregistern angeht. Die Daten stehen mit nur sehr geringem Zeitverzug zur Verfügung und sind landesweit einheitlich konfiguriert. So konnte sehr zeitnah erkannt werden, dass im Bereich der Krebsmedizin in vielen Bereichen durch den Shutdown eine Unterversorgung kurzfristig bestand, z.B. bei der Krebsfrüherkennung und bei der Palliativtherapie. Effekte auf die Sterblichkeit sind noch nicht sichtbar, können aber durch Dateninfrastruktur in Holland sehr gut beobachtet werden. Prof. Mark Coburn, (Uniklinik Bonn) zeigte in seinem Vortrag, welche Voraussetzungen notwendig sind, um in kurzer Zeit valide Daten zusammenzuführen. In der Intensivmedizin gab es eine sehr gut koordinierte, internationale Multicenterstudie, die sehr früh das Risiko der Intubation von COVID-19 Patient*innen durch

Intensivmediziner untersuchte. Prof. Mark Coburn hat die Beteiligung der deutschen Kliniken in diesem Projekt koordiniert. Als entscheidend hat sich das hervorragende Netzwerk und hohe Engagement der Beteiligten erwiesen. Im vierten Vortrag sprach Martin Dorazol (Deputy Head of Unit, European Reference Networks and Digital Health) über die Planung und Umsetzung des EU Health Data Space, um v.a. bei zukünftigen Pandemien auch länderübergreifend noch mehr vergleichende Daten bereitstellen zu können und damit die Grundlage für eine harmonisierte Pandemiebewältigung zu legen. In der abschließenden Diskussion wurden folgende entscheidende Faktoren für ein erfolgreiches Pandemiemanagement identifiziert:

- Nationale und internationale bestehende Netzwerke, die schnell und unkompliziert Projekte ins Leben rufen.
- Rasche Datenverfügbarkeit aus unterschiedlichen Quellen. Das Holländische Krebsregister ist hier beispielhaft.
- Versorgungsmonitoring in der Breite ist im Moment in Deutschland nicht möglich. Zielstellung sollte es sein, eine vernetzte Registerlandschaft aufzubauen, GKV-Routinedaten zeitnaher verfügbar zu machen

und die derzeitige Datenlücke im ambulanten Bereich zu schließen.



Prof. O. Keppler, Prof. J. Schmitt, Prof. S. Siesling, Prof. M. Coburn, M. Dorazol

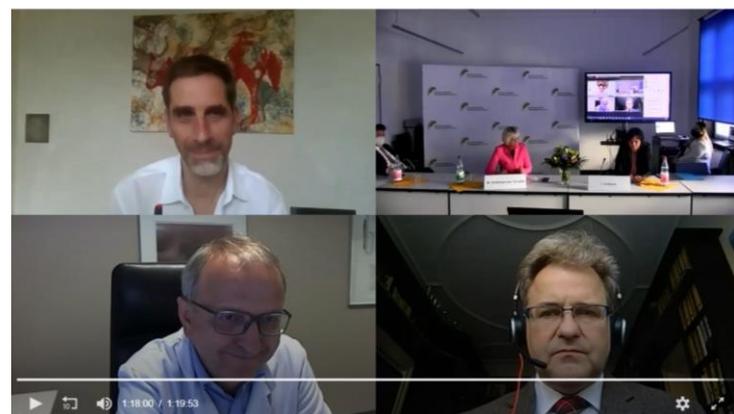
Workshop 2: Evidenzgenerierung mit Registern (methodische Anforderungen und Möglichkeiten) – Was ist machbar? Was brauchen wir?

