

Prof. Dr. Bertram Häussler*
ist Mitglied des Vorstandes des IGES Instituts. Er leitet zudem die zur IGES-Gruppe gehörenden Unternehmen CSG sowie IMC clinicon für die Bereiche klinische Forschung bzw. Krankenhausberatung und ist u.a. Vorstandsmitglied in der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung sowie im Beirat von „Monitor Versorgungsforschung".

Versorgung verbessern durch den Innovationsfonds

>> Wenige Themen beschäftigen das gesundheitspolitische Berlin derzeit so stark wie der im Koalitionsvertrag angekündigte Innovationsfonds. Ansprüche werden angemeldet oder abgestritten und zahlreiche Modelle zum Prozess der Mittelverteilung entwickelt. Viele Fragen sind offen und werden kontrovers diskutiert.

IGES schlägt hiermit Eckpunkte für die Ausgestaltung des Innovationsfonds vor. Sie sind daran ausgerichtet, dass die eingesetzten Mittel der Beitragszahler auf möglichst effektive Weise der Verbesserung der Versorgung dienen. Die Auswahl der besten Vorschläge sollte frei von Partikularinteressen oder Proporzregeln geschehen. Da Innovation kreative Freiheit benötigt, sollte es bei aller Festlegung von Kriterien möglich sein, sehr unterschiedliche Projekte durch den Fonds zu fördern. Das Auswahlverfahren muss offen, möglichst unbürokratisch und neutral sein; indes auch so anspruchsvoll, dass anders als früher keine Scheininnovationen gefördert werden, aus denen einzelne Akteure einen Vorteil ziehen. Der wettbewerbliche Charakter der GKV legt im Übrigen auch für den Innovationsfonds die Anwendung wettbewerblicher Verfahren nahe.

Wir stellen im Folgenden sieben Thesen vor, wie aus unserer Sicht der Erfolg des Innovationsfonds befördert werden kann.

1. Regelversorgung oder neue Themen?

Der Fokus sollte eher auf der Förderung neuer Ansätze als auf der Verbreitung vorhandener Ansätze in der Regelversorgung liegen. Denn gute Projekte verbreiten sich von alleine durch Vertragsbeitritt oder Nachahmung. Es ist auch zweifelhaft, ob Kassen, die in einen guten Vertrag als Wettbewerbsvorteil investiert haben, diese Kenntnisse zur Verbreitung in der Regelversorgung zur Verfügung stellen. Punktuell könnten allerdings staatlich geförderte Modellprojekte (bspw. ABDA-KBV-Modell) verbreitet werden. Die Mittel aus dem Fonds dienen dann der Evaluation sowie der Vorbereitung der Verbreitung (Projektmanagement, Schulungen, Kommunikation etc.). Abgesehen davon sollten neue Ansätze gefördert werden, die nach Ablauf der Förderung und positiver Evaluation für die Regelversorgung zur Verfügung stehen.

2. Prozesse oder Produkte?

Der Schwerpunkt liegt auf der Erprobung innovativer Prozesse in Prävention, Therapie oder Beratung. Neue Produkte sollten nicht primärer Gegenstand von Projekten sein, denn für Produktinnovationen gibt es bereits Verfahren, zu denen keine Parallelstrukturen geschaffen werden sollten. Ausnahmen sollten möglich sein, wenn ein zugelassenes Produkt auf neuartige Weise in einen Behandlungsprozess eingesetzt wird.

Neben der Förderung innovativer Projekte ist die Versorgungsforschung im Koalitionsvertrag gesondert erwähnt. Sie sollte von Innovationsprojekten separat gesehen werden und nicht als „Fonds zur Evaluierung von innovativen Projekten". Versorgungsforschung soll die Versorgungsrealität untersuchen und Problemanalysen liefern, die dann wiederum Anstöße für die Entwicklung weiterer Prozessinnovationen geben. Auch der Aufbau von Registern ist im Rahmen der Versorgungsforschung vorstellbar. Die Antrags- und Auswahlprozesse für Projekte und Versorgungsforschung laufen separat, aber nach gleichen Prinzipien ab.

3. Eingrenzung der Themen oder Offenheit?

Wir sehen keine Notwendigkeit, den Fonds auf bestimmte Themen einzugrenzen, da eine solche Eingrenzung eine langwierige und kaum endgültig zu klärende Priorisierungsdiskussion erzeugen würde. Bei der Auswahl von Projekten sollten Kriterien wie die Prävalenz der betroffenen Bevölkerung sowie das Ausmaß von Versorgungsdefiziten auf jeden Fall eine Rolle spielen.

