



Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

21. Kongress  
05.-07.10.2022 | Potsdam

DKVF.DE

Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis Potentiale und Perspektiven

Pressegespräch  
zum  
21. Deutschen Kongress für  
Versorgungsforschung

4. Oktober 2022



## Pressemitteilung

Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2022

### **Expert\*innen sprechen sich für bessere Zusammenführung von klinischer Forschung und Versorgungsforschung aus**

**Berlin, 04.10.2022.** Anlässlich eines Pressegesprächs zum Beginn des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF 2022) bemängelten Expert\*innen, dass klinische Forschung und Versorgungsforschung derzeit oft zu wenig aufeinander bezogen sind. Vor allem im Zusammenhang mit medizinischen Innovationen, bei denen das verfügbare Wissen meist nur aus Zulassungsstudien zur Verfügung stehen, sei es wichtig, zu verstehen, ob sie für die Patient\*innen im Versorgungsalltag wirksam und sicher sind. „Die Versorgungsforschung ermöglicht die Überprüfung einer Innovation unter Real-World-Bedingungen, z.B. anhand von Registerstudien. Idealerweise fließen diese Erkenntnisse in die klinische Forschung zurück, um den Therapieansatz zu optimieren“, kommentierte Prof. Dr. Peter Falkai, Kongresspräsident des DKVF 2022 und ergänzte: „Diese sogenannte reverse Translation findet derzeit leider selten statt.“

Die Notwendigkeit zur Überprüfung der Evidenz aus klinischen Studien betonte auch Prof. Dr. Christoph Correll, klinischer Forscher im Bereich der Psychopharmakologie und Keynote-Speaker auf dem DKVF. Zwar verlassen sich Wissenschaftler\*innen bei der Validierung der Wirksamkeit einer Behandlung nicht auf einzelne Studien, sondern führen Metaanalysen und Netzwerk-Metaanalysen durch, in denen mehrere randomisiert-kontrollierte Studien, sogenannte RCTs, zusammengefasst werden. Allerdings sind z.B. Studien mit positiven Outcomes besser publizierbar und daher leichter für Metaanalysen zugänglich als Studien mit einem negativen Effekt. Dadurch kann ein verzerrtes Gesamtbild entstehen. „Darüber hinaus werden viele der Patient\*innen, die im Versorgungsalltag häufig vorkommen – z.B. Menschen, die mehrere Medikamente einnehmen müssen, solche mit Komorbiditäten, Suizidalität oder Ältere – aus methodischen Gründen nicht in RCTs eingeschlossen. Außerdem fehlen häufig Informationen über Dosiseffekte und Patientengruppen, in denen die fragliche Behandlung mehr oder weniger Wirksamkeit oder Nebenwirkungen aufweist. Ferner ist die Studiendauer zumeist recht kurz“, so Correll. „Wir müssen die Möglichkeiten der Versorgungsforschung nutzen und sie den Ergebnissen von randomisiert generierten Daten komplementär zur Seite stellen, um die Generalisierbarkeit randomisierter Studiendaten zu prüfen.“

Das Instrumentarium der Versorgungsforschung zur Bewältigung dieser Aufgabe ist in den letzten Jahren enorm gewachsen. Einen wichtigen Beitrag dazu leistet das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF). „In einer Ad-hoc-Kommission haben wir mittlerweile ein mehrteiliges Manual für die Nutzung versorgungsnaher Daten erarbeitet. Dabei zeigt sich: Eine qualitativ hochwertige Datenbasis setzt standardisierte Datensätze sowie gezielte Datenschutzkonzepte und die Verknüpfbarkeit von Datenquellen voraus“, sagte Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Vorstandsvorsitzende des DNVF. Damit Versorgungsdaten zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt werden können, sollten alle relevanten Stakeholder im Gesundheitswesen eng miteinander zusammenarbeiten, so die Expertin.

Dabei müssen auch die Betroffenen selbst einbezogen werden. „Mittlerweile ist der Input der Patient\*innen in den verschiedenen Phasen eines Forschungsprojekts immer häufiger gefragt“, berichtete PD Dr.