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

Im Vordergrund dieses Workshops stand die Bedeutung der Nutzung versorgungsnaher Daten für die Forschung, aber auch direkt für die Verbesserung der Versorgung von Patient*innen sowie welche methodischen Voraussetzungen für die Nutzung versorgungsnaher Daten zu berücksichtigen sind. Dr. Thomas Kaiser (IQWiG) zeigte in seinem Vortrag welche Nut-

¹, der auf der Grundlage vieler Visitationen unterschiedlicher Datenhalter, darunter auch Register erarbeitet wurde.

zenbewertungen für Arzneimittel mit versorgungsnahen Daten möglich sind. Unter Beachtung der Qualität der Daten und wissenschaftlichen Methodik ist es vertretbar und wünschenswert, dass versorgungsnaher Daten auch in diesem Bereich zur Evidenzgenerierung eingesetzt werden. Dr. Thomas Kaiser verwies auf den bereits publizierten Rapid Report



¹ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Konzepte zur Generierung versorgungsnaher Daten und deren Auswertung zum Zwecke der Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a SGB V; Auftrag A19-43 (IQWiG-Berichte; Band 863; 13.05.2020).

Dr. T. Kaiser, Prof. M. Klinkhammer-Schalke, J. Holland, Prof. S. Benz, S. Semler

Welche Möglichkeiten bieten Register aus klinischer Sicht? Prof. Stefan Benz (Klinikverbund Südwest) sieht eine große Chance in der Nutzung versorgungsnaher Daten durch die Breite der möglichen Fragestellungen, z.B. der Möglichkeit Ergebnisqualität onkologischer Behandlung auf die durchführenden Krankenhäuser herunterzubrechen und hier zu beurteilen, ob das Ergebnis der Behandlung etwas mit dem Vermögen, z.B. der chirurgischen Durchführung einer operativen Prozedur, zu tun hatte im Vergleich zur Nichtdurchführung dieser Maßnahme. Ebenso können anhand versorgungsnaher Daten Ergebnisse von Interventionseffekten dargestellt werden, die ggf. Therapien unnötig machen. Prof. Karsten Dreinhöfer (Vorstand DNVF, Charité, Berlin) ergänzte die klinische Perspektive, in dem er anhand des Endoprothesenregisters beispielhaft darlegte, dass Register ein wesentlicher Bestandteil von Qualitätssicherung, sowohl im Bereich des verwendeten Materials, als auch der chirurgischen Durchführung sind. Das Endoprothesenregister ist, so Prof. Karsten Dreinhöfer, ein Vorbild zur vollständigen Erfassung und regelmäßigen Nutzung, gerade zur Qualitätssteigerung, und dient somit in hohem Masse der Sicherheit von Patient*innen.

Im letzten Vortrag des Workshops referierte Sebastian Semler, (TMF) zu den Möglichkeiten

von Registern durch die Medizininformatik-Initiative. Diese Initiative ermöglicht auf breiter Basis die Zusammenführung unterschiedlicher Datenquellen und schafft eine gute Basis für Forschung mit diesen Daten auf hohem Niveau. Ebenso wie in der Onkologie wird ein Kerndatensatz für unterschiedliche Erkrankungen entwickelt, der dann die Zusammenführung unterschiedlicher Datenquellen ermöglicht. Zurzeit wird der Kerndatensatz für die Onkologie entwickelt, der den einheitlichen Basisdatensatz § 65c SGB V als Grundlage hat.

In der abschließenden Diskussion wurden als zentrale Erkenntnisse des Workshops festgehalten:

- Nutzung von Registerdaten ist notwendig und sinnvoll, bedeutsam dabei ist die Nachvollziehbarkeit der Qualität der Daten .
- Es ist zu prüfen, ob Daten für die jeweils spezifische Fragestellung sinnvoll sind.
- Vorhandene Datenressourcen bieten schon viele Anwendungsmöglichkeiten, gerade dann, wenn verschiedene Datenquellen verknüpft werden können.

Gefordert wurde von allen, dass der Datenzugang erleichtert wird und eine Datenzusammenführung zeitnah möglich wird, z.B. Krebsregisterdaten und Krankenkassendaten.

