

**Prof. Dr. Holger Pfaff**  
**Zentrum der Versorgungsforschung Köln der**  
**Humanwissenschaftlichen Fakultät und der**  
**Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln**

## **Stellungnahme**

**Öffentliches Fachgespräch**

**zum Thema**

**„Perspektiven der Versorgungsforschung“**

**am 13. Juni 2012**



## 7 PUNKTE-PROGRAMM

### ZUR STÄRKUNG DER VERSORGUNGSFORSCHUNG IN DEUTSCHLAND

*Stellungnahme für das öffentliche Fachgespräch „Perspektiven der Versorgungsforschung“, Deutscher Bundestag, Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung, Berlin, 13.Juni 2012*

*von*

*Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff, Universität zu Köln  
Köln, den 8.6.2012*

1. **Gesundheitsleistungs- und Kontextforschung gleichgewichtig fördern:** Sowohl die Forschung über Kernleistungen der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsleistungsforschung) als auch die Forschung über den sozialen und organisationalen Kontext der Erbringung der Kernleistung (Kontextforschung) müssen gleichgewichtig gefördert werden.
2. **Sozialwissenschaftliche Grundlagenfächer der Versorgungsforschung stärken:** Gesundheitsversorgung kommt durch Verhalten von individuellen und sozialen Akteuren zustande. Daher müssen die Grundlagenfächer Medizinische Soziologie und Medizinische Psychologie obligater Bestandteil von universitären und landesweiten Versorgungsforschungszentren und -strukturen sein. Zudem ist es nötig, eigene Versorgungsforschungslehrstühle zu schaffen, damit das Fach eine Identität entwickelt.
3. **Versorgungsforschungsergebnisse sollten verpflichtend in die Kosten-Nutzen-Bewertung und die Allokationsentscheidungen eingebaut werden:** Für die alltagsnahe Ressourcenallokation ist Versorgungsforschung unverzichtbar. Daher sollte sie auch in den Prozess der Allokationsentscheidung auf allen Politikebenen (z.B. IQWiG, G-BA) eingebaut werden.
4. **Nationale Förderorganisation und nationales Zentrum für Versorgungsforschung schaffen:** Die Versorgungsforschung benötigt eine zentrale Einrichtung auf nationaler Ebene, die zur Aufgabe hat, die Versorgungsforschung national zu fördern. Vorbild ist die AHRQ (<http://www.ahrq.gov/>) in den USA. Zudem ist es notwendig, parallel zu den nationalen Gesundheitszentren ein nationales Versorgungsforschungszentrum (Vorbild: NIVEL: <http://www.nivel.nl/>) zu gründen. Dies soll die gegründeten Gesundheitszentren ergänzen und unterstützen sowie eine kritische „Forschungsmasse“ schaffen.
5. **Quantensprung in der Finanzierung der Versorgungsforschung ist nötig:** Erfolgt kein finanzieller Quantensprung, wird die Versorgungsforschung den Erwartungen, die in sie gesetzt werden, auf Dauer nicht gerecht. Sie ist, da sie hohen wissenschaftlichen Standards genügen muss, nicht billig. Zur Abdeckung der Finanzierungslücke bietet sich eine Dreifach-Strategie an: 1) Verschieben der BMBF-Forschungsprioritäten zugunsten der Versorgungsforschung; 2) Erhöhung des BMG-Budgets für Gesundheitsforschung; 3) Verpflichtung der Kassen, ein Prozent ihres Haushaltes für Versorgungsforschung auszugeben, die Hälfte davon zweckgebunden zur Finanzierung der BMBF- und BMG-Versorgungsforschungsprogramme.
6. **Der Ausbildung von Versorgungsforschern Priorität einräumen:** Es ist eine nationale Aufgabe, heute die Versorgungsforscher für morgen auszubilden. Da dies Landes- und Hochschulaufgabe ist, könnte es Aufgabe des Bundes sein, diesen Prozess anzustoßen, einheitlich zu strukturieren, zu überwachen und den Anschub zu finanzieren.
7. **Offener Zugang zu flächendeckenden Sekundärdaten ist unabdingbar:** Wissenschaftlern muss unbedingt – unter Wahrung des Datenschutzes - ungehindert Zugang zu den nicht aggregierten Daten des InEK und des Statistischen Bundesamtes gewährt werden. Zudem muss es gesetzlich ermöglicht werden, die Sekundärdaten mit anderen Daten zu verknüpfen. Weiter ist zu fordern, den kassenübergreifenden Datenpool „endlich“ zu realisieren. Ohne qualitätsgeprüfte, flächendeckende Sekundärdaten kann keine wissenschaftlich solide Versorgungsforschung betrieben werden und keine fundierte Politikberatung erfolgen.