Anna Levke Brütt, Sprecherin der Arbeitsgruppe Partizipative Versorgungsforschung des DNVF. Allerdings seien einige Fragen noch unklar: Wer sollte beteiligt werden? Mit welchen Methoden? Und was ist die Wirkung? Beim World Café im Rahmen des DKVF-Patient\*innentags diskutieren Versorgungsforschende mit Betroffenen, Angehörigen, und Mitgliedern der Selbsthilfe, wie partizipatorische Forschung stärker in der Versorgungsforschung verankert werden kann.

### **Der 21. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) 2022**

Der DKVF 2022 greift die jüngsten Entwicklungen in der Versorgungsforschung auf und findet vom 5. bis 7. Oktober 2022 in Potsdam statt. Die Veranstaltung wendet sich unter dem Motto „Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis“ an Ärzt\*innen, Forschende, Vertreter\*innen aus Krankenkassen, Verbänden, der Gesundheitspolitik sowie an interessierte Betroffene und Selbsthilfeorganisationen. Die wissenschaftliche Leitung des Kongresses hat das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e. V. Mehr Informationen unter [www.dkvf.de](http://www.dkvf.de) und [www.dnvf.de](http://www.dnvf.de).

### **Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung**

Der gemeinnützige Verein „Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.“ (DNVF) wurde 2006 in Berlin gegründet. Das DNVF steht als interdisziplinäres Netzwerk allen Institutionen und Arbeitsgruppen offen, die mit der Sicherung der Gesundheits- und Krankenversorgung unter wissenschaftlichen, praktischen oder gesundheitspolitischen Gesichtspunkten befasst sind. Das DNVF hat es sich zum Ziel gesetzt, die an der Versorgungsforschung im Gesundheitswesen beteiligten Wissenschaftler\*innen zu vernetzen, Wissenschaft und Versorgungspraxis zusammenzuführen sowie die Versorgungsforschung insgesamt zu unterstützen und voranzubringen. Darüber hinaus fördert das DNVF den wissenschaftlichen Nachwuchs, beispielsweise durch die Bildung interdisziplinärer Arbeitsgruppen zu fächerübergreifenden Themen der Versorgungsforschung. [www.dnvf.de](http://www.dnvf.de)



## Programm

### **Pressegespräch „Versorgungsforschung – Nutzen für die klinische Praxis“ zum DKVF 2022**

**4. Oktober 2022, 11:00 Uhr – 12:00 Uhr**

<b>Uhrzeit</b>	<b>Titel und Referent*in</b>
11:00–11:15	<b>Wie gelingt der Transfer medizinischer Innovationen in die klinische Praxis?</b> Prof. Dr. Peter Falkai, Kongresspräsident des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung 2022, Klinik für Psychiatrie und Jugendpsychiatrie der LMU München
11:15–11:25	<b>Wissen überprüfen – Versorgung verbessern: Wie gut ist die Qualität unserer Evidenz?</b> Prof. Dr. Christoph Correll, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Charité Berlin; Psychiatrie und Molekularmedizin, Zucker School of Medicine, New York
11:25–11:35	<b>Die Beteiligung der Betroffenen – partizipative Ansätze in der Versorgungsforschung</b> PD Dr. Anna Levke Brütt, Department für Versorgungsforschung, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
11:35–11:45	<b>Strukturen und Prozesse zur Verbesserung der Versorgung der Patient*innen</b> Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Vorstandsvorsitzende Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung; Institut für Versorgungsforschung und Qualitätssicherung der Universität Regensburg
11:45–12:00	<b>Fragen und Antworten</b> Moderation: Dr. Katrin Mugele (Berlin)



## Statement

### **Wie gelingt der Transfer medizinischer Innovationen in die klinische Praxis?**

*Prof. Dr. Peter Falkaj, Kongresspräsident des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (München)*