Trotz der Nennung im Koalitionsvertrag ist eine Beschränkung auf „sektorübergreifende" Innovationen u.E. nicht zwingend erforderlich. Die Zusammenarbeit zwischen Arzt- und/oder Berufsgruppen im niedergelassenen Sektor oder zwischen mehreren stationären Einrichtungen kann genauso vorteilhaft sein und sollte nicht von vorneherein von der Förderung ausgeschlossen werden. Neben ganz neuen Ansätzen kann auch die inhaltliche Ausweitung bereits laufender Projekte berücksichtigt werden. Grundsätzlich sollte der Fokus auf der Verbesserung der Versorgung liegen, was auch zu Mehrkosten führen kann. Dennoch sollten gut begründete Projekte, die eine Effizienzsteigerung beinhalten nicht von vornherein ausgeschlossen werden.

4. Vorschläge durch Kassen oder andere Akteure?

Jeder Akteur im Gesundheitswesen sollte innovative Projekte vorschlagen dürfen, damit keine guten Ideen verloren gehen. Die Prüfung einer Idee im Auswahlverfahren sollte nicht davon abhängen, ob es dem Autor (bspw. einem Leistungserbringer) zuvor gelingt, eine Krankenkasse zu überzeugen. Schlechte Vorschläge fallen in der späteren Bewertung automatisch durch, so dass eine „Selbstbedienung" auf Basis von Partikularinteressen nicht zu befürchten ist.

Damit müsste nicht jeder Vorschlag von einem Selektivvertrag begleitet sein. Projekte ohne Selektivvertragspartner würden dann während der Projektlaufzeit kollektiv finanziert, wenn auch sachlich und regional begrenzt. Damit auch die Interessen von Kassen und anderen Akteuren gewahrt bleiben, empfehlen wir die Bildung von „Projektkörben", für die getrennte Wettbewerbe laufen: ein Korb für von Kassen eingereichte Versorgungsprojekte auf Basis von Selektivverträgen und einer für Projektvorschläge, die nicht von Kassen eingereicht wurden.

5. Bewertung der Vorschläge und Auswahl

Jeder Antrag ist auf sachliche Eignung zu prüfen. Sofern die Summe der Anträge die zur Verfügung stehenden Mittel überschreitet, ist

***Co-Autoren:** Karsten Neumann, Martin Albrecht, Hans-Dieter Nolting, alle IGES Institut

eine Auswahl zu treffen. Die Verantwortung hierfür ist naturgemäß eine der am intensivsten diskutierten Fragen. Eine Vorabverteilung von Mitteln nach Bundesländern oder Kassenarten ist abzulehnen, da dies nicht zur Auswahl der besten Ideen führt. Weitere Vorschläge in der Diskussion sind die Bewertung durch den G-BA oder durch den GKV-Spitzenverband. In beiden Fällen sind aber die Institutionen, welche die Vorschläge einreichen bzw. an diesen beteiligt sind, gleichzeitig im Entscheidungsgremium vertreten – nicht individuell, aber durch ihre Vertreter. Dies erschwert eine unabhängige Bewertung und würde vermutlich zu einer Verteilung der Mittel nach Proporz führen.

Wir plädieren daher, die Entscheidung einem eher kleinen Gremium aus unabhängigen nationalen und internationalen Experten zu übertragen, wie es sich bspw. in Exzellenzinitiativen oder Wettbewerben zwischen Gesundheitsregionen bewährt hat. Für Versorgungsprojekte und Versorgungsforschung laufen parallele Auswahlverfahren mit unterschiedlichen Gremien. Durch geeignete Kriterien der Vorfilterung wird sichergestellt, dass auch bei einer großen Zahl von Anträgen ein zügiges Verfahren möglich ist. Die Entscheidungskriterien werden durch den G-BA in Orientierung an den Interessen der Patienten und der Versicherten vorgegeben.

6. Mittelverteilung und -verwendung

Die Mittel des Fonds sind über die Zeit zu verteilen und feste Quoten für jedes Jahr der Laufzeit vorzusehen. Innerhalb jedes Jahres muss es einen oder zwei Zeitpunkte geben, zu denen Anträge eingereicht werden, damit ein geordneter Vergleich möglich ist. Projekte können unterschiedliche Laufzeiten haben, sollten aber in der Regel mehrjährig angelegt sein. Die Förderung weniger, aber umfangreicher und aussagekräftiger Projekte erscheint aus heutiger Sicht zielführender als eine breite Verteilung der Mittel.

Die Mittel des Innovationsfonds dienen nur für zusätzliche Leistungen, bspw. zusätzliche Untersuchungen, Beratungen, Technik, Administration oder Incentivierung. Regelleistungen im Rahmen von Projekten werden nicht durch den Fonds finanziert.

Von der Forderung einer Kofinanzierung der Projekte durch die Antragsteller raten wir ab. Zum einen hat diese Kofinanzierung durch die Bereitstellung von Kassenmitteln schon stattgefunden. Zweitens würden auf diese Weise finanzstarke Kassen bevorzugt. Und drittens entsteht erfahrungsgemäß ein hoher bürokratischer Aufwand für die Darstellung bzw. die Kontrolle der Kofinanzierung.

