

Rahmenbedingungen im Innovationsfonds

Welche Projekte und Förderverfahren helfen, Innovationsdefizite zu überwinden?

STUDIEN
BERICHT

Rahmenbedingungen im Innovationsfonds

Welche Projekte und Förderverfahren helfen, Innovationsdefizite zu überwinden?

Studienbericht
für den Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Berlin, 15. Juni 2015

Autoren

Dr. Karsten Neumann
Alina Wolfschütz

Inhalt

1. Ausgangslage und Zielsetzung	5
2. Innovationsdefizite bei Prozessinnovationen im Gesundheitswesen als Anlass für den Innovationsfonds	7
2.1 Charakteristika von Prozessinnovationen	7
2.2 Defizite in der Entwicklung und Einführung von Prozessinnovationen im Gesundheitswesen	12
2.3 Zwischenfazit: Wie können Anreize generiert werden?	15
3. Geeignete Projekttypen im Innovationsfonds zur Überwindung der Innovationsdefizite	16
3.1 Projekttypen und Fördervolumen	16
3.2 Umsetzbarkeit verschiedener Projekttypen	20
3.2.1 Simulation der Projektmengen	20
3.2.2 Übertragbarkeit der Mittel	22
3.3 Zwischenfazit: Was sind geeignete Projekttypen?	24
4. Geeignete Verfahrensformen zur Überwindung der Innovationsdefizite	25
4.1 Antragsverfahren	25
4.1.1 Schwerpunktthemen	25
4.1.2 Auswahlkriterien	26
4.1.3 Qualität vor Proporz	32
4.1.4 Ausschreibungsprozess und Antragskonzept	33
4.1.5 Vergaberechtsfragen	36
4.1.6 Abgrenzung der förderungswürdigen Leistungen	36
4.1.7 Finanzierung: Budgetbereinigung und Eigenbeteiligung	37
4.2 Durchführung	37
4.2.1 Mittelverwendung	37
4.2.2 Öffnungsklausel	38
4.3 Ergebnisverwendung	39
4.3.1 Beispielhafter Prozess für den Übergang in die Regelversorgung	39
5. Zusammenfassung: Sieben Thesen zum Innovationsfonds	42
Anhang: Produktentwicklung in der Industrie	44
Abbildungen	4
Tabellen	4

Abbildungen

Abbildung 1: Innovationsprozess und Projektbeispiele	8
Abbildung 2: Schematische Darstellung der Mittelübertragbarkeit	23
Abbildung 3: Bewertungsprozess für die Projektanträge („Nutzenbewertung“)	28
Abbildung 4: Ablauf und zeitliche Dimensionen des Antragsprozesses	35
Abbildung 5: Prozess des Übergangs in die Regelversorgung	41
Abbildung 6: Übersicht über die Thesen	43
Abbildung 7: Beispiel für den Produktentwicklungsprozess im Bereich Pharma	44
Abbildung 8: Beispiel für die Zunahme der Patientenzahlen im Laufe der Entwicklung	45

Tabellen

Tabelle 1: Entwicklung der Integrierten Versorgung	18
Tabelle 2: Beispiel zur Berechnung des Nutzens für die Antragsbewertung	29

1. Ausgangslage und Zielsetzung

Ausgangslage

Am 5. März 2015 hat der Bundestag den Gesetzentwurf zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) beraten, welches voraussichtlich zum 1. August 2015 in Kraft tritt.¹ Das Gesetz soll dazu beitragen, dass auch in Zukunft der Zugang und die Erreichbarkeit der medizinischen Versorgung sichergestellt sind. Unter anderem sieht das Versorgungsstärkungsgesetz die Förderung von Innovationen im Versorgungsalltag und in der Versorgungsforschung durch die Einrichtung eines Innovationsfonds vor. Wie genau der Innovationsfonds ausgestaltet sein soll, wird im Verlauf des Gesetzgebungsprozesses sowie im Anschluss durch den geplanten Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) noch detailliert.

Der Innovationsfonds soll gemäß §§ 92 a und b SGB V (VSG) mit einem Volumen von 300 Mio. EUR jährlich für die Jahre 2016 bis 2019 ausgestattet werden. Für Projekte zu innovativen sektorenübergreifenden Versorgungsformen (vornehmlich Prozessinnovationen) sollen pro Jahr 225 Mio. EUR zur Verfügung gestellt werden, die restlichen 75 Mio. EUR sollen der Versorgungsforschung zu Gute kommen.

Das VSG sieht folgende Förderschwerpunkte für den Innovationsfonds vor²:

- Schwerpunkt (1): innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen, d.h. Förderung nachhaltiger Versorgungskonzepte durch die
 - Erprobung von Prozessinnovationen sowie
 - Versorgungsleistungen, die über die heutige Regelversorgung hinausgehen, besonderen Versorgungsformen zuzurechnen sind und erkennbare Defizite der sektoralen Versorgung zu überwinden oder vermeiden suchen. (Beispiele, die in der Gesetzgebung genannt wurden, sind: Modellprojekte mit sektorübergreifendem Charakter zur Gewährleistung der Versorgung in unterversorgten Regionen, Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten mit Polymedikation, Substitution oder Delegation ärztlicher Leistungen, Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung sowie Telemedizin.)

¹ Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG); Drucksache 18/4095, 25.2.2015 (<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/040/1804095.pdf>; Zugriff 29.4.2015)

² S.o. und vgl. auch www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/DKVF%202014/Hecken_Vortrag.pdf (Zugriff 11.5.2015)

- Schwerpunkt (2): Versorgungsforschung
 - systematische Identifikation und Analyse von Versorgungslücken,
 - Entwicklung von Konzepten für langfristige und umfassende Versorgungsziele und
 - Begleitforschung zu speziellen qualitätsrelevanten Themen, wie der sektorübergreifenden Qualitätssicherung, oder die systematische Evaluation der Auswirkungen von Richtlinien des G-BA.

Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung

Während die Eckpunkte der Förderung durch den aktuell vorliegenden Gesetzentwurf bekannt sind, werden viele Fragen der Ausgestaltung noch diskutiert.

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) möchte daher mit dem vorliegenden Gutachten einen Beitrag für eine sinnvolle Ausgestaltung des Innovationsfonds leisten. Dem vdek ist es besonders wichtig, dass der Innovationsfonds möglichst schnell und möglichst effektiv für innovative Versorgungsprojekte und Versorgungsforschungsvorhaben eingesetzt wird, welche das Potenzial haben, die Regelversorgung zu verbessern. In der nachfolgenden Analyse werden daher sinnvolle Rahmenbedingungen für den Innovationfonds anhand von zwei Fragestellungen diskutiert:

- Welche Projekttypen können mit Hilfe des Innovationsfonds das vorhandene Innovationsdefizit adressieren?
- Wie sieht ein effizienter und effektiver Prozess der Antragstellung, Durchführung und Ergebnisverwertung von durch den Innovationsfonds geförderten Projekten aus?

Um den Hintergrund des Innovationsfonds zu verstehen, geben wir im folgenden Kapitel 2 zunächst einen Überblick über die Herausforderungen für „Projekte zu innovativen (sektorenübergreifenden) Versorgungsformen“ und die bisherigen Defizite in der Einführung von Prozessinnovationen. Anschließend stellen wir in Kapitel 3 und 4 unsere Antworten zu den beiden aufgeführten Leitfragen dar. Die wesentlichen Punkte werden abschließend in Kapitel 5 in einem kurzen Fazit mit unseren Empfehlungen zusammengefasst.

2. Innovationsdefizite bei Prozessinnovationen im Gesundheitswesen als Anlass für den Innovationsfonds

2.1 Charakteristika von Prozessinnovationen

Die Einführung neuer Prozesse im Gesundheitswesen kann mit dem Prozess der Erforschung, Testung und Einführung von Produkten verglichen werden. Den Produktentwicklungsprozess einer Prozessinnovation stellen wir im Folgenden idealtypisch dar, wohl wissend, dass diese Reinform in der Realität durch zahlreiche Abwandlungen und Brüche überlagert wird.

Im Innovationsprozess müssen neue Prozesse einige Herausforderungen meistern, um das letztliche Ziel – den Eingang in die Regelversorgung – zu erreichen. Wie bei anderen Forschungsprozessen üblich, steht die Grundlagenforschung am Anfang des Projekt- und Forschungszyklus, während an dessen Ende die Überführung der Erkenntnisse in die Regelversorgung erfolgt (Vgl. Abbildung 1 und im Anhang zu vergleichbaren Prozessen in der Industrie).

Grundsätzlich nimmt die Anzahl an Projekten mit dem Fortschritt des Entwicklungsprozesses ab, gleichzeitig steigt die Chance auf Erfolg im Laufe des Projekt- und Forschungszyklus an. Der gesamte Prozess dient einer kontinuierlichen Aussortierung von Projekten, deren Erfolgchancen aufgrund zu hoher Kosten, besserer Ideen anderer oder fehlender Relevanz als zu gering erachtet werden.

Die in Abbildung 1 dargestellte Entwicklung von Prozessinnovationen zeigt schematisch die Vielfalt an Projekten auf, die es zwischen der Grundlagenforschung und der Versorgungsrealität gibt.³ Am Anfang der Forschungskette stehen dabei vor allem Projekte der Versorgungsforschung, die Versorgungsdefizite ergründen.

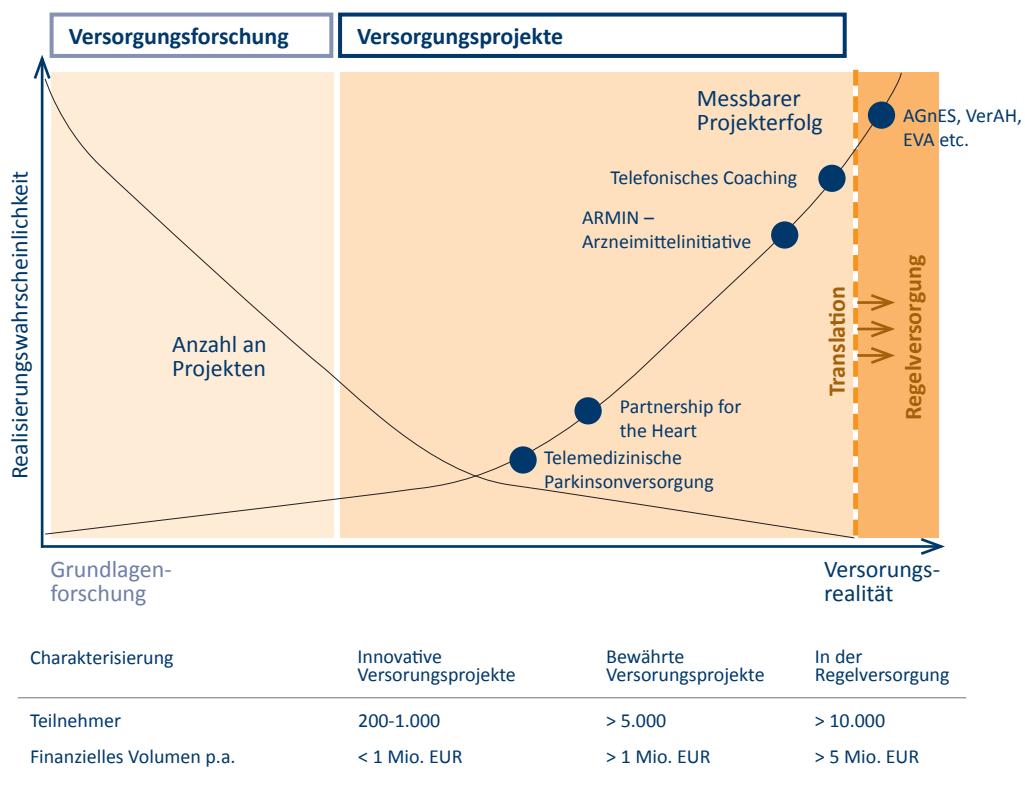
Diese erste Phase ist also vor allem für den Erkenntnisgewinn wichtig, welcher zugleich Voraussetzung für die weiteren Forschungs- und Entwicklungsschritte ist. Auf dem Erkenntnisgewinn der Grundlagenforschung bauen sich so zuerst hochinnovative Projekte mit geringem finanziellem Volumen, einer kleinen Anzahl an Akteuren und Versicherten langsam auf und entwickeln sich. Diese Projekte sind meist regional begrenzt. Aufgrund ihrer geringen Größe sind die Möglichkeiten der statistischen Analysen und der Evaluationen begrenzt. Die Projekte in dieser Phase des Innovationsprozesses haben dennoch eine wichtige Funktion. Sie liefern weitere Erkenntnisse und Projekterfahrungen, die in ausgereifteren und größeren Projekten zum Tragen kommen können. Nach einer Phase der ersten Evaluation, Testung und Anpassung können erfolgreiche Pilotprojekte auf überregionaler Ebene

³ Hierfür bildet die Entwicklung von Arzneimitteln aus einer Vielzahl von zunächst getesteten Molekülen eine hervorragende Analogie. Vgl. <http://www.vfa.de/de/anzneimittelforschung/so-funktioniert-pharmaforschung/so-entsteht-ein-medikament.html> und im Anhang.

mit einer größeren Zahl an Patienten/Versicherten und Akteuren entwickelt und erprobt werden.⁴

Am Ende des Innovationsprozesses muss dann überprüft werden, wie sich die (Prozess-)Innovation unter Alltagsbedingungen verhält. Diejenigen Ideen, die gemäß einer kritischen Bewertung keine Verbesserung (in Bezug auf Akzeptanz, Praktikabilität, Qualität, Nutzen, Outcomes und auch Kosten etc.) erzielen, müssen aussortiert werden. Die anderen sollten idealerweise in die Regelversorgung übernommen werden. (Als „Innovation“ sollen im Folgenden übrigens nur Neuerungen gelten, die eine wie auch immer zu definierende Verbesserung bringen, anstreben oder testen. Die reine Neuheit eines Prozesses soll ihn noch nicht als Innovation auszeichnen.)

Abbildung 1: Innovationsprozess und Projektbeispiele



Quelle: IGES auf Basis der Expertenbefragung

Doch nicht alle guten Ideen und Innovationen gehen in die Regelversorgung über. Viele erfolgversprechende Projektansätze, Forschungsergebnisse oder Versorgungsprojekte werden vorher eingestellt oder nur im Kleinen weitergeführt. Die

⁴ Ausnahme sind Projekte für kleine Zahlen von Versicherten, bspw. bei seltenen Erkrankungen. Hier steigt die Zahl der Teilnehmer u. U. nur gering an.

Translation⁵ hat nicht stattgefunden. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich. Innovative Projekte scheitern bspw. an mangelnder statistischer Größe, Investitionsrisiken der Kassen, an der zu geringen regionalen Ausdehnung oder anderen „Unwägbarkeiten“, welche aber alle nichts über den Nutzen und den Innovationsgrad des Prozesses oder Projektes an sich aussagen.