Klinische Forscher\*innen stehen häufig vor dem Problem, dass sie nicht genau wissen, wie gut Erkenntnisse aus der Forschung in der klinischen Praxis ankommen und was davon den Betroffenen wirklich nutzt. Das gilt vor allem im Zusammenhang mit medizinischen Innovationen, die neu am Markt sind. Das verfügbare Wissen über diese Neuerungen stammt aus Zulassungsstudien an einem meist eng gefassten Kreis von Patient\*innen. Real-World-Evidence, also das Wissen darüber, wie eine medizinische Innovation im Versorgungsalltag, z. B. bei komorbiden Patient\*innen, älteren oder ganz jungen Menschen wirkt, steht meist noch nicht zur Verfügung. Versorgungsforschung hat hier eine wichtige Funktion. Sie ermöglicht, z.B. anhand von Registerstudien, die Überprüfung einer Innovation unter Real-World-Bedingungen. Idealerweise fließen die Erkenntnisse aus der Versorgungsrealität in die klinische Forschung zurück, um den Therapieansatz zu optimieren. Klinische Forschung und Versorgungsforschung laufen derzeit jedoch oft unverbunden nebeneinanderher: Die Kommunikation zwischen klinischen Forscher\*innen, Versorgungsforscher\*innen und Herstellern ist sicher optimierbar.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche Innovationen entwicklungswürdig sind. Überlassen wir diese Entscheidung dem Zufall, oder entscheiden wir auf der Grundlage des unerfüllten medizinische Behandlungsbedarfs darüber. Der Unmet Medical Need wird an dieser Stelle zwar häufig bemüht, doch der Metablick fehlt: Welche Gesundheitsprobleme sind wirklich wichtig in der Bevölkerung? Auch hier kann die Versorgungsforschung hilfreich sein. Mit ihrer Hilfe lässt sich herausfinden, wie Menschen mit einer bestimmten Erkrankung in unserem Gesundheitssystem versorgt sind und welche Versorgung für sie relevant ist. Ich bin überzeugt, dass man durch einen besseren Link zur Versorgungsforschung den ungedeckten medizinischen Bedarf besser eingrenzen als bislang und so die Suche nach Innovationen sehr viel zielgerichteter führen kann. Welche Methoden, Prozesse und Stakeholder hier einbezogen werden müssen, das diskutieren wir auf dem DKVF 2022 in verschiedenen Sitzungen, u.a. in der Plenarsitzung zur Eröffnung des DKVF unter dem Motto „Changing Healthcare through Innovation“.



## Statement

### **Wissen überprüfen – Versorgung verbessern: Wie gut ist die Qualität unserer Evidenz?**

*Prof. Dr. Christoph Correll, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Charité Berlin; Psychiatrie und Molekularmedizin, Zucker School of Medicine, New York*

Randomisiert-kontrollierte klinische Studien, sogenannte RCTs, gelten derzeit als der Goldstandard, um die Wirksamkeit einer Behandlung im Vergleich zu einer anderen zu validieren. Meist verlassen wir uns bei dieser Validierung nicht auf einzelne Studien, sondern auf Metaanalysen und Netzwerk-Metaanalysen, in denen mehrere RCTs zusammengefasst werden. Durch die Zusammenführung, so die Idee, steigt die Verlässlichkeit der Aussagen, die sich aus den Studien ableiten lassen.

Dieses Vorgehen hat aber auch seine Schwächen – das zeigte sich in einem von uns durchgeführten Umbrella-Review, in dem die Evidenz verschiedener Metaanalysen zusammengefasst wurden. Wir fragten dabei nach der Wirksamkeit der Medikamente, die bei einer Schizophrenie ergänzend verabreicht werden, wenn Antipsychotika allein nicht ausreichend wirken. In unserem Review waren insgesamt 14 verschiedene Therapien wirksamer als die Placebo-Augmentation von Antipsychotika im Kontrollarm. Keine dieser Therapien ist bislang zugelassen oder klinisch breit eingesetzt, obwohl man anhand der Metaanalysen mit z.T. großen Effektstärken für bestimmte psychotrope Augmentationsstrategien doch annehmen sollte, dass der Beweis für deren Wirksamkeit erbracht war. Der Grund: Die zusammengeführten Einzelstudien mit einem positiven Ergebnis waren häufig klein und oft qualitativ nicht hochwertig, wohingegen die größten und qualitativ hochwertigeren Studien fast nie das Gesamtergebnis der kleineren Studien verifizieren konnten. Weil Studien mit positiven Outcomes besser publizierbar und daher leichter zugänglich sind als Studien mit einem negativen Effekt, entsteht leicht ein verzerrtes Gesamtbild.

