

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

10. Forum DNVF-Versorgungsforschung am 10.05.2023 in Berlin:

„Regionale Forschungsnetzwerke für eine krisenfeste und evidenzbasierte Gesundheitsversorgung“

Wir benötigen regionale und kommunale kooperativ angelegte intersektorale Netzwerke, um die Entwicklung einer effizienten und am Nutzen der Patient:innen ausgerichteten Gesundheitsversorgung zu befördern. Dabei kommt dem Zusammenspiel aller Beteiligten mit der Versorgungsforschung und einer noch zu schaffenden guten Datengrundlage eine große Bedeutung zu.

>> Erstmals seit drei Jahren fand das Forum wieder in Präsenz, am 10.05.2023 in Berlin, statt. Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann begrüßte ca. 60 Teilnehmende am Forum herzlich. Er betonte, dass aus erfolgreichen Versorgungsansätzen in Gesundheitsregionen Lösungen für eine bessere und zukunftssichere Versorgung entstehen können.

Beim 10. Forum Versorgungsforschung, moderiert von Prof. Dr. Dr. Martin Härter und Prof. Dr. Horst Christian Vollmar, wurde aus unterschiedlichen Perspektiven die Frage diskutiert, welchen Beitrag und welche Rolle regional verankerte Forschungsnetzwerke für eine krisenfeste und evidenzbasierte Gesundheitsversorgung liefern können. Dabei wurden einerseits die Erfahrungen und Ergebnisse verschiedener vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderter regionaler Forschungsnetzwerke präsentiert und diskutiert. Zum anderen wurden die Perspektiven zentraler Partner dieser Forschungsnetzwerke wie Universitätskliniken, allgemeinmedizinische Forschungspraxen, Krankenkassen, Kommunen und das Bundesgesundheitsministerium mit in die Diskussion einbezogen.

Renate Höchstetter vom Verband der Universitätsklinika Deutschland (VUD) präsentierte in ihrem Vortrag Steuerung und Vernetzung regionaler Versorgung durch die Universitätsmedizin eindrucksvoll am Beispiel der Versorgung von Herzinfarkten – Mehr als 14.000 Herzinfarkte werden jährlich in Krankenhäusern ohne Herzkatheterlabor nicht optimal versorgt.

Und dies betrifft nicht nur ländliche Regionen – auch in Berlin nahmen 18 Kliniken Herzinfarktpatient:innen auf, obwohl sie nicht über ein Herzkatheterlabor verfügen. Gerade bei der Versorgung von schweren Erkrankungen ist eine Steuerung mit Häusern unterschiedlicher Versorgungsstufen augenscheinlich sinnvoll, betonte Höchstetter. Diese betrifft ebenso die Versorgung von seltenen Erkrankungen wie das Management in einer Pandemie. Sie mahnte an, dass die hohe Fallschwere in den Universitätskliniken besser vergütet und Zertifizierungsprozesse bei der Vergütung berücksichtigt werden müssen. Sie unterstützte das Konzept der im Koalitionsvertrag der Ampel angelegten Versorgungsstufen und plädierte für eine enge Zusammenarbeit von Universitätskliniken, regionalen Versorgern und der Versorgungsforschung.

Prof. Dr. Dr. Martin Härter (UKE Hamburg) stellte in seinem Vortrag „Stand und Wirkung der regionalen BMBF-Netzwerke zur Versorgungsforschung“ Hintergrund und Ausrichtung und Ergebnisse der fünf vom BMBF geförderten regionalen Forschungsnetzwerke vor. Es handelt sich um die Netzwerke Emergency and Acute Medicine Network for Health Care Research – EMANet, Berlin NAVICARE – Netzwerk für patientenorientierte Versorgungsforschung, Berlin, CoReNet – Cologne Research and Development Network, Köln, Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung – HAM-NET, Hamburg, MobilE-NET, Münchener Netzwerk für Versorgungsforschung, München. Vier dieser Netzwerke beschäftigen sich schwerpunkt-

Kommentar

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, das DNVF beschreibt in seinem aktuellen Positionspapier Eckpunkte zum geplanten Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG), mit denen sichergestellt werden kann, dass das große Potenzial versorgungsnaher Daten für die Forschung und für eine bessere, wissenschaftlich fundierte Gesundheitsversorgung verwirklicht wird. Wir haben viel positive Resonanz für das Papier bekommen, das bis heute über 70 Fachgesellschaften und wissenschaftliche Institutionen mitgezeichnet haben.