Ausgewählte Projektbeispiele entlang des Innovationsprozesses

Wir möchten das Kontinuum der Projekte anhand einiger Beispiele illustrieren und beginnen mit den hochinnovativen Projekten, die erst am Anfang der Entwicklung stehen. Ein kassenübergreifendes Versorgungskonzept zur Verbesserung der telemedizinischen Parkinsonversorgung ist das 2001 gestartete Projekt zur „ambulanten, videogestützten Therapie (AVT)“.⁶ In dem Projekt wird die oftmals langwierige und schwierige medikamentöse Einstellung von Parkinsonpatienten zu Hause im vertrauten Umfeld der Patienten ermöglicht. Gleichzeitig werden hierdurch Krankenhausaufenthalte vermieden. Teilnehmende Patienten werden in einem Beobachtungszeitraum von 30 Tagen an bis zu 120 Zeitpunkten gebeten, ihren aktuellen Zustand per Video festzuhalten und einzelne diagnostische Bewegungsabläufe durchzuführen. Nach Übermittlung dieser Informationen kann der behandelnde Arzt die Medikationseinstellungen schneller und besser optimieren als bisher. Das seit mehr als zehn Jahren laufende Projekt ist bisher nicht in die Regelversorgung übergegangen. Sofern die bisherigen Ergebnisse die Sinnhaftigkeit des Ansatzes untermauern, wäre eine Ausweitung des Projektes einschließlich eines stringenter Evaluationskonzeptes sinnvoll, um zu überprüfen inwieweit diese Form der Versorgung in die Regelversorgung übergehen sollte oder auch nicht.

Ein im Innovationsprozess und in der Evidenzgenerierung etwas weiter fortgeschrittenes Telemedizin-Projekt ist „Partnership for the Heart“, ein Zusammenschluss von Unternehmen und Wissenschaft.⁷ Das Konsortium entwickelte ein Plattformkonzept für telemedizinisches Home Monitoring, welches bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz in einer randomisierten, klinischen Studie überprüft wurde. Die technische Entwicklung der Plattform dauerte drei Jahre. Im Anschluss wurden bei 710 Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz die medizinische und die gesundheitsökonomische Bedeutung des telemedizinischen Therapiemanagements

⁵ Der Prozess des Übergangs einer Erkenntnis aus der Grundlagenforschung in die Versorgungsrealität bezeichnen wir hier – in Anlehnung an den wissenschaftlichen Forschungsprozess – als Translationsprozess.

⁶ Siehe (http://telemedizin.fokus.fraunhofer.de/index.php?id=27&pId=371&no_cache=1 und <http://mvb-parkinson.de/pages/de/informationen-zur-videobegleitung/uebernimmt-meine-kasse-die-kosten.php> (Zugriff 26.5.2015)

⁷ http://telemedizin.charite.de/forschung/partnership_for_the_heart/ (Zugriff 30.4.2015) – Das Bundesministerium förderte das Projekt im Rahmen der „next generation media“ Innovationsinitiative. Partnership for the Heart wurde mit 4,9 Mio. EUR über drei Jahre hinweg gefördert, ergänzt durch ein Investitionsvolumen in Höhe von 7,3 Mio. EUR durch die Industriepartner.

analysiert.⁸ Die Ergebnisse aus diesem Projekt scheinen vielversprechend, die Fallzahl ist gleichwohl noch sehr begrenzt. Der nächste Entwicklungsschritt wäre der Test an mehr Patienten und unter Alltagsbedingungen.

Von Beginn an deutlich umfangreicher angelegt ist ARMIN – Die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen.⁹ Ziel dieses Projektes ist die Verbesserung der Arzneimitteltherapie von multimorbiden Patienten.¹⁰ Das großangelegte Modellvorhaben in Sachsen und Thüringen ist auf fünf Jahre ausgelegt und startete am 1. April 2014. Es wurde auf Basis eines durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) erarbeiteten Zukunftskonzepts zur Arzneimittelversorgung entwickelt. Bis Dezember 2014 nahmen laut ABDA rd. 1.000 Apotheker und Ärzte in Sachsen und Thüringen an dem Projekt teil.^{11,12} Vorgesehen ist, dass das Modellvorhaben für weitere gesetzliche Krankenkassen geöffnet wird und in einen Vertrag gemäß § 64a SGB V übergeht. Eine Evaluation ist vorgesehen, sobald alle Module gestartet sind. Die Ergebnisse dieser Evaluation dienen der Überprüfung der Effektivität des Konzeptes sowie seiner Optimierung. Auf dieser Basis könnte das Projekt in andere Regionen übertragen werden.

Andere Projekte haben bereits einen ersten Schritt in Richtung Regelversorgung absolviert bzw. sind schon in die Regelversorgung übergegangen. Die telefonischen Coaching-Angebote von Kassen für Chroniker sind bspw. von so vielen Kassen erprobt und evaluiert worden, dass eine Übertragung in die Regelversorgung möglich erscheint. Bereits in die Regelversorgung übergegangen sind die verschiedenen, aber vom Konzept her ähnlichen Projekte zur Entlastung bzw. Substitution ärztlicher Tätigkeiten im ambulanten Bereich (AGnES und VerAH).

⁸ Vgl. Koehler F et al. (2010): Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure (TIM-HF), a randomized, controlled intervention trial investigating the impact of telemedicine on mortality in ambulatory patients with heart failure: study design. In: Eur J Heart Fail. 2010 Dec;12(12):1354-62. doi: 10.1093/eurjhf/hfq199.

⁹ ARMIN besteht aus drei Modulen (Wirkstoffverordnung, Medikationskatalog und Medikationsmanagement) und basiert auf einem Vertrag nach § 63 SGB V zwischen den Vertragspartnern AOK PLUS, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS), Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT), Sächsischer Apothekerverband e.V. (SAV) sowie Thüringer Apothekerverband e.V. (ThAV). Die Vergütung bzw. die Kosten des Modellvorhabens werden über die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgerechnet.

¹⁰ www.arzneimittelinitiative.de/grundlagen/ (Zugriff 30.4.2015)

¹¹ www.abda.de/pressemitteilung/artikel/bereits-rund-1000-aerzte-und-apotheker-im-modellprojekt-armin-arzneimittelinitiative-sachsen-thue/ (Zugriff 30.4.2015)

¹² www.arzneimittelinitiative.de/fileadmin/sites/armin/cms/Grundlagen/140708_ARMIN_Arzneimittelinitiative_Sachsen-Thueringen_20140325.pdf und www.kvs-sachsen.de/fileadmin/downloads/vertrag/ARMIN-Anlage_08a_Abrechnung_Verguetung_20140325.pdf (Zugriff 30.4.2015)

Telefonisches Coaching wie – um nur zwei Beispiele unter vielen zu nennen – das Fallmanagementprogramm Casaplus® der Medical Contact AG¹³ oder das Gesundheitscoaching der KKH¹⁴ zielen darauf ab, Versicherte mit erhöhtem Risiko für Krankenhausaufenthalte telefonisch zu begleiten und dadurch Krankenseinweisungen zu reduzieren. Mittels eines Prädiktionsmodells werden prospektiv und zielgenau Patienten anhand von Routinedaten identifiziert, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit in den nächsten zwölf Monaten eine Hospitalisierung zu erwarten ist. Die teilnehmenden Versicherten werden regelmäßig telefonisch beraten und präventiv zu Hause besucht. Evaluationsergebnisse deuten auf die Wirksamkeit des Fallmanagements mit Blick auf die durchschnittliche Zahl der Krankenhaufälle und die damit verbundenen Krankenhausaufgaben (Casaplus) bzw. u.a. eine niedrigere Sterblichkeit (KKH).^{15 16} Dennoch sind diese Ergebnisse bisher noch nicht ausreichend in der Regelversorgung berücksichtigt. Es fehlt noch die großflächige Umsetzung, um umfassende Ergebnisse zu erzielen und dann in die Regelversorgung zu überführen.

AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, e-Healthgestützte, Systemische Intervention) und VerAH (VerAH: VersorgungsAssistentin in der Hausarztpraxis) stehen für innovative Projekte zur Entlastung oder Substitution ärztlicher Tätigkeiten. Bundesweit gibt es eine Vielzahl dieser Projekte, die alle unterschiedlich gestaltet sind, aber z. T. auch große Ähnlichkeiten aufweisen.¹⁷ Unterschiede bestehen bspw. in den notwendigen Voraussetzungen, dem Aufgabenspektrum und der Finanzierung.¹⁸

AGnES wurde bspw. in vier Bundesländern¹⁹ zwischen 2005 und 2008 als Modellprojekt zur Erprobung neuer Versorgungsformen in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung eingeführt.²⁰ Speziell ausgebildete Krankenschwestern

¹³ www.medical-contact.de/morbiditymanagement/die-versorgungspyramide/m3-fallmanagement/casaplus.html (Zugriff 28.5.2015)

¹⁴ www.kkh.de/versicherte/kontakt-und-services/aktuelles/expertenforum-gesundheitscoaching(Zugriff 28.5.2015)

¹⁵ Hildebrandt, S., H.-D. Nolting, et al. (2011). „Fallmanagementprogramm für Multimorbidität im Alter: Evaluation zur Kosteneffektivität.“ *Monitor Versorgungsforschung* 4(1): 38-43.

¹⁶ In der Gruppe der Herzinsuffizienten sanken, laut Evaluation, die Kosten innerhalb von zwei Jahren um durchschnittlich knapp 7.000 Euro je Teilnehmer. Daneben verbesserten sich bspw. die Cholesterinwerte.

¹⁷ Weitere Projekte sind bspw. EVA (Entlastende VersorgungsAssistentin in NRW), MoPra (Mobile Praxisassistentin in SAN) oder Modell Niedersachsen (MoNi)

¹⁸ www.aerzteblatt.de/nachrichten/56295/Arztentlastung-Bitte-mehr-EVA-AGnES-VERAH-und-Co (Zugriff 30.4.2015)

¹⁹ Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt

²⁰ www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348257.de (Zugriff 30.4.2015) Konzipiert, koordiniert und wissenschaftlich begleitet wurde es vom Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

unterstützen die Ärzte bei der Versorgung von insgesamt 1.545 Patienten. Die Ergebnisse aus dem Projekt führten dazu, dass diese Versorgungsform in die Regelversorgung überführt wurde.^{21 22}

Ein möglicher Ansatz für einen effektiven Translationsprozess ist die Anwendung der „Schwarmintelligenz“. Eine Vielzahl von Projekten mit geringerem finanziellen Volumen zu ähnlichen Themen können ähnlich gut Evidenz hinsichtlich Effektivität und Umsetzbarkeit von Prozessinnovationen generieren. Die Translation einer Prozessinnovation anhand des Konzepts der „Schwarmintelligenz“ schaffte es auch, in die Regelversorgung überführt zu werden. AGnES et al. haben das bewiesen, indem innovative Einzelprojekte zur Entlastung oder Substitution ärztlicher Tätigkeiten entwickelt und auf kleiner Ebene erprobt wurden. Die unterschiedlich gestalteten Projekte wiesen große Ähnlichkeiten auf bzw. adressierten ähnliche Versorgungssaspekte. Die Erfahrungen und die in den Projekten generierte Evidenz führten dazu, dass diese Prozessinnovationen in die Regelversorgung überführt wurden. Dies ist allerdings bisher eine Ausnahme geblieben.

Warum viele gute Ideen und Innovationen nicht in die Regelversorgung übergehen, soll im nächsten Abschnitt näher beleuchtet werden.

2.2 Defizite in der Entwicklung und Einführung von Prozessinnovationen im Gesundheitswesen

Die vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeiten, Prozessinnovationen in die GKV zu bringen, innovative Versorgungsformen wie IV-Verträge oder andere Formen von Selektivverträgen haben bisher praktisch nie zur Veränderung der Regelversorgung geführt.²³ Der Umfang der Prozessinnovationen ist klein: Im Jahr 2011 gab die GKV rd. 180 Mrd. EUR aus, der Anteil der Ausgaben für IV-Verträge lag damit bei rd. 0,75 % dieser Summe (und diese Zahl enthält noch die Verträge zur Endoprothetik).²⁴ Teilnehmerzahlen und finanzielle Volumina der einzelnen Verträge sind

²¹ http://telemedizin.fokus.fraunhofer.de/index.php?id=27&pld=2070&no_cache=1 (Zugriff 30.4.2015)

²² Die arztentlastenden Fachkräfte wurden zum 1. April 2009 in die nicht-ärztliche Praxisassistentin umgetauft.

²³ Vgl. Schaich-Walch G, David S et al (2014):): Innovation für eine bessere Gesundheitsversorgung Gestern – Heute – Morgen. Wirtschaft und Politik. Impulse – Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung; Oktober 2014 (<http://library.fes.de/pdf-files/managerkreis/10988.pdf>; Zugriff 18.5.2015) und. Albrecht M und Neumann K (2014): Wie geht es mit der integrierten Versorgung weiter? – Ein Vorschlag zur Stärkung des Wettbewerbsgedankens. In: Fink/Kücking/ Walzik / Zwerth (Hrsg.) Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen – Ein Suchprozess. Festschrift für Herbert Rebscher. Medhochzwei Verlags

²⁴ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung zu Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sondergutachten 2012; www.svr-gesundheit.de/index.php?id=436) sowie Schaich-Walch G, David S et al (2014) und Albrecht M und Neumann K (2014)

gering. Auch nach Ablauf der Anschubfinanzierung werden noch Projekte der Integrierten Versorgung von Kassen betrieben, daher scheinen diese einen gewissen Mehrwert zu besitzen. Es scheint jedoch bisher noch keinen ausreichenden Anreiz zu geben, diese Prozessinnovationen in die Regelversorgung zu überführen oder aber die Hemmnisse im Translationsprozess sind so umfassend, dass diese nicht überwunden werden.

Wo werden Defizite verortet?

Eine Expertenbefragung zur Beurteilung der Integrierten Versorgung im Rahmen von Selektivverträgen aus dem Jahr 2014 bestätigt diese Einschätzung.²⁵ Auch in einer aktuellen Veröffentlichung werden die Hemmnisse des selektivvertraglichen Innovationswettbewerbs umfassend analysiert.²⁶ Die folgenden Punkte werden als ursächlich für die langsame Entwicklung und Translation von innovativen Versorgungsprogrammen gesehen:

- Die Vielzahl an Vertragsoptionen beinhalten widersprüchliche Anreize. Bspw. führte die Anschubfinanzierung für die IV-Verträge anfangs zu einem deutlichen Abschlussanreiz bei den Kassen. Der Übergang in die Regelversorgung wurde aber nicht mehr gefördert, dementsprechend verloren IV-Verträge ihren Reiz.²⁷
- Selektivverträge unterliegen einem komplexen Genehmigungsprozess, der für viele, insbesondere für kleine Kassen, einen Negativanreiz bildet (überzogene regulative Kontrollen der selektivvertraglichen Aktivitäten durch die Aufsichtsbehörden).
- Kassen vermeiden es zum Teil, Selektivverträge mit einem Mehrwert für kranke Menschen anzubieten, weil hierdurch falsche Risiken angezogen werden könnten.
- Kassen fürchten finanzielle Verluste. Innovative Versorgungsangebote verursachen meist hohe Entwicklungs-, Investitions- und Transaktionskosten und weisen häufig nur geringe Teilnehmerzahlen auf. Selbst wenn es sich bei Selektivverträgen um sinnvolle Innovationen handelt; für die Kassen

²⁵ Vgl. Neumann K und Dietzel J (2014): Monitoring Integrierte Versorgung Rahmenbedingungen der IV verbessern. Dritte Erhebung – Expertenbefragung 2014 im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV). Studienbericht; Berlin, August 2014 (www.dgiv.org/cmsMedia/Downloads/Monitoring-IV_Rahmenbedingungen-der-IV-verbessern.pdf; Zugriff 18.5.2015)

²⁶ Albrecht M, Neumann K, Nolting H-D (2015): IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Update: Solidarische Wettbewerbsordnung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 11). H. Rebscher (Hrsg.). 2015 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg.