Workshop 3: Daten für die Forschung – Rahmen, Regeln und Verknüpfungsmöglichkeiten

Leitung: Prof. Wolfgang Hoffmann (stellv. Vorsitzender DNVF, Universität Greifswald)

Thema von Workshop 3 war die Verbesserung der Verfügbarkeit von Daten aus dem Gesundheitssystem, insbesondere der Krankenkassen, für die Versorgungsforschung - inklusive der Möglichkeiten einer Verknüpfung von Sekundärdaten aus mehreren Quellen. Inhaltlicher Schwerpunkt war die Strategie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Kontext deutscher und europäischer Rahmenbedingungen und Regelwerke. Dr. Alina Brandes (BMG)

stellte Möglichkeiten, Rahmen und Regeln des geplanten Forschungsdatenzentrums vor. Im neuen Forschungsdatenzentrum der BfArM soll der Datensatz der gesetzlichen Krankenkassen für die Forschung erschlossen werden – der Umfang des Variablensatzes (Datenkranz) soll verbreitert und der Datensatz perspektivisch um weitere Quellen erweitert werden. Die Verfügbarkeit wird beschleunigt. Es sollen Daten zur Behandlung, zu Laborwerten, zu den

Leistungserbringern und zum Versicherten-Status bereitgestellt werden. Das neue Forschungsdatenzentrum wird im europäischen Gesundheitsdatenraum konzipiert. Die technischen Voraussetzungen werden bis Ende 2021 geschaffen sein. Ab 2022 wird zunächst der Kerndatensatz zur Verfügung gestellt, ab Berichtsjahr 2024 dann der gesamte Datensatz. Prüfung von Nutzungsanträgen und Datenbereitstellung sollen in forschungsfreundlicher Atmosphäre, wertebasiert, transparent und kooperativ erfolgen. Bei Datenschutzverstößen wird ein Sanktionsregime greifen, die Codes of Conduct entsprechen der DSGVO.

Im Beitrag von Prof. Falk Hoffmann zu Anforderungen an Primär- und Sekundärdaten beim Datenlinkage ging es um das Verhältnis von Primär- und Sekundärdaten, insbesondere deren Verknüpfung zur Validierung und um das Thema Non-Response-Analysen. Ethische, regulatorische und IT-Anforderungen wurden fundiert diskutiert. Prof. Falk Hoffmann verwies auf den nationalen Aktionsplan „Quo vadis Datenlinkage?“ (2018) und die Gute Praxis Datenlinkage (2019). Perspektivisch forderte er, eine einheitliche ID-Nummer für alle Bürger über alle Datenquellen hinweg. Dies ist in Deutschland kein einfaches Thema – deshalb muss auch aus Sicht der Forschung hier für Akzeptanz geworben werden.

Kees Kleihues van Tol (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren) zeigte am Beispiel des Projektes WIZen die Nutzung von Abrechnungsdaten der Krankenkassen in Verbindung mit Registerdaten. Ziel dieses Projektes ist der Vergleich zertifizierter onkologischer Zentren mit der Regelversorgung in Bezug auf die Qualität der Behandlung und patientenbezogene Ergebnisse. Dazu wurden bundesweite AOK Daten (1,3 Millionen Versicherte) verknüpft mit drei klinischen Landeskrebsregistern (105.800 Tumorfälle). Untersucht wurden acht führende Krebs Entitäten. Im ersten Schritt wurde gezeigt, dass das Datenlinkage auch auf der Basis von pseudonymisierten Daten (Alter, Geschlecht, Postleitzahl) in für diese Analyse ausreichender Präzision durchgeführt werden.

Die Häufigkeit von Homonym- und Synonym-Fehlern kann naturgemäß in diesem Projekt nicht quantifiziert werden.

