

# ABSTRACTBAND

4. Brandenburger Kongress für Versorgungsforschung

„Wissenschaftskommunikation – Forschungsergebnisse für Politik und Praxis“

16. und 17.11.2023

## **Herausgeber\*innen**

Prof. Dr. Dawid Pieper  
Denise Gerlach  
Marie Derstroff

**Der Vierte Brandenburger Kongress für Versorgungsforschung wird ausgerichtet vom Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB) der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB)**

### **Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB)**

Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB)  
(Prof. Dr. Dawid Pieper)

Immanuel Klinik Rüdersdorf  
Seebad 82/83  
15562 Rüdersdorf bei Berlin

[www.zvfbb@mhb-fontane.de](mailto:www.zvfbb@mhb-fontane.de)

März 2024



## Inhalt

<b>Vierter Brandenburger Kongress für Versorgungsforschung:</b> .....	6
<b>Wissenschaftskommunikation – Forschungsergebnisse für Politik und</b> .....	6
<b>Praxis</b> .....	6
<b>Abstracts</b> .....	7
Methodische Ansätze und zentrale Ergebnisse der Innovationsfonds-geförderten ImpPeer-Psy5 Studie zum Thema der Implementierung der Peer-/Genesungsbegleitung in Deutschland .....	7
(Wie) verändert sich die klinische Dokumentation, wenn sie von Patient:innen digital eingesehen werden kann? Ein Scoping Review .....	8
Auswirkungen der neuen Mindestmengen in der Viszeralchirurgie auf die Versorgung im Bundesland Brandenburg .....	9
Evidenzinformierte Gesundheitspolitik in Deutschland: Ein Mangel an Kommunikation und Koordination zwischen akademischer Forschung und Institutionen des Gesundheitssystems? .....	10
Effekte und Herausforderungen der Zentralisierung von stationären Gesundheitsleitungen – .....	11
Eine Interviewstudie mit Vertretern der medizinischen Fachgesellschaften .....	11
Transformation in der Gesundheitsversorgung: Modelle zur Bewertung und Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Kindern .....	12
Partizipative Konzeptentwicklung für digital-assistierte stationsäquivalente psychiatrische Behandlung .....	13
Behandlungsprävalenz des Post COVID-19-Syndroms .....	14
Welche Faktoren spielen bei der Auswahl des Zweitmeiners eine Rolle? .....	15
Projektidee: Planung und Umsetzung einer Kohortenstudie im Land Brandenburg .....	18
Inanspruchnahme von Gripeschutzimpfungen durch AOK-Versicherte in Brandenburg .....	19
Unterstützungs- und Fortbildungsbedarf bei Angehörigen der Gesundheitsberufe in der medizinischen Rehabilitation (INFORM) .....	20
Alterperimentale – Praxisforschungsstellen als innovativer Transferansatz in der Versorgungsforschung .....	21
Versorgungsatlas und Liniennetz gesundheitlicher, ambulanter und fachärztlicher Versorgung entlang der Bahnstrecke Berlin-Stettin (in der „region 4.0“) .....	22
Digitale Rehabilitationsnachsorge in der Bewegungstherapie – Implementierung einer Tele-Nachsorge in Einrichtungen der BG-Kliniken .....	23
Hilfe nach Vergewaltigung - Modellprojekt: Medizinische Soforthilfe und vertrauliche Spurensicherung im Land Brandenburg .....	24
Erwartungen, Voraussetzungen und Effekte des Einsatzes von Open Notes aus Sicht von Psychiater*innen: qualitative Studie .....	25
Exploration der Versorgungssituation von Patient*innen mit Arbeitsängsten und somatischen Beschwerden – eine Mixed-Methods-Studie .....	26
REHA-Routes – hinderliche und förderliche Faktoren für den Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation – Ergebnisse der qualitativen Gruppenbefragung von Mitarbeiter:innen aus Reha-Einrichtungen .....	27
Wir arbeiten hart und essen gut: Soziale Praktiken, Erfahrungen und Identifikationen von Menschen mit Adipositas und ihren Ärzten im ländlichen Brandenburg .....	28

Nutzung von Gesundheitsdaten im regionalen Kontext für die Gesundheitsplanung Brandenburgs – Ergebnisse einer Interviewstudie .....	29
Proof-of-Concept telemedizinischer Ultraschalluntersuchungen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung im ländlichen Raum .....	30
Wie können Kampagnen zur Wissenschaftskommunikation genutzt werden? Erkenntnisse aus der SepsisWissen-Kampagne .....	31
Angemessenheit von Bewegungstherapie in der Versorgung von chronisch, unspezifischen Kreuzschmerzen: Horizontale Online-Umfrage physiotherapeutischer Praxis in Deutschland .....	32
Einfluss von Patientenerwartungen auf ein medizinisches Rehabilitationsprogramm bei chronischen Rückenschmerzen – Monozentrische Beobachtungsstudie mit Mixed-Methods Design (ExBackTation)..	33
Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) urologischer Patient:innen .....	34
Subjektive Erwerbsaussichten von Patient*innen in der kardiologischen, onkologischen und orthopädischen Anschlussrehabilitation: eine qualitative Vergleichsstudie .....	35
Projektvorstellung: Entwicklung eines digitalen ethischen Beratungsangebotes in Brandenburg .....	36
Soziale Medien in der Myositis-Betreuung - Eine explorative Mixed-Methods-Studie unter Myositis- Patient:innen (SociMyo) .....	37
Laparoskopische vs. offene chirurgische Reparatur von subxiphoidalen Hernien nach medianer Sternotomie für Koronarbypass - Analyse des Herniamed-Registers .....	38
Ergebnisse der Leistenhernienreparation nach vorangegangener radikaler Prostatektomie: eine registerbasierte Analyse mit 12 465 Patienten .....	39
Adipositasversorgung in Brandenburg – aus niedergelassener Perspektive .....	40
Ältere PatientInnen in der Rehabilitation: von der Forschung vergessen? .....	41
Genetische Signatur der Gebrechlichkeit bei älteren PatientInnen mit Herzerkrankungen .....	42
Determinants of psychotherapists' attitudes to online psychotherapy .....	43
DiPaH-SWAT – Gendersensible Sprache in Fragebogenerhebungen .....	44
Informationsbedarfe und Herausforderungen beim Einsatz von digitalen Versorgungsangeboten für die Prävention von Bluthochdruck - eine qualitative Interviewstudie mit Ärzt:innen und medizinischem Personal .....	45
Entwicklung eines Konzeptes für die Umsetzung von Präventiven Hausbesuchen (PHB) in Brandenburg	46
MIVOS - Die Effekte von Mindestmengenregelungen in Krankenhäusern. Ergebnisse des systematischen Reviews .....	47
Policy Briefs from Research into Policy Making in Health Sciences: A Scoping Review .....	48
Die Analyse von Interoperabilität und Datenqualität in Berichts- und Lernsystemen (CIRS) für die Patientensicherheit (Projekt „InteropCIRS“) – Teilergebnisse Interoperabilität .....	49
Aktuelle Trends der Inzidenz diagnostizierter Herzerkrankungen im Land Brandenburg .....	50
Die Potsdamer Bürger:innenkonferenz „Robotik in der Altenpflege“: Partizipative Entwicklung einer Ethikleitlinie für den zukünftigen Einsatz von Assistenzsystem in der Altenpflege .....	51
Patient*innenbeteiligung an der Entwicklung von S3-Leitlinien in Deutschland .....	52
Informierte Impfgründe in einer Pandemie? Eine repräsentative Langzeit-Längsschnittstudie zur Wissenskommunikation .....	53

Evaluation von Multiple Sklerose-Therapien mittels Sekundärdaten.....	54
<b>Autor*innenverzeichnis.....</b>	<b>55</b>

Vierter Brandenburger Kongress für Versorgungsforschung:  
Wissenschaftskommunikation – Forschungsergebnisse für Politik und  
Praxis

### **Methodische Ansätze und zentrale Ergebnisse der Innovationsfonds-geförderten ImpPeer-Psy5 Studie zum Thema der Implementierung der Peer-/Genesungsbegleitung in Deutschland**

Sebastian von Peter<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

**Hintergrund/ Fragestellung:** Seit mehr als 20 Jahren werden Peer- und Genesungsbegleiter:innen in internationalen Versorgungssettings im Feld der psychischen Gesundheit und mittlerweile auch in Deutschland eingesetzt. Schon 2019 erwähnte die Personalrichtlinie die Genesungsbegleitung. Bundesweit fehlen bisher Daten zu den Arbeitskontexten von Peers.

**Methoden/ Material:** In diesem Beitrag werden die methodischen Ansätze und die zentralen Ergebnisse der vom Innovationsfonds finanzierten partizipativ-kollaborativen Studie ImpPeer-Psy5 präsentiert. Diese Studie untersucht die Implementierungs- und Arbeitsbedingungen von Peer- und Genesungsbegleiter:innen im krankenkassenfinanzierten Versorgungsbereich. Die Studie wird von Mitarbeiter:innen der Medizinischen Hochschule Brandenburg, des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf und des Interessenverbandes ExIn Deutschland e.V. durchgeführt. Rund die Hälfte der Forschenden hat eigene Erfahrungen als NutzerInnen der psychiatrischen Versorgung. Alle WissenschaftlerInnen nutzen persönliche, berufspraktische und wissenschaftliche Erfahrungen und Zugänge zur Peer- und Genesungsbeg-

leitung in allen Studienphasen. Zusätzlich finden partizipative Workshops mit einer Vielzahl von Stakeholdern statt.

**Ergebnisse:** Die ImpPeerPsy5 Studie befindet sich im dritten Jahr. Im Vortrag wird die Vielfalt an genutzten methodischen Ansätzen in Hinblick auf den Studienkontext der Versorgungsforschung kritisch diskutiert. Außerdem werden zentrale Ergebnisse des qualitativen Studienteils vorgestellt, die einen Einblick in die vielfältigen Herausforderungen und Widersprüche der Implementierung von Peer- und Genesungsbegleitung in der SGB V Versorgung gewähren.

**Schlussfolgerungen:** Partizipativ-kollaborative Forschungsansätze müssen im Kontext von Versorgungsforschung angepasst werden, bzw. dieser Kontext muss Möglichkeiten der Anpassung möglich machen. Peer- und Genesungsbegleitung ist eine neue Berufsgruppe mit erheblichen Potentialen für die Neugestaltung der SGB V Versorgung im Feld der psychischen Gesundheit, benötigt dafür aber bestimmte strukturelle Voraussetzungen.

## **(Wie) verändert sich die klinische Dokumentation, wenn sie von Patient:innen digital eingesehen werden kann? Ein Scoping Review**

Eva Meier-Diedrich<sup>1,2</sup>, Gail Davidge<sup>3</sup>, Maria Hägglund<sup>4</sup>, Anna Kharko<sup>4,5</sup>, Camilla Lyckbla<sup>6</sup>, Brian McMillan<sup>3</sup>, Charlotte Blease<sup>7x</sup>, Julian Schwarz<sup>1,2x</sup>

<sup>1</sup> University Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, Brandenburg Medical School, Immanuel Hospital Rüdersdorf, Rüdersdorf, Germany

<sup>2</sup> Faculty for Health Sciences, Brandenburg Medical School, Neuruppin, Germany

<sup>3</sup> Centre for Primary Care and Health Services Research, University of Manchester, UK

<sup>4</sup> Department of Women's and Children's Health, Uppsala University, Uppsala, Sweden

<sup>5</sup> Faculty of Health, University of Plymouth, Plymouth, UK

<sup>6</sup> Department of ALM, Uppsala University, Uppsala, Sweden

<sup>7</sup> Division of General Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA

<sup>x</sup> diese Autor:innen trugen gleichermaßen bei

**Hintergrund:** Die international zunehmend etablierte geteilte elektronische Patientenakte (gePA) ermöglicht es Patient:innen, die ärztliche Behandlungsdokumentation digital einzusehen und zu kommentieren. Neben bereits erforschten Vorteilen für Patient:innen befürchteten Behandler:innen beispielsweise einen Qualitätsverlust der klinischen Notizen und einen erhöhten Dokumentationsaufwand. Bislang wurde nicht empirisch untersucht, ob und wie sich Verlaufsdokumentation nach der Einführung der gePA verändert.

**Ziel:** In einem Scoping Review werden potentielle subjektive und objektive Veränderungen in der klinischen Verlaufsdokumentation nach Implementierung von gePAs untersucht.

**Methoden:** Das Scoping Review wird dem von Arksey und O'Malley entwickelten methodischen Rahmen folgen. Für die Literaturrecherche werden mehrere Datenbanken verwendet (APA PsycInfo, CINAHL, PubMed und Web of Science Core Collection). Die Autor:innen werden den in der Literaturrecherche identifizierten Paper screenen, um die folgenden Forschungsfragen zu untersuchen: Wie wirken sich gePAs auf die Dokumentationspraxis von Behandler:innen aus? Welche subjektiven und objektiven Veränderungen ergeben sich in der klinischen Verlaufsdokumentation, nachdem Patient:innen einen Zugang erhalten?

Es werden nur Studien ausgewählt, die sich auf tatsächliche Nutzungserfahrungen beziehen, und nicht nur auf vorherige Erwartungen an gePAs. Die Datenabstraktion umfasst u. a. Publikationstyp, Publikationsjahr, Land, Stichprobencharakteristika, Setting, Studienziel, Forschungsfrage und Schlussfolgerungen. Zur Bewertung der Qualität der einbezogenen Studien wird das Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) verwendet.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse des Scoping Reviews werden in Form einer narrativen Synthese präsentiert. Die Ergebnisse werden voraussichtlich gegen November 2023 in einem Scoping Review präsentiert und in einem peer-reviewed Journal (JMIR) veröffentlicht.

**Schlussfolgerungen:** Dies ist der erste Scoping Review, der sich mit möglichen Veränderungen in der Verlaufsdokumentation nach der Einführung von gePAs befasst. Die Ergebnisse können dazu beitragen, bestehende Meinungen und Erwartungen verschiedener Interessengruppen über die Verwendung von gePAs zu bestätigen oder zu widerlegen und dadurch Unsicherheiten zu beseitigen. Längerfristig können die Ergebnisse zur Entwicklung gemeinsamer Dokumentationsrichtlinien beitragen, die wiederum von zentraler Bedeutung für die Verbesserung der Patientenkommunikation und -sicherheit sind. Darüber hinaus wird die Studie wesentliche Forschungslücken identifizieren.



## Auswirkungen der neuen Mindestmengen in der Viszeralchirurgie auf die Versorgung im Bundesland Brandenburg

Charlotte M Kugler<sup>1,2</sup>, Stephan Gretschel<sup>3,4</sup>, Julia Scharfe<sup>1,2</sup>, Stefanie Pfisterer-Heise<sup>1,2</sup>, René Mantke<sup>5, 6</sup>, Dawid Pieper<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Institut für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung (IVGF), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup> Zentrum für Versorgungsforschung, Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>3</sup> Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Ruppin-Brandenburg (ukrb), Medizinische Hochschule Brandenburg, Neuruppin

<sup>4</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg, Neuruppin

<sup>5</sup> Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel (ukb), Medizinische Hochschule Brandenburg, Brandenburg an der Havel

<sup>6</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg, Brandenburg an der Havel

**Hintergrund:** Vor dem Hintergrund des Zusammenhangs zwischen Leistungsmenge und Behandlungsqualität wurden seit 2004 Mindestmengenregelungen (Mm-R) in Deutschland eingeführt. Die Mindestmengen (Mm) für komplexe Eingriffe am Ösophagus und Pankreas wurden zu 2023 bzw. 2025 angehoben. Mehrere Kliniken in Brandenburg, die bis 2022 komplexe Eingriffe am Ösophagus/Pankreas durchführten, werden die Mm voraussichtlich nicht erreichen bzw. haben die Mm nicht erreicht und dürfen diese Operationen nicht mehr anbieten.

Die Studie beantwortet die Fragen, welche Auswirkungen die an der Versorgung Beteiligten durch die neuen Mm in der Viszeralchirurgie erwarten und welche Lösungsansätze sie für das Land Brandenburg sehen.

**Methode:** Es wurden halbstrukturierte Expert:inneninterviews mit 15 Krankenhausangestellten, die nach vorab definierten Kriterien ausgewählt wurden (Fachbereich, Betroffenheit der Klinik durch die Mm-R, geographische Lage), sowie drei niedergelassenen Ärzt:innen und einer Patient:innenvertreterin im Zeitraum 07/2022 bis 01/2023 per Telefon, Online oder in Präsenz durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse.

**Ergebnisse:** Die an der Versorgung Beteiligten erwarten eine Umverteilung in wenige Kliniken für die operative Versorgung (Zentren) und mehr Kliniken, die die komplexen Operationen nicht

(mehr) durchführen, aber die Funktion von „Portalkliniken“ für die Basisversorgung, Diagnostik und Nachsorge übernehmen könnten. Hierdurch können nach ihrer Ansicht Fehlanreize entstehen. Die Umverteilung könnte auch Auswirkungen auf nicht direkt von den Mm betroffene Behandlungen haben, z. B. postoperative Komplikationen. Die Erhöhung der Mm betrifft auch die Weiterbildung und Personalgewinnung. Als Lösungsvorschlag werden insbesondere Kooperationen zwischen verschiedenen Kliniken diskutiert, die strukturell gefördert werden müssten.

**Schlussfolgerungen:** Die Interviews zeigen, dass die Mm-R neben Qualität und Erreichbarkeit viele weitere Effekte haben können. Die Versorgungsqualität könnte sich sogar verschlechtern, wenn die Expertise für die Behandlung von z. B. Komplikationen verloren geht. Einige Interviewte wünschen sich eine regionale Planung anstatt die Vorgabe von „einfachen Zahlen“. Insbesondere für Flächenländer stellt die Mm-R Herausforderungen für den Zugang zu Ösophagus- und Pankreasoperationen sowie die Kommunikation zwischen Zentren und Portalkliniken bzw. ambulanten Versorger:innen dar.

**Interessenkonflikte:** SG und RM leiten die Chirurgische Abteilung zweier Krankenhäuser in Brandenburg. Ihre Abteilungen sind direkt durch die Änderungen der Mindestmengenregelung betroffen. Alle anderen Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

## Evidenzinformierte Gesundheitspolitik in Deutschland: Ein Mangel an Kommunikation und Koordination zwischen akademischer Forschung und Institutionen des Gesundheitssystems?

Charlotte M Kugler<sup>1,2</sup>, Matthias Perleth<sup>3</sup>, Tim Mathes<sup>4</sup>, Käthe Gooßen<sup>5</sup>, Dawid Pieper<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Institut für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung (IVGF), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup> Zentrum für Versorgungsforschung, Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>3</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss, Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

<sup>4</sup> Institut für Medizinische Statistik, Universitätsmedizin Göttingen, Humboldtallee 32, 37073 Göttingen

<sup>5</sup> Institut für Forschung in der Operativen Medizin, Universität Witten/Herdecke, Ostmerheimer Straße 200, Haus 38, 51109 Köln

**Hintergrund:** Bei der Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen sollte die beste verfügbare Evidenz berücksichtigt werden, die häufig in Form von systematischen Übersichtsarbeiten (SR) vorliegt. Die Anzahl der vorhandenen SRs und ihre Überschneidungen erschweren ihre Identifizierung und Nutzung. Entscheidungsträger:innen verlassen sich oft auf de novo SRs, anstatt bestehende SRs zu nutzen.

Ziel des Beitrags ist die Reflektion der Kommunikation und Koordination zwischen akademischer und institutioneller Forschung in Deutschland.

**Methode:** Es werden zwei Fälle von doppelter Erstellung von SRs (Mindestmengen für Knie-Totalendoprothesen und Lungenkrebs-Screening) sowie ein Fall einer doppelten Primärdatenanalyse (Transkatheter-Aortenklappen-Implantation) vorgestellt.

**Ergebnisse:** Alle drei Fälle haben die Gemeinsamkeit, dass es zu einer unbeabsichtigten Duplizierung von Forschungsarbeiten zwischen Hochschulen und Institutionen des Gesundheitssystems kam. Dies zeigt einen Mangel an Kommunikation und Koordinierung zwischen den betroffenen Einrichtungen.

**Schlussfolgerungen:** Es ist wichtig zu beachten, dass akademische Wissenschaft und Institutionen des Gesundheitssystems unterschiedliche Anreize haben. Akademische Forscher:innen werden häufig

an der Zahl der Veröffentlichungen und der bewilligten Forschungsanträge gemessen. Im Gegensatz dazu müssen Institutionen des Gesundheitssystems Gesetze einhalten und werden beauftragt, einen Bericht innerhalb eines festgelegten Zeitraums vorzulegen. Derzeit sind die meisten Duplizierungen unbeabsichtigt. Eine Lösung des Problems könnte in der Förderung der Zusammenarbeit der Beteiligten liegen, die auch als ‚integrierte knowledge translation‘ (IKT) bezeichnet wird. Der IKT-Ansatz bedeutet, dass die Forschung in Zusammenarbeit mit den Endnutzer:innen der Forschungsergebnisse durchgeführt wird. Er erfordert eine aktive Zusammenarbeit zwischen Forscher:innen und Entscheidungsträger:innen oder Wissensnutzer:innen (Kliniker:innen, Manager) während des gesamten Forschungsprozesses.