Darüber hinaus werden in Metaanalysen zumeist nur die Mittelwerte über alle Patient\*innen betrachtet. Möglicherweise wirkt aber ein Medikament bei einer kleineren Untergruppe von Patient\*innen sehr gut, nicht jedoch bei allen. Wir brauchen viel mehr Metaanalysen, die sich auf in den Studien befindlichen Patientendaten und nicht auf Studienmittelwerte beziehen. Zusätzlich sollten größere, qualitativ hochwertige randomisierte Studien durchgeführt werden, die validere Ergebnisse erzeugen und in denen die Wirkung einer Intervention in Patient\*innen-Subgruppen untersucht werden kann. Außerdem fehlen vielfach Informationen über Dosiseffekte. Wenn in einer Studie die Vergleichs- oder Kontrolltherapie im Verhältnis zur getesteten Therapie unterdosiert eingesetzt wird, dann ergibt sich möglicherweise ein Vorteil für die Testtherapie.

Warum sind diese methodischen Überlegungen und Anpassungen wichtig? Effekte, die in RCTs oder Metaanalysen festgestellt wurden, bilden den Kern der Evidenz für die Zulassung eines Medikaments oder für eine Leitlinienempfehlung. Leitlinien fassen das verfügbare medizinische Wissen zusammen, wägen Nutzen und Schaden von Untersuchungen und Behandlungen ab und bieten Behandler\*innen eine wichtige Orientierung im Versorgungsalltag. Für diesen Zweck müssen sie verlässlich und aktuell sein.



Schließlich stellt sich bei RCTs, deren Evidenz hauptsächlich Leitlinien beeinflusst, aber auch oft die Frage nach der Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Bis zu 80 Prozent der Patient\*innen und Subgruppen werden systematisch von RCTs ausgeschlossen. Darunter finden sich z.B. jene mit zu starker Erkrankung, um einwilligungsfähig zu sein, mit psychiatrischen oder körperlichen Komorbiditäten, Substanzabusus, Suizidalität, und Menschen, die mehr als ein Medikament einnehmen müssen. Um Therapieeffekte auch in diesen häufigen und klinisch hoch relevanten Patientengruppen untersuchen zu können, ist die Versorgungsforschung ein zentrales Instrument, deren Ergebnisse den randomisiert generierten Daten komplementär zur Seite gestellt werden sollten. RCTs stellen die Frage, ob eine Therapie wirkt und kurz- bis mittelfristig sicher ist und manchmal, wie die Therapie wirkt. Daten aus dem Versorgungsalltag hingegen beantworten die Frage, bei wem und unter welchen Bedingungen die Therapie wirkt und wie es um die Langzeitsicherheit bestellt ist.



## Statement

### **Die Beteiligung der Betroffenen – partizipative Ansätze in der Versorgungsforschung**

*PD Dr. Anna-Levke Brütt, Department für Versorgungsforschung, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg*

Noch vor wenigen Jahren wurde die Beteiligung der Patient\*innen an medizinischer Forschung nur von einigen Interessengruppen und engagierten Forschenden gefordert. Inzwischen ist eine stärkere Ausrichtung an den Betroffenen und ihre Beteiligung an wissenschaftlicher Forschung als Ziel in den Koalitionsvertrag der Regierungsparteien aufgenommen worden. So ist es nur konsequent, dass immer mehr Förderinstitutionen die Einbeziehung von Patient\*innen in alle Phasen eines Forschungsprojekts – von der Ideenentwicklung bis zur Dissemination – fordern. Nach der Phase der bloßen Forderung sind wir mittlerweile mitten in der Umsetzung.

Andere Länder waren hier wesentlich schneller. In manchen Gesundheitssystemen existiert bereits eine öffentlich geförderte Infrastruktur für die Umsetzung partizipativer Ansätze. Die Plenarsitzung „Partizipative Ansätze – Trialogische Aspekte“ am 7.10. gibt Einblicke in die Erfahrungen außerhalb von Deutschland. Manche dieser Ansätze erweisen sich jedoch als fragil. So bleiben einige Fragen zur konkreten Umsetzung unklar: Wer sollte beteiligt werden? Mit welchen Methoden? Und was ist die Wirkung?