²⁷ Vgl. auch Schaich-Walch G, David S et al (2014).

entsteht dennoch ein hoher Verwaltungsaufwand mit geringen Gewinnen bzw. Einsparungen.

- Selektivverträge und alternative Versorgungskonzepte führen zu Transaktionskosten. Oftmals müssen eine Vielzahl an Verträgen abgeschlossen werden, die nur eine relativ geringe Reichweite haben und damit in Relation einen hohen administrativen Aufwand verursachen, ohne dass Einsparungen in ähnlicher Höhe erwartet werden können.
- Viele Kassen haben keine ausreichende Personaldecke, die sie für die selektivvertraglichen Versorgungskonzepte einsetzen könnten oder wollten.
- Für Versicherte sind die unterschiedlichen Versorgungsangebote oft wenig transparent. Die Bewertung der unterschiedlichen Versorgungsqualitäten ist schwer, umso mehr je mehr der Selektivvertrag die freie Wahl der Leistungserbringer für die Versicherten einschränkt.
- Die innovativen Versorgungsangebote sprechen vor allem diejenigen Versicherten an, die häufig oder intensiv Leistungen in Anspruch nehmen. Diese Gruppe an Versicherten ist jedoch klein und gilt als wenig preisreagibel und weniger bereit, ihre Krankenkasse zu wechseln. Die wechselbereite und meist gesunde Mehrheit der Versicherten wird dagegen durch die Verträge nicht angesprochen.
- Es bestehen keine gesetzlichen Vorgaben, ob und wann Selektivverträge in die Regelversorgung übergehen sollten oder müssen. Kassen haben aber – insbesondere im Wettbewerb mit Kassen – keinen Anreiz den Übergang in die Regelversorgung voranzutreiben.

Die gesetzlichen Regelungen zur Versorgungsoptimierung und die wirtschaftlichen Anreize für Kassen reichen also bisher nicht aus; Initiative und Innovation auf Kassenseite wird eher ausgebremst als gefördert.

2.3 Zwischenfazit: Wie können Anreize generiert werden?

Kassen brauchen Anreize, um Risiken überhaupt einzugehen. Der Innovationsgrad eines Projektes im Entwicklungsstadium ist deutlich höher, damit aber auch risikoreicher für den Initiator. Dieses Risiko führt zu einer Unsicherheit und das wiederum hemmt die Entwicklung und die Durchführung von Prozessinnovationen.

Kassen brauchen auch einen Anreiz, die notwendige Evidenz zur Wirksamkeit von Prozessinnovationen zu generieren und diese Erkenntnisse dann auch noch in einer Wettbewerbssituation als Allgemeingut in die Regelversorgung zu überführen. Diese zwei grundsätzlichen Anreize fehlen derzeit im Versorgungssystem und führen zu einem Scheitern der Translation von innovativen Versorgungsansätzen. Der Innovationsfonds muss die Hindernisse im Translationsprozess adressieren. Diese liegen bei den Anreizen für die Kassen. Initiatoren von innovativen Prozessinnovationen müssen dafür belohnt werden, dass sie das Risiko der Entwicklung tragen.

Der Innovationsfonds muss daher die entsprechenden Anreize setzen. Den Kassen müssen finanzielle Anreize in Aussicht gestellt werden bzw. es muss ihnen die Möglichkeit gegeben werden, die finanziellen Risiken, die innovative Versorgungsprojekte mit sich bringen, zu minimieren.

Die finanziellen Mittel des Innovationsfonds sollten zudem möglichst effektiv und effizient eingesetzt werden. Das bedeutet, es muss eine Balance zwischen zielgerichtetem Mitteleinsatz (kein Gießkannenprinzip) und möglichst geringem bürokratischem Aufwand gefunden werden, damit die besten Innovationen und Projekte gefördert werden können. Mit Blick auf die Finanzierung des Innovationsfonds muss letztlich auch sichergestellt sein, dass von den geförderten Projekten mittelfristig auch alle Versicherten profitieren können.

3. Geeignete Projekttypen im Innovationsfonds zur Überwindung der Innovationsdefizite

Während die Eckpunkte des Innovationsfonds im Gesetzestext festgehalten sind, werden zahlreiche Punkte der Ausgestaltung dem Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) obliegen. Im Gesetzestext wird lediglich darauf Bezug genommen, dass „insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden“ (vgl. Entwurf § 92 a SGB V), gefördert werden sollen. Der Gesetzestext detailliert zudem Voraussetzungen für die Förderung, die unter anderem wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden soll.

Bisherige Äußerungen lassen vermuten, dass vor allem Projekte gefördert werden sollen, für die es bereits umfassende Ergebnisse aus Vorreiterprojekten gibt. Wir halten eine Berücksichtigung sämtlicher Projekte unterschiedlicher Innovationsgrade für zielführender und effektiver. Die obigen Ausführungen verdeutlichen, dass förderfähige und förderwürdige Forschungsprozesse sowohl im Kleinen, in Form von hochinnovativen Ideen und Projekten, als auch im Großen, in Form von ausgereiften Versorgungskonzepten, die eine Vielzahl an Versicherten erreichen, stattfinden.

Die folgenden Abschnitte zeigen beispielhaft, welche Projekte bei Versorgungsforschungsprojekten bzw. Versorgungsforschung im Gesundheitswesen heute dominieren.

3.1 Projekttypen und Fördervolumen

Welche Form, Art und Größe die durch den Innovationsfonds geförderten Projekte haben sollen, ist bisher nicht festgelegt. Der derzeitige Diskussionsstand rund um den Innovationsfonds lässt vermuten, dass in der Förderung von Versorgungsprojekten vorwiegend sehr große und umfassende Projekte gefördert werden sollen.

Angestrebte Projektvolumina im Innovationsfonds

Erste Hinweise hierauf gibt es durch öffentliche Äußerungen von Vertretern des G-BA sowie die Anforderungen des Gesetzes an die statistische Aussagekraft und an die Übertragbarkeit der Projekte in die Regelversorgung. Der G-BA ist im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses gebeten worden eine Schätzung des zu erwartenden Erfüllungsaufwandes, der dem G-BA durch die Einrichtung des Innovationsfonds und der Durchführung der Förderung entstehen würde, abzugeben.²⁸

²⁸ Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG); Drucksache 18/4095 (25.02.2015) – Vorabfassung

Nach dieser Einschätzung geht der G-BA von Kosten aus, die im ersten Jahr bei rd. 1,05 Mio. EUR liegen und im vierten Jahr auf 2,1 Mio. EUR ansteigen werden. Grundlage für diese Berechnungen sind die Annahmen des G-BAs, dass sämtliche Projekte eine Laufzeit von vier Jahren haben werden und rd. 20 Projekte pro Jahr gefördert werden können. Insgesamt sollen diesen Annahmen zu Folge rd. 80 Projekte im Rahmen des Innovationsfonds (Versorgungsforschung und innovative Versorgungsprojekte) gefördert werden. Geht man von 20 geförderten Projekten pro Jahr und einer Laufzeit von jeweils vier Jahren aus, so läge das durchschnittliche Fördervolumen je Projekt und Jahr bei rd. 2,8 Mio. EUR. Daraus dürften nur zusätzliche Leistungen und der Administrationsaufwand des Projektes gezahlt werden. Der folgende Abschnitt stellt diesem Ziel die bisherige Praxis gegenüber.

Bisherige Volumina von Versorgungs- und von Forschungsprojekten

Deutlich kleiner fallen die bisherigen Fördersummen für viele Forschungs- und Entwicklungsprojekte von Versorgung und Prozessen im Gesundheitswesen aus.

Es gibt seit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende 2008 keine regelmäßigen Daten über das Vertragsgeschehen in der Integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V). Im Jahr 2012 befragte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) im Rahmen eines Sondergutachtens Krankenkassen und rechnete die Vertragsanzahl hoch. Die Anzahl der IV-Verträge blieb über die Jahre hinweg relativ stabil. Ein durchschnittlicher IV-Vertrag hat der Erhebung zu Folge ein Volumen von etwas über 200.000 EUR.

Die wirklichen Ausgaben je Vertrag liegen etwas höher, da häufig identische Verträge mehrerer Kassen doppelt gezählt werden. Im Jahr 2010 schätzte der SVR-G die Anzahl der eigentlichen IV-Verträge auf rd. 1.600. Geht man von dieser Zahl aus, so liegen die durchschnittlichen Ausgaben je IV-Vertrag bei knapp 850.000 EUR.²⁹ Die Teilnehmer (Versicherten) je Vertrag lägen dann bei gut 1.200. Dies ist also das Volumen, mit dem die Akteure im Gesundheitswesen in innovativen Versorgungsprojekten üblicherweise operieren – und hier sind die Ausgaben für die normale Krankenversorgung schon mit enthalten!

²⁹ Vgl. Albrecht M und Neumann K (2014)

Tabelle 1: Entwicklung der Integrierten Versorgung

	2008	2009	2010	2011
Verträge (brutto)	6.400	6.262	6.374	6.339
Teilnehmer	1.661.283	1.635.270	1.771.949	1.926.133
Ausgaben (EUR)	1.225.064.973	1.224.214.367	1.353.068.055	1.352.305.185
Ausgaben je Vertrag	191.416	195.499	212.279	213.331
Ausgaben je Teilnehmer	737	749	764	702

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung zu Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sondergutachten 2012; www.svr-gesundheit.de/index.php?id=436)

In der Forschung sind die Volumina noch kleiner. Das gemeinsame Gesundheitsforschungsprogramm der Bundesministerien für Bildung und Forschung (BMBF) und für Gesundheit (BMG) fördert seit Jahren die Erforschung von Krankheitsursachen und der Gesundheitsvorsorge über strukturelle Änderungen in der Forschungslandschaft bis hin zur besseren Zusammenarbeit von Wirtschaft und Wissenschaft. Im Jahr 2010 wurden insgesamt rd. 2.050 Vorhaben mit rd. 270 Mio. EUR gefördert.³⁰ Das entspricht einer jährlichen Fördersumme je Projekt und Jahr in Höhe von rd. 130.000 EUR.

Im selben Jahr rief die Bundesregierung das Nachfolge-Rahmenprogramm Gesundheitsforschung für die Jahre 2011 bis 2014 aus. Für diesen Förderzeitraum war ein Fördervolumen von rund 5,5 Mrd. EUR vorgesehen. Das Rahmenprogramm gliederte sich in sechs Aktionsfelder mit unterschiedlichen Themenbereichen.³¹ Im Aktionsfeld 4 Versorgungsforschung, welches den Forschungs- und Förderzielen des angedachten Innovationsfonds am ehesten ähnelt, wurden Versorgungsstudien, versorgungsbezogene Forschung, Gesundheitsökonomie und andere Bereiche über einen Zeitraum von insgesamt zehn Jahren mit einem zusammengerechneten Gesamtvolumen von knapp 80 Mio. EUR gefördert. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 162 Projekte und Forschungsverbände mit einem durchschnittlichen Fördervolumen je Projekt und Jahr von rd. 0,5 Mio. EUR finanziert.

³⁰ Das Rahmenprogramm bildet die Grundlage der Finanzierung medizinischer Forschung an Hochschulen, Universitätskliniken, außeruniversitären Forschungseinrichtungen und in der Wirtschaft. Das Rahmenprogramm Gesundheitsforschung fokussiert www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/Forschungsfoerderung.php (Zugriff 29.4.2015)

³¹ Aktionsfelder: 1) Strukturelle Herausforderungen: Gebündelte Erforschung von Volkskrankheiten; 2) Forschungsherausforderung: Individualisierte Medizin, 3) Vorsorgeherausforderung: Präventions- und Ernährungsforschung, 4) Systemherausforderung: Versorgungsforschung, 5) Innovationsherausforderung: Gesundheitswirtschaft und 6) Globale Herausforderung: Gesundheitsforschung in internationaler Kooperation.

Ableitung für die Projekttypen

In der Regel hatten die bisherigen Projekte im Rahmen von Versorgungskonzepten oder der Versorgungsforschung also ein recht geringes finanzielles Volumen und eine kleinere Anzahl an Teilnehmern oder Partnern. Gerade aus diesem Grund ließe sich zwar argumentieren, dass der Innovationsfonds bewusst andere Akzente setzen und große, flächendeckende Versorgungsprojekte fördern soll. Projekte mit einem geringeren finanziellen Volumen könnten dann weiterhin über die im VSG ebenfalls erleichterte Besondere Versorgung durchgeführt werden. Jedoch ist auch zu bedenken, dass kurzfristig nicht ausreichend sinnvolle und umsetzbare Projektideen dieser Größenordnung und Laufzeit verfügbar und abrufbar sein werden.

Aus unserer Sicht spricht deswegen einiges dafür, dass der Innovationsfonds sowohl Projekte mit einem Volumen von mehr als 1 Mio. EUR fördert als auch hochinnovative Projekte mit geringeren Fördersummen unterstützen sollte.

Erstens sollte die Machbarkeit für die Kassen berücksichtigt werden. Nur sehr große Kassen könnten das erforderliche Projektmanagement in großen und flächendeckenden Projekten bewältigen. Kleine Kassen können weder auf ausreichendes Personal noch Erfahrung zurückgreifen, um derartig große Versorgungsinnovationen zu entwickeln und durchzuführen. Und selbst wenn ausreichend Personal und Erfahrung verfügbar wäre, gäbe es – nach gegenwärtigem Stand des Gesetzesentwurfs – auch für größere Kassen nur begrenzte Anreize, so viel eigene Personalkapazitäten zu investieren.

Zweitens sollten unterschiedliche Stufen im Innovationsprozess gefördert werden, um neue, ggf. auch risikobehaftete Ideen im kleinen Maßstab zu testen und damit die „Projektpipeline“ weiterhin zu befüllen. Die Ergebnisse aus diesen Projekten bilden die Basis für künftige Großprojekte. Sie sind keine Konkurrenz zu Großprojekten, sondern bilden die sinnvolle Ergänzung des Innovationsprozesses. Der Innovationsgrad von Projekten sinkt tendenziell, je länger sie sich bereits in der Entwicklung und Testung befinden. Damit der „Innovationsfonds“ seinem Namen Ehre macht, sollten also auch hochinnovative Projekte am Anfang des Entwicklungsprozesses gefördert werden.

Drittens bestehen auch weiterhin Defizite bei den Anreizen für hochinnovative Projekte – bspw. für diejenigen Patienten- und Versichertengruppen mit hoher Krankheits- und Kostenlast. Insbesondere hochinnovative Projekte für „unattraktive“ Patienten- und Versichertengruppen brauchen aber Förderunterstützung von außen, weil sie zunächst geringe Einsparvolumina aufweisen. Der administrative Aufwand ist im Verhältnis zu hoch, und damit für viele Kassen unattraktiv.