Wo immer eine Zusammenarbeit trotz der Anforderungen an die Unabhängigkeit oder Vertraulichkeit möglich ist, sollten rechtliche Regelungen die Zusammenarbeit zwischen akademischer Wissenschaft und Institutionen des Gesundheitssystems erleichtern und unterstützen.

**Interessenkonflikte:** MP arbeitet bei einer Institution des Gesundheitswesens. CMK, KG, TM und DP arbeiten an Hochschulen. Die in diesem Artikel geäußerten Ansichten und Meinungen sind unsere eigenen und spiegeln nicht unbedingt die Ansichten unserer Institutionen wider.

## Effekte und Herausforderungen der Zentralisierung von stationären Gesundheitsleitungen – Eine Interviewstudie mit Vertretern der medizinischen Fachgesellschaften

Stefanie Pfisterer-Heise<sup>1,2</sup>, Julia Scharfe<sup>1,2</sup>, Alexander Pachanov<sup>1,2</sup>, Dawid Pieper<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Institut für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung (IVGF), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup> Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

**Hintergrund/ Fragestellung:** Weltweit werden in vielen Ländern stationäre Gesundheitsleistungen zentralisiert. Zu den Gründen zählen einerseits der positive Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Behandlungsqualität sowie andererseits der steigende Kostendruck auf die Gesundheitssysteme bei gleichzeitigem Personalmangel. Die Studie beantwortet die Fragen, welche Effekte und Herausforderungen Vertreter der medizinischen Fachgesellschaften in Folge einer weiteren Zentralisierung von stationären Gesundheitsleistungen in Deutschland erwarten.

**Methoden:** Zwischen September und Dezember 2022 wurden 12 semi-strukturierte Interviews zu den positiven und negativen Effekten von Zentralisierung mit 13 Vertretern der deutschen medizinischen Fachgesellschaften (u.a. Urologie, Nephrologie, Geburtshilfe) digital oder telefonisch durchgeführt und mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

**Ergebnisse:** Als positive Effekte erwarteten die Interviewpartner unter anderem eine bessere Behandlungsqualität zum Beispiel bedingt durch eine interdisziplinäre Versorgung und das frühzeitigere Erkennen von Komplikationen. Weiterhin wurden eine Kompetenzbündelung und Kosteneinsparungen beschrieben. Als mögliche negative Effekte mit Bezug zum ärztlichen Beruf wurden genannt: eine geringere Attraktivität durch eine höhere Spezialisierung, erschwerte Ausbildungsbedingungen sowie eine Verdichtung des Ar-

beitsmarktes; für Patient:innen ein schlechterer Zugang zur Behandlung in den Zentren durch unter anderem längere Wartezeiten, eine unzureichende Diagnostik aufgrund fehlender Kompetenz der Einweisenden sowie durch mentale Hürden bei Patient:innen aufgrund z.B. einer längeren Fahrzeit. Alle Interviewten nannten Herausforderungen im Zusammenhang mit einer weiteren Zentralisierung wie zum Beispiel die Einrichtung von Portalkliniken, den Aufbau von Versorgungsnetzwerken sowie die Veränderung der Erwartungshaltung in der Bevölkerung bezüglich der Nähe der versorgenden Kliniken.

**Schlussfolgerungen:** Die Interviews zeigen, dass Zentralisierung nicht nur zahlreiche Effekte haben kann, sondern insbesondere auch von weiteren Veränderungen im Gesundheitssystem begleitet werden muss. Die Ergebnisse basieren auf Interviews mit Vertretern vielfältiger Fächer, jedoch ohne die Notfall- und Intensivmedizin. Die Interviewpartner arbeiteten an Uniklinika und/ oder zertifizierten Zentren, wodurch weitere Effekte mit Bezug zu kleineren Krankenhäusern ungenannt geblieben sein können.

Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (FKZ 01KG2107)

**Interessenkonflikte:** Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

## Transformation in der Gesundheitsversorgung: Modelle zur Bewertung und Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Kindern

Christiane Villain<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hochschule für nachhaltige Entwicklung Eberswalde, Eberswalde

In der Weiterentwicklung der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie (DNS) wurde im März 2021 festgelegt, dass die nachhaltige Entwicklung konsequent in allen Bereichen und bei allen Entscheidungen angewendet werden soll. Auch die kindermedizinische Gesundheitsversorgung sollte anhand von Kriterien nachhaltiger Entwicklung betrachtet werden. Denn insbesondere in vielen ländlichen Regionen gibt es eine (drohende) Unterversorgung. Auch wenn die Bedarfsplanung diese ggf. nicht oder nicht in diesem Maße ausweist, können auf Grund der Altersstruktur praktizierender Ärztinnen und Ärzte, unzureichendem Zugang und weiten Entfernungen diese drohen oder real sein. Es werden bereits innovative Konzepte zur Verbesserung der Situation erprobt. Bisher fehlt es aber an objektiven Daten, die über die (historisch festgelegten) Versorgungsgrade der Bedarfsplanung hinausgehen und auf kleinräumiger Ebene regionale Besonderheiten und Zugangsparameter berücksichtigen.

Dieses Forschungsvorhaben möchte ein regionales Monitoring entwickeln, das zum einen der Kommunalpolitik strategische Entscheidungsgrundlagen bietet und zum anderen hilft, innova-

tive Versorgungskonzepte zu evaluieren. Dazu muss zunächst der Frage nachgegangen werden, wie eine nachhaltige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in der Kindermedizin idealerweise aussieht (explorative, qualitative Forschung; Experteninterviews). Anhand dieser Erkenntnisse werden bestehende Messansätze zur Beurteilung der Versorgungssituation betrachtet und es wird untersucht, ob diese eine belastbare Darstellung im Sinne des vorher erarbeiteten Zielbildes zeigen. Anschließend wird das Zielbild operationalisiert und in ein Indikatorensystem überführt. Das Indikatorensystem soll es ermöglichen, die Versorgungssituation von Kindern möglichst kleinräumig bis zur Gemeindeebene aufzuzeigen. Anschließend soll die Umsetzbarkeit in konkreten Regionen geprüft werden (quantitative Forschung). Hierzu werden exemplarisch die Landkreise Barnim und Uckermark betrachtet. Eine Übertragbarkeit auf andere Regionen, die Diskussion von innovativen Versorgungskonzepten sowie Empfehlungen für die (regionale) Gesundheitspolitik sichern den Transfer der Forschungsergebnisse.

## Partizipative Konzeptentwicklung für digital-assistierte stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Hannah Mundry<sup>1</sup>, Julian Schwarz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Immanuel Klinik Rüdersdorf, Medizinische Hochschule Brandenburg, Rüdersdorf

**Hintergrund:** Die seit 2018 in Deutschland eingeführte stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) ermöglicht es, akute psychische Krisen im häuslichen Umfeld als Alternative zur stationären Versorgung zu behandeln. Neben ersten positiven Erfahrungen aus Sicht von Patient\*innen gibt es eine Reihe von Hürden, welche die Umsetzung der StäB v. a. in ländlichen Regionen erschweren (u.a. lange Wegstrecken und Personalmangel). Bisherige Forschung zeigt, dass Digitalisierung die Patient\*innenorientierung der StäB verbessern und zur Überwindung bestehender Implementierungshürden beitragen kann.

**Ziel:** In Zusammenarbeit mit Patient\*innen und Mitarbeitenden wird ein Konzept für digital assistierte StäB entwickelt.

**Methode:** Im Rahmen einer multizentrischen Prozess- und Outcome-Evaluation zur StäB ("Aktiv-Studie") wurde ein Best-Practice-Modell für gute StäB aus Sicht von Patient\*innen entwickelt. Das vorliegende Projekt knüpft daran an, indem

die Kriterien des Best-Practice-Modells (n=60) bezüglich ihrer Eignung und Notwendigkeit zur Digitalisierung überprüft werden.

**Ergebnisse:** Es wurden qualitative Fokusgruppen (n=2), mit Patient\*innen (n=10), Mitarbeitenden (n=4) und App-Entwickler\*innen (n=2) durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Als geeignet identifizierte Kriterien wurden anschließend im Rahmen von Participatory Design Workshops zu einem Konzept für digital-assistierte StäB zusammengefügt. Die vollständigen Ergebnisse werden bis zum Kongress erwartet.

**Diskussion:** Einer der zentralen Gründe für die nur stockend verlaufende Digitalisierung im Gesundheitswesen ist die mangelnde Patient\*innen- und Bedarfsorientierung. Die vorliegende Studie greift diesen Mangel auf, indem es konsequent Stakeholder konzeptuell beteiligt. Im Anschluss soll aus dem Konzept eine Patient\*innen-App für die Anwendung in StäB entwickelt werden.

## Behandlungsprävalenz des Post COVID-19-Syndroms

Mandy Schulz<sup>1</sup>, Thomas Czihal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin

**Hintergrund/Fragestellung:** Langfristige gesundheitliche Einschränkungen nach einer COVID-19-Erkrankung, auch bekannt als postakute Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion, sind von großer Bedeutung für die öffentliche Gesundheit und die medizinische Versorgung. Die vorliegende Studie zielt auf die Charakterisierung von Post-COVID-19-Patient:innen im Zeitverlauf und hinsichtlich der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Versorgung ab.

**Methoden/Material:** Basierend auf vertragsärztlichen Abrechnungsdaten werden Patient:innen mit der Behandlungsdiagnose Post COVID-19-Zustand (U09.9!) bezüglich demographischer und Merkmale der Inanspruchnahme untersucht. Ein Monitoring ist auf der Quartalsebene für den Zeitraum vom 01. Januar 2021 bis 31. Dezember 2022 gegeben.

**Ergebnisse:** Die Behandlungsprävalenz des Post-COVID-19-Syndroms variierte im Beobachtungszeitraum zwischen dem ersten Quartal 2021 und dem vierten Quartal 2022 um den Faktor 3,36, mit dem Minimum in Q1 2021 mit rund 111.000 Patient:innen und dem Maximum in Q2 2022 mit rund 372.000 Patient:innen. Bezogen auf die Grundgesamtheit der GKV-Versicherten betrug

die Prävalenzrate maximal 0,5%. Frauen sind eher von Post-COVID-19 betroffen als Männer. Im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie wurden Unterschiede in Bezug auf die Inanspruchnahme der primären und fachärztlichen Versorgung beobachtet. Nach Adjustierung für Alter, Geschlecht und vorbestehende Morbidität nahmen Post-COVID-19-Patient:innen häufiger Gesprächsleistungen wie das hausärztliche problemorientierte Gespräch (OR 1,96, 95% KI 1,93-1,98) und telefonische Konsultationen (OR 2,09, 95% KI 2,05-2,13) in Anspruch als Kontrollen, ebenso wie die Behandlung durch Pneumologen (OR 5,23 95% KI 5,09-5,38) und Kardiologen (OR 1,22, 95% KI 1,18-1,26) und die Verschreibung von Rehabilitation (OR 6,88, 95%-KI 6,00-7,90).

**Schlussfolgerungen:** Durch die Untersuchung der Inanspruchnahme ambulanter vertragsärztlicher Leistungen liefert diese Studie wichtige Erkenntnisse über die vertragsärztliche Versorgung nach COVID-19. Die fortwährende Beobachtung der Behandlungsprävalenz erlaubt erste Rückschlüsse auf das Risiko von Post-COVID-19 in Abhängigkeit von Infektionszahl, Virusvariante und Bevölkerungssimmunität.

## Welche Faktoren spielen bei der Auswahl des Zweitmeiners eine Rolle?

Anika Flieger<sup>1</sup>, Janine Kaiser<sup>1</sup>, Violeta Marchetti<sup>1</sup>, Tuja Pagels<sup>1</sup>, Carolina Widerspan<sup>1</sup>, Maximilian Würz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Masterstudiengang Versorgungsforschung, Medizinische Hochschule Brandenburg

**Einleitung:** Ärztliche Zweitmeiner können Patienten im Hinblick auf eine bereits gestellte Diagnose bzw. empfohlene Behandlung unterstützen. Unklar ist bislang, welche Gründe die Auswahl eines Zweitmeiners beeinflussen. Das Ziel der Studie ist es, Faktoren zu identifizieren, die einen Einfluss auf die Auswahl des Zweitmeiners haben.

**Methoden:** Es wurde ein offener Online-Survey vom 18.05. - 13.06.2023 durchgeführt. Bei der Entwicklung wurden bestehende Fragebögen sowie Ergebnisse einer selbst durchgeführten qualitativen Interviewstudie berücksichtigt. Die Bearbeitungsdauer sollte 10-15 Minuten betragen. Die Rekrutierung erfolgte hauptsächlich über E-Mailverteiler der MHB und richtete sich an erwachsene Personen, welche bereits eine Zweitmeinung (ZM) eingeholt haben und jene ohne Zweitmeinungserfahrungen. Die Faktoren wurden auf einer Likert-Skala von 1 (sehr wichtig) bis 5 (überhaupt nicht wichtig) bewertet. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte mittels deskriptiver Statistik in Microsoft Excel.

**Ergebnisse:** Es haben 103 Personen vollständig an der Befragung teilgenommen. Davon nahmen 50,5% (n=52) bereits eine ZM in Anspruch (Gruppe 1), während 49,5% (n=51) keine ZM in An-

spruch genommen haben (Gruppe 2). Das Durchschnittsalter betrug 30,6 Jahre (SD 11,2) und 71,8% waren weiblich. Soziodemographische Unterschiede zwischen den Gruppen konnten nicht festgestellt werden. Der Faktor Erfahrung des Zweitmeiners mit der empfohlenen Behandlung/Diagnose wurde in beiden Gruppen als sehr wichtig empfunden (Gruppe 1: 1,4 (SD 0,6) vs. Gruppe 2 (bei starken Rückenschmerzen): 1,3 (SD 0,7)). Als überhaupt nicht wichtig wurde in beiden Gruppen der Faktor des Geschlechts des Zweitmeiners (4,7 (SD 0,5) vs. 4,7 (SD 0,5)) angegeben. Personen, die sich bereits eine ZM eingeholt haben, gaben „Unsicherheit hinsichtlich der Empfehlung des Erstmeiners“ (50%, n=26) und „fehlendes Vertrauen in den Erstmeiner“ (35%, n=18) als Hauptgründe für das Einholen einer ZM an (Mehrfachantworten möglich).

**Schlussfolgerung:** Der wichtigste Faktor bei der Auswahl eines Zweitmeiners ist die Erfahrung des Zweitmeiners mit der empfohlenen Behandlung/Diagnose, unabhängig davon, ob sich Personen schon eine ZM eingeholt haben oder nicht. Aufgrund der Rekrutierungsstrategie kann kein Anspruch auf Repräsentativität abgeleitet werden.

## Projektidee: Planung und Umsetzung einer Kohortenstudie im Land Brandenburg

Claudia Diederichs<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Altersforschung (ZAF-BB), Medizinische Hochschule Brandenburg, Rüdersdorf

**Hintergrund/Fragestellung:** Prospektive Kohortenstudien sind epidemiologische Studien, die Einflussfaktoren und Erkrankungen in einer definierten Bevölkerungsgruppe erfassen, deren Verlauf über einen längeren Zeitraum beobachten und auch Rückschlüsse auf komplexe und kausale Zusammenhänge zwischen Einflussfaktoren und Erkrankungen zulassen. In Deutschland fehlen bislang Kohortenstudien in einer stark alternden, vorwiegend ländlich lebenden Bevölkerung in einem Flächenland wie Brandenburg sowie Studien, die Vergleiche zwischen Menschen in Landgemeinden und Klein- und Mittelstädten ermöglichen und die auch Schutzfaktoren und psychische Erkrankungen in den Fokus rücken.

**Methoden/Material:** In den kommenden Jahren möchte die MHB daher eine repräsentative Kohortenstudie in Brandenburg aufbauen. Sie wird von einem zentralen Steuerungsgremium geplant und umgesetzt und vom Zentrum für Altersforschung (ZAF-BB) koordiniert. Alle MHB-Wissenschaftler\*innen sind eingeladen, ihre eigenen Forschungsideen, Themenschwerpunkte, Anforderungen und Bedarfe an die Kohortenstudie, z.B. zu den zu erhebenden Parametern, einzubringen. Vom wissenschaftlichen Beirat des ZAF-BB wurden bislang die folgenden Schwerpunkte vorgeschlagen:

- Einfluss verschiedener Faktoren, wie z.B. Ernährung, Stress, auf das Mikrobiom und die Entstehung von körperlichen und

insbesondere auch psychischen Erkrankungen und Komorbiditäten

- metabolisches Syndrom und kardiovaskuläre Erkrankungen
- psychische Erkrankungen, altersbedingte kognitive Einschränkungen
- Schutzfaktoren
- Ansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention für dünn besiedelte, ländliche Räume
- Digitalisierung und Telemedizin
- Geschlechtsunterschiede

Zielgruppe ist die ältere Bevölkerung > 40 Jahre, auch hochaltrige Menschen, Menschen in Pflegeeinrichtungen sowie pflegende Angehörige sollen eingeschlossen werden. Geplant ist die Rekrutierung der Teilnehmer\*innen über eine Stichprobe aus dem Einwohnermeldeamtsregister (EMA), idealerweise mit schriftlichen Befragungen, ärztlichen Interviews, der Erhebung von anthropometrischen Daten sowie der Entnahme von Bioproben, vor allem Blut-, Stuhl- und Urinproben. Langfristig sollen die erhobenen Daten in einer Biobank, die z.Z. an der MHB aufgebaut wird, gesammelt werden und allen Forschungsbereichen an der MHB zur Verfügung stehen.

Die Brandenburger Kohortenstudien soll als langfristiges „Leuchtturmprojekt“ im Bereich der Altersforschung an der MHB, etabliert werden.

**Interessenskonflikte:** keine



## Inanspruchnahme von Gripeschutzimpfungen durch AOK-Versicherte in Brandenburg

Johannes Hagelskamp<sup>1</sup>

<sup>1</sup> WiDO Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin

**Hintergrund:** Aufgrund des Risikos von schwerwiegenden bis hin zu tödlichen Krankheitsverläufen empfiehlt die Ständige Impfkommission eine jährliche Impfung gegen die saisonale Influenza für Personen ab 60 Jahren und Indikationsimpfungen für Schwangere, medizinisches Personal und Personen mit ausgewählten chronischen Erkrankungen sowie Stoffwechselerkrankungen, Immundefizienz und Immunsuppression. In der folgenden Analyse wird die Inanspruchnahme von Gripeschutzimpfungen in der KV-Region Brandenburg untersucht.

**Methodik:** Die Analyse erfolgt anhand ambulanter kollektiv- und selektivvertraglicher Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten mit mindestens einem Versichertentag pro Quartal für die Jahre 2018 bis 2022. Anhand derer werden die Impfquoten im Querschnitt für verschiedene Altersgruppen bestimmt. Gleichzeitig lassen sich Entwicklungen im Längsschnitt der Jahre analysieren. Im Speziellen wird der Anteil an Patienten, welche im vierten Quartal 2021 eine haus-, kinderärztliche oder gynäkologische Behandlung in Anspruch genommen haben, ohne eine Gripeschutzimpfung innerhalb des 3. und 4. Quartals 2021 erhalten zu haben, untersucht.

**Ergebnisse:** Von 577.241 betrachteten AOK-Versicherten in Brandenburg haben 30,64 Prozent im Jahr 2021 eine Gripeschutzimpfung erhalten. 203.277 Versicherte in Brandenburg der Risikogruppe zwischen 60 und 90 Jahren haben im 4. Quartal 2021 eine hausärztliche oder gynäkologische Leistung in Anspruch genommen. Davon sind 62 Prozent innerhalb des dritten oder vierten Quartals 2021 geimpft worden. Insgesamt liegt der Anteil der geimpften AOK-Versicherten in Brandenburg zwischen 60 und 90 Jahren bei 55,2 Prozent.