Patient\*innenbeteiligung führt nicht automatisch zu positiven Effekten für Patient\*innen, Wissenschaftler\*innen oder für die Forschung. Ihre breite Umsetzung sollte daher nicht ohne Erkenntnisgewinne („Lernen“) und Qualitätssicherung geschehen. Es ist wichtig, Best-Practice-Beispiele zu identifizieren und daraus Empfehlungen abzuleiten, was eine aus verschiedenen Perspektiven erfolgreiche Patient\*innenbeteiligung ist. Außerdem sollten Instrumente zur Qualitätssicherung bereitgestellt werden.

Ich freue mich deshalb sehr auf den informellen Austausch in unserem DKVF-World-Café am 7.10. Unter dem Motto „Gemeinsam forschen“ diskutieren Versorgungsforscher\*innen mit Betroffenen, Angehörigen, und ihren Vertreter\*innen an fünf Thementischen, wie partizipatorische Forschung stärker in der Versorgungsforschung verankert werden kann.





## Statement

### **Strukturen und Prozesse zur Verbesserung der Versorgung der Patient\*innen**

*Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Vorstandsvorsitzende Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (Regensburg)*

Wie lassen sich Versorgung und Forschung so miteinander verknüpfen, dass sich das Therapieergebnis der Patient\*innen verbessert? In der onkologischen Versorgung wird schon lange an dieser Frage gearbeitet.

- Für die Errichtung klinischer Krebsregister musste zunächst ein gesetzlicher Rahmen geschaffen werden. Klinische Krebsregister sind mittlerweile in allen Bundesländern aktiv und erfassen alle wichtigen Daten im Verlauf einer Krebserkrankung und ihrer Behandlung.
- Erst das Gesetz zur „Zusammenführung von Krebsregisterdaten“ vom August 2021 liefert die rechtliche Grundlage für eine Zusammenführung klinischer und epidemiologischer Daten aus den Krebsregistern der Länder in ein bundesweites Datenreservoir. Laut Gesetz müssen Krebsregisterdaten mit anderen Dateninitiativen verknüpfbar sein. Darüber hinaus sollen anonymisierte Daten zu wissenschaftlichen Forschungszwecken auch für Dritte bereitgestellt werden können. An der Entwicklung eines Konzepts beteiligen sich alle relevanten Stakeholder, darunter auch Patientenvertreter\*innen. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Damit sind wir auf dem Weg zu Versorgungsforschung mit bundesweiten Krebsregisterdaten einen großen Schritt weitergekommen.
- Warum ist die Verknüpfbarkeit der Register mit anderen Datenquellen so wichtig? Bestimmte wissenschaftliche Fragestellungen lassen sich durch die Verbindung von Primär- und Sekundärdaten detaillierter und mit höherer Qualität beantworten. Ein Beispiel dafür ist das Innovationsfondsprojekt „Wirksamkeit zertifizierter Zentren (WiZen)“, das bundesweit primär- und sekundärdatenbasiert AOK-Routinedaten und Daten klinischer Krebsregister nutzt und verknüpft analysiert. Die Auswertung des Projekts zeigt, dass die Behandlung in zertifizierten onkologischen Zentren die Überlebenschance von Krebspatient\*innen erhöht. Zertifizierte Zentren nutzen für ihr Qualitätsmanagement u.a. Qualitätsindikatoren, die sich aus medizinischen Leitlinien ableiten.
- Das methodische Instrumentarium der Versorgungsforschung ist enorm gewachsen; dazu hat das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung wichtige Beiträge geleistet. Exemplarisch seien hier zwei DNVF-Publikationen aus den letzten beiden Jahren genannt: das Manual für Methoden und Nutzung versorgungsnaher Daten zur Wissensgenerierung [1] und das Positionspapier „Methoden und Indikatorensets für die Evaluation regionaler sektorverbindender Versorgungsmodelle“ [2].

Fazit: Geeignete gesetzliche Rahmenbedingungen, die Zusammenarbeit relevanter Stakeholder, die Verknüpfbarkeit von Daten und exzellentes methodisches Know-how sind wichtige Voraussetzungen dafür, dass Versorgungsdaten zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt werden können.

[1] Klinkhammer-Schalke M, Kaiser T, Apfelbacher C et al. (2020) Manual für Methoden und Nutzung versorgungsnaher Daten zur Wissensgenerierung. *Das Gesundheitswesen* 2020; 82(08/09): 716-722.