Die Spring School des DNVF vom 27. – 30. März 2023 in Berlin wurde von unterschiedlichen Professionen und Akteuren im Gesundheitswesen sehr gut angenommen. Der Vortrag von Prof. M. Klinkhammer-Schalke „Wie kann Versorgungsforschung politische Entscheidungen beeinflussen?“ zeigte, welche Ausdauer, strategisches und kommunikatives Geschick es braucht, um Wissen aus der Versorgungsforschung gesundheitspolitisch zu verankern. Danke an unsere langjährige Vorsitzende für den sehr inspirierenden Vortrag! An dieser Stelle möchte ich mich auch ganz herzlich bei der wissenschaftlichen Leitung, Prof. J. Köberlein-Neu und Prof. F. Hoffmann, allen Referent:innen und allen von der Geschäftsstelle des DNVF für die tolle Vorbereitung und professionelle Durchführung bedanken.

„Regionale Forschungsnetzwerke für eine krisenfeste und evidenzbasierte Gesundheitsversorgung“ war das Thema des 10. DNVF-Forum Versorgungsforschung am 10.05.2023 in Berlin. Intensiv diskutiert wurde, ob und wie regionale Forschungsnetzwerke durch wichtige Beiträge zur Evidenz, aber auch ganz praktisch durch Aufbau von Kooperationen und Netzwerkstrukturen die Entwicklung einer effizienten und am Nutzen für die Patient:innen ausgerichteten regionalen Gesundheitsversorgung mitgestalten können. Besonders bedanken möchte ich mich bei Prof. M. Härter und Prof. H. C. Vollmar für die inhaltliche Gestaltung und die Moderation.

Positiv überrascht haben uns die über 600 eingereichten Abstracts für den 22. DKVF, die im Moment begutachtet werden. Das lässt einen spannenden und vielfältigen Kongress erwarten!

Herzliche Grüße und Ihnen und Euch allen eine gute Zeit

Ihr Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Vorsitzender DNVF



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorsitzender DNVF

mäßig mit der Versorgung älterer, multi-morbider Patient:innen, das HAMNET mit psychisch Erkrankten. Voraussetzung für die Förderung war die Zusage, die Netzwerke nach der Förderung zu verstetigen, z.B. durch dauerhafte Finanzierung einer Koordinierungsstelle. Als Erfolg der Netzwerke sieht Härter die Qualifikation von Versorgungsforscher:innen, eine gewachsene regionale Verankerung, gemeinsame Projekte mit regionalen Partnern, eine stärkere Verortung und Anerkennung der Versorgungsforschung innerhalb der Universitäten, z.B. durch fakultätsübergreifende Forschungsprojekte und die Schaffung von digitalen Plattformen. Die Versorgungsforschung wird somit zur Schwerpunktforschung, so Härter. Herausforderungen nach Ende der Förderung 2023 sieht Härter in der nachhaltigen Projektfinanzierung, die regionalen Partner bei der Stange zu halten, neue Themen zu etablieren und Forschungsergebnisse in der Versorgung zu verankern – und im besten Falle auf andere Regionen zu übertragen.

Prof. Dr. Jutta Bleidorn (Universitätsklinikum Jena, Deutsche Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DESAM)) betonte in ihrem Vortrag „Forschungsnetzwerke in der hausärztlichen Versorgung – Motor für Partizipation, intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit“ wie Hausarztpraxen als zentrale Anlaufstelle der primären Versorgung wichtige Daten und Erkenntnisse über die Versorgung liefern können. Sie stellte die Initiative Deutscher Forschungspraxen DESAM-FORNET, ein vom BMBF gefördertes Projekt, mit bundesweit sechs geförderten Netzen vor. Sie betonte dabei die Vielfältigkeit und Heterogenität der Hausarztpraxen, deren Versorgungsaufgaben (z.B. Prävention, Langzeitversorgung) sich von denen der Universitätskliniken (hohe Fallschwere) deutlich unterscheiden. Sie appellierte an eine kooperative Arbeitsteilung zwischen den Hausarztnetzwerken und der Universitätsmedizin. Dadurch könnte eine gute wissenschaftliche Basis für eine sektorenübergreifende Epidemiologie und Versorgungsforschung geschaffen werden, sowie stärker die zentral wichtigen Public-Health-Aspekte integriert werden. Ebenso sieht sie in einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit die Möglichkeit, Partizipation und die Beteiligung von Patient:innen zu stärken. Eine wichtige Grundlage sieht sie hier in gemeinsamen Standards für die Digitalisierung und für die Erhebung und

Nutzung von Daten, transparent, zweckorientiert und sicher, um regionale Vielfalt im Rahmen bundesweiter Standards erforschen und Versorgung verbessern zu können.