**Schlussfolgerungen:** Die beobachteten Zusammenhänge zeigen, dass besonders bei Risikogruppen eine Potenziallücke in der Impfquote von AOK-Versicherten vorliegt. Zur Verbesserung der präventiven Maßnahmen gegen schwerwiegende Verläufe oder Todesfälle durch Influenzaviren empfiehlt sich die Ausweitung von Aufklärung in Arztpraxen und anderen medizinischen Einrichtungen. Unter Patienten der Risikogruppen mit Arztkontakt im 3. oder 4. Quartal des Kalenderjahres könnte ein aufklärendes Gespräch den Anreiz liefern eine Schutzimpfung in Anspruch zu nehmen. Bei Versicherten, die nicht regelmäßig ambulante medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, könnten die Kostenträger mithilfe von Aufklärungsangeboten das Bewusstsein für die Relevanz von Schutzimpfungen steigern.

## **Unterstützungs- und Fortbildungsbedarf bei Angehörigen der Gesundheitsberufe in der medizinischen Rehabilitation (INFORM)**

Ulrike Haß<sup>1</sup>, Machteld-Luizink Dogan<sup>1</sup>, Julia-Marie Zimmer<sup>2</sup>, Heinz Völler<sup>1,3</sup>, Thorsten Meyer<sup>2</sup>, Annett Salzwedel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Professur für Rehabilitationsmedizin, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Universität Potsdam, Potsdam

<sup>2</sup> Institut für Rehabilitationsmedizin, Profizentrum für Gesundheitswissenschaften, Universitätsmedizin Halle, Halle (Saale)

<sup>3</sup> Abteilung Kardiologie, Klinik am See Reha-Fachklinik, Rüdersdorf bei Berlin

**Hintergrund und Zielstellung:** Vorangegangene Studien haben gezeigt, dass das klinisch tätige Personal in der Rehabilitation während der Ausbildung häufig nur unzureichend auf ihre Tätigkeit bzw. die hier auftretenden berufspraktischen Anforderungen vorbereitet werden. Insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam (Reha-Team) stellt die Mitarbeitenden vor Herausforderungen (wie in etwa eine mangelhafte Kommunikation oder individuelle sowie organisatorische Barrieren bei der Teamarbeit). Bislang gibt es kein Fortbildungsangebot in der medizinischen Rehabilitation, das niedrigschwellig für alle Berufsgruppen gleichermaßen zugänglich ist, gezielte praxisnahe Informationen bereithält und zusätzlich Austauschmöglichkeiten (auch außerhalb der eigenen Klinik) ermöglicht. Das Ziel dieser Studie ist daher eine dezidierte Bedarfserhebung an Fortbildungs- und Unterstützungsangeboten zu rehabilitationsbezogenen Kompetenzen sowie intra- und interdisziplinären Austauschmöglichkeiten bei klinisch tätigem Personal in der medizinischen Rehabilitation.

**Material und Methoden:** Zur Erhebung werden zunächst berufsspezifische, moderierte Gruppendiskussionen (n=20) online durchgeführt (Zoom), aufgezeichnet, transkribiert und kodiert sowie inhaltsanalytisch ausgewertet (Juli-Dezember 2023). Rekrutiert werden nach der

maximum variation sampling-Methode deutschsprachige, klinisch tätige Mitarbeitende (18-65 Jahre) in der medizinischen Rehabilitation. In den jeweiligen Berufsgruppen werden rehabilitationsbezogene Lehrthemen in der Ausbildung, hilfreiche Fähigkeiten für den Berufsalltag, benötigte Kompetenzen im Reha-Team sowie das Vorhandensein und die Nutzung von Austauschmöglichkeiten diskutiert. Zur Beschreibung der Kohorte werden zusätzlich der sozio-demografische und der berufsbezogene Hintergrund direkt von den Teilnehmenden schriftlich erfragt.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Diese Bedarfserhebung gibt erste Hinweise zum Wissensstand sowie zum konkreten Bedarf an rehabilitationsbezogener Fortbildung und zu Austauschmöglichkeiten des klinisch tätigen Personals im Reha-Team. Gleichzeitig lassen sich Erkenntnisse zum Selbstverständnis der Berufsgruppen und deren Sicht auf das Rehabilitationsteam bzw. deren Rolle darin ableiten, die in weiteren Erhebungsphasen des Projektes (Gruppendiskussion im Reha-Team, Interviews auf Leitungs-/Verwaltungsebene, quantitative Validierung mittels Online-Survey) vertieft werden sollen.

**Interessenkonflikte:** Es bestehen keine Interessenkonflikte.

## Alterperimentale – Praxisforschungsstellen als innovativer Transferansatz in der Versorgungsforschung

Sunna Kovanen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg, Fachgebiet Regionalplanung

**Hintergrund / Problemstellung:** Das süd-östliche Brandenburg weist einen überdurchschnittlich hohen Anteil älterer Menschen und eine geringe Geburtenrate auf. Dies stellt besonders die Versorgungs-, Gesundheits- und Pflegesysteme vor große Herausforderungen. Sie sollen nicht nur den steigenden Bedarf an Dienstleistungen trotz Mangel an Fachkräften decken, sondern sich auch den aktuellen Transformationsprozessen wie der Bekämpfung des Klimawandels, der Pluralisierung der Gesellschaft, der steigenden Unsicherheit der globalen Wertschöpfungsketten und der Digitalisierung stellen. Transdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis ist besonders dafür geeignet, gesellschaftliche Problemstellungen in ihrer Komplexität lösungsorientiert zu bearbeiten. Dennoch gibt es bisher nur wenige transdisziplinäre Forschungs- und Entwicklungsansätze an der Schnittstelle der Versorgung, Daseinsvorsorge und regionalen Transformation in ländlichen Räumen. Die vorhandenen Wissenstransferangebote der Hochschullandschaft fokussieren sich typischerweise auf technische Innovationen und marktwirtschaftliche Lösungen. Der öffentlichen, zivilgesellschaftlichen und gemeinschaftlich getragenen Versorgungslandschaft kommen diese Angebote bisher nur bedingt zugute.

**Methoden:** Das Transferbündnis Alterperimentale geht diese Problematiken mit dem neuen Transferansatz „Praxisforschungsstellen für gutes älter werden in ländlichen Räumen“ an. Der Vortrag stellt das Bündnis, den Transferansatz und die Potenziale der Praxisforschung für die Versorgungsforschung und -Planung vor. Das Verbundprojekt wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Im Rahmen der Förderlinie T!Räume und wird das Projekt in Zusammenarbeit der Fachgebiete Soziale Dienstleistungen für Strukturschwache Regionen und Regionalplanung der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg, der Katholischen Hochschule Berlin und der Praxisforschungsstelle Heinersdorf umgesetzt. Die Praxisforschungsstelle Heinersdorf ist eine zivilgesellschaftliche Initiative, die den Praxisforschungsansatz im ländlichen Raum bereits im Landkreis Oder-Spree erprobt und als Ideengeber, Nukleus und Schablone für die Transferprozesse innerhalb der Alterperimentale fungiert. Die Tradition der Praxisforschung, in der Praktiker\*innen sich eng an der Forschungsarbeit beteiligen, um Ergebnisse zu erzielen und die Praxis reflektierend weiterzuentwickeln, bildet den Kern des Transferansatzes des Bündnisses.

## Versorgungsatlas und Liniennetz gesundheitlicher, ambulanter und fachärztlicher Versorgung entlang der Bahnstrecke Berlin-Stettin (in der „region 4.0“)

Nikolai Rothermel<sup>1</sup>, Leonard Weiß<sup>2</sup>, Christian Funke<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DIFA Deutsches Institut für Fachärztliche Versorgungsforschung GmbH (im Folgenden: DIFA)

<sup>2</sup>Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (im Folgenden: BTU)

**Hintergrund:** Um den zukünftigen Ansprüchen an die Gesundheitsversorgung durch den demographischen Wandel gerecht zu werden, gewinnen insbesondere in ländlichen Räumen Fragen der Verkehrsinfrastruktur in Bezug auf die Versorgungsplanung an Bedeutung. Hierzu führt DIFA das eingangs bezeichnete Teilvorhaben des Verbundvorhabens „Cross-InnoNet“ der BTU im Rahmen des WIR!-Bündnisses durch (gefördert vom BMBF). Ziel ist es, für die Projektregion (Teile von Barnim, Uckermark, Vorpommern-Greifswald, Westpommern und Lebus) eine regionalisierte Darstellung der Versorgungssituation zu erstellen. Die DIFA-Arbeitsergebnisse sind Grundlage der Weiterarbeit im Verbundvorhaben am FG Regionalplanung der BTU, das sich mit sektoren- und grenzüberschreitender Daseinsvorsorge in dieser Region beschäftigt.

**Methodik:** Zur Auswertung wurden 14 PLZ-Gebiete entlang der Bahnstrecke Berlin-Stettin identifiziert. Um den Versorgungsbedarf darzustellen, wurden Daten zur Demografie, sozioökonomischer und soziomedizinischer Versorgung der Region aus öffentlichen Statistiken und Versorgungsdaten des DIFA erhoben und mittels deskriptiver Statistik plausibilisiert und ausgewertet. Die medizinische Versorgung wurde für den hausärztlichen und allgemein-fachärztlichen am-

bulanten Versorgungsbereich sowie für Apotheken und Krankenhäuser betrachtet. Für Westpommern und Lebus wurden Vergleichsgrößen herangezogen, die zur Kontextualisierung neben den Bundesländern Brandenburg und Berlin sowie der Bundesrepublik mit aufgeführt wurden. Um die Infrastruktur und Erreichbarkeit der bestehenden Angebote zu bewerten und auf räumliche Verfügbarkeit zu prüfen, wurden Distanzrechnungen und Erreichbarkeitsanalysen für Siedlungsschwerpunkte angefertigt.

**Ergebnisse, Schlussfolgerung:** Der Versorgungsatlas stellt die erhobenen Daten in tabellarischer und graphischer Form dar. Die Betrachtung der Demographie, sozioökonomischer und soziomedizinischer Strukturen und der Morbidität zeigt die Herausforderungen des demografischen Wandels sowie ein Stadt-Land-Gefälle, das sich in den Auswertungen zur Versorgung in der Region weiter verdeutlicht. Diese umfassen neben den ambulanten und stationären Versorgungsangeboten, den Apotheken und Krankenhäusern Auswertungen zum Nachbesetzungsbedarf und der Pflege in der Region. Die Ergebnisse der Erreichbarkeitsanalyse zeigen, wo Potenzial besteht, in Zukunft ländliche Versorgungsdefizite mit Hilfe von infrastrukturellen Lösungen zu beheben und das Versorgungsnetz der Region zu stärken.

## Digitale Rehabilitationsnachsorge in der Bewegungstherapie – Implementierung einer Tele-Nachsorge in Einrichtungen der BG-Kliniken

Monique Wochatz<sup>1</sup>, Daniel Kuhn<sup>2</sup>, Lars Gabrys<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Fachhochschule für Sport und Management Potsdam, Potsdam

<sup>2</sup> BG Klinikum Bergmannstrost Halle, Therapiedirektion, Halle

**Hintergrund:** Häufig stellt der Transfer von gesundheitsfördernden Maßnahmen, die während einer stationären Rehabilitation erlernt wurden, in die privaten Alltagsroutinen eine Herausforderung dar. Nachsorgeangebote sollen Therapieeffekte durch nachhaltige Integration von gesundheitsförderndem Verhalten wie z.B. die Teilnahme oder selbständige Durchführung von Bewegungsprogrammen, langfristig sichern. Jedoch ist die Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen allgemein sehr gering. Zeitmangel, die Distanz zur Einrichtung sowie berufliche und familiäre Verpflichtungen werden dabei häufig als Gründe für die geringe Teilnahme aufgeführt. Digitale Nachsorgeangebote könnten dabei eine Möglichkeit bieten den Bedürfnissen der Patient:innen hinsichtlich stärkerer Flexibilität und Individualität nachzukommen.

Ziel des Projektes ist es daher die Effektivität eines digitalen Nachsorgeangebots im Bereich der Bewegungstherapie im Kontext des Versorgungsalltags zu evaluieren. Im speziellen soll überprüft werden inwieweit ein digitales Nachsorgeangebot im Vergleich zur Standardversorgung die Teilnehmerraten erhöhen und eine gleichwertige bzw. gesteigerte Wirksamkeit hinsichtlich funktioneller und patientenbezogener Parameter aufweist.

**Methoden:** Die Studie wird als quasi-experimentelles Cluster-Design in drei BG-Kliniken des Klinikverbunds der gesetzlichen Unfallversicherungen durchgeführt. Das digitale Nachsorgeangebot besteht aus einem individualisierten Bewegungsprogramm sowie Elementen des Selbstmanagements bei muskuloskelettalen Indikationen und wird im Rahmen ambulanter Rehabilitationsleistungen umgesetzt. Die Übungsauswahl sowie Belastungssteuerung erfolgt indikationsabhängig in enger Zusammenarbeit von Therapeut:in und Patient:in. Regelmäßige Konsultationstermine sollen die Patient:innen bei der Umsetzung des Bewegungsprogramms unterstützen und die Compliance fördern. Die Effektivität des digitalen Rehabilitationsangebots wird anhand des Throughput-Modells nach Schrappe und Pfaff (2017) evaluiert. Dabei wird der Versorgungsprozess auf der Ebene der benötigten Ressourcen (personelle und materielle Ausstattung, Erwartungshaltungen), der entsprechenden Charakterisierung und Umsetzung des digitalen Angebots (Individualisierung & Progression des Trainings, Bewegungsqualität) sowie der Inanspruchnahme (Teilnahme-/Abbruchrate, Trainingscompliance) und dem Behandlungsergebnis (Arbeitsfähigkeit, funktions-/patientenbezogene Parameter) beurteilt.

**Interessenskonflikte:** keine.

## Hilfe nach Vergewaltigung - Modellprojekt: Medizinische Soforthilfe und vertrauliche Spurensicherung im Land Brandenburg

Knut Albrecht <sup>1,2</sup>, Julia Straube <sup>1</sup>, Natalie Stanislawski <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Brandenburgisches Landesinstitut für Rechtsmedizin (BLR), Potsdam

<sup>2</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB), Rüdersdorf bei Berlin

**Hintergrund:** Klinisch-rechtsmedizinische Untersuchungen von Opfern körperlicher und sexualisierter Gewalt gehören zum regelmäßigen Tätigkeitsspektrum der forensischen Medizin. Dabei werden Betroffene entweder im behördlichen Auftrag (z.B. Polizei/ Staatsanwaltschaft) oder im Rahmen niederschwellig verfügbarer Untersuchungsmöglichkeiten (z.B. „Opferambulanz“) begutachtet und damit die Gelegenheit eröffnet, genitale und extragenitale Verletzungen professionell und gerichtsverwertbar zu dokumentieren, sowie Spuren zu sichern und zu asservieren.

**Methoden:** Im Land Brandenburg bieten aktuell sechs Partnerkliniken und das Brandenburgische Landesinstitut für Rechtsmedizin (BLR) im Rahmen eines Modellprojektes medizinische Soforthilfe und vertrauliche Spurensicherung nach einem stattgehabten Sexualdelikt an, wenn Be-

troffene nicht sofort eine Anzeige bei der Polizei erstatten möchten.

**Ergebnisse:** Über die jeweiligen Rettungsstellen bzw. Notaufnahmeeinrichtungen der Krankenhäuser werden die Betroffenen zumeist zu gynäkologischen aber auch zu urologischen Kliniken weitergeleitet, wo speziell geschulte Ärztinnen und Ärzte, denen ein standardisiertes Spurensicherungs-Kit zur Verfügung steht, die Behandlung und Spurensicherung durchführen.

**Schlussfolgerung:** In der Präsentation wird das Modellprojekt vorgestellt, Aufgaben und mögliche Probleme skizziert, sowie die Frage diskutiert, welche Möglichkeiten im Kontext der Versorgungsforschung entwickelt werden können um die Versorgung der betroffenen Personen im Land Brandenburg weiter zu verbessern.

## Erwartungen, Voraussetzungen und Effekte des Einsatzes von Open Notes aus Sicht von Psychiater\*innen: qualitative Studie

Lena-Sophie Pluschke<sup>1,2,3</sup>, Cosima Hötger<sup>3</sup>, Julian Schwarz<sup>1,2</sup>, Tobias Esch<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Zentrum für seelische Gesundheit, Immanuel Klinik Rüdersdorf – Universitätsklinikum der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Rüdersdorf

<sup>2</sup> Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Neuruppin

<sup>3</sup> Institut für Integrierte Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung (IGVF), Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Witten

**Hintergrund:** Untersucht werden die Erwartungen von Psychiater\*innen gegenüber Open Notes, d.h. dem Teilen klinischer Verlaufsnotizen mit Patient\*innen in Deutschland. Ziel der Studie war es, die von Psychiater\*innen wahrgenommenen Voraussetzungen zur Etablierung sowie die versorgungsrelevanten Auswirkungen von Open Notes zu untersuchen.

**Methoden/Material:** Es wurden halbstrukturierte Expert\*inneninterviews mit in klinisch sowie ambulanten Settings beschäftigten Psychiater\*innen aus Berlin/Brandenburg geführt. Die Interviews wurden transkribiert und mittels zusammenfassender qualitativer Analyse unter Zuhilfenahme der Analysesoftware MAXQDA, ausgewertet. Die Ergebnisse wurden unter den deduktiven Hauptkategorien „Voraussetzungen“ und „Veränderungen“ präsentiert, denen jeweils induktiv gebildete Unterkategorien zugeordnet wurden.

**Ergebnisse:** Die befragten Psychiater\*innen (n = 18) setzen der Implementierung von Open Notes eine kritische Auseinandersetzung mit den Fakto-

ren Zeit, Datenschutz und Bedienbarkeit des Programms voraus. Nach einer erfolgreichen Einführung könnte eine offene Dokumentation das Vertrauen der Patient\*innen in die Behandlung und die eigene Gesundheitskompetenz stärken. Ärzt\*innen-Patient\*innen-Interaktionen könnten verstärkt auf Augenhöhe erfolgen, was Behandlungsprozesse verändere und eine stärkere Partizipation der Patient\*innen ermögliche. Der Dokumentationsaufwand für Psychiater\*innen erhöhe sich zwar, biete jedoch auch die Chance auf eine gesteigerte Genauigkeit.

**Schlussfolgerung:** Obwohl die Implementierung von Open Notes mit Herausforderungen verbunden ist, befanden es die Psychiater\*innen als Basis für eine ressourcenorientierte, transparente und partizipative Behandlung. Um die offenen Notizen bestmöglich und ohne potentielle nachteilige Effekte nutzen zu können, sollten Schulungen zum Verfassen (für Psychiater\*innen) und Lesen von Open Notes (für Patient\*innen) angeboten werden.

## Exploration der Versorgungssituation von Patient\*innen mit Arbeitsängsten und somatischen Beschwerden – eine Mixed-Methods-Studie

Lara Kleist<sup>1</sup>, Beate Muschalla<sup>2</sup>, Kyung-Eun (Anna) Choi<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup> Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup> Technische Universität Braunschweig, Braunschweig

<sup>3</sup> Center for Evidence Based Practice in Brandenburg, Brandenburg Medical School, Brandenburg an der Havel

<sup>4</sup> Health Services Research, Medical Imaging and Artificial Intelligences, Danube Universität, Fakultät für Medizin und Zahnmedizin, Österreich

**Hintergrund:** Arbeitsplatzbezogene Ängste gehen mit hohen Arbeitsunfähigkeitszeiten einher und verursachen mit die höchsten volkswirtschaftlichen Kosten aufgrund psychischer Erkrankungen. Bleiben sie unbemerkt, drohen lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz sinkt. Spezielle Herausforderungen ergeben sich für die Behandlung von Patient\*innen mit somatischen Beschwerden: So hat etwa ein Viertel der somatischen Rehabilitand\*innen, neben der Behandlung der somatischen Beschwerden, auch Bedarfe hinsichtlich arbeitsplatzbezogener Ängste. Bisher fehlt der wissenschaftliche Blick auf die Versorgungssituation der Betroffenen. Es bleibt offen, welche Herausforderungen und Potentiale die aktuelle Versorgungssituation aus Sicht der Patient\*innen mit sich bringt. Fragen, die im Rahmen der Studie beantwortet werden sollen, sind: (1) Wann werden Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der Arbeit zum ersten Mal thematisiert und von wem? (2) Welche Versorgungsbedarfe sehen die Patient\*innen für die Zeit vor, während und nach ihrer Behandlung?

**Methodik:** Das Vorhaben folgt einem abhängigen, sequentiellen Mixed-Methods-Ansatz. Die Rekrutierung erfolgt über eine Rehabilitationskli-

nik und ein Krankenhaus in Brandenburg. Eingeschlossen werden Patient\*innen mit somatischen Beschwerden im erwerbsfähigen Alter, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung in Arbeit sind oder schon einmal gearbeitet haben. Im ersten Schritt wurden von Juni bis Oktober 2022 18 narrative Interviews geführt. Aufbauend auf den Interviews wurde ein Fragebogen entwickelt, der aktuell an Patient\*innen derselben Zielgruppe ausgegeben wird.

