

Stellungnahme zur Einladung der Leopoldina, der Nationalen Akademie der Wissenschaften, der Deutschen-Akademie der Technikwissenschaften sowie der Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften, 23.10.2015

Autoren: Prof. Dr. Andreas Stang, MPH, Prof. Dr. Antje Timmer,
Brigitte B. Strahwald, MSc

Hintergrund

Die Leopoldina, Nationale Akademie der Wissenschaften, die Deutsche Akademie der Technikwissenschaften sowie die Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften haben die Plattform „Initiative für Public Health und Global Health“ ins Leben gerufen. Im Juni 2015 haben diese Organisationen eine Stellungnahme mit dem Titel „Public Health in Deutschland: Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen“ publiziert. Mit Schreiben vom 23.10.2015 luden die o.g. Organisationen dazu ein, sich an dieser Initiative zu beteiligen – indem die eingeladenen Organisationen „diskutieren und formulieren, wie Public Health und Global Health in Deutschland [...] weiter entwickelt werden können.“

Die GMDS beteiligt sich an dieser Diskussion. In der nachfolgenden Stellungnahme werden die Punkte zusammengefasst, die die GMDS für die Weiterentwicklung von Public Health in Deutschland für relevant hält.

Stellungnahme

Die vorliegende Stellungnahme ist eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS). Mit Schreiben vom 27.10.2015 wurden die Fachausschüsse Epidemiologie, Biometrie und Medizinische Informatik sowie die Sektion Medizinische Dokumentation beauftragt, im Sinne der o.g. Einladung wichtige Ziele zu formulieren. Die hier vorliegende Stellungnahme fasst diese Ziele zusammen. Dabei greift die GMDS auf die folgende Definition von Public Health zurück:

Public Health ist die Wissenschaft und die Praxis zur Verhinderung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen (modifiziert nach Winslow 1920).

<http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/informationen/public-health/>, Zugriff 1.12.2015]

Epidemiologie, Biometrie, Medizinische Informatik und Medizinische Dokumentation sind Kerndisziplinen einer wissenschaftlich fundierten Entwicklung und Anwendung von Public Health. Sie wirken somit mittelbar auf die Allgemeinbevölkerung sowie die Subgruppe der Erkrankten, die medizinisch versorgt werden, ein und eröffnen den Blickwinkel auf relevante Versorgungs- und Evidenzlücken.