[2] Geraedts M et al. (2022). Methoden und Indikatorensets für die Evaluation regionaler sektorverbindender Versorgungsmodelle. *Gesundheitswesen* 84(06): 484-488.

## CURRICULUM VITAE

Prof. Dr. Peter Falkai



Kongresspräsident des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung 2022

---

### Schwerpunkte

- Neurobiologie und Behandlung psychotischer Erkrankungen, vor allem der Schizophrenie
- Genexpression in post-mortem Gehirngewebe
- Pathophysiologie der Schizophrenie

### Akademische Grade und beruflicher Werdegang

Seit 2012	Professur und Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München
2006–2012	Professur und Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Göttingen
2002–2006	Professur und Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität des Saarlands, Bad Homburg/Saar
1996–2002	Professur für Medizinische Psychologie, Direktor der Abteilung Medizinische Psychologie, Leitung der Abteilung für Psychiatrie, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
1995–1996	Stellvertretender Leiter, Abteilung für Psychiatrie der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Düsseldorf
1995	Habilitation „Gestörte zerebrale Asymmetrie bei der Schizophrenie – neue Ergebnisse und ihre Relevanz für die Pathophysiologie der Erkrankung“
1993–1995	Stationsarzt, Abteilung für Psychiatrie der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Düsseldorf
1987–1993	Assistenzarzt, Abteilung für Psychiatrie der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Düsseldorf
1987	Medizinische Doktorarbeit „Zellverlust im Hippocampus Schizophreniekranker“
1981–1987	Medizinstudium and der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

### Mitgliedschaften und Funktionen (Auswahl)

2022	Kongresspräsident Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2022
2019–2021	President-Elect der European Psychiatric Association (EPA)
2018–2022	Vizepräsident der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)

2018–2019	Vizepräsident der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF)
Seit 2018	Vorstandsmitglied LIPPS – Verein der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e. V.
Seit 2013	Vorsitzender des Council of National Societies (NPAs) der European Psychiatric Association (EPA)  Vorstandsmitglied des Neuroscience and Mental Health Board of the UK Medical Research Council (MRC)
2011–2012	Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN)
Seit 2010	Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina
2007–2010	Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)
Seit 1995	Vorstandsmitglied der DGPPN

## Kontakt

### **Prof. Dr. Peter Falkai**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Nussbaumstr.7, 80336 München  
Tel.: +49(0)89-4400 55501  
E-Mail: peter.falkai@med.uni-muenchen.de

## CURRICULUM VITAE

Prof. Dr. Christoph Correll



Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité Universitätsmedizin, Berlin

Professor für Psychiatrie und Molekularmedizin, Zucker School of Medicine, New York, USA

---

### Schwerpunkte

- Psychiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Schizophrenie und bipolare Erkrankungen
- Psychopharmakologie
- Klinische Studien
- Körperliche Gesundheit bei psychischen Erkrankungen

### Akademische Grade und beruflicher Werdegang

Seit 2017	Professur und Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow
2017	Gastprofessor, Department für Neurologie und Psychiatrie, Sapienza Universität Rom
Seit 2017	Professor of Psychiatry und Molecular Medicine, The Donald und Barbara Zucker School of Medicine, New York, USA
2012–2016	Gastprofessur, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Dresden,
Seit 2011	Investigator, Center for Psychiatric Neuroscience, Feinstein Institute of Medical Research, New York, USA
2011–2017	Adjunct Associate Professor for Psychiatry and Behavioral Sciences, Albert Einstein College of Medicine, New York, USA
2010–2013	Associate Professor for Psychiatry und Molecular Medicine, Hofstra North Shore-LIJ School of Medicine, New York, USA
Seit 2010	Co-Director, Laboratory for Child and Adolescent Psychiatry, Feinstein Institute for Medical Research, New York, USA
2008–2010	Associate Professor for Psychiatry and Behavioral Sciences, Albert Einstein College of Medicine, New York, USA
Seit 2006	Medical Director, The Zucker Hillside Hospital Recognition and Prevention Program, New York, USA
2005–2017	Director, Adverse Events Assessment and Prevention Unit, The Zucker Hillside Hospital, New York, USA
2005	Associate Medical Director, The Zucker Hillside Hospital Recognition and Prevention Program, New York, USA