**Ergebnisse:** Von den insgesamt 18 Interviewten im Alter zwischen 22 und 62 Jahren waren 11 männlich, 6 weiblich (1 fehlend) und der überwiegende Teil in einer Partnerschaft lebend (13 Personen). 10 Interviewte arbeiten Vollzeit, 6 in Teilzeit und eine Person ist aktuell arbeitssuchend (1 fehlend). Die Patient\*innen leiden seit ½ bis 41 Jahren unter ihren aktuellen Beschwerden. Die Interviews dauerten im Schnitt ca. 43min (19-81min). Ergebnisse der Kurzbefragung zeigen einen Durchschnittswert von 2 (0,4 – 3,8) für die Dimension „Gesundheits- und körperbezogene Ängste“ der Job-Angst-Skala bei zu erreichenden Werten zwischen 0 und 4. Die Fragebogenerhebung wird derzeit durchgeführt. Ergebnisse werden im November zu berichten sein.



## **REHA-Routes – hinderliche und förderliche Faktoren für den Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation – Ergebnisse der qualitativen Gruppenbefragung von Mitarbeiter:innen aus Reha-Einrichtungen**

Eileen Wengemuth<sup>1</sup>, Lara Kleist<sup>1</sup>, Lukas Kühn<sup>1,2</sup> und Kyung-Eun (Anna) Choi<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Versorgungsforschung (ZVF-BB), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup>Center for Evidence Based Practice in Brandenburg, Brandenburg Medical School, Brandenburg an der Havel

<sup>3</sup>Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Neuruppin

<sup>4</sup>Health Services Research, Medical Imaging and Artificial Intelligences, Danube Universität, Fakultät für Medizin und Zahnmedizin, Österreich

**Hintergrund/ Fragestellung:** Gesundheitliche Einschränkungen wirken sich häufig auf das Berufsleben aus. So nehmen Arbeitsausfälle aufgrund chronischer Erkrankungen und krankheitsbedingte Erwerbslosigkeit in Deutschland deutlich zu. Rehabilitation verfolgt das Ziel, Menschen trotz gesundheitlicher Einschränkungen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Für die (Wieder-)Herstellung der Arbeitsfähigkeit gibt es spezielle berufliche Rehabilitations-Maßnahmen, sogenannte Leistungen zur Teilhabe an Arbeit. Dies können z.B. Umschulungen, Trainings- oder Erprobungsmaßnahmen, aber auch technische Hilfen sein. Solche Maßnahmen werden jedoch – vor allem in der Region Berlin-Brandenburg – zunehmend seltener beantragt und in Anspruch genommen. Im Fokus des Forschungsprojekts REHA-Routes steht die Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Konkret untersuchen wir, welche fördernden und hemmenden Faktoren aus der Perspektive unterschiedlicher Akteur:innen eine Rolle für einen erfolgreichen Übergang spielen.

**Methoden/ Material:** Um diese Fragestellung zu untersuchen, haben wir Fokusgruppen (und Gruppendiskussionen) mit Mitarbeiter:innen aus medizinischen wie beruflichen Reha-Einrichtungen durchgeführt. Außerdem sind qualitative und quantitative Befragungen von Rehabilitand:innen und ihren Angehörigen sowie eine Sekundärdatenanalyse geplant. Wir kooperieren mit drei medizinischen Rehabilitationskliniken und zwei Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation im Raum Berlin-Brandenburg.

**Ergebnisse:** Es wurden drei Fokusgruppen und eine Gruppendiskussion mit Mitarbeiter:innen

von Reha-Einrichtungen durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Als relevante Akteur:innen werden die Rentenversicherungen als Kostenträger:innen, die Rehabilitand:innen sowie die unterschiedlichen Professionen angehörenden Mitarbeitenden von Reha-Einrichtungen genannt. Als förderlich für den Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Reha wird u. a. die – teilweise allerdings ausgesetzte – persönliche Rehaberaturung wahrgenommen, als hinderlich z. B. die fehlende Rückmeldung über den weiteren Verlauf der Rehabilitand:innen. Die Fokusgruppen-Teilnehmer:innen haben teils positive, teils negative Erfahrungen mit bereits implementierten Modellprojekten gemacht. Auf Basis dieser Ergebnisse entwickeln wir eine Intervention, um den Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Reha zu verbessern, die wir in den kooperierenden Einrichtungen implementieren und evaluieren.

**Schlussfolgerungen:** Das Projekt verspricht Erkenntnisse darüber, wie das Schnittstellenmanagement zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation optimiert werden kann.

**Förderung:** Das Projekt wird von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Berlin-Brandenburg im Rahmen des Forschungsschwerpunkts „Berufliche Rehabilitation“ gefördert.

**Interessenkonflikte:** Das Projekt ist in der Nachwuchsgruppe „Versorgungsforschung/Rehabilitationswissenschaften“ (VeReNa) der MHB angesiedelt. Diese wurde in Kooperation mit der DRV Berlin-Brandenburg eingerichtet. Die Autor:innen versichern, keine konfligierenden Interessen zu haben.

## **Wir arbeiten hart und essen gut: Soziale Praktiken, Erfahrungen und Identifikationen von Menschen mit Adipositas und ihren Ärzten im ländlichen Brandenburg**

Lennart Gretschel<sup>1,2,x</sup>, Annika Wagner<sup>1,2,x</sup>, Stephan Gretschel<sup>2,3,4</sup>, Stefan Reinsch<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg, Medizinische Hochschule Brandenburg – Theodor Fontane, Universitätsklinikum Immanuel Klinik Rüdersdorf, Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup> IAG Adipositas – Metabolisches Syndrom in einer alternden Gesellschaft, Medizinische Hochschule Brandenburg, Rüdersdorf bei Berlin

<sup>3</sup> Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Hochschule Brandenburg – Theodor Fontane, Neuruppin, Deutschland

<sup>4</sup> Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Ruppiner-Brandenburg, Neuruppin, Deutschland

<sup>x</sup>Lennart Gretschel und Annika Wagner teilen sich die Erstautorenschaft

Adipositas ist eine Erkrankung mit hoher Prävalenz und potenziell schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen. Sowohl Ärzte als auch Patienten sind häufig mit dem Umgang mit Adipositas und dem rezidivierenden Charakter dieser chronischen Erkrankung unzufrieden. Die bisherige Forschung hat sich hauptsächlich entweder auf die Verhältnisse und sozialen Determinanten oder das Verhalten und die individuelle Verantwortung konzentriert. Um diese Dichotomie zu überwinden, untersuchen die sozialen Praktiken, Erfahrungen und Identifikationen von Menschen mit Adipositas und ihren Ärzten. Dafür führten wir 32 halbstrukturierte biografische Interviews mit Menschen mit Adipositas und ihren Ärzten durch. Wir konzentrieren uns auf das Land Brandenburg, eine dünn besiedelte ländliche Region im Osten Deutschlands. Die Region ist durch sozioökonomische Verwerfungen und eine Ausdünnung der Infrastruktur im Zuge der Wiedervereinigung von 1990 gekennzeichnet, weshalb Hausärzte oft die erste und einzige Anlaufstelle für Menschen mit Fettleibigkeit bieten. Gleichzeitig bestehen traditionelle Muster sozialer Praktiken wie das Essen fleischlastiger Mahlzeiten fort. Wir zeigen, dass Menschen mit Adipositas und ihre Ärzte unterschiedliche Affordanzen und Möglichkeiten in ihrem sozio-materiellen Umfeld wahrnehmen, um Gewicht zu verlieren oder zuzunehmen. Insbesondere die natürliche Umgebung wird hierfür als unterschiedlich zugänglich wahrgenommen. Andererseits wird die Teilnahme an sozialen Praktiken wie Kuchenessen und Grillen als verpflichtende Praktik angesehen, um Teil der ländlichen Gemeinschaft zu sein. Die Zugehörigkeit zu dieser Gemeinschaft muss beständig reproduziert werden. Was aus medizinischer Sicht als fettleibigkeitsfördernde Praktik angesehen werden kann, ist auch der Faden, der die Menschen in das soziale Gefüge einbindet und diese kleinen Gemeinschaften zusammenhält.

**Schlagerwörter:** Deutschland, Adipositas, Affordanzen, Ländlichkeit, Medizinische Grundversorgung, Soziale Praktiken

## Nutzung von Gesundheitsdaten im regionalen Kontext für die Gesundheitsplanung Brandenburgs – Ergebnisse einer Interviewstudie

Charlotte M. Kugler<sup>1,2</sup>, Daniela Koller<sup>3</sup>, Alexander Pachanov<sup>1,2</sup>, Felix Mühlensiepen<sup>2</sup>, Dawid Pieper<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Institut für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung (IVGF), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup> Zentrum für Versorgungsforschung, Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>3</sup> Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE), Ludwig-Maximilians-Universität München, München

**Hintergrund/Fragestellung:** International zeigte sich, dass gesundheitsbezogene Daten im regionalen Kontext selten für die Gesundheitsplanung genutzt werden sowie Schwierigkeiten in der Anwendung dieser Daten. In Brandenburg gibt es einige öffentlich verfügbare gesundheitsbezogene Daten, die aber bisher nicht in einem umfassenden Gesundheitsatlas zusammengefasst werden, wie teilweise in anderen Bundesländern. Die Studie untersuchte welche Datenquellen für die regionale Gesundheitsplanung in Brandenburg genutzt werden, welche Herausforderungen und Bedürfnisse dabei bestehen.

**Methoden:** Es wurden 16 semi-strukturierte Expert:inneninterviews mit Mitarbeitenden der Organisationen des sektorenübergreifenden Landesgremiums nach § 90a SGB V, Gesundheitsämter, Fachstelle Gesundheitsziele und des Arbeitskreises Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen geführt. Die Interviews fanden zwischen 05/2022 bis 03/2023 per Telefon oder Online statt. Die Datenauswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse.

**Ergebnisse:** Welche Datenquellen bekannt sind bzw. für die Gesundheitsplanung genutzt werden, hängt von persönlichem Wissen und personeller Ausstattung ab. Die Akteur:innen verwenden primär interne Daten; einige Akteur:innen nutzen

viele verschiedene Plattformen, Studien und Berichte. Regionale gesundheitsbezogene Daten werden genutzt, um eine verlässliche Planung von Versorgung/Maßnahmen vorzunehmen, Beschlüsse vorzubereiten, Verträge auszugestalten aber auch für Veranstaltungen und Anfragen aus der Politik oder Presse. Herausforderungen bestehen bei der Verfügbarkeit, Bekanntheit, Akzeptanz und Anwendbarkeit der Daten, Fähigkeiten zur Nutzung und auch der Nutzung selbst. Akteur:innen befürworteten oft eine regionale organisationsübergreifende Datenquelle, wenn der Nutzen für die Gesundheitsplanung gegenüber dem Aufwand überwiegt. Es bestanden allerdings Fragen bzgl. des Datenschutzes und einer gesetzlichen Grundlage.

**Schlussfolgerungen:** Viele Akteur:innen der Gesundheitsplanung nutzen vorwiegend interne Datenquellen; externe Datenquellen seien nicht verfügbar bzw. nicht kleinräumig genug, ihnen nicht bekannt oder werden aus Zeitmangel nicht genutzt. Eine Stärkung von Gesundheitskoordinator:innen mit sektorenübergreifenden Funktionen könnte eine Lösungsmöglichkeit darstellen. Für eine regionale, organisationsübergreifende Datenquelle bzw. ein regionales Monitoring müssten zunächst gemeinsame Ziele festgelegt und die Interoperabilität sichergestellt werden.

## Proof-of-Concept telemedizinergestützter Ultraschalluntersuchungen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung im ländlichen Raum

Tobias Kleemann<sup>1</sup>, Denise Müller<sup>1</sup>, Robert Freund<sup>2</sup>, Sven Pannach<sup>3,4</sup>, Dirk Briesemann<sup>5</sup>, Tina Diepelt<sup>6</sup>, Viktoria Ermisch<sup>7</sup>, Frank Tacke<sup>6</sup>, Marten Schulz<sup>8</sup>, Steffen Ortmann<sup>2</sup>

<sup>1</sup> IV. Medizinische Klinik, Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, Cottbus

<sup>2</sup> Thiem-Research GmbH, Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, Cottbus

<sup>3</sup> Department of Medical Informatics and Documentation, Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, Cottbus

<sup>4</sup> Innere Medizin, Naemi-Wilke-Stift Guben, Guben

<sup>5</sup> Chirurgische Klinik, Naemi-Wilke-Stift Guben, Guben

<sup>6</sup> Project and Development Center, Naemi-Wilke-Stift Guben, Guben

<sup>7</sup> Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Hepatologie und Gastroenterologie, Campus Charité

**Hintergrund:** Unklare Sonographiebefunde sind zumeist ohne adequate Ausbildung im transkutanen Ultraschall (TUS) schwer abzuklären. Dies kann unter Umständen zu Fehldiagnosen führen, welche das Outcome von Patient(inn)en in ländlichen Gebieten verschlechtern kann. Unnötige zusätzliche Diagnostik (z.B. CT, MRT) sowie unnötige Patiententransporte in Kliniken höherer Versorgungsstufen sind meist die Folge, verbunden mit entsprechend höheren Gesundheitskosten, Bindung von zusätzlichen personellen und materiellen Ressourcen sowie zusätzlichen Belastungen für die jeweiligen Patient(inn)en. Eine telemedizinische Assistenz im primären Ultraschall könnte daher zu entsprechenden Einsparungen im Gesundheitssystem führen.

**Methoden:** Es handelt sich um eine randomisierte, kontrollierte Studie im Parallelgruppendesign welche in 2 Zentren durchgeführt wird. Eine Supervision erfolgt durch ein drittes universitäres Zentrum. Jedes Zentrum führt den TUS mit der besten lokal vorhandenen Expertise durch. Die Patient(inn)en werden entsprechend der Indikation für einen TUS ausgewählt. Die Studie beinhaltet 3 Szenarien. Die exponierte Gruppe 1 entspricht einer telemedizinisch assistierten Kohorte durch eine(n) erfahrene(n) Untersucher(in) im TUS (DEGUM Level 2). Die nicht-exponierte Gruppe 2 entspricht einer nicht-telemedizinisch assistierten Kohorte, bei der ein TUS durch den/die entsprechende(n) Arzt/Ärztin durchge-

führt wird. Die exponierte Gruppe 3 entspricht einer Kohorte für telemedizinisch assistierte Lehrzwecke mit Demonstration von sonographischen Befunden an medizinisches Personal. Die Zielgröße aller 3 Gruppen liegt bei ca. 400 Patient(inn)en.

**Diskussion:** Die Studie dient der Evaluation, ob eine telemedizinische Assistenz durch eine(n) erfahrene(n) Untersucher(in) im TUS einer Präsenzuntersuchung durch eben diese(n) Untersucher(in) nicht unterlegen ist im Hinblick auf die technische Durchführbarkeit. Weiterhin wird untersucht, ob eine der beiden Gruppen überlegen ist im Hinblick auf wirtschaftliche Effizienz (z.B. Reduktion von Gesundheitskosten) sowie Sicherheit in einer oder mehreren sekundären Endpunkten (z.B. Patientenbelastung durch Verlegungen oder zusätzliche Untersuchungen). Eine Randomisierung erfolgt im Vorfeld und Patient(inn)en werden entsprechend der Indikation zu TUS eingeschlossen und in eine der beiden Gruppen 1 oder 2 randomisiert zugeordnet. Die 3. Gruppe mit einer geringen Anzahl von Patient(inn)en legt den Fokus auf die technische Durchführbarkeit von telemedizinischer Demonstration interessanter sonographischer Befunde an medizinisches Personal.

**Studienregistrierung:** DRKS-ID: DRKS00031803 (23.05.2023)

## Wie können Kampagnen zur Wissenschaftskommunikation genutzt werden? Erkenntnisse aus der SepsisWissen-Kampagne

Silke Piedmont<sup>1,2</sup>, Luisa Baier<sup>1</sup>, Nastja Ullrich<sup>1</sup>, Isabell Fitz<sup>1</sup>, Evjenia Toubekis<sup>2</sup>, Valentina Albrecht<sup>2</sup>, Edmund Neugebauer<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Brandenburg

<sup>2</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Hintergrund:** Gesundheitskampagnen sind eine Form der Wissenschaftskommunikation, die zum Ziel haben, wissenschaftliche Inhalte unter Einbindung von Massenmedien zielgruppenadäquat zu vermitteln. Im Projekt SepsisWissen wurden Risikogruppen in der Bevölkerung und Gesundheitsberufe im Rahmen einer Kampagne zur Sepsis-Prävention und -Früherkennung adressiert. Die Fragestellung ist, welche multimodalen Kampagnen-Angebote Gesundheitsberufe dazu befähigen, selbst besser und häufiger wissenschaftliche Erkenntnisse an ihre Patient\*innen zu vermitteln und wie diese und zukünftige Kampagnen optimiert werden können.

**Methode:** Es wurden 17 leitfaden-gestützte Interviews mit Gesundheitsberufen inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

**Ergebnisse:** Gesundheitsberufe äußern vielfach, dass Sepsis gegenüber ihren Patient\*innen nur schwer kommunizierbar sei, v.a. aufgrund der geringen Spezifität der Symptome und der eigenen, fehlenden Kommunikationskompetenz. Mehrere Personen wünschen sich daher, dass Fortbildungen auch vermitteln, wie sie Sepsis-Wissen kommunizieren können. Laienverständliche und eindeutig werbefreie Flyer und Checklisten werden als erleichterndes, aber oft nicht hinreichendes Instrument bewertet.

Es besteht vielfach die Befürchtung, dass schlechte Kampagnen zu Mehraufwand für die Gesundheitsberufe führen, wenn Patient\*innen aufgrund unspezifischer oder dramatischer Botschaften zu

häufig Angst kriegen, dass eine Sepsis vorliegt. Da Sepsis ein Notfall ist, müssen Kampagnen-Inhalte zugleich in der Lage sein, Desinteresse und Beratungsresistenz zu überwinden, bevor präventive Interventionsspielräume vertan sind bzw. Personen sich erst aufgrund persönlicher Betroffenheit dafür interessieren. Insgesamt spricht sich der Großteil der Befragten für öffentliche Aufklärungsmaßnahmen aus, da der Informationsbedarf der Bevölkerung nicht allein durch Gesundheitsberufe zu decken sei und Sepsis bisher noch zu wenig mediale Präsenz erhalte. Mehrere Personen äußern, dass bevölkerungsweite Kampagnen auch bei ihnen selbst den positiven Effekt der „Erinnerung“ an das Thema Sepsis auslösen.

Zugleich bemängeln Interviewte, dass es an grundlegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen fehle, z.B. welches Sepsis-Screening tool zu bevorzugen ist. So ist in den Interviews erkennbar, dass Wissenschaft selbst oftmals nicht in der Lage ist, klare Handlungsempfehlungen für Versorger\*innen und die Bevölkerung zu formulieren.

**Schlussfolgerung:** Von öffentlichen Kampagnen können sowohl die allgemeine Bevölkerung als auch die Gesundheitsberufe selbst profitieren. Wichtig sind hierbei insbesondere ein interessenkonfliktfreier Sender der Kampagne sowie eine Botschaft, die ein gutes Maß an persönlicher Betroffenheit durch Sepsis und zugleich Handhabbarkeit der Sepsis vermittelt. Aktuell bestehen Kommunikationsdefizite zwischen Wissenschaft und Gesundheitsberufen sowie zwischen Gesundheitsberufen und Patient\*innen.

# Angemessenheit von Bewegungstherapie in der Versorgung von chronisch, unspezifischen Kreuzschmerzen: Horizontale Online-Umfrage physiotherapeutischer Praxis in Deutschland

Lukas Kühn<sup>1</sup>, Diane Rosen<sup>2</sup>, Nils Reiter<sup>2,3</sup>, Robert Prill<sup>4,5,6</sup>, Kyung-Eun (Anna) Choi<sup>1,6,7</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup>Alice Salomon Hochschule, Berlin

<sup>3</sup>PhysioBib GgR, Berlin

<sup>4</sup>Zentrum für Orthopädie und Traumatologie, Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel, Brandenburg an der Havel

<sup>5</sup>Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor-Fontane), Neuruppin

<sup>6</sup>Center for Evidence Based Practice in Brandenburg, Brandenburg Medical School, Brandenburg an der Havel

<sup>7</sup>Health Services Research, Medical Imaging and Artificial Intelligences, Danube Universität, Fakultät für Medizin und Zahnmedizin, Österreich

**Hintergrund / Fragestellung:** In Deutschland ist Bewegungstherapie die am häufigsten verordnete physiotherapeutische Leistung bei unspezifischen, chronischen Kreuzschmerzen (NSCLBP). Leider ist nur wenig über die gegenwärtige Praxis deutscher Physiotherapeut\*innen bei der Durchführung dieser Leistung bekannt. Ziel der Befragung war es daher zu untersuchen, wie Bewegungstherapie bei NSCLBP angeboten wird und welche personenbezogenen Einflussfaktoren eine angemessene Darreichungsform determinieren.