Geschäftsstelle

Industriestraße 154
D-50996 Köln

Telefon: +49(0)2236-3319958
Telefax: +49(0)2236-3319959

E-Mail: info@gmds.de
Internet: www.gmds.de

Geschäftsführung

Beatrix Behrendt

Präsidium

Prof. Dr. Ulrich Mansmann
(München), Präsident

Prof. Dr. Andreas Stang, MPH
(Essen), 1. Vizepräsident

Prof. Dr. Paul Schmücker
(Mannheim), 2. Vizepräsident

Prof. Dr. Wolfgang Köpcke
(Münster), Schatzmeister

Dr. Thomas H. Müller
(München), Schriftführer

Prof. Dr. Dieter Hauschke
(Freiburg), Beisitzer

Prof. Dr. Alfred Winter
(Leipzig), Beisitzer

Prof. Dr. Hans-Ulrich Prokosch
(Erlangen), Fachbereichsleiter

Prof. Dr. Ralf Bender
(Köln), Fachbereichsleiter

Prof. Dr. Antje Timmer
(Oldenburg), Fachbereichsleiterin

Susanne Stolpe
(Essen) Sektionsleiterin

Markus Stein
(Berlin), Sektionsbeisitzer

Empfehlungen

- (1) Deutschland braucht mehr Forschung auf dem Gebiet der Implementation von evidenzbasierten Präventions- und Therapiemaßnahmen (**implementation research**), einschließlich der Aufdeckung und Berücksichtigung möglicher Hindernisse einer erfolgreichen Umsetzung. Epidemiologische Forschung stellt hierfür ein wichtiges Instrumentarium zur Verfügung. Beispielsweise ist der Anteil bekannter Hypertoniker, bei denen der **Bluthochdruck** gar nicht oder nicht erfolgreich behandelt wird, in Deutschland hoch. Verschiedene Faktoren auf Seiten des Patienten und seines Umfeldes, des behandelnden Arztes und des Gesundheitssystems insgesamt könnten als erklärende und möglicherweise modifizierbare Faktoren in Frage kommen. Die Aufdeckung dieser Faktoren sowie die Evaluation geeigneter Interventionen ist ein zentrales Anliegen begleitender Forschung bei der Umsetzung in die Praxis. Implementation research ist ganz besonders relevant bei bevölkerungsweiten Interventionen wie beispielsweise bei Screening-Verfahren.
- (2) Die **Vernetzung der Epidemiologie** national und international zur Förderung des Wissenstransfers zwischen Public Health Forschungseinrichtungen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sollte weiter unterstützt werden. Neben Ausschreibungen gehören hierzu auch „Best Public Health Practice“ Meetings von internationalen Public Health Akteuren. Es sollte bei der Förderung keine formale Beschränkung auf bestimmte Länder bzw. Nationen geben.
- (3) Im Sinne der Forderung nach einer **Evidenzbasierung von Public Health** in Deutschland sollte die Cochrane Initiative „Public Health“ weiter gestärkt werden und an Sichtbarkeit gewinnen. Ein Beispiel für eine globale Erweiterung der Perspektive ist das internationale Netzwerk „Evidence Aid“. Vergleichbare Aktivitäten sollten auch im Rahmen von Public Health in Deutschland geprüft werden, z.B. im Kontext bzw. in Kooperation mit der Cochrane Public Health Initiative.
- (4) Für Public Health in Deutschland ist eine bedarfsgerechte **Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses** sicher zu stellen. Hierbei ist eine fundierte Ausbildung insbesondere in den Methoden der Epidemiologie und Biometrie bedeutsam. Weiterhin sollten die MPH-Studiengänge noch stärker als bisher international ausgerichtet werden, d.h., internationale Studierende und Dozenten nehmen verstärkt an den deutschen MPH-Programmen teil und Studierende aus Deutschland können noch mehr als bisher für eine begrenzte Zeit Auslandserfahrungen sammeln.
- (5) Universitäre Einrichtungen von Public Health benötigen mehr **Haushaltsstellen** für die Public Health relevanten methodischen Disziplinen (Epidemiologie, Biometrie, Medizinische Informatik und Medizinische Dokumentation).
- (6) Die epidemiologischen Kenntnisse und Fertigkeiten sind auch bei Public Health Akteuren weiter zu stärken, die **Public Health praktizieren** (z.B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Gesundheitsämtern, Ärzten, Entscheidungsträgern in der Gesundheitspolitik sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der sozialen Sicherung).

- (7) Public Health und damit Epidemiologie beginnt bereits lokal vor Ort. Epidemiologen sowie Public Health Wissenschaftler und Akteure sollten sich verstärkt an **regionalen Gesundheitskonferenzen** beteiligen, um bei Public Health relevanten Problemen vor Ort beratend mitzuwirken („Health in all policies“).
- (8) Zur Abdeckung des Ausbildungs- und Beratungsbedarfs bei Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens sind mehr **Bündnisse von Public Health orientierten Forschungseinrichtungen mit den öffentlichen Einrichtungen** anzustreben.
- (9) Es sollte eine **Koordinierungsstelle Public Health** eingerichtet werden, welche die Vernetzung der Public Health Akteure fördert, Ausschreibungsthemen für das BMBF und andere Förderer triggert, rapide Evidenzlücken von Public Health aufdeckt, „Rapid Public Health Forum“ Veranstaltungen sowie Public Health Think Tanks organisiert und regelmäßig Evidence Reports beauftragt. Diese Stelle sollte von einem wissenschaftlichen Beirat inkl. Interessensvertretern begleitet sein.
- (10) Zu einer weiteren Professionalisierung von Public Health in Deutschland gehört es auch, die **ethischen Aspekte von Public Health Maßnahmen** aufzuzeigen. Public Health Maßnahmen stehen typischerweise im Spannungsfeld zwischen der Eigenverantwortlichkeit der Bürgerinnen und Bürger und staatlicher Gängelung. Beispielsweise kann eine hohe Teilnahme an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen nicht per se das Ziel sein, sondern die Befähigung zur informierten Entscheidung der Bürgerinnen und Bürgern bezüglich dieser Angebote.
- (11) Public Health Forschungsergebnisse sollten noch konsequenter als **open access Publikationen** veröffentlicht werden. Hierzu müssen auch finanziell tragfähige Konzepte weiterentwickelt und gefördert werden.
- (12) Zur Verbesserung der **Kommunikation neuer Erkenntnisse aus der Public Health Forschung** bedarf es einer weiteren Stärkung der kommunikativen Fähigkeiten von Wissenschaftlern sowie eines hochwertigeren Public Health Journalismus. Es besteht Bedarf von gezielten Angeboten zur Förderung einer geeigneten Risikokommunikation.
- (13) Die Verwendung von existierenden statistischen und bioinformatischen Methoden in der Public Health Forschung und deren Vermittlung in der Lehre werden nicht ausreichen, um den großen Herausforderungen durch **komplexe Beobachtungsdaten bzw. deren Kombination mit Omics-Daten** gerecht zu werden. Entsprechend muss die Forschung zu derartigen Methoden verstärkt und strukturell unterstützt werden, u. a. um zu verhindern, dass große Datenmengen zwar gesammelt, aber nicht adäquat ausgewertet werden können.
- (14) Die Einbeziehung neuer molekularer (Omics-)Techniken in die Forschungs- und Lehragenda von Public Health setzt theoretisches und praktisches Vorwissen im Bereich der konkreten medizinischen Anwendung voraus. Hinzu kommt das Wissen um technische Voraussetzungen der jeweiligen Technologie. Angrenzend daran sind die Daten-Disziplinen wie Medizinische Informatik, Mathematik, Bioinformatik, Biostatistik und Epidemiologie zu sehen, die jeweils unterschiedliche Aspekte der Datenanalyse und Modellierung im Bereich Public Health betreffen. Die **Pluralität dieser Fächer** ist notwendig, da diese jeweils Teilaspekte der Herausforderung einer adäquaten Einordnung neuer molekularer (Omics-)Techniken für Aspekte der Public Health Anwendung abdecken. Dies darf aber nicht zur Schaffung neuer zusätzlicher

Daten-Disziplinen, z. B. in der Art von "Data-Science", mit Aufbau von Parallelstrukturen zu den oben genannten Disziplinen führen, sondern sollte alle Disziplinen einbeziehen.