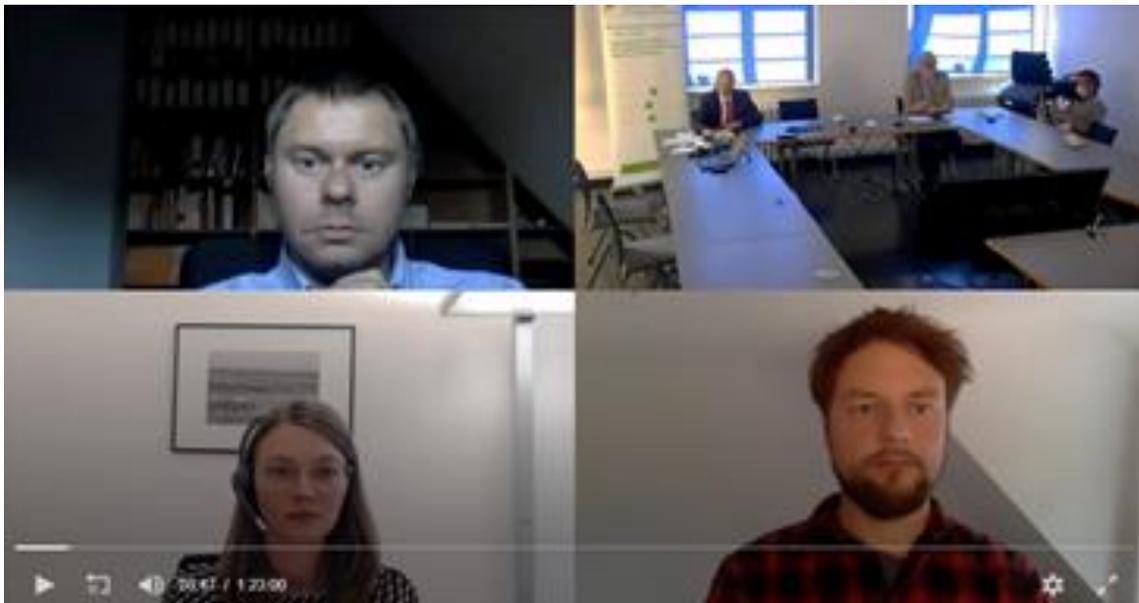
Daten aus digitalen Gesundheitsanwendungen – Nutzbarkeit für die Forschung? Diese Fragestellung diskutierte Sven Kernebeck (Universität Witten/Herdecke) im 4. Vortrag des Workshops. Smartphone-Apps werden in naher Zukunft digitale Biomarker zur Verfügung stellen, die entweder punktuell oder kontinuierlich erhoben werden. Die Messungen können passiv oder aktiv (z.B. Tipp-Geschwindigkeit auf dem Handy) erfolgen und sind zeitlich und örtlich entkoppelt vom Gesundheitssystem (Beispiel Accelerometer). Ein Problem sind die noch geringe Standardisierung und Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Geräte und Technologien, die eine Objektivierung und teilweise auch eine Quantifizierung limitieren. Fraglich ist auch, ob Sensoren am Handgelenk Rückschlüsse auf das Verhalten ermöglichen. Das „Law of attrition“ ist für die Handy-Apps in der Forschung noch nicht untersucht – sehr wahrscheinlich wird aber auch hier einer anfänglich hohen Nutzung eine Abnahme der Nutzungsdisziplin folgen, so dass ein gewünschter Endpunkt nicht immer erreicht werden kann. Was noch fehlt, ist eine partizipative Entwicklung von Handy-App-Lösungen sowohl in der praktischen Nutzung als auch in der Forschung. Auch die Validierung ist noch kritisch, daher ist die Generalisierbarkeit von mit Handy-Apps erhobenen Daten nicht immer klar ist.

In der abschließenden Diskussion wurde folgendes Fazit gezogen:

- Durch die Initiative des BMG wird die Verfügbarkeit von Daten für die Forschung verbessert, gleichzeitig verfügbare Datensätze erweitert und durch Linkage-Möglichkeiten vergrößert.
- Bzgl. der Datenschutzerfordernungen muss noch Vertrauen geschaffen werden (Werte-basierte Forschungskultur).
- Erste versorgungsrelevante Anwendungen von Datenlinkage liegen vor.

- Zukünftig wird die Forschungsbasis durch innovative Erhebungsmöglichkeiten personenbezogener Daten (Handy-Apps, Wearables) nochmals verbessert.