**Methoden / Material:** In diese horizontale Online-Umfrage wurden Personen mit physiotherapeutischem Berufsabschluss und derzeitiger Berufsausübung in Deutschland eingeschlossen. Die Rekrutierung erfolgte über etablierte deutsche Physiotherapienetze, Bildungsplattformen, soziale Medien und E-Mail Listen. Über eine validierte Fallvignette wurden selbst berichtete Aussagen zur (1) partizipativen Entscheidungsfindung, (2) Art und (3) Dosis der Bewegungstherapie, (4) Schmerzwissen und (5) Selbstmanagement-Förderung exploriert. Die Angemessenheit der Bewegungstherapie wurde über einen Schwellenwert einer deskriptiven Summenwertskala ermittelt (> 80% = angemessen; 50%-79% = teilweise angemessen; <50% = unangemessen). Einflussfaktoren wurden mittels explorativer, bivariater und multipler, linearer Regressionsanalysen bestimmt.

**Ergebnisse:** 298 Physiotherapeut\*innen wurden in die Analyse eingeschlossen. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 45.2 Jahre ( $\pm 13.6$ ) und 65.7% waren weiblich. 93.3% der Befragten arbeiteten im ambulanten Versorgungssektor und 59,6% gaben an, selbstständig zu sein. Angaben von 11,9% der Befragten wurden als angemessen eingestuft. Angaben von 83,3% der Befragten wurden als teilweise angemessen und 4,8% als unangemessen eingestuft. Robuste Einflussfaktoren auf eine angemessene Darreichung von Bewegungstherapie waren eine höhere Leseroutine wissenschaftlicher Fachzeitschriften, eine höhere durchschnittliche Befunderhebungszeit, eine höhere selbst eingeschätzte Behandlungskompetenz und eine geringere Berufserfahrung.

**Schlussfolgerungen:** Nach der Auswertung der Selbstauskunft, reicht nur rund ein Zehntel der Befragten Bewegungstherapie bei NSCLBP-Patient\*innen angemessen dar. Mehr Zeit in der diagnostischen Befunderhebung, eine Affinität zur Wissenschaftlichkeit sowie Vertrauen in die eigene Behandlungskompetenz schienen zu einer angemessenen Darreichung von Bewegungstherapie beizutragen. Ferner deutet die Analyse darauf hin, dass Berufsanfänger\*innen zeitgemäße physiotherapeutische Ausbildungsinhalte erhalten.

## **Einfluss von Patientenerwartungen auf ein medizinisches Rehabilitationsprogramm bei chronischen Rückenschmerzen – Monozentrische Beobachtungsstudie mit Mixed-Methods Design (ExBackTation)**

Lukas Kühn<sup>1,2,3</sup>, Lara Kleist<sup>1</sup>, Eileen Wengemuth<sup>1</sup>, Kyung-Eun (Anna) Choi<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Versorgungsforschung (ZVF-BB), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup>Center for Evidence Based Practice in Brandenburg, Brandenburg Medical School, Brandenburg an der Havel

<sup>3</sup>Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Neuruppin

<sup>4</sup>Health Services Research, Medical Imaging and Artificial Intelligences, Danube Universität, Fakultät für Medizin und Zahnmedizin, Österreich

**Hintergrund /Fragestellung:** Ziel der Studie war, Glaubenssätze und Erwartungen von Menschen mit unspezifischen, chronischen Kreuzschmerzen (NSCLBP) an die stationär, medizinische Rehabilitation zu explorieren. Mögliche Zusammenhänge identifizierter Glaubenssätze und Erwartungen auf erlebte Behandlungserfolge, der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und dem bewegungsbezogenen Gesundheitsverhalten standen hierbei im Fokus.

**Methode / Material:** ExBackTation ist eine monozentrische Beobachtungsstudie mit sequentiellem Mixed Methods Design. In der ersten Studienphase wurden narrative, semi-strukturierte Interviews mit NSCLBP-Patient\*innen und dem Personal einer Rehabilitationsklinik aus Brandenburg durchgeführt. Die Rekrutierung der Interviewteilnehmenden erfolgte zwischen Juni und Oktober 2022. Interviews wurden deduktiv ausgewertet, indem das sozial kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (HAPA) mit der Integrierten Theorie der Gesundheitsverhaltensänderung nach Ryan und dem Qualitätsmodell nach Donabedian kombiniert wurden. In der zweiten Studienphase wurde zwischen Mai und September 2023 eine standardisierte horizontale Fragebogenerhebung durchgeführt. Es wurden Angaben zu selbst eingeschätzten körperlichen Einschränkungen, schmerzbezogenen Ängsten, dem Selbstvertrauen im Umgang mit chronischen

Erkrankungen, der Behandlungszufriedenheit, Struktur- Prozess- und Ergebniserwartungen, subjektiv erlebten Behandlungseffekten, der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie dem persönlichen Bewegungsverhalten exploriert. Die Auswertung ist deskriptiv angelegt.

**Ergebnisse:** 22 Interviews wurden durchgeführt. Das Durchschnittsalter der Patient\*innen betrug 46,1 Jahre ( $\pm 12,1$  Jahre) und 61,1% waren weiblich. Laut Patient\*innen stellte die Bewegungstherapie ein Kernelement der rehabilitativen Versorgungsleistung dar. Diesbezüglich wurden Bedürfnisse nach Sicherheit, Selbstwirksamkeitserfahrungen, individualisierten Bewegungsprogrammen und Selbstmanagementstrategien postuliert. Der Rehabilitationsaufenthalt schien eher Erwartungen an die motivationale Phase von Gesundheitsverhaltensänderung zu erfüllen. Erwartungen der volitionalen Phase blieben weitestgehend unerfüllt. Negative Glaubenssätze wurden insbesondere in einem biomedizinischen Verständnis von NSCLBP deutlich. Die Ergebnisse des quantitativen Studienteils sind ausstehend und werden im November 2023 zu berichten sein.

**Schlussfolgerungen:** ExBackTation liefert das Potential, Hinweise auf Versorgungslücken von NSCLBP Patient\*innen in der medizinischen Rehabilitation zu geben.

## Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen (DIGA) urologischer Patient:innen

Rashid Al Sliman<sup>1</sup>, Anna L Heinrichs<sup>1</sup>, Katharina Schüler<sup>1</sup>, Julian P Struck<sup>1</sup>, Hendrik Borgmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel, Brandenburg an der Havel

**Hintergrund:** Der Digitalisierungsprozess in der Medizin beeinflusst zunehmend den Alltag urologischer Patient:innen. Wie und in welchem Umfang die digitalen Gesundheitsanwendungen (DIGAs) unter urologischen Patient:innen genutzt werden, ist bisher nicht eruiert und Gegenstand dieser Untersuchung.

**Methoden:** Nach Literatur-Recherche wurde über die Onlineplattform SurveyMonkey ein aus 39 Fragen bestehender Fragebogen entworfen. Dieser wurde über urologische Selbsthilfegruppen an 12.700 Patienten deutschlandweit versandt. Es handelt sich um erste deskriptive Daten einer laufenden Umfrage.

**Ergebnisse:** 164 Patient:innen nahmen an der Umfrage teil. 72% der Befragten gaben an, das Internet mehrmals täglich zu nutzen. In Bezug auf Social-Media- Plattformen nutzen 53% der Befragten YouTube und 35% Facebook. Ziel der Suche im Internet ist bei 70% der Patient:innen die Informationsgewinnung zu Behandlungsmöglichkeiten, bei 49% die Suche nach Krankheitsbildern und 47% nach Selbsthilfegruppen. Auf einer Likert-Skala von 1-10 wurde das Vertrauen in Online-Gesundheitsinformationen im Mittel mit 5,4 bewertet. 66% der Befragten wünschen sich,

dass Ihre Krankheitsgeschichte dem betreuenden Arzt bereits vor dem Besuch elektronisch vorliegt, während 13% dies aus Datenschutzgründen ablehnen. 46% der Teilnehmer:innen glauben daran, dass die Nutzung von Internet und digitalen Medien zur Verbesserung der Gesundheit beiträgt. Dass die Digitalisierung in der Medizin eine wichtige Zukunftsaufgabe darstellt bewerteten die Befragten im Mittel mit 7 auf der Likert-Skala von 1 bis 10. Mehr als die Hälfte der Patient:innen (62%) sind bereit, ihre Gesundheitsdaten aktiv in Apps einzugeben. Die Mehrheit der Befragten (87%) würde medizinische Apps nach Empfehlungen ihrer behandelnden Ärzt:innen nutzen.

**Fazit:** Urologische Patient:innen zeigen eine hohe Bereitschaft, das Internet und DIGAs zu nutzen. Unsicherheiten bestehen bezüglich des Datenschutzes und der Verlässlichkeit der Onlinequellen. Eine deutliche Mehrheit würde medizinische Apps auf ärztliche Empfehlung hin gebrauchen. Somit entsteht hier ein Markt, den Urolog:innen zum Wohle ihrer Patient:innen nutzen sollten.

**Keywords:** mHealth, eHealth, Digital Health, survey, Digital Radar, DIGAs



## Subjektive Erwerbsaussichten von Patient\*innen in der kardiologischen, onkologischen und orthopädischen Anschlussrehabilitation: eine qualitative Vergleichsstudie

Machteld Luizink-Dogan<sup>1</sup>, Nataliia Brehmer<sup>1</sup>, Heinz Völler<sup>1,2</sup>, Annett Salzwedel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Professur für Rehabilitationsmedizin, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Universität Potsdam, Potsdam

<sup>2</sup> Klinik am See, Rehabilitationsklinik für Innere Medizin, Rüdersdorf bei Berlin

**Hintergrund und Fragestellung:** Eine von Patient\*innen in der Anschlussrehabilitation selbst als negativ eingeschätzte subjektive Erwerbsprognose (nSE) ist mit einer reduzierten Wahrscheinlichkeit erfolgreicher Rückkehr in die Berufstätigkeit assoziiert. Eine Voruntersuchung der Arbeitsgruppe zeigte, dass die nSE kardiologischer Rehabilitand\*innen von komplexen psychosozialen Faktoren (z. B. Herzangst, Lebensstilveränderung) geprägt ist. In dieser Studie wird der Frage nachgegangen, inwieweit die nSE der Patient\*innen unterschiedlicher Krankheitsentitäten in der Anschlussrehabilitation generische bzw. indikationsspezifische zugrundeliegende Aspekte aufweist.

**Methoden und Material:** Die qualitative Vergleichsstudie ist nach der deduktiv-induktiven Flexible-Pattern-Matching-Methode konzipiert. Vor der Datenerhebung wurde auf Grundlage einer Literaturrecherche sowie der Vorstudie apriori ein theoretisches Modell zur Abbildung der nSE und ein Interviewleitfaden erstellt. Die Interviewfragen wurden nicht suggestiv formuliert, um induktive Ergänzung bzw. Anpassung des theoretischen Modells um die Erkenntnisse aus qualitativen Interviews zu ermöglichen. Für die Datenerhebung sind ca. 50 persönliche Einzelinterviews mit Patient\*innen in der kardiologischen (n = 20), onkologischen (n = 15) und orthopädischen (n = 15) Anschlussrehabilitation sowie ca.

30 telefonische Interviews 6 Monate nach der Entlassung geplant. Die Stichprobenauswahl erfolgt durch vordefinierte Ein- (Alter 18-60 Jahre, eine nSE) und Ausschlusskriterien (lange Arbeitslosigkeitsepisoden, vorgezogene Altersrente) mittels theoretischen Samplings mit einer kontinuierlichen Anpassung der Stichprobe zwecks Theoriebildung sowie einer angestrebten Heterogenität der Stichprobe (z. B. Alter, Berufsgruppe). Alle Interviews werden softwaregestützt transkribiert, kodiert und ausgewertet. Die Auswertung fokussiert auf den Vergleich der qualitativen Daten untereinander angesichts der indikationsspezifischen sowie generischen Aspekte der nSE und auf Erarbeitung eines finalen deduktiv-induktiven theoretischen Modells.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden die generischen und indikationsspezifischen Aspekte der nSE von kardiologischen, onkologischen sowie orthopädischen Patient\*innen abbilden und als Grundlage für die Erstellung der Handlungsempfehlungen in der Rehabilitationspraxis dienen. Die ersten Teilnehmer\*innen werden im September 2023 eingeschlossen.

**Interessekonflikte:** Es bestehen keine Interessekonflikte.

## Projektvorstellung: Entwicklung eines digitalen ethischen Beratungsangebotes in Brandenburg

Joschka Haltaufderheide<sup>1</sup>, Florian Funer<sup>2</sup>, Hans-Jörg Ehni<sup>2</sup>, Urban Wiesing<sup>2</sup> & Robert Ranisch<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Gemeinsame Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Universität Potsdam

<sup>2</sup> Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsklinikum Tübingen

**Hintergrund:** Angebote der Ethikberatung werden im Versorgungsalltag zunehmend eingesetzt. Sie werden von Angehörigen der Gesundheitsberufe als wertvolle Ressource in schwierigen Behandlungssituationen geschätzt, können die Zufriedenheit von Patient:innen erhöhen und zur Findung ethisch angemessener Entscheidungen beitragen. Wesentliche Unterschiede bestehen in der Versorgungsdichte. Dies betrifft kleinere und ländliche Versorgungseinheiten, in denen aufgrund geringer Fallzahlen, mangelnder Expertise oder fehlenden Strukturen keine Beratungsangebote vorgehalten werden. Weiterhin bestehen Lücken in der ambulanten Versorgung, bei der in der Regel keinerlei Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen. Digitale ethische Beratungsformate können helfen, diese Lücke zu schließen. Während der Coronapandemie sind entsprechende Formate erstmals in größerem Umfang eingerichtet und erprobt worden. Noch existieren allerdings keine systematischen Ansätze unter wissenschaftlicher Begleitung, die Erfahrungen hinsichtlich der strukturellen, kommunikativen und inhaltlichen Besonderheiten aufnehmen und Modelle für eine weitere Implementierung digitaler Beratungsangebote entwickeln. Vor diesem Hintergrund strebt das Netzwerk digitale Medizinethik (DiMEN) die Entwicklung von Strukturen, Konzepten und Ausbildungsangeboten der digitalen Ethikberatung in der Modellregion Brandenburg an.

**Methoden/Materialien:** Die Modellregion Brandenburg ist aufgrund ihrer geographischen und demographischen Struktur in besonderer Weise für das geplante Vorgehen geeignet. Entsprechende Angebote einer Ethikberatung stellen hier zudem ein Desiderat dar. Die Durchführung wird von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe koordiniert und begleitet. Diese entwickelt ein Beratungsmodell auf der Grundlage von sechs Teilschritten. Beginnend mit einer Bedarfs- und Anforderungsanalyse werden relevante Akteure identifiziert und ein Netzwerk lokaler Partner:innen aufgebaut. Nachfolgend werden die infrastrukturellen und technischen Voraussetzungen für ein entsprechendes Angebot geschaffen. In einer Erprobungsphase wird das Beratungsangebot pilotiert und nach zuvor entwickelten Standards evaluiert. Auf der Grundlage dieser Erfahrungen sollen strukturierte Schulungsangebote für Ethikberater:innen entstehen, die für die besondere Situation digitaler Beratung ausbilden. Abschließend wird das Angebot im Rahmen eines Bürger:innen-Dialogs vorgestellt und durch lokale Akteure bei der Entwicklung und Verstetigung unterstützt.

**Interessenkonflikte:** Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

**Förderung:** Das Netzwerks digitale Medizinethik (DiMEN) wird von der Volkswagenstiftung gefördert (9B 233)

## Soziale Medien in der Myositis-Betreuung - Eine explorative Mixed-Methods-Studie unter Myositis-Patient:innen (SociMyo)

Felix Mühlensiepen<sup>1</sup>, Susann May<sup>1</sup>, Katharina Boy<sup>1</sup>, Johannes Knitza<sup>2</sup>, Latika Gupta<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Versorgungsforschung, Medizinische Hochschule Brandenburg, Rüdersdorf

<sup>2</sup>Institut für Digitale Medizin, Universitätskrankenhaus Gießen und Marburg, Philipps Universität Marburg, Marburg

<sup>3</sup>Department of Rheumatology, Royal Wolverhampton Hospitals NHS Trust, Wolverhampton, United Kingdom

**Hintergrund/Fragestellung:** Myositiden, eine Gruppe von autoimmunen und entzündlichen Muskelerkrankungen, stellen sowohl Betroffene als auch medizinische Fachkräfte vor erhebliche Herausforderungen. Die Vielschichtigkeit der Myositiden erfordert eine langfristige Therapie, kontinuierliche Überwachung und den Zugang zu präzisen und aktuellen Informationen. In den jüngsten Jahren haben sich Social Media Plattformen als wirkungsvolle Werkzeuge erwiesen, um gesundheitsrelevante Informationen zu verbreiten, Evidenz zu kommunizieren, Patient:innen mit ähnlichen Erkrankungen zu vernetzen und emotionale Unterstützung zu bieten. Daher haben die potenziellen Auswirkungen von Social Media auf die Behandlung von Myositiden bei Betroffenen, Forschenden und medizinischen Fachkräften erhebliches Interesse geweckt.

Ziel dieser Studie ist es, die Rolle der Nutzung von Social Media im Rahmen der Myositis-Versorgung zu untersuchen und ihren Einfluss auf verschiedene Aspekte wie Informationsaustausch, emotionale Unterstützung, Selbstmanagement und Kommunikation zwischen Patient:innen und medizinischen Fachkräften zu prüfen. - Wie werden soziale Medien von Patient:innen und medizinischen Fachkräften in der Myositis-Versorgung

genutzt? - Welche Aspekte der Myositis-Versorgung werden in sozialen Medien diskutiert? - Welche Risiken und Hindernisse für die Nutzung sozialer Medien sehen die Nutzer:innen? - Welche Potenziale sehen die Nutzer:innen?

**Methoden/Material:** Zur Beantwortung dieser Fragen wird ein methodenübergreifender Ansatz verfolgt:

AP I: Explorative qualitative Telefoninterviews mit Patient:innen und Patientenvertreter:innen (n=20) über die Rolle sozialer Medien in der Myositisversorgung.

AP II: Sekundäranalyse der COVAD-Daten (Globales Survey mit RMD-Patient:innen: Deskriptive und BMA-Analyse zur Identifizierung von Faktoren, die positiv und negativ mit der Nutzung sozialer Medien in der Myositis-Versorgung verbunden sind.

AP III: Qualitative Analyse von Social-Media-Daten (Twitter) zur Identifizierung von Themen, die in den sozialen Medien diskutiert werden.

Status quo (08/2023): Es wurden drei Pilotinterviews für AP I geführt.

**Interessenkonflikte:** keine.

## Laparoskopische vs. offene chirurgische Reparatur von subxiphoidalen Hernien nach medianer Sternotomie für Koronarbypass - Analyse des Herniamed-Registers

Mateusz Trawa<sup>1</sup>, Hendrik C Albrecht<sup>1</sup>, Ferdinand Köckerling<sup>2</sup>, Hartwig Riediger<sup>2</sup>, Daniela Adolf<sup>3</sup>, Stephan Gretschel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Universitätsklinikum Ruppiner-Brandenburg (ukrb), Klinik für Allgemein-, Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Neuruppin

<sup>2</sup>Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin

<sup>3</sup>StatConsult Gesellschaft für klinische und Versorgungsforschung mbH, Magdeburg

**Hintergrund:** Das Risiko für die Entwicklung einer Leistenhernie nach einer radikalen Prostatektomie ist vierfach höher im Vergleich zu nicht voroperierten Patienten. Die laparoskopische Reparatur nach vorheriger radikaler Prostatektomie gilt als komplex. Daher wird in den Leitlinien die offene Lichtenstein-Reparatur empfohlen. Bislang gibt es nur wenige Daten über die Reparatur von Leistenhernien nach vorheriger Prostatektomie.

**Methoden:** In einer retrospektiven Analyse des Herniamed-Registers wurden die Ergebnisse von 255 182 primären elektiven unilateralen Leistenhernienreparaturen mit denen von 12 465 Patienten mit vorheriger radikaler Prostatektomie in Bezug auf die Operationstechnik verglichen. Außerdem wurden die Ergebnisse von laparoskopischen und offenen Lichtenstein-Reparaturtechniken bei den 12 465 Patienten nach vorheriger radikaler Prostatektomie direkt miteinander verglichen.