- (15) Es bedarf dezidierter Anlaufstellen, die in Projekten z. B. komplexere biostatistische Aufgaben übernehmen können. Um entsprechende Expertise vorhalten und entwickeln zu können, müssen **Zentren mit fächerübergreifender Expertise** (Bioinformatik, Biometrie, Epidemiologie, Medizinische Informatik, Medizinische Dokumentation) zur Datenanalyse und Modellierung im Bereich Public Health, auch mit Service-Funktion, ausgebaut und verlässlich finanziert werden. Dies umfasst auch verlässliche Karrierepfade z. B. für Biostatistikerinnen und Biostatistiker, die einen Methodenfokus für das Gebiet Public Health anstreben.
- (16) Es ist absehbar, dass Omics-Technologie zunehmend Eingang in die Praxis finden wird, so dass die Evaluation dieser Technologien dringend notwendig ist. Anwendungs- und evaluationsorientierte Forschung in diesem Bereich wird im angelsächsischen Sprachraum oft unter dem Begriff "**Public Health Genomics**" zusammengefasst. Eine solche Forschung ist in Deutschland zu wenig vorhanden und sollte ausgebaut werden.
- (17) Im Bereich Public Health gibt es spezielle **datenschutzrechtliche Anforderungen** (insb. SGB X und SGB V) die über die „normalen“ Anforderungen (EU-DS Grundverordnung, BDSG, LDSG, StGB) hinausgehen. Dies bedingt Kompetenzen in der Nutzung bzw. Entwicklung von Methoden zur Nutzung und Verknüpfung (Record Linkage) verschiedener Datenkörper (Statistisches Bundesamt, Landesgesundheitsämter, Kostenträger, Leistungserbringer, DIMDI, eigene Erhebungen, ...) unter Einhaltung des Datenschutzes. Dazu bedarf es neben technischen Lösungen auch der Einrichtung von Trustcentern, in denen die Datenverarbeitung unter engen regulatorischen Vorgaben (die z.B. eine Übermittlung nicht ausreichend aggregierter Daten unterbindet) ermöglicht wird.
- (18) Der Aufbau einer **nachhaltigen Informationstechnologie im Gesundheitswesen** stellt eine langfristige Maßnahme dar und ist nicht über kurz- und mittelfristige Projektförderungen aufbaubar. Aus diesem Grunde ist eine Förderung, wie sie aktuell durch das BMBF im Bereich Medizinische Informatik erfolgt, zu begrüßen, jedoch auf Dauer aufrecht zu erhalten.
- (19) Die Entwicklung hin zur **Informationsgesellschaft (Industrie 4.0)** hat auch Folgen für Public Health . Diese Entwicklung gilt es auch für das Gesundheitswesen aktiv zu gestalten. Es sollte die Aufgabe von Public Health sein, diesen Prozess wissenschaftlich zu begleiten und so den notwendigen öffentlichen Diskurs zu unterstützen.
- (20) Elementar für die Aufrechterhaltung und Optimierung der Dokumentationsprozesse im Bereich Public Health sowie im Bereich der Versorgung von Erkrankten sind die **Standardisierung und die Sicherung der Qualität der Ausbildung von Dokumentationsfachkräften**. Ein besonderer Bedarf besteht hier an Tumordokumentaren, die in Folge des Krebsfrüherkennungs- und Krebsregistergesetzes als Fachkräfte verstärkt eingesetzt werden müssen. Ausbildungsgänge bzw. Lehrgänge, die in dieser und verwandten Spezialisierungen (z.B. Kodierfachkräfte) unter dem Titel der Medizinischen Dokumentation angeboten werden, sind zum großen Teil nicht qualitätsgesichert und richten sich – bezogen auf die Tumordokumentation - nicht nach den vom DVMD (https://dvmd.de/downloads/DVMD-Positionspapier-Ausbildung-Tumordokumentation_final.pdf) empfohlenen Ausbildungsinhalten.

- (21) Es besteht der Bedarf einer **Optimierung von unstrukturierten und Doppelarbeit verursachenden Dokumentationsprozessen** durch "Entrümpelung", wie z.B. in der vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung angestoßenen Neuausrichtung der Pflegedokumentation, die auch vom DVMD unterstützt wird.

<https://dvmd.de/downloads/aktuelles/PressemeldungDVMD-NeuesStrukturmodellPflegedokumentation.pdf>

Köln, 29. Januar 2016



Prof. Dr. Ulrich Mansmann
- Präsident der GMDS -