Und ein letztes Argument für die Förderung unterschiedlicher Projekttypen und damit einer größeren Gesamtzahl an Projekten: die Bedürfnisse unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen, die kaum objektiv gegeneinander abzuwägen sind, lassen sich auf diese Weise leichter abdecken. Eine höhere Zahl an Projekten (mit un-

terschiedlichen Innovationsgraden) macht es einfacher, die Fördermittel „gerecht“ zu verteilen. Und so können Vielfalt und Vielzahl unterschiedlicher Teilgruppen der über 70 Mio. gesetzlich Versicherten berücksichtigt werden.³²

3.2 Umsetzbarkeit verschiedener Projekttypen

Ein Argument, welches gegen die Förderung von unterschiedlichen Projekttypen und damit einer größeren Anzahl von Projekten ins Feld geführt wird, sind die Schwierigkeiten bei der Bewältigung derartiger Mengen an Anträgen und Projekten. Um dies zu überprüfen, schätzen wir die ungefähre Zahl der Projekte in Kapitel 3.2.1 ab und beurteilen dann, ob diese Anzahl grundsätzlich bewältigbar scheint.

Als Vergleichsmaßstab für die Durchführbarkeit und Machbarkeit von einer Vielzahl an Projekten (und Anträgen) betrachten wir die Projektträger der Bundesregierung DLR (PT-DLR)³³ sowie der Projektträger Jülich (PTJ)³⁴ näher. Laut Angaben auf der Homepage förderte der PT-DLR im Jahr 2013 insgesamt 8.765 Projekte mit einem durchschnittlichen Fördervolumen von 130.000 EUR. Im Bereich Gesundheitsforschung bewältigte der PT-DLR im Jahr 2013 insgesamt 1.698 Projekte. Das Gesamtfördervolumen betrug im Jahr 2013 1,1 Mrd. EUR. Auf einen Beschäftigten (insgesamt 873) im PT-DLR kamen durchschnittlich 10 Projekte.

Der PTJ bewältigte mit rd. 19 Projekten je Beschäftigtem (16.097 Projekte und 850 Beschäftigte) im Jahr 2013 etwa doppelt so viele Projekte, die jedoch eine etwas geringere durchschnittliche Fördersumme von ca. 90 000 EUR aufwiesen. Die Gesamtfördersumme des PTJ lag mit 1,42 Mrd. EUR in 2013 deutlich höher als im DLR.

3.2.1 Simulation der Projektmengen

Ein aktueller Artikel zum Innovationsfonds beinhaltet eine Simulationsrechnung für den Teil der Fördermittel, die Projekten der Versorgungsforschung zu Gute kommen sollen.³⁵ Häussler und Albrecht gehen in dieser aktuellen Simulation zur Vergabe der Fördermittel für die Versorgungsforschung (75 Mio. EUR p. a.) von zwei Annahmen aus: Die Mittel sind nicht ins Folgejahr übertragbar und es werden Projekte mit drei verschiedenen Projektvolumina gefördert. In den Berechnungen der Autoren werden deshalb insgesamt 96 Projekte gefördert, das durchschnittliche Projektvolumen liegt bei 700.000 EUR, bei einer Projektlaufzeit zwischen ein und zwei Jahren. Dieser

³² Dies bedeutet ausdrücklich nicht eine Verteilung nach Proporzermäßigungen (s.u.).

³³ www.dlr.de/pt//desktopdefault.aspx/tabid-4270/6848_read-6936/ (Zugriff 20.5.2015)

³⁴ www.ptj.de/ (Zugriff 20.5.2015)

³⁵ Häussler, B und Albrecht M (2015): Innofonds. Überlegungen zur Gestaltung einer wertvollen nationalen Initiative. Wie gibt man 300 Mio. Euro aus? In: Monitor Versorgungsforschung. In Vorbereitung

Simulation nach würden für die gesamte Förderperiode (2016-2019) lediglich 60 % (180 Mio. EUR) der insgesamt veranschlagten 300 Mio. EUR ausgeschöpft.

Die Annahmen aus der oben beschriebenen Simulation sind die Grundlage unserer nachfolgenden Simulationsrechnungen. Wir vergleichen den zu erwartenden Arbeitsaufwand der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses beim G-BA mit der von den Projektträgern DLR und PTJ bewältigten Arbeitsmenge.

Für die spezifischen Berechnungen zur Verteilung der gesamten 300 Mio. EUR p. a. im Rahmen von innovativen sektorübergreifenden Versorgungsprojekten und Projekten der Versorgungsforschung gehen wir von mehreren Annahmen aus:

- Für die Aufgaben des GBA veranschlagen wir mit einem hohen Sicherheitspuffer max. 5 % der Gesamtprojektkosten.
- Es gibt Projekte in drei verschiedenen Größenordnungen.
 - Simulation 1: Kosten p. a. für Projekte liegen bei 0,2 Mio. EUR, 0,7 Mio. EUR und 5 Mio. EUR
 - Simulation 2: Kosten p. a. für Projekte liegen bei 0,5 Mio. EUR, 1,5 Mio. EUR und 5 Mio. EUR
- Die durchschnittliche Laufzeit der Projekte beträgt drei Jahre.
- Die Mittel, die in einer Förderperiode vergeben werden, werden immer für die gesamte, anvisierte Projektlaufzeit zurückgestellt und im Projektverlauf ausgeschüttet.

Die Simulation berücksichtigt nicht die Anlaufzeit des Innovationsfonds oder der Geschäftsstelle. Bei den nachfolgenden Zahlen geht es um die Einschätzung von Größenordnungen. Selbstverständlich lassen sich durch andere Verteilungen der Projektgrößen oder durch eine Differenzierung nach Versorgungsprojekten und Versorgungsforschung auch abweichende Zahlen generieren. Die beiden Szenarien sollen die Spannbreite ungefähr abstecken.

Simulation 1

Die hier angenommenen Projektvolumina liegen bei 0,2 Mio. EUR bzw. 0,7 Mio. EUR nah an den heutigen Projekten (s. o.), mit 5 Mio. EUR p.a. sehr deutlich darüber. Für die Verteilung der Projekte auf die Größenklassen sind weitere Annahmen zu treffen. Bei 9 sehr großen Projekten in jeder Förderperiode, 28 mittleren und 34 kleinen Projekten wäre das Volumen des Fonds vollständig verteilt. Somit ergeben sich zum Start jeder Förderperiode 71 gleichzeitig zu fördernde Projekte. In den Jahren zwei und drei überlappen sich mehrere Phasen mit dann insgesamt 223 Projekten, wobei laufende Projekte nach der Vergabe sicherlich geringere Aufwände erzeugen als im Moment der Auswahl.

Simulation 2

Die zweite Simulation geht von etwas höheren Projektvolumina aus. Aufgrund der in den Medien durch den G-BA vernommenen Äußerungen zu der Projektgröße, weiten wir die Projektvolumina für die drei Projekttypen in der Simulation etwas aus und gehen von durchschnittlichen Projektvolumina in Höhe von 0,5 Mio. EUR, 1,5 Mio. EUR und 5 Mio. EUR p.a. aus. Bei Anzahlen von 26 kleinen, 22 mittleren und 5 großen Projekten ergeben sich 53 Projekte pro Jahr und maximal 159 Projekte gleichzeitig.

Hinzu kommen in beiden Fällen die Projekte der Versorgungsforschung, welche wir auf ca. 20 pro Jahr, damit maximal 60 gleichzeitig schätzen.³⁶ Damit ergibt sich in der Spannbreite beider Szenarien eine Summe von ca. 220 bis 280 Projekten die maximal gleichzeitig zu betreuen sind.

Ergebnis

Projektträger wie das DLR oder PTJ zeigen, dass pro Mitarbeiter in einem laufenden Jahr rd. 10-20 Projekte administriert werden können. Die rd. 30 vorgesehen Mitarbeiter der Geschäftsstelle könnten – wenn man die Projektträger als Vorbild nimmt – also 300 bis 600 Projekte p.a. betreuen. Die hier abgeschätzten Projektzahlen können somit durchaus administriert werden.

Zusätzlich zu den bewilligten Projekten werden noch die Ausschreibungs- und Auswahlverfahren für die zu fördernden Projekte laufend bearbeitet. Nach zahlreichen Gesprächen mit potenziellen Antragstellern gehen wir davon aus, dass die Anzahl der Anträge nur geringfügig über der zu erwartenden Zahl von Projekten liegt. Denn die meisten Kassen werden aus Effizienzgründen die Strategie verfolgen, nur wenig mehr einzureichen, als sie realistischerweise erwarten können. Viele kleinere Kassen wollen ohnehin keine eigenen Anträge einreichen, sondern im Verbund arbeiten. Sonstige Akteure wiederum werden zurückhaltend sein, sofern das Gesetz weiterhin vorsieht, dass bei Anträgen in der Regel eine Kasse beteiligt sein muss.

Auch aus diesem Grund halten wir die Förderung von Projekten unterschiedlicher Innovationsgrade für durchführbar.

3.2.2 Übertragbarkeit der Mittel

Bisher ist unklar, ob Teile der Fondsmittel eines Haushaltsjahres für die Förderung mehrjähriger Projekte zurückgestellt werden können. Der G-BA schlägt dies in Anlehnung an DFG-Programme vor.³⁷ Für ein Projekt mit einer Laufzeit von vier Jahren

³⁶ Vgl. Häussler/Albrecht (2015)

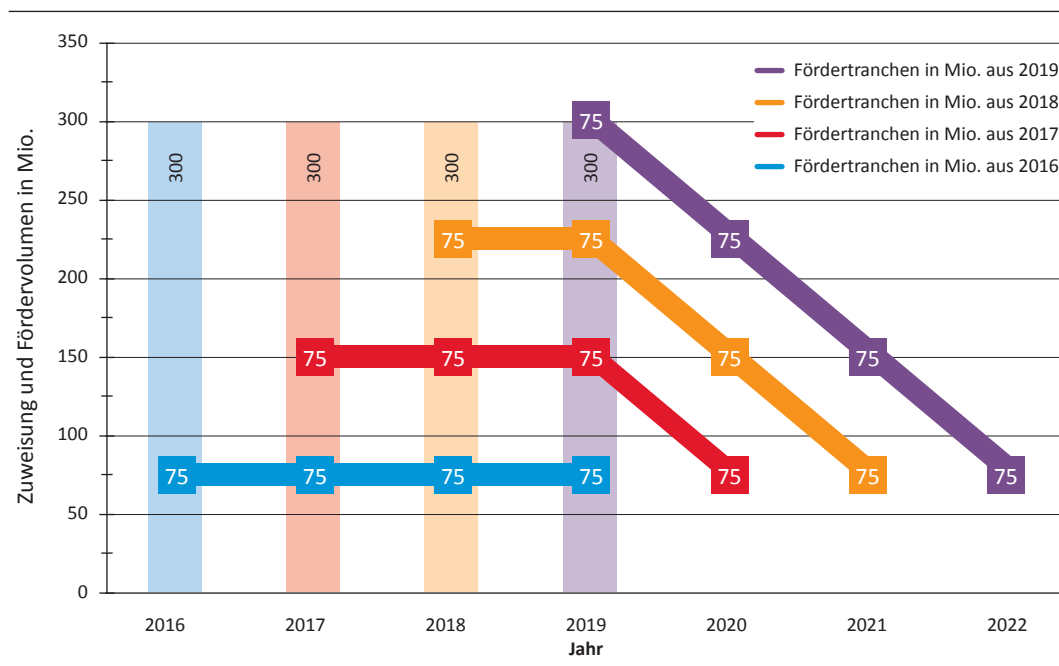
³⁷ Vgl. Hecken (2015)

und einem jährlichen Bedarf von 1 Mio. EUR würden somit aus dem ersten „Topf“ von 225 Mio. nicht eine, sondern 4 Mio. EUR verplant. Somit werden die Mittel des Folgejahres nicht schon verplant und stehen vollständig für neue Projekte zur Verfügung.

Öffentlich wird jedoch auch die Gegenposition diskutiert, wonach sämtliche Mittel im gleichen Jahr ausgegeben werden müssen (zu beidem: FAZ, 08.05.15). Die Nachteile dieser Lösung für den Innovationsfonds liegen auf der Hand: Die Zusage für ein mehrjähriges Projekt würde Mittel der Folgejahre kompromittieren und den Handlungsspielraum zunehmend einschränken. Und die Finanzmittel wären insbesondere im ersten Jahr (und auch im letzten Jahr) viel zu groß, um sinnvoll ausgegeben zu werden. Für eine sinnvolle Ausgestaltung des Innovationsfonds ist es daher dringend erforderlich, dass die Übertragbarkeit der Mittel aus einem Haushaltsjahr in das nächste Haushaltsjahr in diesem Sinne gesichert wird. (Sollten dagegen die Fördersummen auch für mehrjährige Projekte nicht sinnvoll eingesetzt werden können, sollten sie selbstverständlich „verfallen“, also in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bzw. an die Krankenkassen zurückgeführt werden.)

Abbildung 2 zeigt beispielhaft die auch aus unserer Sicht erforderliche Mittelübertragbarkeit während der Förderphase (2016-2019) sowie im Anschluss an die Förderphase auf. Auch Anträge, die im letzten Förderjahr bewilligt werden, haben sicher eine Laufzeit von über einem Jahr, so dass die Fördermittel aus 2019 nicht im selben Jahr ausgegeben werden können. Aus diesem Grund ist nach Auslaufen des Innovationsfonds eine Übertragbarkeit der Mittel in die anschließenden Jahre unerlässlich.

Abbildung 2: Schematische Darstellung der Mittelübertragbarkeit



Quelle: Prof. Josef Hecken auf dem 3. DNVF-Forum Versorgungsforschung (18.5.2015)

3.3 Zwischenfazit: Was sind geeignete Projekttypen?

Bisherige Projekte im Rahmen von Versorgungskonzepten oder der Versorgungsforschung hatten meist ein recht kleines finanzielles Volumen. Projekte im Innovationsfonds sollen dagegen im großen Maßstab und flächendeckend getestet werden. Doch gibt es einige Argumente, die für die parallele Förderung auch hochinnovativer Projekte sprechen:

- Die Berücksichtigung der Machbarkeit aus Kassensicht (Anforderungen an das Projektmanagement und interne Aufwände),
- Die Notwendigkeit, die „Projektpipeline“ durch Projekte unterschiedlicher Innovationsgrade weiterhin gefüllt zu halten,
- Die Testung kreativer Versorgungsideen und hochinnovativer Projekte, die ansonsten nie initiiert werden würden und
- Die Berücksichtigung verschiedener Versicherten- und Patientengruppen im Gesundheitswesen.

Die dargestellten Simulationen verdeutlichen, dass die vorgesehene Fördersumme im Innovationsfonds eine Vielzahl und Vielfalt an Projekten unterschiedlicher Innovationsgrade fördern und auch administrativ bewältigen kann. Bei einer geplanten Stellenzahl von rd. 30 Köpfen, käme die Geschäftsstelle auf lediglich maximal 10 Projekte pro Kopf. Das liegt am unteren Rand der 10 bis ca. 20 Projekte die pro Kopf durch die DLR und Jülich jährlich bearbeitet werden.

So ergibt sich eine Vielfalt von Projekten, die im Innovationsfonds gefördert werden können.