**Ergebnisse:** Der Vergleich der perioperativen Komplikationsraten für primäre elektive unilaterale Leistenhernienreparaturen mit und ohne vorherige radikale Prostatektomie zeigte für die

laparoskopischen Techniken signifikant höhere intraoperative Komplikationen (2,1 % vs. 0,9 %;  $p < 0,001$ ), postoperative Komplikationen (3,2 % vs. 1,9 %;  $p < 0,001$ ) und komplikationsbedingte Reoperationen (1,1 % vs. 0,7 %;  $p = 0,0442$ ) zum Nachteil der vorherigen Prostatektomie. Bei der Lichtenstein-Reparatur wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Ein direkter Vergleich der laparoskopischen mit der offenen Lichtenstein-Technik zur Leistenhernienreparatur nach vorheriger radikaler Prostatektomie ergab signifikant mehr intraoperative Komplikationen für TEP und TAPP (2,1 % vs. 0,6 %;  $p < 0,001$ ), aber mehr postoperative Komplikationen (4,8 % vs. 3,2 %;  $p < 0,001$ ) und komplikationsbedingte Reoperationen (1,8 % vs. 1,1 %;  $p = 0,003$ ) für die offene Lichtenstein-Reparatur.

**Schlussfolgerungen:** Da es keine eindeutigen Vorteile für die laparoskopische gegenüber der offenen Lichtenstein-Technik bei der Leistenhernienreparatur nach vorheriger radikaler Prostatektomie gibt, kann sich der Chirurg je nach seiner Erfahrung für die eine oder andere Technik entscheiden.

## Ergebnisse der Leistenhernienreparation nach vorangegangener radikaler Prostatektomie: eine registerbasierte Analyse mit 12 465 Patienten

Mateusz Trawa<sup>1</sup>, Hendrik C Albrecht<sup>1</sup>, Ferdinand Köckerling<sup>2</sup>, Hartwig Riediger<sup>2</sup>, Daniela Adolf<sup>3</sup>, Stephan Gretschel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Universitätsklinikum Ruppiner-Brandenburg (ukrb), Klinik für Allgemein-, Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Neuruppin

<sup>2</sup>Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin

<sup>3</sup>StatConsult Gesellschaft für klinische und Versorgungsforschung mbH, Magdeburg

**Hintergrund:** Das Risiko für die Entwicklung einer Leistenhernie nach einer radikalen Prostatektomie ist vierfach höher im Vergleich zu nicht voroperierten Patienten. Die laparoskopische Reparatur nach vorheriger radikaler Prostatektomie gilt als komplex. Daher wird in den Leitlinien die offene Lichtenstein-Reparatur empfohlen. Bislang gibt es nur wenige Daten über die Reparatur von Leistenhernien nach vorheriger Prostatektomie.

**Methoden:** In einer retrospektiven Analyse des Herniamed-Registers wurden die Ergebnisse von 255 182 primären elektiven unilateralen Leistenhernienreparaturen mit denen von 12 465 Patienten mit vorheriger radikaler Prostatektomie in Bezug auf die Operationstechnik verglichen. Außerdem wurden die Ergebnisse von laparoskopischen und offenen Lichtenstein-Reparaturtechniken bei den 12 465 Patienten nach vorheriger radikaler Prostatektomie direkt miteinander verglichen.

**Ergebnisse:** Der Vergleich der perioperativen Komplikationsraten für primäre elektive unilaterale Leistenhernienreparaturen mit und ohne vorherige radikale Prostatektomie zeigte für die

laparoskopischen Techniken signifikant höhere intraoperative Komplikationen (2,1 % vs. 0,9 %;  $p < 0,001$ ), postoperative Komplikationen (3,2 % vs. 1,9 %;  $p < 0,001$ ) und komplikationsbedingte Reoperationen (1,1 % vs. 0,7 %;  $p = 0,0442$ ) zum Nachteil der vorherigen Prostatektomie. Bei der Lichtenstein-Reparatur wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Ein direkter Vergleich der laparoskopischen mit der offenen Lichtenstein-Technik zur Leistenhernienreparatur nach vorheriger radikaler Prostatektomie ergab signifikant mehr intraoperative Komplikationen für TEP und TAPP (2,1 % vs. 0,6 %;  $p < 0,001$ ), aber mehr postoperative Komplikationen (4,8 % vs. 3,2 %;  $p < 0,001$ ) und komplikationsbedingte Reoperationen (1,8 % vs. 1,1 %;  $p = 0,003$ ) für die offene Lichtenstein-Reparatur.

**Schlussfolgerungen:** Da es keine eindeutigen Vorteile für die laparoskopische gegenüber der offenen Lichtenstein-Technik bei der Leistenhernienreparatur nach vorheriger radikaler Prostatektomie gibt, kann sich der Chirurg je nach seiner Erfahrung für die eine oder andere Technik entscheiden.

## Adipositasversorgung in Brandenburg – aus niedergelassener Perspektive

Julia Scharfe<sup>1,2</sup>, Ulf Elbelt<sup>3</sup>, Stephan Gretschel<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Institut für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung (IVGF), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup> Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>3</sup> Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Ruppin-Brandenburg, Neuruppin

**Hintergrund/Fragestellung:** In Deutschland sind rund 19% der Erwachsenen adipös. Für Brandenburg liegt die Zahl der an Adipositas erkrankten Personen überdurchschnittlich hoch bei 23,3%. Adipositas kann eine Vielzahl an gesundheitlichen Beschwerden verursachen. Die mit Adipositas verbundenen Folgeerkrankungen belasten nicht nur die Betroffenen, sondern auch das Gesundheits- und Sozialsystem.

Wir erfragten bei primärärztlichen Versorger\*innen die Behandlungsvoraussetzungen und die Therapiemöglichkeiten adipöser Patient\*innen. Dabei interessierte uns auch, inwieweit Erfahrungen mit bariatrisch operierten Patient\*innen bestehen und welche Unterstützungsbedarfe bei der Therapie der Adipositas im Rahmen der primärärztlichen Versorgung in Brandenburg bestehen.

**Methode:** Die Befragung erfolgte über den Versand von 231 teilstandardisierten Fragebögen an primärärztliche Versorger\*innen in Brandenburg. Die Fragebögen wurden anschließend statistisch, der offene Antwortbereich qualitativ analysiert.

**Erste Ergebnisse:** An der Befragung haben insgesamt 95 niedergelassene Ärzt\*innen teilgenommen. 68,4% davon waren im hausärztlichen Ver-

sorgungsbereich tätig. 43,9% der Ärzt\*innen schätzten ihre Qualifikation bezüglich der Behandlung von Adipositas als „sehr gut“ oder „gut“ ein. 16,9% der Antwortenden fühlten sich unzureichend für die Behandlung adipöser Patient\*innen qualifiziert. Ärzt\*innen, die sich als „sehr gut“ qualifiziert einschätzten (7,9%), gaben vergleichsweise häufig an, Medikamente und DiGAs zu verordnen sowie an Adipositas-Zentren zu verweisen. Weniger als die Hälfte der Befragten (43,2 %) kooperierte mit einem Adipositaszentrum. Im Durchschnitt behandelten Antwortende, die Erfahrung mit der Betreuung von bariatrisch operierten Patient\*innen hatten (81,3%), 6,5 solcher Patient\*innen.

Die Befragten wünschten sich vor allem konkrete Unterstützungsangebote für ihre adipösen Patient\*innen.

**Schlussfolgerungen:** Die selbsteingeschätzte Qualifikation der primärärztlich tätigen Ärzt\*innen in Brandenburg hinsichtlich der Behandlung von Adipositas sowie die Kooperation mit Adipositaszentren sind, genauso wie die Therapieangebote für adipöse Patient\*innen, ausbaufähig.

**Interessenkonflikte:** Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

## Ältere PatientInnen in der Rehabilitation: von der Forschung vergessen?

Theo Taxis<sup>1</sup>, Hanna Stein<sup>1</sup>, Omar Baritello<sup>1</sup>, Jakob Tim Hainel<sup>1</sup>, Saskia Schöpe<sup>1</sup>, Heinz Völler<sup>1,2</sup>, Annett Salzwedel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Professur für Rehabilitationsmedizin, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Universität Potsdam, Potsdam

<sup>2</sup> Klinik am See, Rehabilitationszentrum für Innere Medizin, Rüdersdorf bei Berlin

**Hintergrund/Fragestellung:** Der Gesundheitszustand älterer PatientInnen ist nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von altersspezifischen Erkrankungen häufig durch eine deutlich eingeschränkte funktionale Gesundheit gekennzeichnet. Die multimodale Rehabilitation (MR) gilt als geeigneter Ansatz zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit, jedoch ist die Wirksamkeit der MR zur Verbesserung funktionsbezogener Endpunkte (z.B. Pflegebedürftigkeit) dieser PatientInnen noch nicht geklärt. Diese Studie soll die verfügbare Evidenz für die Auswirkungen der MR auf die Selbständigkeit und die Funktionsfähigkeit älterer PatientInnen erfassen.

**Methoden/Material:** Die Datenbanken PubMed, Cochrane Library, ICTRP Search Plattform und ClinicalTrials wurden systematisch nach Studien durchsucht, die eine MR (z.B. sport- und psychotherapeutische Maßnahmen) mit der üblichen Versorgung bei PatientInnen vergleichen, die durchschnittlich  $\geq 75$  Jahre alt waren und wegen altersbedingter Erkrankungen oder Ereignissen in einem der Fachgebiete Orthopädie, Onkologie, Kardiologie oder Neurologie stationär behandelt wurden. Randomisierte kontrollierte Studien sowie prospektive und retrospektive, kontrollierte Kohortenstudien wurden ohne sprachliche und zeitliche Einschränkung berücksichtigt. Den primären Endpunkt stellt die Pflegebedürftigkeit nach einem Follow-up von mindestens 6 Mona-

ten dar. Körperliche Funktionsfähigkeit (z.B. Timed Up-and-Go Test), HRQL (Gesundheitsbezogene Lebensqualität), ADL (Aktivitäten des täglichen Lebens), Rehospitalisierung und Mortalität wurden zudem als sekundäre Endpunkte untersucht.

**Ergebnisse:** Es konnten keinerlei Studien, die den benannten Einschlusskriterien entsprechen, identifiziert werden. Häufigster Ausschlussgrund waren eine zu junge Population ( $< 75$  J.), fehlende Hospitalisierung bzw. eine nicht passende Intervention. Zudem wurden Inhalte sowie Zielstellung der MR in den Fachgebieten und im internationalen Vergleich unterschiedlich definiert. Insgesamt ergibt sich eine sehr heterogene Studienlage, die ältere PatientInnen außerhalb der geriatrischen Rehabilitation nicht repräsentiert.

**Schlussfolgerungen:** Es konnte eine deutliche Unterrepräsentation älterer PatientInnen in den Studien zur Wirksamkeit einer MR festgestellt werden. Zudem besteht kein international einheitliches Verständnis einer MR. Es ist daher zwingend notwendig die Forschung über die funktionelle Gesundheit älterer PatientInnen mit einer MR nach den Empfehlungen der WHO voranzutreiben.

**Interessenkonflikte:** Es bestehen keine Interessenkonflikte.

## Genetische Signatur der Gebrechlichkeit bei älteren PatientInnen mit Herzerkrankungen

Omar Baritello<sup>1,2</sup>, Heike Vogel<sup>2,6</sup>, Simon H Sündermann<sup>3,4,5</sup>, Heinz Völler<sup>1,7</sup>, K. Espinosa-Garnica<sup>3,4</sup>, Annett Salzwedel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Rehabilitationsmedizin, Gesundheitswissenschaftliche Fakultät Brandenburg, Universität Potsdam

<sup>2</sup> Research Group Molecular and Clinical Life Science of Metabolic Diseases, Gesundheitswissenschaftliche Fakultät Brandenburg, Universität Potsdam, Potsdam

<sup>3</sup> Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Deutsches Herzzentrum der Charité, Berlin

<sup>4</sup> Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin

<sup>5</sup> Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK), Berlin

<sup>6</sup> Forschungsgruppe Genetik der Adipositas, Deutsches Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke, Potsdam

<sup>7</sup> Klinik am See, Rehabilitationszentrum für Innere Medizin, Rüdersdorf bei Berlin

**Hintergrund und Zielstellung:** Phänotypen des Frailty-Syndroms, wie eine eingeschränkte Mobilität mit verringerter Gehgeschwindigkeit sowie Kraftverlust treten häufig bei älteren PatientInnen auf und sind mit einer schlechteren Prognose assoziiert. Die spezifischen pathophysiologischen Mechanismen sind noch nicht eindeutig geklärt. Eine Transkriptomanalyse im Skelettmuskel kann Erkenntnisse über diese Prozesse liefern und schließlich zur Entwicklung neuer Behandlungsmöglichkeiten genutzt werden. Ziel dieser Studie war daher die Bestimmung der Genexpression in komplikationsassoziierten Phänotypen der körperlichen Gebrechlichkeit bei älteren PatientInnen mit Herzoperation (z.B. Koronararterien-Bypass-Transplantation) oder Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI).

**Material und Methoden:** PatientInnen (Alter  $\geq 70$  Jahren) mit elektiver Herzoperation oder TAVI wurden in die Studie eingeschlossen. Bei Krankenhausaufnahme wurde der Frailty-Status anhand einer mäßig/schwer eingeschränkten Mobilität (Timed Up-and-Go;  $\geq 10$  und  $\geq 20$  Sek), einer geringen Gehgeschwindigkeit (5-Meter-Gehtest;  $\geq 6$  Sek) oder einer verminderten Handkraft ( $\sigma \leq 27$ ;  $\text{♀} \leq 16$  kg) klassifiziert. Muskelproben (M. quadriceps femoris) wurden während der Operation/Intervention entnommen und für die Genexpressionsanalyse benutzt (Softwarepaket DE-

Seq2). Perioperative Komplikationen (mortality & major morbidity z.B. Transfusionsbedarf, Vorhofflimmern, Delirium) waren als primärer Endpunkt definiert. Assoziationen zwischen den Frailty-Phänotypen und der Genexpression wurden mittels linearer Regression adjustiert und für Alter, Geschlecht, Anzahl der Komorbiditäten und geschätzte glomeruläre Filtrationsrate analysiert.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Insgesamt wurden 63 PatientInnen ( $77,6 \pm 4,3$  J.) eingeschlossen (Herzoperation  $n=34$ , 54%; TAVI  $n=29$ , 46%), die entweder aufgrund einer mäßigen/schweren Mobilitätseinschränkung ( $n=43$ , 68,3%), einer geringen Gehgeschwindigkeit ( $n=19$ , 30,6%) oder einer geringen Handkraft ( $n=19$ , 30,2%) als frail klassifiziert wurden. Bei 37 PatientInnen (59%) traten  $\geq 1$  Komplikationen auf; ein Patient starb. Die Expression von 10 Genen war signifikant mit allen drei Frailty-Phänotypen assoziiert, insbesondere das Gen S100A1, das die Muskelfunktionen reguliert (z.B. Handkraft R2adj: 0,579;  $p=0,001$ ). Diese Erkenntnisse erlauben eine genauere Klassifizierung älterer PatientInnen, sodass perioperative Komplikationsrate vermindert und neue gezielte Behandlungsmöglichkeiten entwickelt werden könnten.

**Interessenskonflikte:** Es bestehen keine Interessenkonflikte.



## Determinants of psychotherapists' attitudes to online psychotherapy

Johannes Meixner<sup>1</sup>, Hakan Lane<sup>1</sup>, Joanna Furmańska<sup>2</sup>, Cristiana C. Marques<sup>3</sup>, Maria J Martins<sup>3,4</sup>, Najam us Sahar<sup>5</sup>, Valeria Tullio<sup>6</sup>, Antonina Argo<sup>7</sup>, David M B Barros<sup>8</sup>, Emilia Rutkowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Brandenburg Medical School Theodor Fontane, Neuruppin, Germany

<sup>2</sup> Institute of Psychology, University of Szczecin, Szczecin, Poland

<sup>3</sup> Center for Research in Neuropsychology and Cognitive and Behavioral Intervention (CINEICC), Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>4</sup> University of Coimbra Health Services, University of Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>5</sup> Fatima Jinnah Women University, Rawalpindi, Punjab, Pakistan

<sup>6</sup> Department of Health Promotion, Maternal and Child Care, "G. D'Alessandro", University of Palermo, Palermo, Sicily, Italy

<sup>7</sup> Department of Health Promotion, Maternal and Child Care, "G. D'Alessandro", University of Palermo, Palermo, Sicily, Italy

<sup>8</sup> Neuroscience Group, University of Azuay, Cuenca, Azuay, Ecuador

**Introduction:** Online psychotherapy is a form of work that is becoming more and more popular. Public health problems, such as COVID-19, forced mental health professionals and patients to incorporate new methodologies such as the use of electronic media and internet to provide follow-up, treatment and also supervision. The aim of this study was to investigate which factors shape the therapists' attitudes toward online psychotherapy during a pandemic taking into account: (1) attitudes toward the COVID-19 pandemic (fear of contagion, pandemic fatigue, etc.), (2) personal characteristics of the psychotherapists (age, gender, feeling of efficacy, anxiety, depression, etc.), and (3) characteristics of the psychotherapeutic practice (guideline procedure, client age group, professional experience, etc).

**Materials and methods:** Study participants were 177 psychotherapists from four European countries: Poland (n = 48), Germany (n = 44), Sweden (n = 49), and Portugal (n = 36). Data were collected by means of an individual online survey through the original questionnaire and the standardized scales: a modified version of the Attitudes toward Psychological Online Interventions Scale (APOI), Fear of Contagion by COVID-19 Scale (FCS COVID-19), Pandemic Fatigue Scale (PFS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Social Support Questionnaire (F-SozU K-14), and the Sense of Efficiency Test (SET).

**Results:** Determinants that impacted psychotherapists' attitudes toward online therapy were: COVID-19 belief in prevention—keeping distance and hand disinfection, pandemic behavioral fatigue, previous online therapy experience (including voice call), working with youth and adults. Our study showed that belief in the sense of prevention in the form of taking care of hand disinfection before the session; pandemic behavioral fatigue and experience in working with adults were significant predictors of negative attitudes of therapists toward online psychological interventions. On the other hand, belief in the sense of prevention in the form of keeping distance during the session had a positive effect on general attitudes toward therapy conducted via the internet.

**Discussion:** The online therapy boom during the COVID-19 pandemic has spawned a powerful tool for psychotherapists. More research in this area and training of psychotherapists are needed for online psychological interventions to become an effective therapy format that is accepted by patients and therapists alike.

### Original Work:

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2023.1196907/full>

## DiPaH-SWAT – Gendersensible Sprache in Fragebogenerhebungen

Felix Mühlensiepen<sup>1</sup>, Susann May<sup>1</sup>, Frances Seifert<sup>1</sup>, Stefanie Ziehfreund<sup>2</sup>, Xiaoyu Chen<sup>3</sup>, Birgit Krage<sup>3</sup>, Katrin C Reber<sup>3</sup>, Sebastian Spethmann<sup>4</sup>, Dunja Bruch<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Zentrum für Versorgungsforschung, Medizinische Hochschule Brandenburg, Rüdersdorf

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein, Fakultät für Medizin, Technische Universität München, München

<sup>3</sup> AOK Nordost, Berlin

<sup>4</sup> Deutsches Herzzentrum der Charité, Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin, Berlin

<sup>5</sup> Herz- und Gefäßchirurgie, Herzzentrum Brandenburg, Medizinische Hochschule Brandenburg, Bernau

**Hintergrund/Fragestellung:** Das Ziel geschlechtergerechter Sprache ist es, alle Geschlechter auf respektvolle Art und Weise anzusprechen und sichtbar zu machen. Dabei geht sie über die schlichte Benennung von Männern und Frauen hinaus und spricht Trans\*- und Inter- sowie nicht-binär verortete Personen an. Auf diese Weise leistet sie einen Beitrag zum Abbau von Diskriminierungen.

Umgekehrt sind Schreibweisen der geschlechtergerechten Sprache, wie zum Beispiel die Verwendung des Asterisk (\*) oder Doppelpunktes (:) für viele Menschen, die bislang wenig Kontakt zu Gender-Diskursen hatten bzw. diese ablehnen, ungewohnt oder inakzeptabel.

Mit Beschluss des Senates vom 01.07.2021 bekennt sich die Medizinische Hochschule Brandenburg zur Umsetzung genderneutraler Sprache und verpflichtet sich, zukünftig als ein Zeichen des Respekts den Asterisk oder genderneutrale Begriffe in der eigenen Darstellung und Kommunikation sowie in Formularen, Ordnungen, etc. zu verwenden.