Wir brauchen zukünftig die konsequente Sammlung von Daten, Qualitätssicherung, effektive Antrags- und Bewilligungsverfahren, Vertrauenskultur in die Wissenschaft und Ersatz der Vorsichtsmaßnahmen gegen Missbrauch durch ein klares Sanktionsregime.



Prof. F. Hoffmann, Prof. W. Hoffmann, K. Kleihues van Tol, Dr. A. Brandes, S. Kernebeck

Podiumsdiskussion

Die abschließende Podiumsdiskussion mit Prof. Monika Klinkhammer-Schalke, Prof. J. Schmitt, Prof. Wolfgang Hoffmann, Dr. Alina Brandes, Prof. Thomas Seufferlein (Präsident Deutsche Krebsgesellschaft), Sven Kernebeck, Jana Holland, Prof. Stefan Benz moderierte Prof. Karsten Dreinhöfer. Es wurde herausgestellt, dass die Standardisierung und Vergleichbarkeit, Transparenz und klinische Bedeutung von Sekundärdaten im Gesundheitssystem verbessert werden muss. Krebs-Registerdaten haben hier Vorbildfunktion, da sie bereits hoch standardisiert sind und bundesweit in guter Qualität und Vollständigkeit zur Verfügung stehen. Was fehlt, ist vielfach noch die enge und strukturelle Verbindung zur onkologischen Spitzenforschung. Die Möglichkeiten für Datenlinkage verbessern sich durch Einführung der elektronischen Fallakte (eFA), die sowohl Krankenkas-

sen-Daten als auch Versicherten-Daten enthalten soll – und mit der Versichertennummer eine eindeutige Identifikation. Für Versorgungsforschung ist sowohl die Bereitstellung von Sekundärdaten als auch deren Möglichkeit zum Linkage erforderlich.

Das zukünftige Forschungsdatenzentrum bei der BfArM sollte auch selbst Forschung betreiben. Das sichert eine forschungsfreundliche Umgebung, verbessert die Einschätzung von Möglichkeiten und Grenzen und dient dadurch sowohl der Qualität der eigenen Datenressourcen als auch der damit betriebenen Forschung. Datenschutz muss im richtigen Verhältnis zum Nutzen stehen. Je höher der Nutzen, desto weniger vollständig muss eine Anonymisierung erfolgen. In vielen Fällen wird eine Pseudonymisierung notwendig sein. Anstatt eines Kriminalitätsvorbehalts gegen jeden Forscher ist hier

eine Forschungsqualitäts-, Datenschutz- und Datensicherheitskultur anzustreben. Datensicherheit betrifft zentrale Infrastrukturen, insbesondere mit zentraler Datenhaltung, zu denen notwendigerweise auch das Forschungsdatenzentrum bei der BfArM gehören wird. Die Datensicherheit ist, im Unterschied zum Datenschutz, in Deutschland bisher noch ein unterschätztes Thema.

Vorhandene Datenquellen (insbesondere Register) können schon heute zur Beantwortung spezifischer Fragestellungen genutzt werden. Das Manual für Methoden und Nutzung versorgungsnaher Daten zur Wissensgenerierung des DNVF wird hier Antworten geben und Empfehlungen entwickeln.

Versorgungsnahe Daten können zum Teil zumindest regional darstellen, ob es eine Zeitverzögerung bei Früherkennungsmaßnahmen, Inzidenzen, Therapieverzögerungen durch Maßnahmen im Rahmen des Pandemiemanagements gegeben hat und eine Strategie entwickelt werden muss, wie dies in Zukunft mit welchen Maßnahmen zu verbessern ist. Eine Möglichkeit wäre es, einen Datengipfel zu organisieren: ein Zusammentreffen aller Datenhalter, um gemeinsame Strategien zu entwickeln, wie zeitnah versorgungsnahe Daten zur Verfügung stehen können und für ggf. Fragestellungen zusammengeführt werden können.