4. Geeignete Verfahrensformen zur Überwindung der Innovationsdefizite

Zahlreiche Aspekte des konkreten Förderverfahrens im Innovationsfonds sind derzeit noch offen. Das Antrags- und Förderverfahren muss so gestaltet werden, dass es effektiv, praktikabel und justiziabel ist. Die Projekte sollen in bestmöglicher Weise dazu beitragen, Innovationsdefizite zu beheben und gute, qualitativ hochwertige Ideen zu fördern sowie deren Übertragung in die Regelversorgung zu ermöglichen.

Wir haben die nachfolgenden Vorschläge zur Gestaltung des Antrags- und Förderverfahrens des Innovationsfonds in drei Prozessschritte gegliedert: Antragsverfahren, Durchführung und Ergebnisverwendung.

4.1 Antragsverfahren

Das Antragsverfahren vereint die meisten Fragen auf sich. Wir haben sie in folgende Punkte gegliedert:

- Schwerpunktthemen
- Auswahlkriterien
- Qualität vor Proporz
- Ausschreibungsprozess und Antragskonzept
- Vergaberechtsfragen
- Abgrenzung der förderungswürdigen Leistungen
- Finanzierung: Budgetbereinigung und Eigenbeteiligung

4.1.1 Schwerpunktthemen

Grundsätzlich stehen in der Auswahl von Versorgungsprojekten zwei Möglichkeiten zur Verfügung: Eine Festlegung von Themen, zu denen überhaupt Anträge eingereicht werden können, oder einen völlig freien Wettbewerb um die besten Ideen aus allen Themenbereichen. Die Begründung des Gesetzesentwurfes stuft folgende Themenbereiche als förderungswürdig ein: „Telemedizin, Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten, Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen, Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung, Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicher-

heit bei multimorbiden Patienten“³⁸. Die konkrete Festlegung der Förderschwerpunkte erfolgt in den Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses.

Nach Äußerungen des Vorsitzenden des G-BA, Josef Hecken werden erste maßgebliche Themen für Versorgungsprojekte die Arzneimitteltherapiesicherheit sowie die fachärztliche Versorgung in Alten- und Pflegeheimen sein. Fokusthemen für Versorgungsforschungsprojekte wären demnach die G-BA-Richtlinie zu qualitativen Auswirkungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in der Fläche sowie die Schaffung verbindlicher Register (Onkologie/ Neurologie unter „Real-Life“-Bedingungen).³⁹

Je nach Spezifizierungstiefe liegt der Vorteil bei der Festlegung von Themen in der Fokussierung auf die größten Versorgungsdefizite und in der einfacheren Handhabung. Je klarer Themenbereiche abgrenzbar sind, desto einfacher sind Projektanträge miteinander zu vergleichen und zu überprüfen. Projekte lassen sich zielgenauer entlang bereits identifizierten gesellschaftlich sinnvollen Schwerpunktsetzungen ausrichten. Der Nachteil der relativ engen Festlegung ist die eingeschränkte Freiheit und Kreativität. Gute Ideen sind überall zu finden. Im schlechtesten Falle führt ein zu eng gestecktes Themenspektrum zu einer Einschränkung der Innovationskraft.

Wir schlagen vor, Themen vorzugeben, aber nicht das gesamte Fördervolumen durch diese Themen auszuschöpfen. Dabei soll ein sehr breites Themenspektrum abgedeckt werden, denn wichtige Themen wie bspw. psychische Erkrankungen, Lebensstilveränderungen oder die Patientenerfahrung im Behandlungsprozess sind bei den bisher genannten Schwerpunkten nicht dabei. Innovative Anträge sollen auch außerhalb der festgelegten Förderschwerpunkte eingereicht werden können und bei ausreichender Qualität einen Teil der Förderung erhalten

Alternativ kann die Themenauswahl auch im Förderverlauf über die Jahre unterschiedlich gestaltet sein. Im ersten Jahr könnten Themen enger gefasst werden, um den zeitknappen Auswahlprozess zu erleichtern, in den Folgejahren würden die Vorgaben gelockert.

4.1.2 Auswahlkriterien

Der Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz nennt insgesamt sieben Kriterien, anhand derer sich die Förderung entscheidet. Alle Projekte sollen zudem

³⁸ Vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG); Drucksache 18/4095, 25.2.2015 (<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/040/1804095.pdf>; Zugriff 29.4.2015)

³⁹ Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. Kongress vom 18.5.2015

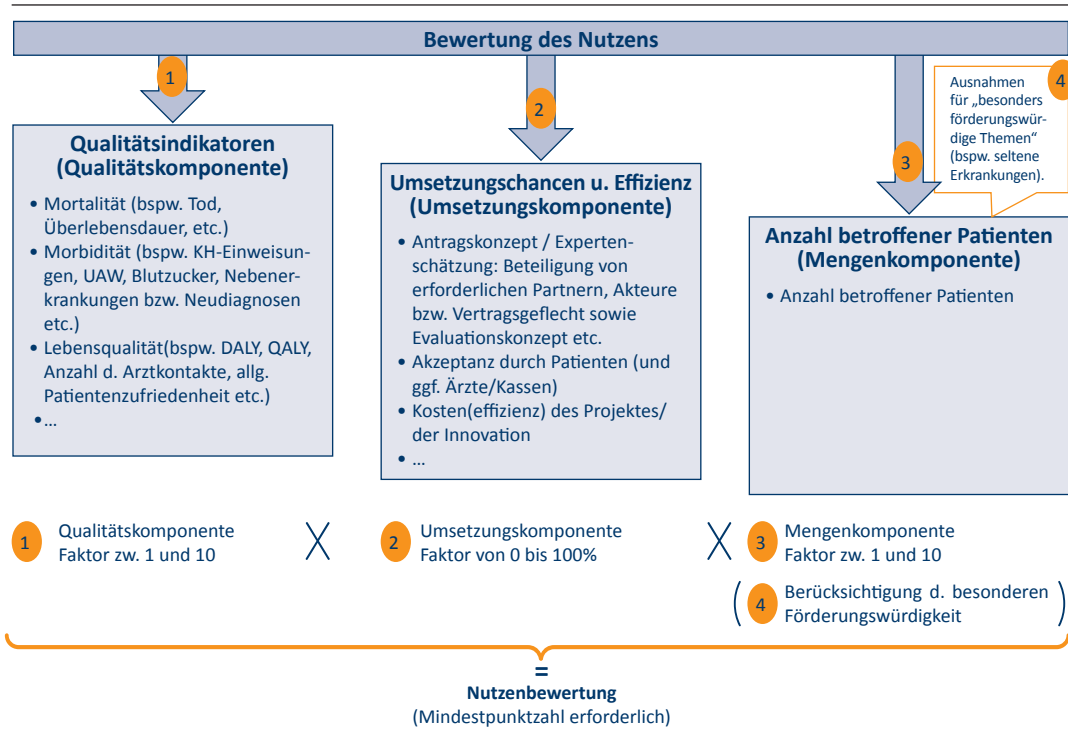
sektorübergreifend sein. Die genaue Definition der Kriterien ist dem noch einzurichtenden Innovationsausschuss beim G-BA überlassen bzw. den Experten, die damit betraut sein werden. Deshalb wirft der Gesetzestext derzeit noch mehr Fragen als Antworten auf. Im Rahmen der Ausgestaltung und Anpassung des Gesetzesentwurfs sollten jedoch wichtige Förderkriterien aus unserer konkretisiert werden.

Aus Sicht der Versicherten oder Patienten reicht u. E. ein einzelnes Förderkriterium aus: „Verbesserung der Qualität der Regelversorgung“. Qualität ist dabei mehrdimensional zu verstehen und vereint Aspekte wie Zugang, Sicherheit und Ergebnis der Versorgung für den Patienten. Alle weiteren Förderkriterien sind untergeordnet. Die Verbesserung der Versorgung kann dabei in einem Sektor oder zwischen den Sektoren stattfinden und auch sektorübergreifend sein. Auch sollten Versorgungsdefizite, die als Auswahlkriterium im Gesetz genannt werden, gering gewichtet werden, da Defizite nur anhand eines zu definierenden Optimums gemessen werden können. Aus unserer Sicht ist es sinnvoller, Verbesserungen auch dort zu fördern, wo bisher keine Defizite wahrgenommen werden.

Wir schlagen deshalb ein Verfahren vor, welches an Verfahren der Nutzenbewertung angelehnt ist. Die Kriterien für die Projektauswahl orientieren sich an dem durch das Projekt zu erwartenden Nutzengewinn für Patienten bzw. Versicherte. Die Patientenperspektive ist aus unserer Sicht das wichtigste Entscheidungskriterium. Es ergibt sich eine einfache Logik der Bewertung:

1. Umfang der Qualitätssteigerung
2. Umsetzungschancen und Effizienz
3. Anzahl betroffener Patienten (bzw. Versicherte)
4. Ausnahmen für besonders förderungswürdige Themen (bspw. seltene Erkrankungen)

Abbildung 3: Bewertungsprozess für die Projektanträge („Nutzenbewertung“)



Quelle: IGES

Abbildung 3 verdeutlicht die vorgesehene Rangfolge der Auswahlkriterien von Projektanträgen. Die Bewertung findet durch den Expertenbeirat statt, dabei unterstützt die Geschäftsstelle den Auswahlprozess, indem die Auswahlkriterien und Indikatoren in eine Bewertungsmatrix überführt werden. Diese ist dann die Grundlage für eine systemtische Antragsbewertung.

In einem ersten Schritt werden nur die im Antrag (und später für die Projektbewertung) vorgesehenen Qualitätskriterien zum Zeitpunkt 0 (Benchmark) und die erwarteten Qualitätssteigerungen (Zeitpunkt X) begutachtet und auf einer bspw. zehnstufigen Skala bewertet. Je höher die Qualitätssteigerung, desto höher die Bewertung auf der Skala.

Im Anschluss an die Bewertung der Qualitätssteigerung werden die Umsetzungschancen und die Effizienz des Vorgehens durch den Expertenbeirat begutachtet. Die Bewertung wird als Gesamtumsetzungswahrscheinlichkeit dargestellt, in die verschiedene Komponenten mit einfließen. Die prozentual ausgedrückte Umsetzungswahrscheinlichkeit wird mit der skalierten Qualitätssteigerung multipliziert.

Abschließend wird die Anzahl betroffener Patienten ermittelt. Auch hier wird wiederum eine (lineare oder logarithmische) zehnstufige Skala eingesetzt. Je höher die Anzahl der Betroffenen ist, desto höher auf der Mengen-Skala wird der Antrag eingestuft. Eine Zehn würde dann erreicht werden, wenn alle GKV-Versicherten

betroffen wären. Ausnahmen gelten dabei für als besonders förderungswürdige eingestufte Themen wie seltene Erkrankungen mit nur wenigen Betroffenen.

Tabelle 2: Beispiel zur Berechnung des Nutzens für die Antragsbewertung

Förderphase A	Qualitätskomponente (Skala 1-10)	Umsetzungs- u. Effizienzkomponente (in %)	Mengenkomponente (Skala 1-10)	Gesamtbewertung (Mindestpunktzahl 10)
Antrag 1	7	50	2	(7)
Antrag 2	3	25	4	(3)
Antrag 3	5	80	5	20
Antrag 4	9	60	2	11
Antrag 5	2	20	5	(1)

Quelle: IGES

Die Werte werden ausmultipliziert und ergeben die Rangfolge der Projekte. Anträge unterhalb einer noch festzulegenden Mindestpunktzahl werden vom Verfahren ausgeschlossen. Somit sollte sichergestellt werden, dass in jedem Fall nur qualitativ hochwertige Projekte gefördert werden. Auch wenn das bedeuten könnte, dass keineswegs die gesamte Fördersumme in jeder Periode ausgeschüttet wird. Nur so kann der verantwortungsvolle Umgang mit den Mitteln des Fonds und die wirksame Förderung von hochwertigen Prozessinnovationen realisiert werden.⁴⁰

Zur Erläuterung:

Umfang der Qualitätssteigerung

Die Qualitätssteigerung bemisst sich an der Erhöhung des individuellen Patientennutzens (und der Anzahl betroffener Patienten). Die Bewertung der (avisierten) Qualitätssteigerung im Antrag kann dabei an die Nutzenbewertung nach § 35a SGB V (Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen) angelehnt werden.

Die Nutzenermittlung gemäß § 35 bewertet den „Zusatznutzen[] gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie, [...] Ausmaß[] des Zusatznutzens und seiner

⁴⁰ Siehe hierzu auch Fußnote 43

therapeutischen Bedeutung“. Die Bewertung muss dabei insbesondere den Patientennutzen, „die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität“ angemessen berücksichtigen.⁴¹ Diese sogenannten patientenrelevanten Endpunkte der Mortalität, Morbidität und Lebensqualität sind ausschlaggebend.

Wir schlagen daher vor, die Anträge (und Projekte) einer ähnlichen Bewertungssystematik zu unterziehen. Die Ermittlung (potenzieller/erwartbarer) Qualitätssteigerungen basiert dabei – wie auch im Verfahren der Arzneimittel-Nutzenbewertung – auf dem Patientennutzen. Berücksichtigt werden also die Effekte des Antrag bzw. Projekts auf die

- Mortalität: Sterbefälle, Sterbealter, Todesursachen, (fernere) Lebenserwartung etc.,
- Morbidität: Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten, Inanspruchnahme und Leistungen; (Neben-)Diagnosen, Therapien, Krankheitsschwere- oder -dauer, Anzahl an Verordnungen etc. und
- Lebensqualität: Physische, soziale und psychische Gesundheit, Sicherheit, Zugang, Verbesserung der Patientenerfahrung etc. (sowohl objektive als auch subjektive Messung unter Berücksichtigung von Patientenpräferenzen).

Ausgangspunkt ist dabei der Status-quo, also die derzeitige Versorgungspraxis in der Regelversorgung.

Die Bewertung des Patientennutzens erfordert eine gewisse Flexibilität. Die Antragsteller können ggf. nur begrenzte Aussagen zu den Auswirkungen des Projektes auf die Mortalität machen (zu kurze Projektlaufzeit). Wenn die Verringerung der Mortalität Projektteil ist, sollte, soweit aus nationalen und internationalen wissenschaftlichen Studien (PubMed etc.) oder ähnlichen Projekten (Evaluationsergebnisse und Berichte etc.) verfügbar, eine Aussage hierzu getroffen werden.

Gleiches gilt für die Ermittlung der Morbidität. Es sollen plausible Aussagen zu den Auswirkungen des Projektes auf die Morbidität gemacht werden. Beispielhafte Indikatoren zur Darstellung und Messung der Morbidität sind hierfür die Anzahl verhinderter Schlaganfälle, Fußamputationen bei Diabetes-Patienten und Krankenhauseinweisungen oder das Auftreten spezifischer Blutwerte, unerwünschte Arzneimittelwirkungen bzw. Höhe der DDD-Verordnungen. Auch hier soll der Antragsteller soweit möglich auf bereits existierende wissenschaftliche Literatur und Untersuchungen zurückgreifen.

⁴¹ Vgl. Deutscher Ethikrat (2011): Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme (Berlin, 27. Januar 2011)

Zusätzlich sollen die Anträge den Patientennutzen anhand der (avisierten) zusätzlich gewonnenen Lebensqualität darstellen. Die erwartete Verbesserung der Lebensqualität könnte dabei anhand der üblichen Instrumente (SF36, EuroQoL etc.) bzw. schon spezifizierter Konzepte zur Bewertung der Krankheitslast (bspw. QA-LY, DALY) dargestellt werden. Auch hier sollen, soweit verfügbar, Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Publikationen aufgeführt werden.