Für die Forschung, insbesondere die Durchführung von Fragebogenerhebungen stellt sich die Frage, welche Genderschreibweise von den potentiellen Forschungsteilnehmenden die höchste Akzeptanz erfährt und inwiefern Genderschreib-

weise Auswirkungen auf den Rücklauf bei Fragebogenerhebungen hat.

**Methoden/Material:** Im Rahmen des Innovationsfonds geförderten Projektes Digitale Präventionsmaßnahmen bei arterieller Hypertonie (DiPaH) wird eine Study Within A Trial (SWAT) durchgeführt. Bei der beabsichtigten Befragung der Versicherten der AOK Nordost (n=16.000 / erwartete Rücklaufquote: 10%) werden drei verschiedene Versionen von Fragebögen verwendet. Diese Versionen unterscheiden sich ausschließlich in ihrer Genderschreibweise: 1. Generisches Maskulinum („Patienten“), 2. Doppelte Geschlechtsform („Patienten und Patientinnen“) und 3. Genderstern/Asterisk („Patient\*innen“). Im Zuge der Auswertung wird untersucht, ob die gewählte Genderschreibweise Auswirkungen auf den Rücklauf der Fragebögen hat. Zusätzlich wird eine qualitative Analyse der eventuell vorhandenen Kommentare zur Genderschreibweise durchgeführt. Die Zuweisung der drei verschiedenen Fragebögen erfolgt zufällig (randomisiert). Der Beginn der Fragebogenerhebung ist im vierten Quartal 2023 geplant. Der Erhebungszeitraum endet voraussichtlich im ersten Quartal 2024.

**Interessenkonflikte:** keine.

# Informationsbedarfe und Herausforderungen beim Einsatz von digitalen Versorgungsangeboten für die Prävention von Bluthochdruck - eine qualitative Interviewstudie mit Ärzt:innen und medizinischem Personal

Susann May<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Versorgungsforschung, Medizinische Hochschule Brandenburg, Rüdersdorf bei Berlin

**Hintergrund/ Fragestellung:** Apps oder Wearables können dazu beitragen, bei Menschen mit Hypertonie die Therapietreue zu verbessern, Änderungen des Lebensstils zu erleichtern oder die Blutdruckkontrolle zu optimieren. Bislang werden in Deutschland lediglich vereinzelt digitale Versorgungsangebote von Patient:innen genutzt und von Ärzt:innen empfohlen. Die Motivation zum Empfehlungsverhalten von Apps ist derzeit unzureichend erforscht.

Welche Informationsbedarfe hinsichtlich digitaler Versorgungsangebote können identifiziert werden? Welche Aspekte beeinflussen das Empfehlungsverhalten von Ärzt:innen? Welche strukturellen und individuellen Herausforderungen können bei der Umsetzung von digitalen Präventionsangeboten identifiziert werden?

**Methoden/ Material:** Es wurden 27 leitfadengestützte Telefoninterviews mit Versorgenden von Hypertoniker:innen (14 Kardiolog:innen, 10 Hausärzt:innen, drei Pflegenden) durchgeführt. Dabei wurde ein heterogenes Sample hinsichtlich der Berufsgruppen zugrunde gelegt. Die Interviews wurden mithilfe der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die Versorgenden haben vielfältige Bedürfnisse nach Informationen bezüglich der Art

und des Umfangs digitaler Angebote sowie deren Auswirkungen und Nutzen für die Patient:innen. Es zeigt sich, dass das Ausmaß der Informiertheit maßgeblich die Einstellungen gegenüber digitalen Versorgungsangeboten im Bereich der Hypertonie beeinflusst. Momentan bestehen Bedenken bezüglich der Datenqualität digitaler Versorgungsangebote, deren Wert für die Patient:innen und der Kompatibilität mit bestehenden Schnittstellen. Zusätzlich vermuten die Versorgenden einen erhöhten Arbeitsaufwand bei derzeit unklarer Vergütung. Soziodemografische Aspekte und das Blutdruck-Messverhalten der Patient:innen sowie die von den Versorgenden zugeschriebene Technikaffinität beeinflussen das Empfehlungsverhalten.

**Schlussfolgerungen:** Es bedarf weiterer Studien, die den Nutzen bzw. die Wirksamkeit von digitalen Versorgungsangeboten analysieren. Der Einsatz von digitalen Versorgungsangeboten könnte davon profitieren, wenn eine gezielte Wissensvermittlung über das Angebot sowie Wirkweisen digitaler Versorgungsangebote bei Hypertoniker:innen erfolgen würde. Darüber hinaus sollte die Schulung von ärztlichem und nichtärztlichem Personal hinsichtlich des Umgangs mit digitalen Versorgungsangeboten intensiviert sowie Möglichkeiten der Delegation an nichtärztliches Personal überprüft werden.

## Entwicklung eines Konzeptes für die Umsetzung von Präventiven Hausbesuchen (PHB) in Brandenburg

Julia Scharfe<sup>1,2</sup>, Claudia Diederichs<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Institut für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung (IVGF), Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup> Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB), Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>3</sup> ZAF-BB - Zentrum für Altersforschung, Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB), Brandenburg an der Havel / Neuruppin

**Hintergrund/Fragestellung:** In Brandenburg (BB) wird 2040 fast jede dritte Person mindestens 65 Jahre alt sein, während der Anteil von alleinstehenden Senioren\*innen, die auf Grundsicherung angewiesen sind, zunimmt. Um die Selbständigkeit und Lebensqualität möglichst langfristig zu erhalten, wurden in vielen Regionen Deutschlands in den vergangenen Jahren präventive Hausbesuche (PHB) eingeführt. Im Rahmen von persönlichen Informationsgesprächen werden die Bedarfe von älteren Menschen erfasst und sie über wohnortnahe Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie Angebote der sozialen Teilhabe informiert. Dadurch sollen die Selbständigkeit im Alter, soziale Teilhabe und Lebensqualität gefördert und Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden. Gleichzeitig können aus den Gesprächen Informationen für die bedarfsgerechte Planung, Entwicklung und Vernetzung der gesundheitlichen und sozialen Infrastruktur in den Kommunen generiert werden. Die PHB werden von fachlich qualifiziertem Personal durchgeführt. Anlass für einen Hausbesuch ist häufig ein bestimmter Geburtstag, an dem die Teilnehmer\*innen ein persönliches Einladungsschreiben erhalten. Der Hausbesuch ist dabei freiwillig und ergebnisoffen, d.h. es werden Informationen oder Angebote je nach Bedarf der älteren Menschen vermittelt. PHB stehen dabei nicht in Konkurrenz zu bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangebo-

ten, sondern haben eine rein informative, weitervermittelnde oder mobilisierende Funktion.

**Methoden:** Von September bis November 2023 sollen im Rahmen von leitfadengestützten Interviews die Perspektiven von Fachleuten und Vertreter\*innen der Zielgruppe aus BB zur praktischen Umsetzung der PHB erhoben werden. Die Expert\*innen sollen ein möglichst breites Spektrum von unterschiedlichen Disziplinen abdecken und aus unterschiedlichen Bereichen, u.a. der medizinischen und pflegerischen Versorgung, Seniorenvertretung, Selbsthilfeorganisationen, Beratungsstellen, Fachverbänden oder kommunale Akteure\*innen, kommen. Die Interviews werden telefonisch oder Webex-basiert durchgeführt. Die Analyse erfolgt nach Mayring mittels MAXQDA. Datenerhebung und –Analyse erfolgen datenschutzkonform.

**Ziel:** Unter Berücksichtigung der Erfahrungen von Fachleuten und der partizipativen Einbindung der Zielgruppe soll ein bedarfsorientiertes Konzept für die Umsetzung von präventiven Hausbesuchen in BB entwickelt werden. Erste Ergebnisse hierzu sollen auf dem 4. Brandenburger Kongress für Versorgungsforschung präsentiert werden.

**Interessenkonflikte:** Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

## MIVOS - Die Effekte von Mindestmengenregelungen in Krankenhäusern. Ergebnisse des systematischen Reviews

Julia Scharfe<sup>1,2</sup>, Stefanie Pfisterer-Heise<sup>1,2</sup>, Alexander Pachanov<sup>1,2</sup>, Charlotte M Kugler<sup>1,2</sup>, Eni Shehu<sup>1,2</sup>, Tim Mathes<sup>3</sup>, Dawid Pieper<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Institut für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung (IVGF), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup> Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>3</sup> Institut für Medizinische Statistik, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen

**Hintergrund/ Fragestellung:** Weltweit werden Mindestmengenregelungen (MmR) zur Zentralisierung von stationären Gesundheitsleistungen eingesetzt. Ein systematisches Review (SR) zu den Effekten der MmR in Krankenhäusern insgesamt fehlt allerdings bislang. Das SR ist auf PROSPERO registriert (CRD42022318883).

**Methode:** Es wurden (Cluster-)randomisierte kontrollierte Studien, nicht-randomisierte kontrollierte Studien, kontrollierte Vorher-Nachher-Studien und unterbrochene Zeitreihenstudien berücksichtigt. Es gab keine Einschränkungen hinsichtlich Sprache, Veröffentlichungsdatum und Veröffentlichungsstatus. Wir durchsuchten MEDLINE, Embase, CENTRAL, CINHAL, PDQ evidence for informed health policymaking, health systems evidence sowie Studienregister nach relevanten Studien, ergänzt durch citation tracking, bis einschließlich Juni 2023. Zur Bewertung des Verzerrungsrisikos wurde das ROBINS-I Instrument genutzt. Die Sichtung der Studien, die Datenextraktion und die Bewertung des Verzerrungsrisikos erfolgten durch jeweils zwei Forscher\*innen unabhängig voneinander. Für die Datensynthese und die statistischen Analysen werden die von der EPOC-Cochrane-Gruppe veröffentlichten Leitlinien befolgt. Die Qualität der Evidenz wird anhand der GRADE-Methodik (Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation) eingestuft.

**Ergebnisse:** Es konnten 9 Studien in die Evidenzsynthese eingeschlossen werden. Die meisten der Studien kommen aus den Niederlanden, gefolgt von Kanada und der Schweiz, sowie den USA und Spanien. Die in diesen Studien erhobenen Endpunkte sind vielfältig und überwiegend patientenbezogen. Während die Fahrtzeiten einheitlich anstiegen, wurden in 3 von 4 Studien eine signifikante Reduktion der (operativen, 30-Tages- oder 6-Monate-) Mortalität in Folge der Einführung von MmR nachgewiesen. Das Verzerrungsrisiko der in den einzelnen Studien getroffenen Aussagen zu den Effekten war in 2 Studien „moderat“, in 7 Studien „schwerwiegend“.

**Schlussfolgerungen:** Es gibt viele Studien zu Volume-Outcome Effekten, jedoch wenige Studien zu den Effekten von MmR mit aussagekräftigem Studiendesign. Erste Ergebnisse des SRs zeigen, dass die im Zusammenhang mit MmR gemessenen Effekte vielfältig und vor allem patientenzentriert sind. Auch wenn bezüglich einzelner Endpunkte, wie beispielsweise Fahrtzeiten, eine einheitliche Tendenz über mehrere Studien hinweg berichtet wird, muss die Aussagekraft der einzelnen Studien vorsichtig interpretiert werden.

Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (FKZ 01KG2107)

**Interessenkonflikte:** Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

## Policy Briefs from Research into Policy Making in Health Sciences: A Scoping Review

Marie Derstroff<sup>1,2</sup>, Luisa Urban<sup>3</sup>, Tim Mathes<sup>3</sup>, Eni Shehu<sup>1,2</sup>, Charlotte Kugler<sup>1,2</sup>, Martin Bujard<sup>4,5</sup>, Helena Ludwig-Walz<sup>4</sup>, Dawid Pieper<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Faculty of Health Sciences Brandenburg, Brandenburg Medical School (Theodor Fontane), Institute for Health Services and Health System Research, Rüdersdorf bei Berlin, Germany

<sup>2</sup> Center for Health Services Research, Brandenburg Medical School (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin, Germany

<sup>3</sup> Department of Medical Statistics, University Medical Center Göttingen, Göttingen, Germany

<sup>4</sup> Federal Institute for Population Research (BiB), Wiesbaden, Germany

<sup>5</sup> Institute for Medical Psychology, Medical Faculty, University Heidelberg, Heidelberg, Germany

**Background and Aim:** Not considering research evidence sufficiently may engender inefficient resource allocation and an inadequate response to public issues. Knowledge translation endeavours to bridge this gap by developing evidence-based formats synthesising, operationalising, and disseminating information in real-world settings. Policy briefs are one such format that can assist policy-makers in making evidence-informed decisions, yet their efficacy is hindered by a lack of standardisation. Addressing this issue, this scoping review aimed to provide an overview of recommendations and guidelines for preparing policy briefs from academic health science researchers into policy-making.

**Methodology:** We undertook a scoping review to give an overview of recommendations and guidelines regarding the structure, format, lengths, layout and key characteristics of policy briefs aimed at informing policy decision-making from health science academia. Relevant literature was searched in PubMed, Embase, and additional manual searches up to April 2023. Data were extracted and synthesised using pre-defined items.

**Results:** From the 685 scientific publications and 63 grey literature sources identified, 64 records were included. The policy brief guidelines consistently emphasise structural elements, such as

title, executive summary, key issue, policy options, recommendations, and references. Notably, some publications recommend additional components such as methodology, funding, affiliations, and conflicts of interest. Policy-makers constitute the primary target audience, yet some publications underscore the merit of engaging a broader stakeholder range. Suggested lengths vary from concise one-to-two-page briefs to more elaborate graded-entry formats. Concerning timing, several guidelines recommend using momenta, such as crises or impending political decisions. Dissemination strategies are sparsely mentioned, yet several guidelines propose multifaceted approaches, encompassing presentations, social media, websites, and email campaigns.

**Discussion and Conclusion:** The diversity of recommendations, particularly concerning components and length, may stem from the need for flexibility to accommodate different topics, scopes, urgency, and preferences of diverse target audiences. Nonetheless, a higher degree of standardisation, rooted in evidence and tailored to policy-makers' needs, likely amplifies the efficacy of research-to-policy communication.

**Declaration of interests:** The authors declare no competing interests.

## Die Analyse von Interoperabilität und Datenqualität in Berichts- und Lernsystemen (CIRS) für die Patientensicherheit (Projekt „InteropCIRS“) – Teilergebnisse Interoperabilität

Thomas Schrader<sup>1</sup>, Katharina Grunz<sup>1</sup> und Laura Tetzlaff<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Technische Hochschule Brandenburg, Fachbereich Informatik und Medien, Brandenburg

**Einleitung:** Krankenhäuser sind nach SGB V im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verpflichtet, Bericht- und Meldesysteme (Critical Incident Reporting Systems – CIRS) einzuführen. Einige Berichte der einrichtungsinternen Systeme werden darüber hinaus in diversen einrichtungsübergreifenden Bericht- und Meldesystemen zusammengeführt. Der Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 der WHO hebt hervor, dass die Zusammenführung von Fehlerberichten eine Möglichkeit bietet, um Ursachen von medizinischen Fehlern besser zu verstehen. Dabei können Werkzeuge aus dem Bereich Big Data und künstlicher Intelligenz Wissen erschließen. Voraussetzungen für die Anwendung von solchen Werkzeugen sind die Interoperabilität und hohe Qualität der Daten. In Deutschland gibt es mindestens 16 verschiedene CIRS, die sich sowohl inhaltlich als auch strukturell stark unterscheiden.

Das Forschungsprojekt "Analyse von Interoperabilität und Datenqualität in Berichts- und Lernsystemen (CIRS) für die Patientensicherheit" (InteropCIRS) wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BGM) gefördert und prüft die Voraussetzungen für das Zusammenführen der Daten aus den verschiedenen Quellen. Es untersucht die Eigenschaften der Interoperabilität auf syntaktischer und semantischer Ebene. Die Datenqualität ist eine wesentliche Bedingung für die Qualität der durchgeführten Analysen. In diesem Projekt wird erstmals systematisch eine vergleichende Score Card entwickelt und auf die einzelnen Systeme angewandt. Dabei werden ambulante wie stationäre System separat betrachtet.

**Material und Methoden:** Ziel der Analyse ist es, die Interoperabilität, d.h. die übergreifende Analysierbarkeit der differenziert nach den einzelnen Meldesysteme (ambulant und stationär) zu untersuchen und zu vergleichen. Dazu werden in

einem ersten Schritt die verwendeten Datenstrukturen, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede, sowie das Verhältnis zum „Minimal Information Model for Patient Safety (MIMPS)“ der WHO analysiert.

**Ergebnisse:** Es wurden die Strukturen der CIRS zu dem MIM abgebildet. Dafür werden zwei Beispiele aufgegriffen: CIRSmedical.de und jeder-fehlerzählt. Die untersuchten Ressourcen aus dem CIRSmedical.de umfassen jeweils 41 Felder. Für diese wurden 15 abbildbare Ressourcen auf MIM gefunden. Es gibt 26 Ressourcen, für die Ressourceninformationen vorhanden sind, aber keine entsprechenden MIM-Strukturen existieren. Es wurden keine Ressourcen gefunden, bei denen keine Übereinstimmungen mit MIM-Strukturen vorliegen. Das CIRS „jeder-fehlerzählt“ umfasst 20 Felder. Es konnten 7 abbildbare Ressourcen auf MIM identifiziert werden. Es gibt 13 Ressourcen, für die Ressourceninformationen vorhanden sind, aber keine entsprechenden MIM-Strukturen existieren. Bei 5 Ressourcen wurden keine Übereinstimmungen mit MIM-Strukturen gefunden. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass es eine Vielzahl von Ressourcen in den verschiedenen CIRS-Systemen gibt, die auf das MIM abgebildet werden können. Gleichzeitig gibt es eine bedeutende Anzahl von Ressourcen, für die keine entsprechenden MIM-Strukturen, also zusätzlich erfassende Felder existieren. Außerdem gibt es auch einige Felder, für die keine Übereinstimmungen mit der MIM-Struktur vorliegt.

**Schlussfolgerung:** Ausgehend von den Ergebnissen der Studie werden Vorschläge entwickelt, um die Forderungen der WHO umzusetzen und die Anwendbarkeit und direkten Nutzen aus den Meldesystemen zu verbessern.

## Aktuelle Trends der Inzidenz diagnostizierter Herzerkrankungen im Land Brandenburg

Jakob Holstiege<sup>1</sup>, Lotte Dammertz<sup>1</sup>, Claudia Kohring<sup>1</sup>, Joachim Heuer<sup>1</sup>, Manas K Akmatov<sup>1</sup>, Dominik von Stillfried<sup>1</sup>, Jörg Bätzing<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin

**Hintergrund:** Primär- und sekundärdatenbasierte Prävalenzstudien verweisen auf eine erhöhte Morbidität durch kardiale Erkrankungen in Brandenburg wie im gesamten ostdeutschen Raum. Jedoch ist über aktuelle Entwicklungen des Risikos kardialer Erkrankungen in der Bevölkerung wenig bekannt. Ziel war die Deskription von Trends der Inzidenz häufiger diagnostizierter Herzerkrankungen in Brandenburg in den Jahren 2013 bis 2021.

**Methoden:** Die Datengrundlage bildeten bundesweite pseudonymisierte vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V. Das Neuaufreten von koronarer Herzkrankheit (KHK, ICD-Codes: I20 bis I25), Herzinsuffizienz (I50) und Erregungsleitungsstörungen des Herzens (I44 bis I49) wurde pro Jahr im Zeitraum 2013 bis 2021 in Patientenkohorten erfasst, die in mindestens vier konsekutiven Jahren beobachtbar waren. Das Neuaufreten einer Erkrankungsgruppe wurde angenommen, wenn eine gesicherte Diagnose erstmalig nach einem diagnosefreien Zeitraum von drei Jahren codiert worden war. Die jährliche kumulative Inzidenz wurde pro Erkrankungsgruppe in Brandenburg und im Bund pro 1.000 Versicherte unter Risiko, roh sowie alters- und geschlechtsstandardisiert mit der jeweiligen Popula-

tion unter Risiko im Bund im Jahr 2021 als Standardpopulation bestimmt.

**Ergebnisse:** Im Jahr 2021 bezifferte sich die alters- und geschlechtsstandardisierte Inzidenz von KHK, Herzinsuffizienz und Erregungsleitungsstörung in Brandenburg jeweils auf 9,9 (Bund, roh und standardisiert: 9,5), 8,2 (8,1) bzw. 17,8 (17,1) pro 1.000 Versicherte. Die rohe Inzidenz von KHK in Brandenburg war relativ zu den standardisierten Werten um 12 % erhöht (Herzinsuffizienz: +18 %, Erregungsleitungsstörung: +9 %). Zwischen 2013 und 2021 zeigte sich erkrankungsübergreifend sowohl in Brandenburg als auch im Bund ein schrittweiser Rückgang der standardisierten Inzidenz. Die relative Inzidenzreduktion zwischen 2013 und 2021 betrug für KHK –29 % (Bund: –25 %), für Herzinsuffizienz –16 % (–23 %) und für Erregungsleitungsstörungen –11 % (–11 %).