In den ersten drei Vorträgen wurde deutlich, wie wichtig neben einer kooperativen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Beteiligten eine gute Datengrundlage für eine bessere Versorgungsforschung sind. In seinem Vortrag „Registerdaten als Ressourcen für regionale Forschungsnetzwerke – Ein Ausblick auf das Registergesetz“ gab Markus Algermissen (BMG) einen Überblick über die Maßnahmen und Gesetzesvorhaben des BMG für die Digitalisierung und Nutzung von Daten für die Forschung. Anschließend gewährte er einen Einblick in das Konzept des künftigen Registergesetzes. Registerdaten sind eine wichtige Grundlage für die Versorgungsforschung. Im seit Ende des Jahres 2022 online verfügbaren Verzeichnis für Register ist die Vielfalt der Registerlandschaft in Deutschland dokumentiert. Algermissen betonte die enge Abstimmung des Registergesetzes mit dem geplanten Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) und die Perspektive des European Health Data Space (EHDS). Zentrale Punkte des Konzepts sind: Einrichtung einer Zentralstelle für medizinische Register (ZMR), die freiwillige Auditierung von Registern, die Schaffung bundesweiter Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung, Grundlagen zur Erleichterung eines direkten Datenlinkage und die Förderung hochwertiger registerbasierter Studien. Die ZMR wird dabei kein eigenes Register betreiben, sondern ein Verzeichnis über medizinische Register in Deutschland führen, eine Beratungsfunktion wahrnehmen und die Vernetzung der Register untereinander sowie mit Forschenden fördern. Die Auditierung soll eine Voraussetzung für die öffentliche Förderung werden. Für bestimmte Register soll eine Datenerhebung auch ohne Einwilligung ermöglicht werden (Opt-out). Das Linkage soll durch eine Erlaubnis, die Krankenversicherungsnummer (KVNR) zu erheben und in einer Vertrauensstelle zu speichern, erleichtert werden und das Linkage der GKV-Daten mit Krebsregisterdaten soll ermöglicht werden.

Dr. Harald Rau (Beigeordneter der Stadt Köln im Dezernat V Soziales, Gesundheit und Wohnen) legte in seinem Vortrag „Entwicklung kommunaler evidenzbasierter Versorgung“ dar, wie mithilfe von Versorgungsberichten, orientiert an einem wertebasierten Handlungsfeld Gesundheit für



M. Algermissen (BMG) gibt einen Ausblick auf das geplante Registergesetz.

die Stadt Köln die Versorgung konkret verbessert werden soll. Im Mittelpunkt seines Vortrags standen Themen der Gesundheitsgerechtigkeit (z. B. Nutzung Früherkennungsuntersuchung U8 bei Kindern in unterschiedlichen sozialen Milieus und räumliche Verteilung der Kinderarztpraxen) und wie in Köln mittels niederschwelliger Angebote im Rahmen des Projekts „Die Kümmeri“ die Menschen abgeholt werden, um einen Zugang zum medizinischen System zu bekommen. Die Kümmeri bietet dabei auch Hilfe in sozialen Fragen, beim Bürgergeld etc. an. Die Versorgungsdaten werden zurzeit vornehmlich genutzt, um unterdurchschnittliche Versorgung zu identifizieren, so Rau. Er wies darauf hin, dass auch fachlich und evidenzbasiert notwendige Schließungen von Krankenhäusern wegen einer zu hohen Anzahl von Betten oft politisch nicht durchsetzbar sind. Am Ende des Vortrags betonte er die gute und immer intensiver werdende Zusammenarbeit mit dem Projekt CoRe-Net in Köln.