Grundsätzlich ist es wünschenswert, dass alle Qualitätssteigerungen (in Form des Patientennutzens) empirisch anhand validierbarer, reproduzierbarer und aufwandsarmer Indikatoren dargestellt und gemessen werden. Da diese Effekte bei Prozessinnovationen aufgrund unterschiedlicher Settings, Akteure etc. oftmals nicht direkt und spezifisch zu ermitteln sind, müssen auch qualifizierte Schätzungen durch den Antragsteller möglich sein.

Die vorgesehenen Qualitätssteigerungen der Projektanträge müssen zwischen den Anträgen vergleichbar gemacht werden. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass die unterschiedlichen Indikatoren durch den Expertenbeirat systematisch skaliert werden. Diese Skalierung der Qualitätssteigerungen (spezifisch Patientennutzen) kann auf einer einheitlichen Skala mit bspw. zehn Stufen stattfinden. Tabelle 2 stellt dies beispielhaft für alle Bewertungskomponenten dar. Hier bleibt eine gewisse subjektive Komponente, die unvermeidlich ist, aber durch die gesammelte Einschätzung der Experten ausreichend abgeschwächt wird. Die Empfehlung des Expertenbeirats unterliegt zudem noch einmal dem Votum des Innovationsausschusses, der auf Basis eigener objektiver Einschätzung begründbare Korrekturen vornehmen kann.

Umsetzungschancen und Effizienz

Während die Qualitätskomponente der Nutzenbewertung die angestrebten Verbesserung anhand patientenrelevanter Endpunkte betrachtet, ist daneben zu bewerten, ob diese Verbesserung im beantragten Projekt auch erreicht werden kann.

Die Schätzung der Chancen auf Umsetzung erfolgt ebenfalls durch den Expertenbeirat, von dessen Votum der Innovationsausschuss mit Begründung abweichen kann. Die Bewertungsbasis ist der Gesamteindruck des Antrags. Die Umsetzungsorientierung wird dabei anhand des gewählten Projektansatzes, dem vorgesehenen Vertragsgeflecht, dem Entwicklungsgrad des Konzepts und der voraussichtlichen Akzeptanz und Teilnahme relevanter Partner wie auch Patienten bewertet. So soll die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Umsetzung ausreichend kritisch beurteilt werden. Auch Aspekte wie die wissenschaftliche Fundierung und das Evaluationskonzept bilden dabei einen Teil der Gesamtbewertung.

Die Anzahl betroffener Patienten dient der spezifischen Folgenabschätzung für Teilgruppen und der GKV insgesamt. So soll vermieden werden, dass ein sehr teures Projekt, das nur in einer Region oder für eine kleine Patientengruppe konzipiert ist, sinnvoll durchgeführt werden kann und der ferneren Zielsetzung „Übernahme

in die Regelversorgung“ nicht gerecht wird. Der Projektansatz im Antrag soll keine unerwünschten (negativen) Einflüsse auf einzelne Teile oder die gesamte GKV-Population haben.

Desweiteren sollten auch bspw. die Kosten bzw. der Aufwand (adjustiert pro Patient oder Versicherten) mit in die Bewertung fließen. Die reine Effizienzsteigerung der Versorgung ist laut Gesetz zwar kein Kriterium für den Innovationsfonds, trotzdem soll eine gewisse „Verhältnismäßigkeit“ von Kosten und Nutzen gegeben sein. Bei zwei Projekten mit gleicher Qualitätsverbesserung wäre der kostengünstigere Projektantrag mit einer besseren Bewertung zu versehen. So werden Projektanträge belohnt, die kosteneffizient im Sinne eines „schlanken“ Projektmanagements gestaltet sind und zum anderen ein günstiges Nutzen-Kosten-Verhältnis erzielen.

Anzahl betroffener Patienten

Die Gesamtzahl betroffener Patienten (sowohl für das Projekt) als auch GKV-weit ist für den Antrag ein wichtiges Auswahlkriterium. Sind die genauen Patientenzahlen nicht bekannt, so muss der Antragsteller diese fundiert, anhand epidemiologischer und demographischer Entwicklungen, hochrechnen. Die Anzahl betroffener Patienten wird auf einer (linearen oder logarithmischen) zehnstufigen Skala eingestuft.

Ausnahme: Besonders förderungswürdige Themen

Um Fehler durch ein mechanistisches Verfahren zu vermeiden und um nicht nur Ansätze bei Volkskrankheiten zu fördern, müssen den Auswahlgremien Ausnahmen möglich sein. Dies kann für seltene Erkrankungen gelten, für Themenstellungen mit besonderer Aktualität und politischer Priorität oder für Themen, die als Muster für eine breitere Anwendung dienen können.

Eine inhaltliche Bewertung dieser Art kommt u. E. dem Ziel des Gesetzes, nämlich der Verbesserung der Regelversorgung, näher als eine Überprüfung, ob formale Mindestkriterien erfüllt werden.⁴² Auch die Energie der Antragsteller sollte sich auf das erstere Ziel konzentrieren.

4.1.3 Qualität vor Proporz

Eine Ausrichtung der Verteilung der Fördermittel aus rein „politischen“ Gründen ist aus unserer Sicht zu vermeiden. Vielfach wird mit Blick auf den Innovationsfonds

⁴² Für die eigentliche Bewertung sollten die Antragsteller für Punkt 1 mit dem eigentlichen Antrag einen Vorschlag einreichen. Nach einer ersten Überprüfung durch die Geschäftsstelle werden Punkt 1 und 2 durch den Expertenbeirat und den Innovationsausschuss bewertet.

angenommen, dass auch die Fördermittel proportional in alle Regionen, an alle Kassenarten und an alle Akteure fließen. Wir halten diesen Ansatz für nicht zielführend. Deshalb raten wir dringend dazu, dass vor allem die Qualität der Anträge und nicht die Region oder eine Verteilung nach dem Königsteiner Schlüssel ausschlaggebend für eine Förderung sind (vgl. auch Kapitel 4.1.2).⁴³ Dies heißt nicht, dass man nicht auf eine Beteiligung unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen und Patientengruppen im Fonds achten sollte (s.o.), wichtig ist aber, dass sich qualitativ hochwertige Anträge und Projekte durchsetzen. Daher sollte auch die oben beschriebene Mindestpunktzahl für die Förderung von Projekten gelten.

4.1.4 Ausschreibungsprozess und Antragskonzept

Das Antragsrecht bzw. die Ausschreibung sollte pragmatisch gestaltet werden, so dass ein schnelles Verfahren möglich ist und die zeitlichen Dimensionen kurz gehalten werden können. Generell können Ausschreibungs- und Förderverfahren ein- oder mehrstufig gestaltet sein.

Für den Ausschreibungsprozess im Rahmen des Innovationsfonds plädieren wir aus organisatorisch-administrativen und aus zeitlichen Gründen für einen einstufigen Prozess. Daneben ist der Antragsprozess für alle Projekttypen identisch durchzuführen. Das vereinfacht die Bearbeitungsprozedere, vereinheitlicht die Antragsstellung und ermöglicht ein zeiteffizientes Bearbeiten der Anträge.

Abbildung 4 zeigt den Antragsprozess für den Innovationsprozess schematisch auf. Der Aufruf zur Einreichung von Anträgen erfolgt für ausgewählte Themenbereiche (spezifisch) für entsprechende Förderphasen. Sofern das jährliche Finanzvolumen in mehrere Tranchen aufgeteilt werden soll, empfehlen wir die Durchführung von maximal zwei Ausschreibungsprozessen pro Jahr. Eine stärkere Aufspaltung würde es vermutlich erleichtern, eine gleichmäßige Arbeitsbelastung in Geschäftsstelle und Entscheidungsgremien zu erzeugen, birgt aber die Gefahr von Kurzatmigkeit und Ermüdung auf Seiten der Antragsteller. Ein zu kurzes Intervall zwischen den Förderperioden verringert die Anzahl der eingereichten Anträge je Förderperiode und damit auch die Möglichkeiten des Vergleichs zwischen den Anträgen.

In unserer schematischen Darstellung gehen wir von zwei unterschiedlichen Aufrufen bzw. Antragsvorgängen aus. Die zweite Möglichkeit, die auf hochinnovative Projekte mit geringeren Fördervolumina zugeschnitten ist, stellt die freie Einreichung von Projektanträgen dar. Freie Anträge dieser Art werden jedoch nur bis zu einer Fördersumme von bspw. 0,2 Mio. EUR p. a. gefördert.

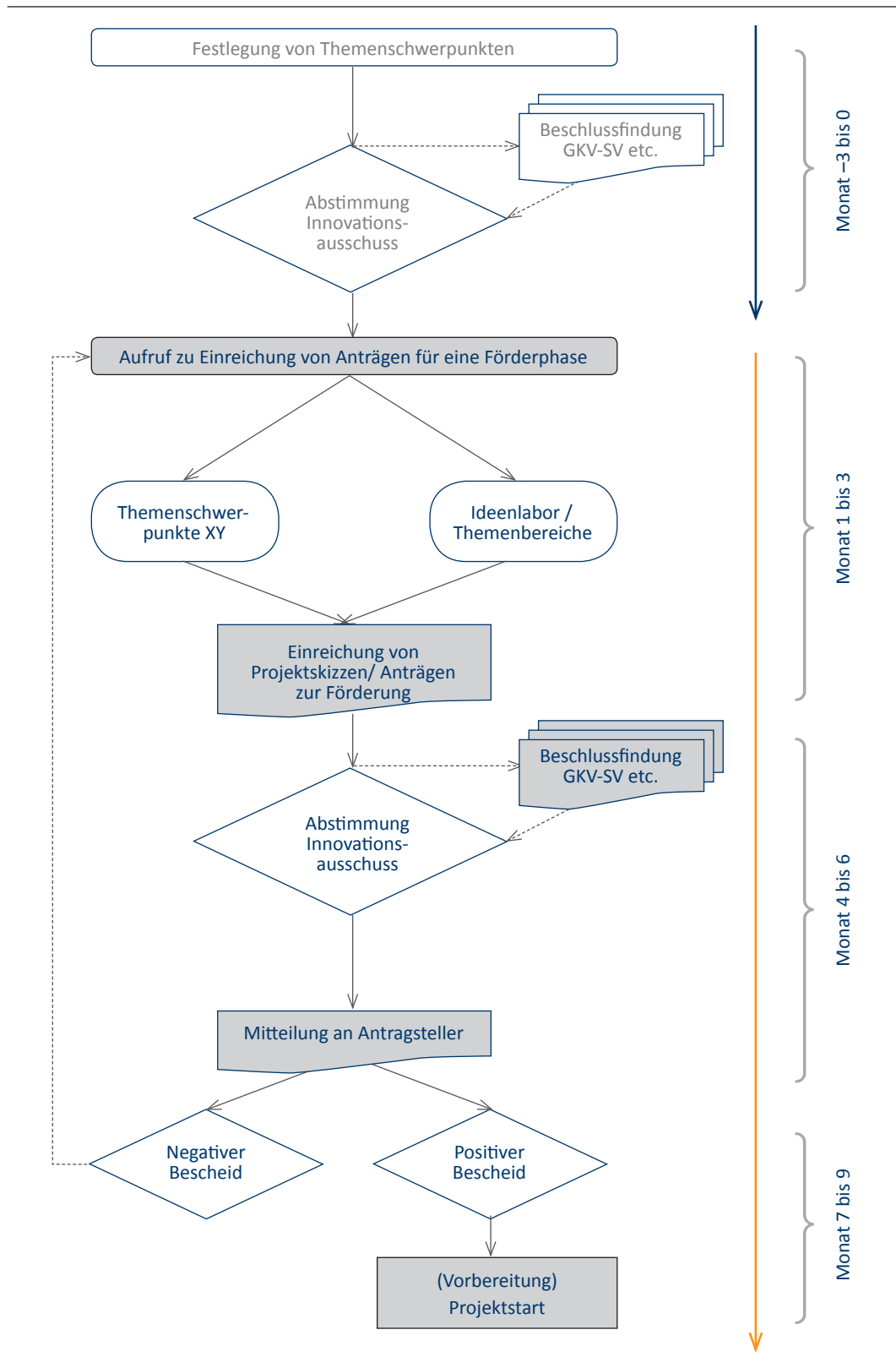
⁴³ Es gibt viele Beispiele jüngerer Förderwettbewerbe (Hochschulexzellenz-Initiative, BMBF-Wettbewerb „Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen“ etc.), wo die Mittel nicht proportional verteilt wurden und manche Bundesländer ganz leer ausgingen. Den gleichen Mut der Entscheider wünschen wir uns auch hier.

Wir gehen hier von einer dreimonatigen Vorbereitung und einer dreimonatigen Antragsfrist für alle Projekttypen aus. Die eingereichten Anträge müssen im Anschluss vom Expertenbeirat und im Innovationsausschuss begutachtet und bewertet werden. Das setzt voraus, dass die in dem Innovationsausschuss vertretenen Mitglieder intern eine relativ zügige Einigung hinsichtlich Zustimmung oder Ablehnung eines spezifischen Projektes erreichen. Zur Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise sollten daher die bewährten G-BA-Strukturen genutzt und ein Innovationsarbeitsausschuss gebildet werden. Trotzdem benötigen Abstimmungsprozesse dieser Art natürlich Zeit. Aus diesem Grund sollten die Arbeitsstrukturen frühzeitig in die Beratungen der Geschäftsstelle und des Expertenbeirates eingebunden werden. Für den Abstimmungsprozess gehen wir in diesem Fall von mindestens drei Monaten Bearbeitungszeit aus. Grundsätzlich schätzen wir je Förderphase und Ausschreibungsrunde bei derartigen Verfahren bis zu einem Projektstart eine Gesamtdauer von rd. 9 Monaten. Hinzu kommen ggf. eine Einspruchsfrist gegen positive Förderbescheide durch Dritte und die Dauer, bis zum ersten Mal Fördermittel ausgeschüttet werden.

Laut Gesetzentwurf ist bei den Anträgen „in der Regel“ eine Krankenkasse zu beteiligen. So ist nicht zu befürchten, dass es zu einer nicht zu bewältigenden Antragsflut kommt. Richtigerweise lässt der Gesetzgeber die Möglichkeit offen, dass auch exzellente Projekte ohne Kassenbeteiligung förderfähig sind.⁴⁴ Faktisch wird in fast allen Fällen die Einbeziehung einer Kasse nötig sein, um die Ansprache von Versicherten und die Bereitstellung von Daten für die Evaluation zu sichern. Dadurch ist die Durchführung des Prozesses mit der oben geschätzten Zahl von Projekten und Anträgen möglich.

⁴⁴ Ergänzend ist zu bemerken, dass Leistungserbringer auch andere Anforderungen an ein Versorgungsprojekt erfüllen könnten. So ist der Umgang mit sensiblen Daten – wie Patientendaten – bspw. bei Klinischen Studienzentren bzw. Uniklinika alltäglich und an Datenschutzbestimmungen gebunden. Auch die Kontaktierung von Patienten sowie die spätere Evaluation von geförderten Projekten ist ohne eine obligatorische Einbindung von Kassen – mit einem entsprechenden Studiendesign – machbar.