2005–2017	Director, Core Laboratory Unit, The Zucker Hillside Hospital Advancer Center for Intervention and Services Research, New York, USA
2004–2017	Co-Director, Research Knowledge Transfer Unit, The Zucker Hillside Hospital Advanced Center for Intervention and Services Research, New York, USA
2004–2017	Co-Director, Clinical Assessment Strategies Unit, The Zucker Hillside Hospital Advanced Center for Intervention and Services Research, New York, USA
2003–2008	Assistant Professor of Psychiatry and Behavioral Sciences, Albert Einstein College of Medicine, New York, USA
Seit 2003	Staff Psychiatrist, The Zucker Hillside Hospital North Shore, New York, USA
2001–2003	Children and Adolescent Psychiatry Fellow, Schneider Children’s Hospital, New Hydepark, NY, USA
1998–2001	Psychiatry PGY-2, PGY-3, Chief and Research Residency, Hillside Hospital, Glen Oaks, NY, USA
1997–1998	Psychiatry PGY-1, Beth Israel Medical Center, New York, USA
1995–1997	Neurologe an der Neurologischen Klinik Neustadt GmbH
1991–1996	Promotion, Medizinische Fakultät der Freien Universität Berlin
1990–1991	Studium der Medizin, School of Medicine, University of Dundee
1985–1993	Studium der Medizin, Universität Berlin

### Mitgliedschaften, Gremienarbeit und Auszeichnungen

Prof. Correll hat mehr als 750 wissenschaftliche Artikel publiziert, die über 58.000-mal zitiert wurden. Er wirkte als Mitglied zahlreicher Expertengremien an Konsensusempfehlungen bei verschiedenen psychischen Störungen mit und hat mehr als 40 nationale und internationale Auszeichnungen und Anerkennungen für seine Arbeit erhalten. Seit 2014, dem ersten Jahr der Listung der Top-100-Wissenschaftler weltweit in jedem Wissenschaftsgebiet durch Clarivate/Web of Science (<https://hcr.clarivate.com>), ist Prof. Correll bisher jedes Jahr als einer der „einflussreichsten“ und „1% meistzitierten Wissenschaftler im Feld der Psychiatrie“ gelistet worden.

### Kontakt

#### **Prof. Dr. Christoph Correll**

Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Augustenburger Platz 1, D-13353 Berlin

Tel.: +49(0)30-450 566 201

E-Mail: [christoph.correll@charite.de](mailto:christoph.correll@charite.de)

## CURRICULUM VITAE

PD Dr. phil. Anna Levke Brütt, Dipl. Psych., MSc



Department für Versorgungsforschung  
Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften  
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

---

### Schwerpunkte

- Rehaforschung
- Versorgungsforschung
- Gesundheits- und Teilhabeforschung

### Akademische Grade und beruflicher Werdegang

2019	Habilitation und Venia Legendi im Fach Medizinische Psychologie an der Medizinischen Fakultät Hamburg
Seit 2016	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Leitung der Nachwuchsgruppe „Rehaforschung“
2014–2016	Leitung der Arbeitsgruppe Gesundheits- und Teilhabeforschung am Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
2012	Promotion zum Dr. phil. (Universität Flensburg)
2007–2012	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychologie, Abteilung für Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung an der Universität Flensburg
2007–2022	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
2007	Diplom in Psychologie, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
2003	Master of Science in Clinical Neuroscience, University of Surrey, Roehampton

### Mitgliedschaften

- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF), Sprecherin der AG Nachwuchsförderung sowie der AG Partizipative Versorgungsforschung

### Ausgewählte Publikationen

- Baumann, L. A., & Brütt, A. L. (2022). Participation preferences of health service users in health care decision-making regarding rehabilitative care in Germany - A cross-sectional study. *Health Expect*, 25(1), 125-137. doi:10.1111/hex.13356
- Brütt, A. L., Buschmann-Steinhage, R., Kirschning, S., & Wegscheider, K. (2016). Teilhabeforschung: Bedeutung, Konzepte, Zielsetzung und Methoden. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 59(9), 1068-1074. doi:10.1007/s00103-016-2403-y