„Das SGB V kennt nur den Versicherten und nicht den Patienten.“ Mit diesen Worten begann Matthias Mohrmann (AOK Rheinland/Hamburg) seinen Vortrag „Übertragung regionaler Versorgungsmodelle in die (bundesweite) Versorgung(?)“. Er verwies auf die komplexen Bestimmungen und Interessen, in denen sich auch der Innovationsfonds des G-BA befindet und die letztlich für die Umsetzung von Transferbeschlüssen mitgedacht werden müssen. Daher sei die Übertragung von empfohlenen Projekten des Innovationsfonds in die praktische Versorgung noch die absolute Ausnahme. Er betonte, dass der Transfer von Projekten schon im Projektdesign mitgedacht



Podiumsdiskussion auf dem 10. DNVF-Forum v.l.n.r.: Dr. H. Rau, M. Mohrmann, M. Algermissen, Prof. M. Härter, Prof. J. Bleidorn, Prof. J. Schmitt, Prof. H.C. Vollmar, R. Höchstetter.

werden muss und dass, wie im Koalitionsvertrag beschrieben, ein gesetzlich geregelter Pfad für empfohlene Projekte in die Regelversorgung geschaffen werden muss. Der Transferprozess ist zurzeit langwierig und es entstehen oft Finanzierungslücken, da zwischen Projektende und Empfehlung oft mehr als ein Jahr vergeht. Als Beispiel nannte er den Gesundheitskiosk Hamburg Billstedt, der empfohlen wurde und seit 2020 nur von den „willigen“ Krankenkassen weitergeführt wird, also nicht allen gesetzlich Versicherten zur Verfügung steht. Mohrmann forderte, die Spielregeln des Innovationsfonds zu ändern: sich auf weniger Themen zu konzentrieren, Projektzeiträume zu verlängern und bei erfolgreichen Projekten eine Übergangsförderung zu sichern. Mohrmann stellte zum Abschluss seines Vortrags noch Projekte mit Beteiligung der AOK Rheinland/Hamburg vor. Das Projekt SGB-Reha mit therapeutisch orientierter Pflege in Altersheimen führt dazu, dass 20 bis 30% der Heimbewohner:innen in die Häuslichkeit zurückkehren können. Als weiteres Modell mit bundesweiter Bedeutung sieht er Gesundheitsregionen, um Unter- oder Fehlversorgung zu minimieren. Dabei werden andere Dimensionen der Daseinsvorsorge wie Soziales, Mobilität, Stadtentwicklung, Bildung und Forschung bewusst einbezogen. Bei der Bedarfsanalyse solcher Regionen ist die Versorgungsforschung ein zentraler Partner.

Prof. Dr. Jochen Schmitt (TU Dresden) reflektierte in seinem Vortrag „Pandemic Preparedness – von der Forschung zum regionalen Versorgungsmanagement“ die Erfahrungen aus dem Dresdner Informations- und Prognosetool für Erkrankungsverlauf und Bettenauslastung in

Sachsen (DISPENSE) während der Coronapandemie und wie wir daraus lernen sollten, datengestützte Entscheidungssysteme für das regionale Versorgungsmanagement zu etablieren. Dabei betonte er, dass während der Pandemie, die vorher bestehenden Umsetzungsbarrieren nicht mehr relevant waren und die Umsetzung eines „Value-based Healthcare-Konzepts“ in Sachsen zu weiten Teilen in kürzester Zeit quasi organisch entstand. Mit dem DISPENSE-Projekt konnte die Bettenbelegung der Intensivstationen präzise vorausgesagt werden und die Corona Bestimmungen des Landes Sachsen wurden daraus abgeleitet. Auch das Pandemiemanagement-Projekt egePan Unimed im Rahmen des Netzwerks Universitätsmedizin (NUM) hat ergeben, dass neben den schon erwähnten digitalen Entscheidungssystemen, sektorenübergreifende, regionale Versorgungsnetzwerke unter Einbezug des ÖGD aufgebaut und digitale Unterstützungssysteme für Diagnostik, Home-Monitoring und intensivmedizinische Visiten etabliert werden müssen. Schmitt bezog sich auch auf das Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit von 2023, das für das deutsche System einen hohen Mittelaufwand bei niedrigem Ertrag sieht. Dabei müssen wir eine bessere Krisenresilienz und effektivere Personalallokation erreichen. Aktuelle Herausforderungen sieht er u. a. im Personalmangel, den weiter bestehenden Sektorengrenzen, konträren Anreizen aus betriebswirtschaftlicher und volkswirtschaftlicher Sicht, unzureichender Versorgungssteuerung und fehlender Netzwerkbildung, regionaler Über- und Unterversorgung (Strukturen und Prozesse) und für den Kontext Versorgungsforschung