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse weisen sowohl im Bund als auch in Brandenburg auf deutliche Reduktionen der Inzidenz der häufigen Herzerkrankungen und eine Annäherung der standardisierten Inzidenz von KHK und Herzinsuffizienz in Brandenburg an die Bundeswerte hin. Höhere Bevölkerungsanteile älterer Menschen in Brandenburg bedingen ausgeprägtere Unterschiede der rohen Inzidenz kardialer Erkrankungen.



## Die Potsdamer Bürger:innenkonferenz „Robotik in der Altenpflege“: Partizipative Entwicklung einer Ethikleitlinie für den zukünftigen Einsatz von Assistenzsystemen in der Altenpflege

Corinna Klingler<sup>1</sup>, Marc Bubeck<sup>1</sup>, Clara Keusgen<sup>1</sup>, Marianne Leineweber<sup>1</sup>, Robert Ranisch<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universität Potsdam, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Potsdam

**Hintergrund & Fragestellung:** In Zeiten des Pflegenotstands und der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen bieten robotische Systeme vielversprechende Lösungen zur Deckung des Pflegebedarfs. Das Projekt E-cARE (2022-2025, gefördert vom Bundesgesundheitsministerium) untersucht die Integration von (sozialer) Robotik in die Pflege und fragt, wie ein verantwortungsvoller Einsatz robotischer Systeme aussehen kann. Dabei kommen partizipative und wissenschaftskommunikative Verfahren zum Einsatz.

**Zielsetzung & Methode:** Das Projekt ist in mehrere Arbeitspakete unterteilt:

1. Systematic Review: Ein systematischer Review beleuchtet ethische Aspekte des Einsatzes von sozialer Robotik in der Altenpflege.
2. Interviewstudie: Pflege- und Betreuungsfachkräfte werden zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen im Umgang mit robotischen Technologien befragt.
3. Bürger:innenkonferenz: Im Frühsommer 2024 findet über drei Wochenenden eine partizipative Bürger:innenkonferenz mit ca. 20 Potsdamer Bürger:innen statt. Ziel ist die Einbindung der breiten Öffentlichkeit in den Diskurs um soziale Robotik.
4. Ethische Leitlinie: Das Projekt entwickelt abschließend eine Leitlinie für den verantwortlichen Einsatz von Robotik in der Altenpflege, die auf

den Erkenntnissen aus den vorhergehenden Arbeitspaketen aufbaut.

Die Bürger:innenkonferenz als Format aus der Technikfolgenabschätzung ermöglicht die Berücksichtigung von Werthaltungen einer breiten Öffentlichkeit in der ethischen Auseinandersetzung und Politikberatung. Im Rahmen des Projektes dient die Bürger:innenkonferenz dazu, informierte Einschätzungen von Bürger:innen in die Entwicklung der Ethikleitlinie einfließen zu lassen. Der Aufbau der Bürger:innenkonferenz (u.a. Austausch mit Expert:innen aus Wissenschaft und Praxis) stellt sicher, dass nicht nur spontane Meinungen ausgetauscht werden, sondern auch ein informierter Diskurs ermöglicht wird. Dieses Verfahren kann als Format der Wissenschaftskommunikation verstanden werden, geht durch seine dialogischen Anteile zugleich aber darüber hinaus.

**Schlussfolgerung:** Partizipative Ansätze wie die Bürger:innenkonferenz spielen eine zentrale Rolle, um öffentliche Meinungen in die wissenschaftliche Diskussion einzubringen. Die Ergebnisse dieser Studie werden einen umfassenderen Blick auf die Herausforderungen und Potenziale des Einsatzes von Robotern in der Altenpflege ermöglichen und zur Gestaltung politischer Entscheidungen und praktischer Umsetzungen beitragen.

## Patient\*innenbeteiligung an der Entwicklung von S3-Leitlinien in Deutschland

Stefanie Pfisterer-Heise<sup>1,2</sup>, Clara Orduhan<sup>1,2</sup>, Käthe Gooßen<sup>3</sup>, Jessica Breuing<sup>3</sup>, Irma Hellbrecht<sup>3</sup>, Sebastian von Peter<sup>4</sup>, Corinna Schaefer<sup>5</sup>, Dawid Pieper<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Institut für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung (IVGF), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>2</sup> Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB), Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>3</sup> Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM), Fakultät für Gesundheit (Department für Humanmedizin), Universität Witten/Herdecke

<sup>4</sup> Professur für Psychiatrische Versorgungsforschung mit dem Schwerpunkt qualitativer und partizipativer Ansätze, Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Immanuel Albertinen Klinik Rüdersdorf, Medizinische Hochschule Brandenburg (Theodor Fontane), Rüdersdorf bei Berlin

<sup>5</sup> Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

**Hintergrund/ Fragestellung:** Leitlinien sind eine Ressource für eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung. Da Patient\*innen aufgrund ihrer Erfahrungen eigenständige Expertise beitragen können, ist ihre Beteiligung wesentlich. 2018 untersuchte eine Studie, ob Patient\*innen an der Entwicklung von Leitlinien in Deutschland beteiligt waren und konstatierte mit nur 58% eine unzureichende Patient\*innenbeteiligung. Die vorliegende Studie verfolgte zwei Ziele: 1. Zu untersuchen, ob und inwiefern Patient\*innen aktuell in die Entwicklung von S3-Leitlinien in Deutschland eingebunden sind; 2. Zu ermitteln, ob Patient\*innen-Versionen von S3-Leitlinien verfügbar sind und ob an ihrer Entwicklung Patient\*innen beteiligt waren.

**Methoden:** Das Leitlinienregister der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften wurde nach folgenden Kriterien durchsucht: S3-Leitlinien aller medizinischen Fachgesellschaften, gültig am 31. März 2023. Für die Datenextraktion wurde eine Tabelle mit 36 Items entwickelt. Fünf unabhängige Wissenschaftlerinnen extrahierten die Daten aus den S3-Leitlinien in Langfassung (LL), den Leitlinienberichten (LR) sowie den Patient\*innenversionen (PV). Alle Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

**Ergebnisse:** Insgesamt waren 135 S3-Leitlinien am Stichtag gültig (akute Erkrankung: 38, chroni-

sche Erkrankung: 86, Sonstige: 11). An 107 von 135 LL (79%) waren Patientenvertreter\*innen beteiligt (akut 57%, chronisch 92%, Sonstige 64%). In 98 von 135 Leitliniengruppen hatten sie Stimmrecht (73%, 1 ohne Stimmrecht, 8 unklar). Nur 3 von 28 Leitlinien, an denen keine Patient\*innen beteiligt waren, gaben dies als Limitation an. Zu insgesamt 74 Leitlinien war eine PV laut LL oder LR geplant. Zu insgesamt 57/74 LL (77%) war mindestens eine PV im Internet verfügbar, wobei nicht an allen Patient\*innen beteiligt waren (45/57, 79%).

**Schlussfolgerungen:** Insgesamt ist die Patient\*innenbeteiligung an S3-Leitlinien gestiegen. Sie ist höher bei S3-Leitlinien zu chronischen als zu akuten Erkrankungen. Ein Grund dafür könnte der höhere Organisationsgrad von Patient\*innen mit chronischen Erkrankungen sein. Inwieweit die Sichtweisen beteiligter Patientenvertreter\*innen ernsthafte Berücksichtigung in der jeweiligen Leitlinie fanden, lässt sich aus den Aussagen zum Stimmrecht nicht ableiten. Methodisch stellt sich das Auffinden relevanter Informationen zur Patient\*innenbeteiligung nach wie vor als schwierig dar. Entsprechende Berichtsstandards sollten befolgt werden.

**Interessenkonflikte:** Die Autor\*innen erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

## **Informierte Impfgründe in einer Pandemie? Eine repräsentative Langzeit-Längsschnittstudie zur Wissenskommunikation**

Felix G Rebitschek<sup>1,2</sup>, Christin Ellermann<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Harding-Zentrum für Risikokompetenz, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

<sup>2</sup> Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin

Der Gesetzgeber in Deutschland sowie die ethische Praxis der westlichen Gesundheitssysteme haben der informierten partizipativen Entscheidungsfindung auf Basis der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz zum zentralen Qualitätskriterium für eine hochqualitative Gesundheitsversorgung gemacht. Die Pandemie hat hierbei theoretisch keine Ausnahme dargestellt – auch bei der Impfentscheidung gegen COVID-19. Mögliche Nutzen und Schäden des Impfens und Nicht-Impfens wären hiernach durch Aufklärung verstehbar gemacht – d.h. objektive Informationsbedarfe erfüllt sowie subjektive Informationsbedürfnisse im Kontext eigener Wünsche und Ziele adressiert worden. Doch wie gut gelang dies während der Pandemie tatsächlich?

Mit Hilfe einer für die erwachsene Internetbevölkerung in Deutschland repräsentativen Längsschnittstudie wurde über den Zeitraum März 2020 bis August 2022 ermittelt, aus welchen Gründen welche Personengruppen sich gegen COVID-19 impfen ließen. Unter ihnen waren 1.979 Personen, die vor der Einführung unsicher, skeptisch bzw. ablehnend gegenüber der mRNA-Impfstoffe waren. Ihnen wurden ihre eigenen, paraphrasierten hesitancy-Gründe nach 20 Monaten vorgelegt, um das Ausmaß der Aufklärung zu diesen Gründen zu ermitteln.

Ursprüngliche Informationsbedürfnisse und -bedarfe wurden bis zum Zeitpunkt der ersten COVID-Impfentscheidung meist zu höchstens 50 Prozent erfüllt. Des Weiteren verglichen wir die Konsequenzen des Impfens aus Gründen, die Teil einer informierten Entscheidung sind, mit jenen Gründen, die Gegenstand von Verhaltenssteuerung waren (z.B. sozialer oder gesellschaftlicher Druck): Letztere Gründe waren mit einer höheren Chance verbunden, die COVID-Impfung später zu bereuen. Überwogen informierte Gründe war dies sehr deutlich mit einer nachfolgenden Auffrischung, der Absicht einer nächsten Auffrischung verbunden.

Das Spektrum politischer Instrumenten, die das gesundheitsbezogene Verhalten der Bürgerinnen und Bürger in einer Pandemie beeinflussen können, reicht zwar grundsätzlich von Verboten und Geboten über finanzielle, werbliche, moralische und gesellschaftliche, positive wie negative Anreize sowie Entscheidungsarchitekturen bis hin zu Aufklärung und Bildungsarbeit mit evidenzbasierter Wissenskommunikation. Durch die Studienergebnisse wird jedoch deutlich, warum eine Verhaltenssteuerung, die auf Einsicht verzichtet, weitgehend ungeeignet ist.

## Evaluation von Multiple Sklerose-Therapien mittels Sekundärdaten

Christine Marx<sup>1</sup>, Kristina Kraft<sup>2</sup>, Alicia Başoğlu<sup>2</sup>, Klaus Berger<sup>2</sup>, Ellen Kexel<sup>3</sup>, Ursula Drechsel-Bäuerle<sup>4</sup>, Brigitte Keller-Stanislawski<sup>4</sup>, Maike Below<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Fachbereich Verordnungsdaten, Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), Berlin

<sup>2</sup> Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universität Münster, Münster

<sup>3</sup> Abteilung Versorgungsmanagement, BKK Dachverband e.V., Berlin

<sup>4</sup> Abteilung Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten, Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, Langen

**Hintergrund/Fragestellung:** Multiple Sklerose (MS) ist eine Indikation, in welcher sich das Therapiespektrum dynamisch wandelt und neue Therapien eine besondere Rolle spielen. Für die Behandlung der MS sind in den letzten Jahren zahlreiche Medikamente neu zugelassen worden - diese Tendenz wird sich weiter fortsetzen. Insbesondere gewannen Biologika zunehmend an Bedeutung. Bis auf die Ergebnisse klinischer Studien liegen jedoch oft keine/nur geringe Erfahrungen in der Anwendung dieser neuen Therapien vor – speziell im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen.

Das Innovationsfondsprojekt VerSI-MS-PV untersucht, mit welchen Datenquellen unerwünschte Wirkungen dieser Medikamente bei MS-Patient\*innen besser erfasst werden können. Im Projekt werden deshalb verschiedene Datenquellen aus der ambulanten Versorgung von MS-Patient\*innen in niedergelassenen Praxen und Behandlungszentren analysiert und miteinander verglichen.

**Methoden/Material:** Dem Projekt standen die bundesweiten Arzneiverordnungsdaten gemäß § 300 SGB V in Kombination mit den vertragsärztlichen Leistungsdaten nach § 295 SGB V von 12 Kassenärztlichen Vereinigungen (z.B. KV Brandenburg) sowie Abrechnungsdaten von 44 Betriebskrankenkassen zur Verfügung. Getrennt nach Datenquelle wurden Therapieregime,

Komorbiditäten und unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAWs) von Patient\*innen mit gesicherter MS-Diagnose (ICD-10-GM-Code: G35; M2Q-Kriterium) analysiert.

**Ergebnisse:** Analysiert wurde, welche MS-Wirkstoffe wie häufig zur Behandlung eingesetzt wurden und wie häufig es zu einer Anpassung des Therapieregimes kam. Für jede verordnete verlaufsmodifizierende MS-Medikation wurde das Auftreten bestimmter, bei MS besonders relevanter Begleiterkrankungen ausgezählt. So hatten z.B. mit Glatirameracetat behandelte häufiger Depressionen als mit Interferonen behandelten MS-Patient\*innen. Die Häufigkeiten dieser Begleiterkrankungen in den Wirkstoffgruppen wurden in beiden Datenquellen miteinander verglichen. Zur Qualitätssicherung wurden anschließend die Ergebnisse beider Datenkörper einander gegenübergestellt.

**Schlussfolgerungen:** Aus Studien bekannte UAWs sind mittels Routinedaten replizierbar. Perspektivisch sollten Routinedaten auch als unterstützende Quelle für die Identifikation von (potenziellen) UAWs regelhaft zum Einsatz kommen. Durch eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen können aktuell bestehende Hürden in der Nutzung dieser Daten abgebaut werden.

**Interessenskonflikte:** liegen bei niemandem vor.

## Autor\*innenverzeichnis

### A

---

Adolf, Daniela.....	36, 37
Akmatov, Manas K.....	48
Al Sliman, Rashid.....	32
Albrecht, Hendrik C.....	36, 37
Albrecht, Knut.....	22
Albrecht, Valentina.....	29
Argo, Antonina.....	41

### B

---

Baier, Luisa.....	29
Baritello, Omar.....	39, 40
Barros, David M.....	41
Başoğlu, Alicia.....	52
Bätzing, Jörg.....	48
Below, Maike.....	52
Berger, Klaus.....	52
Blease, Charlotte.....	8
Borgmann, Hendrick.....	32
Boy, Katharina.....	35
Brehmer, Nataliia.....	33
Breuing, Jessica.....	50
Briesemann, Dirk.....	28
Bruch, Dunja.....	42
Bubeck, Marc.....	49
Bujard, Martin.....	47

### C

---

Chen, Xiaoyu.....	42
Choi, Kyung-Eun (Anna).....	24, 25, 30, 31
Czihal, Thomas.....	14

### D

---

Dammertz, Lotte.....	48
Davidge, Gail .....	8
Derstroff, Marie.....	46
Diederichs, Claudia.....	16, 44
Diepelt, Tina.....	28
Drechsel-Bäuerle, Ursula.....	52

### E

---

Ehni, Hans-Jörg.....	34
Elbelt, Ulf.....	38
Ellermann, Christin.....	51
Esch, Tobias.....	23
Espinosa-Garnica, K.....	40
Ermisch, Viktoria.....	28

### F

---

Fitz, Isabella.....	29
Flieger, Anika.....	15
Freund, Robert.....	28
Funer, Florian.....	34
Funke, Christian.....	20
Furmańska, Joanna.....	41

### G

---

Gabrys, Lars.....	21
Gooßen, Käthe.....	11, 50
Gretschel, Stephan.....	9, 26, 36, 37, 38
Gretschel, Lennart.....	26
Grunz, Katharina.....	47
Gupta, Latika.....	35

### H

---

Hägellund, Maria.....	8
-----------------------	---

Hagelskamp, Johannes.....	17
Hainel, Jakob T.....	39
Haltaufderheide, Joschka.....	34
Haß, Ulrike.....	18
Heinrichs, Anna L.....	32
Hellbrecht, Irma.....	50
Heuer, Joachim.....	48
Holstiege, Jakob.....	48
Hötger, Cosima.....	22

## K

---

Kaiser, Janine.....	15
Keller-Stanislawski, Brigitte.....	52
Keusgen, Clara.....	49
Kexel, Ellen.....	52
Kharko, Anna .....	8
Kleist, Lara.....	24, 25, 32
Kleemann, Tobias.....	28
Klingler, Corinna.....	49
Köckerling, Ferdinand.....	36, 37
Kohring, Claudia.....	48
Koller, Daniela.....	27
Kovanen, Sunna.....	19
Knitza, Johannes.....	35
Kraft, Kristina.....	52
Krage, Birgit.....	42
Kugler, Charlotte M .....	9, 10, 27, 45
Kuhn, Daniel.....	21
Kühn, Lukas.....	25, 30, 31

## L

---

Lane, Hakan.....	41
Leineweber, Marianne.....	49

Ludwig-Walz, Helena.....	47
Luizink Dogan, Machteld.....	18, 33
Lyckbla, Camilla.....	8

## M

---

Mantke, René.....	9
Marchetti, Violeta.....	15
Martins, Maria J.....	41
Marques, Cristiana C.....	41
Marx, Christine.....	52
Mathes, Tim.....	10, 45, 47
May, Susann.....	35, 42, 43
McMillan, Brian.....	8
Meier-Diedrich, Eva.....	8
Meixner, Johannes.....	41
Meyer, Thorsten.....	18
Mühlensiepen, Felix.....	27, 35, 42
Müller, Denise.....	28
Mundry, Hannah.....	13
Muschalla, Beate.....	24

## N

---

Neugebauer, Edmund.....	29
-------------------------	----

## O

---

Orduhan, Clara.....	50
Ortmann, Steffen.....	28

## P

---

Pachanov, Alexander.....	11, 27, 45
Pagels, Tuja.....	15
Pannach, Sven.....	28
Perleth, Matthias.....	10
Pfisterer-Heise, Stephanie.....	9, 11, 45, 50
Piedmont, Silke.....	29

Pieper, Dawid.....	9, 11, 12, 27, 45, 46, 50
Pluschke, Lena-Sophie.....	23
Prill, Robert.....	29
<b>R</b>	
Ranisch, Robert.....	34, 49
Reber, Katrin C.....	42
Rebitschek, Felix G.....	51
Reinsch, Stephan.....	26
Reiter, Nils.....	30
Riediger, Hardwig.....	36, 37
Rosen, Diane.....	30
Rothermel, Nikolai.....	20
Rutkowska, Emilia.....	41
<b>S</b>	
Salzwedel, Annett .....	18, 33, 39, 40
Schaefer, Corinna.....	50
Scharfe, Julia.....	9, 11, 38, 44, 45
Schöpe, Saskia.....	39
Schrader, Thomas.....	47
Schüler, Katharina.....	32
Schulz, Mandy.....	14
Schulz, Marten.....	28
Schwarz, Julian.....	8, 12, 23
Seifert, Frances.....	42
Shehu, Eni.....	45, 46
Spethmann, Sebastian.....	42
Stanislawski, Natalie.....	22
Stein, Hanna.....	39
Straube, Julia.....	22
Struck, Julian P.....	32
Sündermann, Simon H.....	40

<b>T</b>	
Tacke, Frank.....	28
Taxis, Theo.....	39
Tetzlaff, Laura.....	47
Toubekis, Evjenia.....	29
Trawa, Mateusz.....	36, 37
Tullio, Valeria.....	41
<b>U</b>	
Ullrich, Nastja.....	29
Urban, Luisa.....	46
Us Sahar, Najam.....	41
<b>V</b>	
Von Peter, Sebastian .....	7, 50
von Stillfried, Dominik.....	48
Villain, Christiane.....	12
Vogel, Heike.....	40
Völler, Heinz.....	18, 33, 39, 40
<b>W</b>	
Wagner, Annika.....	26
Weiß, Leonard.....	20
Wengemuth, Eileen.....	25, 31
Widerspan, Carolina.....	15
Wiesing, Urban.....	34
Wochatz, Monique.....	21
Würz, Maximilian.....	15
<b>Z</b>	
Ziehfrend, Stefanie.....	42
Zimmer, Julia-Marie.....	18