- Seeralan, T., Härter, M., Koschnitzke, C., Scholl, M., Kohlmann, S., Lehmann, M., Eisele, M., Braunschneider, L. E., Marx, G., Scherer, M., Löwe, B., Magaard, J. L., & Brütt, A. L. (2021). Patient involvement in developing a patient-targeted feedback intervention after depression screening in primary care within the randomized controlled trial GET.FEEDBACK.GP. *Health Expect*, 24 Suppl 1, 95-112. doi:10.1111/hex.13039

## Kontakt

### **PD Dr. Anna Levke Brütt**

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg  
Fakultät VI - Medizin und Gesundheitswissenschaften  
Department für Versorgungsforschung  
Nachwuchsgruppe Rehaforschung  
Ammerländer Heerstr. 114-118  
26129 Oldenburg  
E-Mail: [anna.levke.bruett@uni-oldenburg.de](mailto:anna.levke.bruett@uni-oldenburg.de)

## CURRICULUM VITAE

Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke



Vorsitzende  
Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.

---

### Schwerpunkte

- Qualitätssicherung und Versorgungsverbesserung
- Versorgungsforschung
- Lebensqualität
- Klinische Krebsregister

### Akademische Grade und beruflicher Werdegang

seit 2016	Direktorin des Instituts für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg
2013	Habilitation im Fach Versorgungsforschung „Bedeutung klinischer Krebsregister für die Qualitätssicherung und Versorgungsverbesserung in der Onkologie“
1998–2015	Leitung Tumorzentrum Regensburg, Regensburg
1991–1997	Ärztin Universitätsfrauenklinik Würzburg, Allgemeinmedizinpraxis Zell
1986–1991	Studium der Humanmedizin, Universität Würzburg, Abschluss Staatsexamen/Approbation
1984–1986	Referentin Bischöfliches Jugendamt der Diözese Würzburg, Psychotherapeutin
1980–1984	Referentin, Therapeutin und Stationsleiterin, Klinik Lindenhof, Fachkrankenhaus für suchtkranke Frauen in Schallstadt und im Referat Suchtkrankenhilfe der Erzdiözese Freiburg im Breisgau
1978–1984	Grund- und Zusatzausbildung in klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie, Freiburg, Abschluss: Gesprächspsychotherapeutin der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e. V.
1975–1980	Studium der kath. Theologie an den Universitäten Bonn und Freiburg, Abschluss: Diplom-Theologin

### Auswahl beruflicher Tätigkeiten und Funktionen

Seit 2018	Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e. V. und Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.
Seit 2019	Mitarbeit Arbeitsgruppe 1 und 3 der Nationalen Dekade gegen Krebs
2016	Kongresspräsidentin Deutscher Kongress für Versorgungsforschung



Seit 2017	Gemeinsame Leitung der Querschnitts-Arbeitsgruppe Qualität und Vernetzung des Nationalen Krebsplans
2014–2018	Stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
seit 2008	Mitglied der Steuerungsgruppe des Nationalen Krebsplans Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Handlungsfeld 2, Teilziel 8, des Nationalen Krebsplans: flächendeckende Einführung klinischer Krebsregister Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Handlungsfeld 4 Teilziele 11, 12a, b und 13 des Nationalen Krebsplans: Patienteninformation, Partizipative Entscheidungsfindung und Psychoonkologie Vorstandsmitglied des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
seit 2007	Gemeinsame Leitung der Arbeitsgruppe Daten zur Entwicklung des ADT-GEKID-Basisdatensatzes und seiner Module
seit 2006	Gemeinsame Leitung der Arbeitsgruppe „Einheitliche onkologische Datenerfassung“ mit dem Ergebnis des „einheitlichen onkologischen Basisdatensatzes“, implementiert in S3-Leitlinien und Erhebungsbögen der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. Mitbegründerin der bundesweiten onkologischen Qualitätskonferenz der Klinischen Krebsregister in Deutschland

## Kontakt

### **Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke**

Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung  
der Universität Regensburg  
Am BioPark 9, 93053 Regensburg  
Tel.: +49 (0)941 943 1803  
E-Mail: monika.klinkhammer-schalke@ur.de