Abbildung 4: Ablauf und zeitliche Dimensionen des Antragsprozesses



Quelle: IGES

4.1.5 Vergaberechtsfragen

In der aktuellen Diskussion um den Innovationsfonds werden immer wieder Fragen zum Vergaberecht gestellt. Dies betrifft insbesondere drei Komplexe:

- Mögliche Notwendigkeit einer europaweiten Ausschreibung der Mittel aus dem Innovationsfonds
- Auswahl von Partnern bei der Einreichung von Anträgen (bspw. Dienstleister zur Durchführung des Projektmanagements)
- Erfordernis, dass Kassen nach erfolgreicher Antragsbewilligung die Beteiligung von Leistungserbringern ausschreiben müssen

Aus pragmatischen Erwägungen sollte bei allen drei Punkten keine formale Ausschreibung erforderlich sein. Wir können die zugehörigen Rechtsfragen allerdings nicht beantworten, sondern nur darauf hinweisen, dass sie im Interesse der Sache geklärt werden sollten.

4.1.6 Abgrenzung der förderungswürdigen Leistungen

Vielen Akteuren ist noch unklar, welche Leistungen durch den Innovationsfonds überhaupt förderfähig sind. Dies gilt besonders für die Frage der medizinischen Leistungen.⁴⁵ Im Gesetzesentwurf heißt es: „Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind.“ Und in der Begründung: „Die Ausgaben für Krankenbehandlung sind damit in der Regel nicht förderfähig [sic], sondern die Förderung beschränkt sich auf zusätzlichen Aufwand zum Beispiel für Koordination.“

Es ist dringend zu klären, ob Kosten für eine Krankenbehandlung, welche im Umfang der Behandlung oder im behandelten Personenkreis über die Regelversorgung hinausgeht, förderfähig sind. Aus unserer Sicht muss dies zwingend so sein, weil sonst viele sinnvolle Ideen nicht eingereicht werden könnten. Die Mittel sollten nicht nur für administrative Aufwände wie „Koordination“ oder technische Infrastruktur zur Verfügung stehen.

In diesem Zusammenhang ist auch zu klären, was mit Koordinationsaufwänden geschieht, die innerhalb der an einem Projekt teilnehmenden Organisationen entstehen, also bspw. für das Projektmanagement innerhalb einer Krankenkasse. Damit kein Anreiz entsteht, für das Projektmanagement grundsätzlich externe Dienstleister einzusetzen, deren Leistungen über den Fonds abgerechnet werden können, ist

⁴⁵ Diese Unklarheit sieht auch: Moormann T (2015):Grossbaustelle Innovationsfonds. In: Betriebskrankenkassen. Magazin für Politik, Recht und Gesundheit im Unternehmen; 03/2015

ein prozentualer Verwaltungskostenaufschlag für Versorgungsprojekte zu prüfen. Dieser sollte aus nachvollziehbaren Gründen knapp bemessen ausfallen und zudem mit der Projektgröße abnehmen.

4.1.7 Finanzierung: Budgetbereinigung und Eigenbeteiligung

Selektivverträge mit Leistungserbringern erfordern üblicherweise eine Bereinigung der Gesamtvergütung. Die Budgetbereinigung ist ein aufwändiges Verfahren. Es sollte möglichst vermieden werden.

Es scheint, als könne diese Frage im Innovationsfonds überhaupt nicht auftauchen, da ja nur zusätzliche Leistungen gefördert werden sollen. Trotzdem kann es auch hier der Fall sein, dass eine komplexe (neue und förderungswürdige) Leistung eine einfache Leistung der Regelversorgung ersetzt. Als Beispiel: ein aufwändiges und detailliertes Medikationsmanagement ersetzt im Rahmen eines Projektes die normale Beratung zur Medikation, welche Ärzte heute im Rahmen der Regelversorgung leisten (sollten). Die an die KVen gezahlte Vergütung (MGV) wäre somit um die letztere Leistung zu bereinigen.

Wir empfehlen, darauf zu verzichten. Der bürokratische Aufwand und der negative Anreiz für die Leistungserbringer sind im Verhältnis zu möglichen Ersparnissen zu groß. Die Abrechnung der nicht bereinigten Leistungen verteilt sich auf alle Kassen und ist im Gesamtgeschehen nicht spürbar.

Die vielfach geforderte Eigenbeteiligung der Antragsteller an Projekten empfehlen wir nicht. Sie stellt einen negativen Anreiz dar, bevorzugt Kassen mit einer besseren Finanzausstattung und würde es rechtlich erschweren, die Ergebnisse erfolgreicher Projekte der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen.

4.2 Durchführung

4.2.1 Mittelverwendung

Nach einem positiven Förderbescheid durch den Innovationsausschuss erhalten die bewilligten Projekte den Zuwendungsbescheid über die beantragten Projektmittel und regelmäßige Abschlagszahlungen. Für die Auszahlung der Mittel müssen im Projektplan spezifizierte Meilensteine erreicht und dokumentiert werden. Es muss deshalb eine Spitzabrechnung erfolgen, bei der nur die tatsächlich aufgewendeten Ausgaben erstattet werden. Bei Teilnehmer- oder Fallzahlen unterhalb des ursprünglichen Projektplans werden die Mittel proportional gekürzt. Gleichzeitig sollte es allerdings möglich sein, zugesagte Projektmittel, die nicht im vorgesehenen Projektzeitraum abgerufen werden, bei ausreichender Begründung ins Folgeprojektjahr zu übertragen, sofern äußere Umstände dafür verantwortlich sind. Eine Schlussabrechnung und -zahlung erfolgt nach Vorlage des Evaluationsberichtes.

Sofern gewisse Mindestvoraussetzungen für das Projekt überhaupt nicht erfüllt sind, ist auch eine vollständige Streichung der Mittel zu prüfen. Die vorgesehene begleitende Evaluation kann hierzu Hinweise geben. Die Drohung eines völligen Rückzugs aus der Förderung sollte aus Anreizgründen jedoch sehr vorsichtig eingesetzt werden.

4.2.2 Öffnungsklausel

Eine weitere wichtige Frage ist, inwiefern andere Kassen im Projektverlauf zu einem laufenden Projekt von außen „hinzustoßen“ dürfen oder nicht. Grundsätzlich sind aus Kassensicht drei Projektkonstellationen möglich und vorstellbar:

- 1) Antrag ohne Kassenbeteiligung,
- 2) gemeinsamer Antrag durch Gruppen von Kassen oder der gesamten GKV einer Region, bspw. durch § 90a Landesgremien sowie
- 3) Anträge durch eine Einzelkasse.

Bei den ersten beiden Arten der Projektanträge ist die Debatte zur Öffnung für andere Kassen weniger relevant.

Bei der dritten Option sollte grundsätzlich zu Anfang für die initiiierende Kasse (bzw. Kassen) Exklusivität bestehen. Die Kasse führt in dieser Phase das Projekt alleine durch. So bleibt den initiiierenden Kassen als Anreiz der Informations- und Wissensvorsprung. Einsparungen bei den Leistungskosten könnten hinzukommen. Wichtig dabei ist, dass die initiiierende Kasse selbst entscheidet, ob sie das Projekt noch in der Förderphase für andere Kassen öffnet oder nicht.

In einer anschließenden Phase kann das Projekt geöffnet werden, wenn dies durch die initiiierende Kasse gewünscht wird. Sinn dieser Öffnungsoption wäre eine Verbreiterung der statistischen Basis oder die Erleichterung der Durchführung eines Projekts.⁴⁶ Das bedeutet aber, dass die Fördermittel in dieser Phase ansteigen müssten. Somit ist diese Öffnung durch das im Innovationsfonds befindliche Restbudget, welches noch nicht an andere Projekte gebunden ist, begrenzt.

Bei mehreren Projekten, die geöffnet werden und einem begrenzten Restbudget an Fördermitteln greift wiederum das in 4.1.2 beschriebene Verfahren zur Auswahl.

⁴⁶ Als Beispiel: Prozessveränderungen bei Leistungserbringern sind bei einem größeren Anteil teilnehmender Versicherter leichter umzusetzen. Sofern es in der Antragsphase bspw. aus zeitlichen Gründen nicht möglich war, die benötigte Zahl an Kassen zu vereinen, kann dies in der Öffnungsklausel im Nachhinein geschehen.

Gefördert werden dann diejenigen antragstellenden Kassen bzw. Projekte, die ein höheres Bewertungskriterium erzielen. Bewerben sich mehrere Kassen für ein Projekt und sind die Fördermittel begrenzt, muss entschieden werden, welche Kasse den Zuschlag erhält. Zum einen kann der Zuschlag an diejenige Kasse erteilt werden, die als erstes (in einer zu definierenden Phase) einen Förderantrag einreicht oder aber die Kasse, die das effizienteste Projektmanagement vorweisen kann. Im Anschluss an die Förderphase durch den Innovationsfonds wird das Projekt kassenübergreifend entsprechend der festgelegten Evaluationskriterien evaluiert. Die Verwendung von Zwischenergebnissen sollte bis zur Öffnung ausschließlich den projektinitiierenden Kassen vorbehalten sein.

4.3 Ergebnisverwendung

Die Ergebnisse aus dem Innovationsfonds bzw. aus den jeweiligen Projekten sollen Verbreitung finden. Das Ziel des Fonds ist die qualitative Verbesserung der Versorgung für alle Versicherten und die Übernahme der als effektiv bewertenden Versorgungsprozesse in die Regelversorgung.

Generell gilt daher der Grundsatz, dass nach Abschluss alle Informationen zu einem Projekt zu publizieren sind, nicht nur Ergebnisse, sondern auch die konkreten Prozesse und Vertragsinhalte. Dies gilt im Übrigen auch für gescheiterte Projekte. Nur während der Zeit bis zum Abschluss der Evaluation werden die Projektinitiatoren durch einen Wissens- und Informationsvorsprung belohnt.

Sofern Industriepartner, bspw. mit telemedizinischen Komponenten teilnehmen, muss ebenfalls offengelegt werden, welche Art von Produkten mit welchem Leistungsumfang genutzt wurden. Technologien, welche schon in das Projekt eingebracht wurden, erhalten ihren Patentschutz, dagegen müssten Weiterentwicklungen, welche aus Mitteln des Fonds bezahlt werden, ebenfalls veröffentlicht werden.

Schließlich sichert die vorgeschriebene Evaluation nicht in jedem Fall eindeutige Ergebnisse. Nach unserer Einschätzung wird dies nicht immer möglich sein. Die Evaluationen der Projekte unterliegen möglicherweise divergierenden Interpretationen, und mögliche spezielle Gegebenheiten eines Projekts (bspw. eingespielte Zusammenarbeit der Beteiligten) sind bei der Frage zu berücksichtigen, ob eine Übertragung in die Regelversorgung überhaupt möglich ist.

4.3.1 Beispielhafter Prozess für den Übergang in die Regelversorgung

Der Übergang in die Regelversorgung folgt der gleichen Logik wie schon in Kapitel 4.1.2 ausführlich für den Antrags- und Auswahlprozess erläutert. Die Projekte werden entsprechend dieser Logik evaluiert und bewertet. Das Verfahren ist dabei an ein Verfahren der Nutzenbewertung angelehnt. Für die Übernahme in die Regelversorgung orientieren sich die Evaluationskriterien an dem festgestellten

Nutzengewinn für Patienten bzw. Versicherte. Auch hier halten wir die Patientenperspektive für das wichtigste Entscheidungskriterium.

Zwar sind – laut Gesetzesentwurf reine Effizienzsteigerungen kein Kriterium – dennoch sollte auch hier eine gewisse „Verhältnismäßigkeit“ von Nutzen (Qualitätssteigerungen) und Kosten (mit Blick auf den Beitragssatzeffekt) gewahrt bleiben.⁴⁷

Sowohl bei der Beurteilung des Nutzens wie auch bei Einschätzung der Verhältnismäßigkeit ergeben sich Interpretationsspielräume. Ein mechanistischer Prozess ist nicht möglich, vielmehr wird in vielen Fällen die Einschätzung des Expertenbeirats entscheidend sein.

Abbildung 5 zeigt den Prozess des Übergangs in die Regelversorgung schematisch auf. Schon während der Projektlaufzeit findet eine regelmäßige Bewertung und Abgleich mit den Projektzielen statt. Die Zwischenberichte dienen unter anderem dazu, erforderliche Anpassungen im Projekt vorzunehmen. Im Anschluss an die Projektlaufzeit dient der Endbericht zum Projekt der Evaluation und Bewertung der Ergebnisse und dem Potenzial für die Übernahme in die Regelversorgung. Die Bewertung erfolgt anhand des Kriteriums „Verbesserung der Qualität der Regelversorgung“ aus Patientenperspektive.

Bei einem positiven Nutzen-Kosten-Verhältnis gibt der Expertenbeirat bzw. der Innovationsausschuss beim G-BA eine Empfehlung zur Übernahme in die Regelversorgung ab. Diese Empfehlung kann – um die Qualitätsverbesserung möglichst schnell in die Regelversorgung zu überführen – mit einem Prioritätsvermerk versehen werden. Für den Übergang in die Regelversorgung ist ein Zeitrahmen zu setzen.