unzureichender Datenverfügbarkeit und Digitalisierung, fehlender Evidenz für Interventionen auf Systemebene und dass die „Pipeline Innovationsfonds“ bisher nicht gut funktioniert. Als Mitglied der Regierungskommission appellierte er daran, eine echte Krankenhausreform mit definierten Versorgungsstufen und Krankenhausleveln durchzuführen, da es im Fall einer halbherzigen Reform sehr lange dauern kann, bis das Thema wieder angefasst wird. Zum Abschluss seines Vortrages forderte Schmitt, „Datenverfügbarkeit, Versorgungstransparenz und empirisch abgesicherte Steuerung sind entscheidend für eine patientenzentrierte Neuausrichtung des Gesundheitssystems“. Das bedeutet u. a. die Formulierung von Versorgungszielen, höhere Versorgungstransparenz, Netzwerkbildung, digital vernetzte, gestufte Versorgungssteuerung mit wohnortnaher Basisversorgung und bedarfsgerechtem Zugang zu hoch spezialisierter Versorgung und die Weiterentwicklung des Innovationsfonds.

Die Podiumsdiskussion wurde von Prof. Dr. Dr. Martin Härter und Prof. Dr. Horst Christian Vollmar moderiert. Zuerst wurde gefragt, inwiefern Versorgungsforschung für den kommunalen Sektor bzw. für Krankenkassen relevant ist. Dr. Harald Rau antwortete, dass Kommunen einen großen Bedarf an Indikatoren sehen, um Versorgung messen zu können. Als besonders nützlich hat sich dabei der Austausch mit den Kölner Versorgungsforscher:innen gezeigt. Versorgungsberichte für die Kommunen zu entwickeln, wird als eine Aufgabe der Versorgungsforschung gesehen. Momentan wird versucht, Stadt- und GKV-Daten zu verknüpfen, auch wenn die GKV-Daten in

ihrer Aussagekraft Limitationen aufweisen. Besonders interessant sind für Rau Aussagen zu kleinräumigen Unterschieden in der Mortalität und zur Ausgabenwirksamkeit. Viele Krankenkassen haben laut Matthias Mohrmann mittlerweile eigene Bereiche für Versorgungsforschung eingerichtet. Regionenvergleiche sind dabei ein besonderer Fokus. Obwohl Krankenkassen inhouse viel mit den Daten machen können, ist die Gefahr gegeben, dass eine Verzerrung entsteht, weil eben nur die Daten einer einzelnen Krankenkasse verwendet werden. Insofern ist die Zusammenführung von Daten verschiedener Kassen wünschenswert.

Alle Diskutanten waren sich einig, dass es sinnvoll ist, Versorgungsziele im Rahmen von Gesundheitszielen zu entwickeln. Eine wichtige Grundlage dafür sind für die Versorgungsforschung qualitativ hochwertige und gut zugängliche Daten. Dem Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ Gesundheit) und dem Registergesetz sowie dem GDNG kommen dabei eine große Bedeutung zu. Es braucht einen Grunddatensatz für die Gesundheitsberichterstattung. Die vielen im Rahmen des Forums berichteten Schwachstellen unseres Gesundheitssystems können nur durch gemeinsame Zusammenarbeit von Versorgungsforschung, Universitätskliniken, ambulanten Versorgern und Krankenkassen erfolgreich angegangen werden. Dabei muss es auch möglich sein, dass Veränderungen zu Verschiebungen im System der Bänke führen. Registerdaten sind dabei eine gute Grundlage, um evidenzbasiert entscheiden und versorgen zu können. Um neue regionale Versorgungsmodelle ausprobieren zu können, brauchen wir eine Experimentalklausel im Innovationsfonds und – wie schon oben beschrieben – benötigen wir mehr Entschlossenheit und einen gesetzlich geregelten Pfad für empfohlene Projekte in die Versorgungspraxis.