7. Umgang mit den Ergebnissen

Die geförderten Projekte werden in angemessener Intensität evaluiert. Wie bereits angemerkt, verstehen wir die Evaluation der Projekte nicht als Versorgungsforschung und damit auch nicht aus diesem Teil des Fonds zu finanzieren. Bei Projekten, die ohne Selektivverträge eingereicht wurden, stellen die Kassen die erforderlichen Routinedaten zur Evaluation ebenso zur Verfügung wie für andere Projekte.

Die getesteten Prozesse und die Ergebnisse werden veröffentlicht. Dadurch stehen die Ergebnisse für Nachahmung oder ggf. auch für die Übertragung in die Regelversorgung zur Verfügung. Besteht dadurch die Gefahr, dass es für einzelne Akteure unattraktiv wird, in die Entwicklung von Ideen zu investieren bzw. gute Ideen zur Förderung durch den Fonds einzureichen? Wir glauben das nicht. Die am Projekt beteiligten Akteure haben durch ihre unmittelbare Beteiligung immer noch einen Wissensvorsprung, der über die Veröffentlichung hinausgeht. Eine erfolgreiche Evaluation ist auch eine Werbung für die Beteiligten. Zudem sollte die Veröffentlichung auf Akzeptanz stoßen, da die Projekte mit öffentlichen Mitteln finanziert wurden.

Fazit

Der Innovationsfonds bietet große Chancen, bessere Versorgung zu entwickeln, wenn er als echte Exzellenzinitiative verstanden wird, wenn Mut zu neuen Ideen, kreativer Freiraum sowie ein strenges, faires und unabhängiges Auswahlverfahren zusammenkommen. <<

Von unverständlich bis undifferenziert

>> Mit einem gemeinsamen Aufruf an Josef Hecken, dem Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, engagieren sich die Bertelsmann Stiftung als Träger und Betreiber des Informationsportals „Weiße Liste“ gemeinsam mit den Betreibern des Portals „Gesundheitsberater Berlin“ für eine patientenorientierte Qualitätsberichterstattung von Krankenhäusern. Ihre Forderung: Die Daten zu den berichteten Qualitätsindikatoren müssen künftig in einer für Patientinnen und Patienten verständlichen und entscheidungsrelevanten Weise aggregiert werden. Neben den Ergebnissen zu einzelnen Indikatoren eines Leistungsbereichs muss eine indikatorenübergreifende Qualitätsaussage (Index) pro Behandlungswunsch bzw. Leistungsbereich sowohl für die einzelnen Fachabteilungen wie für das Gesamthaus für die Veröffentlichung zur Verfügung gestellt werden. Diese Informationen sollten in einer für Nutzerinnen und Nutzer leicht nachvollziehbaren Skala darstellbar sein. Als Anbieter von Qualitätsinformationen über Krankenhäuser fordern die beiden Initiatioren des Aufrufs die Gemeinsame Selbstverwaltung auf, ihren Gestaltungsspielraum zu nutzen, um die Qualitätsberichte der Krankenhäuser so zu gestalten und neu zu strukturieren, dass daraus sinnvolle und entscheidungsrelevante Informationen für Patientinnen und Patienten erstellt werden können.

Nach Ansicht der Betreiber der Portale „Weiße Liste“ und „Gesundheitsberater Berlin“ sind die Informationen zur gesetzlichen Qualitätssicherung für Patientinnen und Patienten derzeit nur eingeschränkt nutzbar. Das hänge wesentlich mit der Anzahl und Auswahl der berichteten Qualitätsindikatoren zusammen; sie sind in ihrer gegenwärtigen Form:

- unverständlich: Weder Laien noch Experten verstehen die Bedeutung der einzelnen Qualitätsindikatoren, unabhängig davon, ob diese laiensprachlich übersetzt werden oder nicht.
- unübersichtlich: Allein im Leistungsbereich Neonatologie sind 20 Indikatoren darzustellen. Die Nutzer wissen nicht, welche der berichteten Indikatoren für ihre Behandlung wirklich wichtig und welche weniger wichtig sind. Durch die Aufnahme von weiteren 107 Indikatoren wurde diese Unübersichtlichkeit aktuell weiter verschärft. Die Ausweitung der Anzahl der Indikatoren auf 289 stellt für die Orientierung von Patientinnen und Patienten oder einweisenden Ärzten keine Verbesserung dar.
- unvergleichbar: Aufgrund der Fülle der Einzeldaten ist es für Patientinnen und Patienten kaum möglich, einen Vergleich zwischen mehreren Kliniken anhand der Qualitätsdaten zu ziehen und dies in die Entscheidungsfindung für oder gegen die Behandlung in einem Haus einfließen zu lassen.
- undifferenziert: Die Einstufung der Klinik im Verfahren des strukturierten Dialogs liefert keine Information, die Patienten bei der Entscheidung weiterhilft, da die Ergebnisse nicht differenzieren. Fast jede Klinik erscheint danach als „unauffällig“. <<