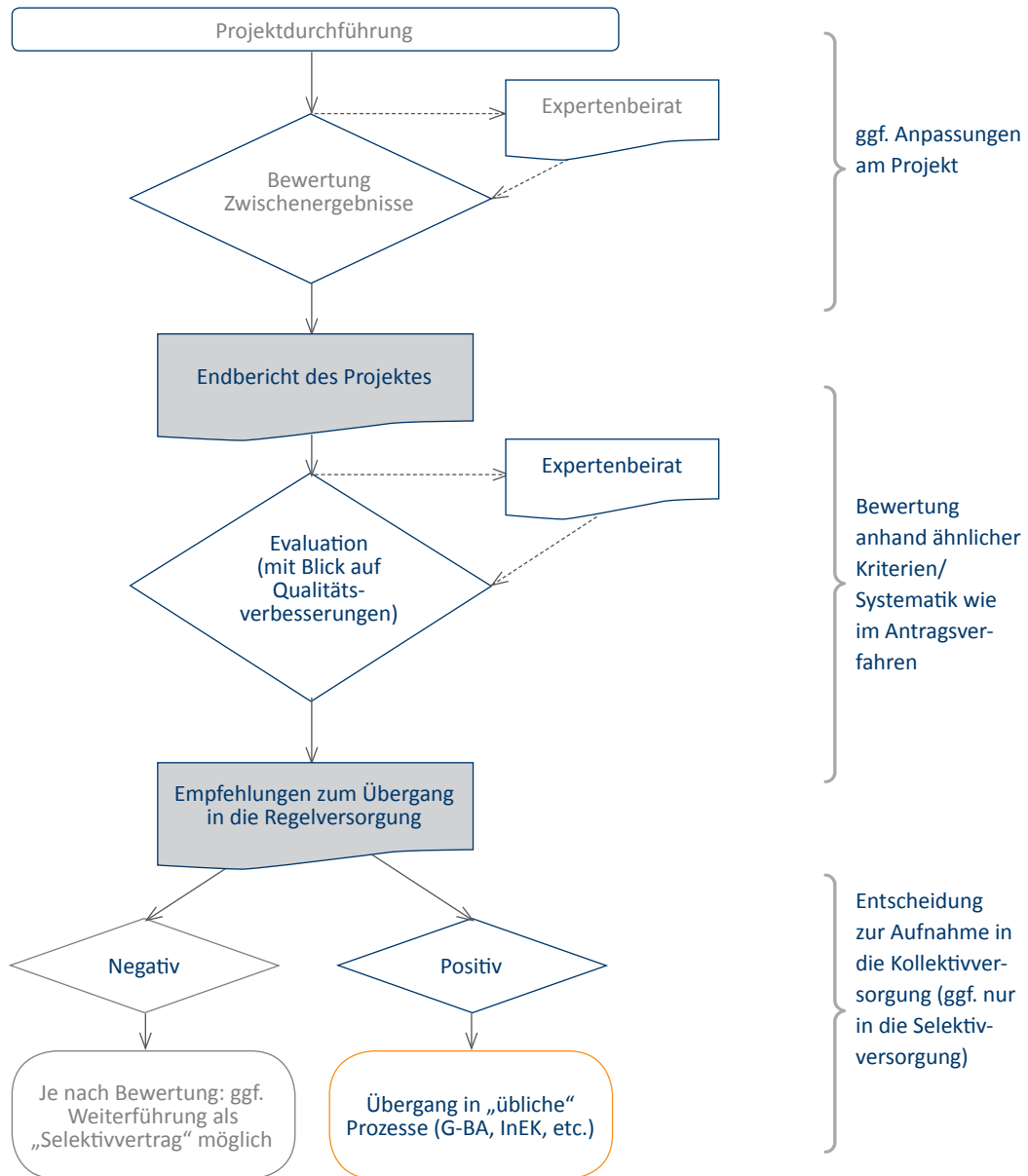
Je nachdem welche Bereiche des Gesundheitswesens von notwendigen Änderungen betroffen sind, damit die Projektergebnisse in der Versorgung regelhaft übernommen werden, müssen die üblichen Prozesse angestoßen werden. Dies sind bspw. Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, der Gebührenordnung für Ärzte, die Neu- oder Nachkalkulation von DRGs.

Der Innovationsausschuss ist dann verpflichtet, sich über den Stand des Übergangsprozesses zu informieren, diesen eng zu begleiten und wenn nötig auch zu befördern. So soll sichergestellt werden, dass der Übergang in die Regelversorgung schnell und effizient stattfinden kann.

⁴⁷ Für seltene Erkrankungen oder ähnliche Themenstellungen könnte eine Kosten-Nutzen-Bewertung weniger strikt ausfallen, damit ihrer gesonderte Situation berücksichtigt werden kann.

Bei einem negativen Bescheid wird der Prozess zum Übergang in die Regelversorgung nicht angestoßen. Die Bewertungs- und Evaluationsergebnisse sowie die relevante Projektunterlagen sind frei zugänglich. Kassen – und andere Stakeholder – können sich entscheiden, Projekte im Sinne eines Selektivvertrages weiterführen oder nicht.

Abbildung 5: Ablauf und zeitliche Dimensionen des Antragsprozesses



Quelle: IGES

5. Zusammenfassung: Sieben Thesen zum Innovationsfonds

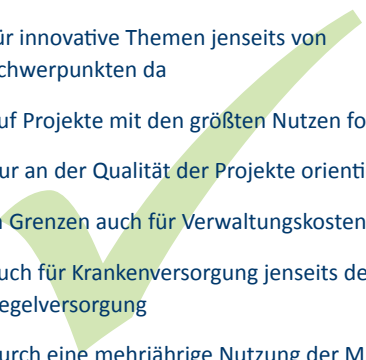
Aus den angestellten Betrachtungen seien abschließend die wichtigsten Punkte herausgehoben, die nach unseren Analysen entscheidende Weichenstellungen für den Fonds sind.

- **Projekte aller Typen fördern:** Wir plädieren dafür, Projekte zu fördern, die innovativ sind. Dabei kommt es nicht auf das Fördervolumen an, sondern auf den Innovationsgrad und die erwarteten Effekte auf die Patientenversorgung bzw. den Patientennutzen.
- **Kreative Freiheit lassen – möglichst wenig Themeneinschränkung:** Innovative Ansätze entstehen durch Freiraum für die Kreativität. Innovationen auszuschließen, weil sie nicht in ein verordnetes Themenspektrum passen, wäre für das Ziel des Innovationsfonds kontraproduktiv.
- **Projekte mit dem größten Nutzen für die Regelversorgung priorisieren:** Projekte sollen ausgewählt werden, weil sie die Qualität der Versorgung steigern, umsetzungsorientiert und effizient konzipiert sind und die Patienten im Blick haben.
- **Qualität vor Proporz:** Die Qualität der Anträge und nicht etwaige Proporzewägungen sind ausschlaggebend für eine Förderung. Die Projekte sollten in jedem Fall eine Mindestpunktzahl bei den Auswahlkriterien erreichen.
- **Effizientes Projektmanagement fördern:** Kassen brauchen Anreize, Scheu vor anfallenden Verwaltungskosten darf kein Ausschlussgrund sein, daher Verwaltungskosten in Grenzen aus dem Fonds finanzieren.
- **Alles fördern, was über die Regelversorgung hinausgeht:** Auch Krankenversorgung muss im Rahmen des Fonds finanziert werden, wenn sie in Umfang oder Zielgruppe über die Regelversorgung hinausgeht – sonst fehlen erforderliche Anreize bei den Kassen/ Leistungserbringern.
- **Übertragbarkeit der Mittel sicherstellen:** Projektlaufzeiten von unter einem Jahr sind nicht realistisch. Eine Übertragbarkeit der Mittel aus einem Jahr in Folgejahre ist unabdinglich.

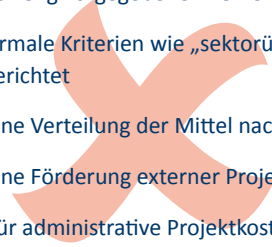
Abbildung 6 zeigt die Thesen in der Übersicht, um die Auswirkungen alternativer Konzepte für den Innovationsfonds durchspielen zu können

Abbildung 6: Übersicht über die Thesen

Der Innovationsfonds ist ...

- ... für viele Arten von Projekten offen
 - ... für innovative Themen jenseits von Schwerpunkten da
 - ... auf Projekte mit den größten Nutzen fokussiert
 - ... nur an der Qualität der Projekte orientiert
 - ... in Grenzen auch für Verwaltungskosten
 - ... auch für Krankenversorgung jenseits der Regelversorgung
 - ... durch eine mehrjährige Nutzung der Mittel nachhaltig ausgestattet
- 

Der Innovationsfonds ist nicht ...

- ... nur für Großprojekte
 - ... nur für eng vorgegebene Themen
 - ... an formale Kriterien wie „sektorübergreifend“ ausgerichtet
 - ... für eine Verteilung der Mittel nach Proporz
 - ... für eine Förderung externer Projektsteuerung
 - ... nur für administrative Projektkosten
 - ... für eine kurzfristige und unkritisch Mittelverwendung im gleichen Haushaltsjahr
- 

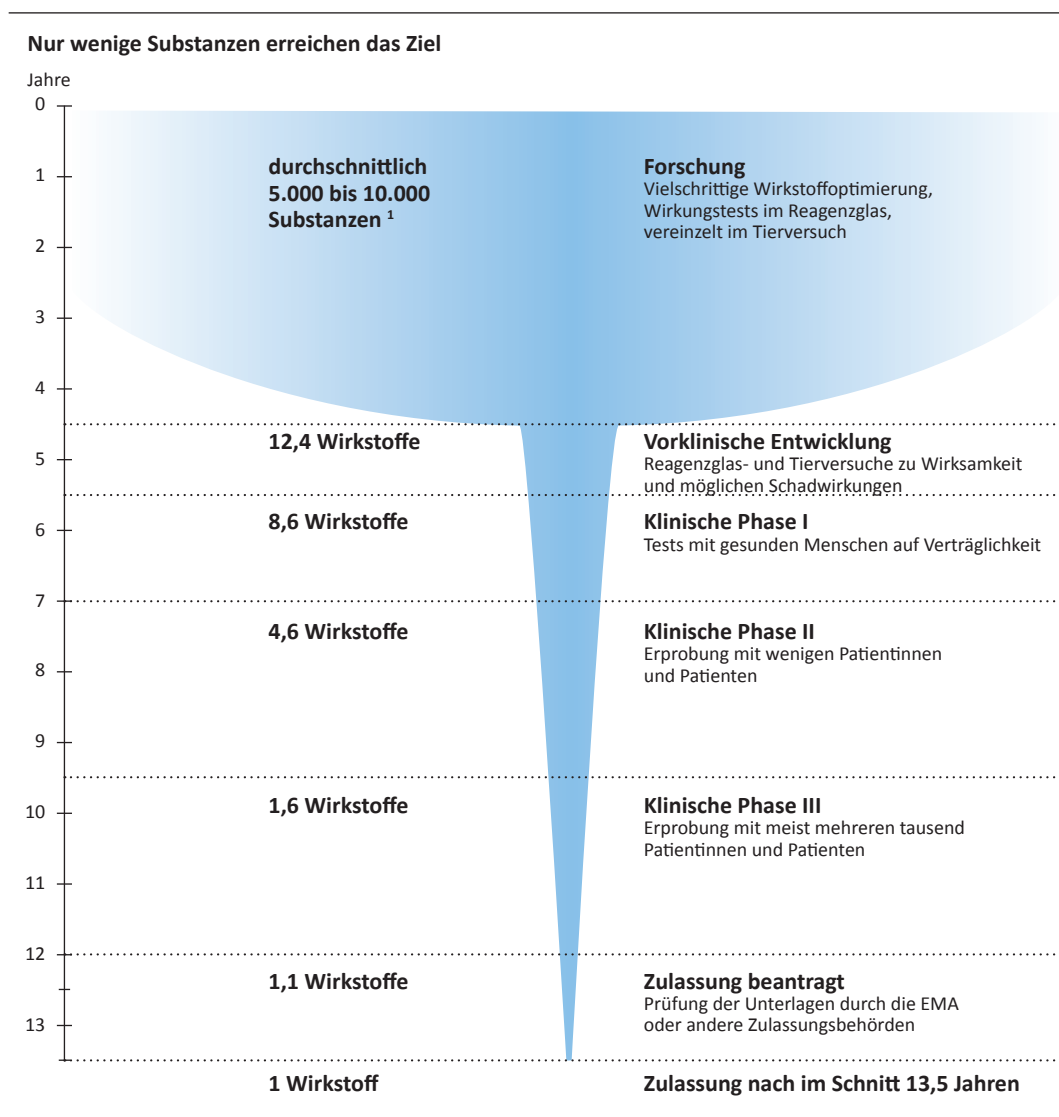
Quelle: IGES

Auch nachdem alle diese Punkte in der einen oder anderen Richtung definiert sind, bleibt für die kommenden Monate noch viel an Detailarbeit. Im Interesse der Versicherten sollten für die weiteren Fragen die gleichen Maßstäbe wie hier angelegt werden, um qualitätsorientierte und pragmatische Verfahren zu etablieren, welche dem Innovationsfonds erlauben, die angestrebte Wirkung zu entfalten.

Anhang: Produktentwicklung in der Industrie

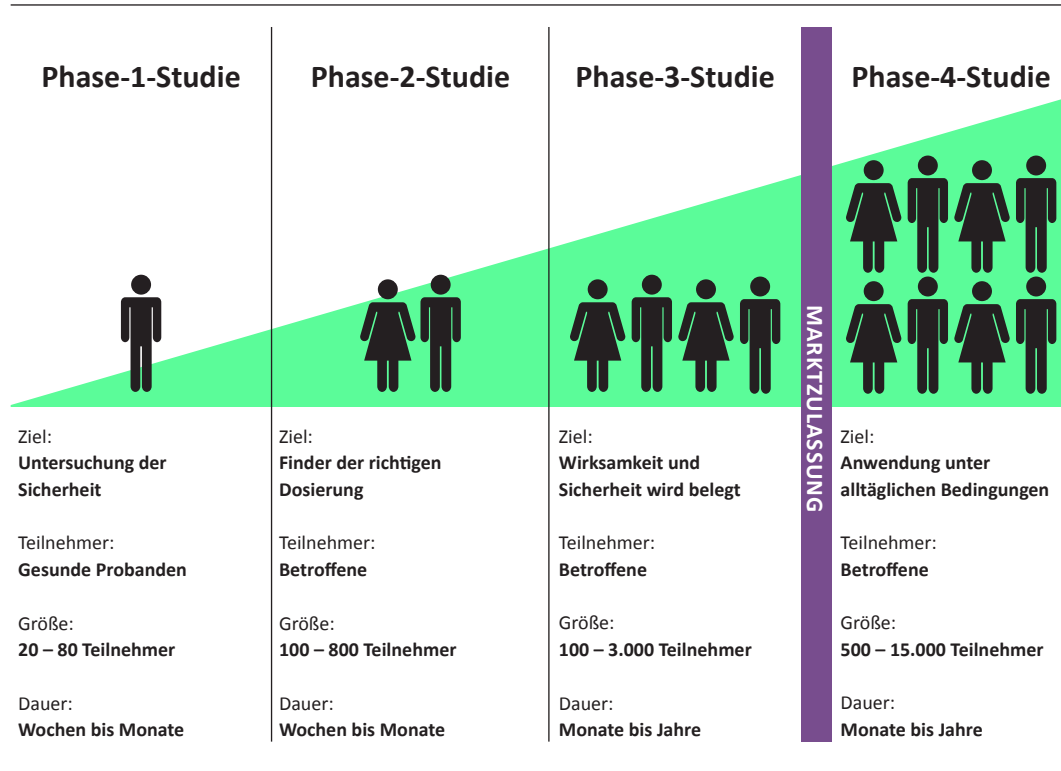
Die oben in Abbildung 1 dargestellten Kurven finden ihre Entsprechung in industriellen Forschungs- und Entwicklungsprozessen. Im Gesundheitswesen passt der Prozess der Arzneimittelentwicklung besonders gut. Auch hier gibt es zum einen das Phänomen, dass die Anzahl der getesteten Möglichkeiten (hier der Moleküle) immer weiter reduziert wird. Und sobald mögliche Medikamente vorhanden sind, werden sie an einer immer größeren Zahl von Patienten getestet. Die beiden nachfolgenden Abbildungen verdeutlichen die Zusammenhänge, welche den beiden Kurven in Abbildung 1 entsprechen.

Abbildung 7: Beispiel für den Produktentwicklungsprozess im Bereich Pharma



Quelle: VFA nach Paul, S.M., et al.: Nature Reviews Drug Discovery 9, 203–214 (2010) die während der Forschungsphase neu synthetisiert werden, Schätzung des vfa (www.vfa.de/de/wirtschaft-politik/strukturdaten/statistics-forschung; Zugriff 2.6.2015)

Abbildung 8: Beispiel für die Zunahme der Patientenzahlen im Laufe der Entwicklung



Quelle: viomedo (www.viomedo.de/posts/welche-arten-von-klinischen-studien-gibt-es; Zugriff 2.6.2015)

Kontakt:

Dr. Karsten Neumann
T +49 30 230 809 0
karsten.neumann@iges.com

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com