Zuletzt wurde intensiv die Frage der Steuerung regionaler Gesundheitsversorgung diskutiert. Entscheidungen können dabei nur durch die verschiedenen Akteure gemeinsam getroffen werden und die Patient:innen müssen stärker in diesen Prozess einbezogen werden. Diese Kooperationen benötigen eine politische Führung, die Rahmen und Ziele verankert. Versorgungsziele und angemessene Strukturen sind Grundlagen, um vereinbarte Gesundheitsziele zu erreichen. Die Versorgungsforschung hat den Auftrag, den Grad dieser Zielerreichung messbar zu machen und zu evaluieren. <<

Patient Reported Outcomes in klinischen Registern

Patientenzufriedenheit ergänzt den Surrogatparameter Standzeit in der endoprothetischen Qualitätssicherung

Zehn Jahre nach der Inbetriebnahme des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) startet das EPRD in diesem Jahr mit der Erfassung von strukturierten Patientenbefragungen – sog. „Patient-Reported Outcome Measures“ (PROMs) –, um die Lebensqualität der operierten Patienten zu messen. Das EPRD schlägt damit ein neues Kapitel in der Datenerhebung bei der Knie- und Hüftendoprothetischen Versorgung in Deutschland auf – zunächst erst einmal im Probetrieb mit einigen ausgewählten Kliniken. Eine vergleichbar große Einführung von PROMs in der Endoprothetik ist in Deutschland einmalig.

>> Die bislang erfassten Standzeiten beziehungsweise die Hinweise auf Wechsel- und Folgeoperationen sind ein wesentlicher Indikator zur Beurteilung der Qualität in der Knie- und Hüftendoprothetik. Der Surrogatparameter Standzeit gilt von jeher als der Maßstab für den Versorgungserfolg hinsichtlich der Sicherheit – die Lebensqualität und Zufriedenheit des Patienten erfasst dieser jedoch nicht. Die PROMs stellen demzufolge eine sinnvolle und notwendige Ergänzung im Indikatorenset der Qualitätssicherung dar, um mehr über die Funktionstüchtigkeit des Implantats und die individuelle Zufriedenheit des Patienten mit der endoprothetischen Versorgung zu erheben.

Bei den PROMs handelt es sich um standardisierte und validierte Fragebögen, mit denen der subjektive Gesundheitszustand des Patienten prä- und postoperativ erfasst wird. Das EPRD hat sich für die international etablierten Oxford Scores (OHS – Oxford Hip Score und OKS – Oxford Knee Scores) entschieden, die auch in anderen Registern verwendet werden. In mehreren Studien konnten OHS und OKS, die auch in deutscher Sprache validiert sind, – ein wichtiges Kriterium für die Praxis – ihre Eignung zur Erfassung von PROMs in der endoprothetischen Versorgung nachweisen. Neben der Validität und Vergleichbarkeit ist die Praktikabilität ein weiteres Argument: Die Befragung für Hüfte oder Knie besteht aus nur 12 Fragen zu Schmerz und physischen Funktionen und ist damit einer der kürzeren, datensparsameren Fragebögen. Zu jeder Frage gibt es fünf Antwortmöglichkeiten, die mit Punkten zwischen 0 und 4 bewertet werden.

Wie sieht nun die technische Umsetzung aus? Die Erhebung von PROMs im EPRD soll ausschließlich digital unter Einbindung der

Vertrauensstelle (Datentreuhandstelle) erfolgen, und zwar sowohl bei der Verwaltung der Patienten-E-Mail-Adressen wie auch bei der Einholung der Patienten-Einwilligungen zur Teilnahme an den Befragungen. Die erste präoperative Befragung muss dabei durch die Klinik über ein Portal angestoßen werden, um eine sogenannte PROM-ID zu generieren.

Mit dieser PROM-ID kann der Patient im Anschluss die Befragung entweder allein (ggf. auch zu Hause) oder zusammen mit einem Klinikmitarbeiter auf dem eigens entwickelten Webportal ausfüllen. Die PROM-ID wird später zusammen mit den Behandlungsdaten an das Register übermittelt und dort mit den Befragungsdaten zusammengeführt.

Alle postoperativen Befragungen können dann von der Registerstelle angestoßen werden, indem die Patienten über die Vertrauensstelle per E-Mail kontaktiert werden. Eine Einbindung der Krankenhäuser ist nicht mehr erforderlich. Die Befragungsdaten können zentral im Register ausgewertet, aber auch der Klinik selbst für eigene Auswertungen zur Verfügung gestellt werden.

Autoren: Dr. Andreas Hey und Alexander Grimberg, Endoprothesenregister gGmbH

DNVf

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVf) e. V. – Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Str. 8 – 14057 Berlin

E-Mail: info@dnvf.de