INNOFONDS Fakten Status Diskurs

Kommentar zum Innovationsfonds:

Wege aus dem Stillstand – Chancen und Risiken des Innovationsfonds

Der Gesetzgeber hat mit dem Versorgungsstärkungsgesetz der Tatsache Rechnung getragen, dass das institutionelle Gefüge des deutschen Gesundheitswesens nicht gerade als Innovationsmotor für die gesundheitliche Versorgung anzusehen ist. Strukturelle Abschottungen, sektorale Egoismen, mangelhafte Prozess- und Qualitätsorientierung und begrenzte Outcomes werden in internationalen Vergleichen und nationalen Analysen seit langem moniert. Daran haben auch vielfältige Reformbemühungen in den letzten 25 Jahren nur begrenzt etwas geändert. Der folgende Beitrag geht der Frage nach, ob der Innovationsfonds an diesen Problemen etwas ändern wird, dämpft die Euphorie vieler Akteure und plädiert längerfristig für eine Umgestaltung der Innovationsförderung.

>> Die meisten Systemvergleiche aber auch viele nationale Analysen – wie etwa die Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen - bescheinigen dem deutschen Gesundheitswesen eine hohe Leistungsfähigkeit bei der Versorgung von Akuterkrankungen, sehen aber teilweise erhebliche Defizite bei der Versorgung von chronischen Erkrankungen und bei PatientInnen mit Multimorbidität. Gerade bei diesen Erkrankungen werden strukturelle Probleme wie die sektorale Abschottung, die mangelhafte Prozess- und Qualitätsorientierung, das ungenügende Zusammenwirken unterschiedlicher Gesundheitsberufe und vieles mehr deutlich sichtbar, die eine kontinuierliche, an Bedarfen und Bedürfnissen der PatientInnen orientierte Versorgung erschweren oder gar unmöglich machen.

Webfehler im deutschen Gesundheitswesen – Der Innovationsfonds als Ausweg aus einem Dilemma?

Trotz einer Vielzahl von sektorübergreifenden Steuerungsansätzen und diversen Versuchen, eine integrative Versorgung als neue Regelversorgung neben dem herkömmlichen Kollektivvertragssystem zu implementieren, konnte die sektorale Logik und die Arztzentrierung nicht überwunden werden. Darüber können auch gelungene Modellprojekte und umfassendere Selektivvertragskonzepte (wie zum Beispiel das kombinierte Hausarzt-/Facharztsystem in Baden-Württemberg) nicht hinweg täuschen. Das muss auch nicht weiter verwundern, denn die zentralen Instrumente zur Steuerung von Kapazitäten und zur Honorierung der Leistungen folgen nach wie vor den traditionellen Strukturen. Die bestehenden Anreizsysteme ermöglichen zudem ein gesichertes Auskommen nicht nur der individuellen Leistungserbringer, sondern sichern auch die Existenz der korporatistischen Strukturen des Kollektivvertragssystems, selbst wenn zentrale Funktionen – wie zum Beispiel die Versorgung in strukturschwachen Regionen oder Stadtteilen – nur noch unzureichend erfüllt werden. Gleichzeitig erweisen sich diese Strukturen als wenig innovationsfreudig, sondern demonstrieren Reformresistenz, selbst wenn der Gesetzgeber klare gesetzliche Aufträge und Vorgaben mit Fristsetzung und Androhung der Ersatzvornahme und/oder Sanktionsbewehrung vorsieht. Der Aufbau einer Telematikinfrastruktur und der praktische Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte sind beileibe nicht das einzige Beispiel für das Systemversagen der gemeinsamen Selbstverwaltung einschließlich der vollmundigen Versprechungen der beteiligten Industrie.

Von daher ist es naheliegend, dass der Gesetzgeber starker regulierend in die Steuerung der Gesundheitsversorgung eingreift, zumal viele Akteure seit langem eine systematische Förderung von Innovationen fordern und sich für den gezielten Ausbau einer praxisnahen Versorgungsforschung aussprechen. Daher haben auch viele AutorInnen dieser Zeitschrift mehr als wohlwollend die Zielsetzungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes begrüßt, die Schaffung eines Innovationsfonds als große Chance bewertet und eine Aufbruchsstimmung in Wissenschaft und Praxis hervorgerufen (Beispielhaft die Beiträge in der Sondernummer von Monitor Versorgungsforschung Special 01/15).

Kommentar



MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Liebe Leserinnen und Leser,

sind wir zu optimistisch? Franz Knieps gießt Wasser in den Wein unsere positiven Erwartungen. Natürlich brauchen wir Innovationen und Innovationsförderung. Aber ist der Fonds auf dem richtigen Weg? Franz Knieps meldet deutliche Zweifel an – am Sinn und am Verfahren – und stellt schwerwiegende Fragen.

Sollten nicht auch neue Behandlungsmethoden, technische Innovationen, Prozess- und Produktinnovation oder neue Formen der Leistungserbringung, z.B. Telemedizin, förderungsfähig sein? Ist es sinnvoll, dass nur die Vertragspartner der Kollektivverträge und Vertreter des Ministeriums über die Vergabe der Fördermittel entscheiden?

Kann man ihnen zutrauen, großes Interesse an Innovationen zu haben, die die etablierten Strukturen des Gesundheitssystems aufbrechen und echte Prozessveränderungen fördern?

Bitte beteiligen Sie sich mit eigenen Beiträgen, mit Leserbriefen und Kommentaren an unserer Diskussion. Der Diskurs ist sehr spannend und wichtig.

Wir freuen uns auf Ihre Argumente und Gesichtspunkte – auch auf der MVF-Fachkonferenz am 8. März 2016

Ihr

Prof. Dr. Reinhold Roski

Der Teufel steckt im Detail: Verfahrenshindernisse und materielle Einschränkungen

Dem Verfasser dieses Beitrags fällt es schwer, in diesen Grundoptimismus einzustimmen. Die Gründe hierfür liegen nicht in der grundsätzlichen Ablehnung eines beitragsfinanzierten Förderungstopfes, selbst wenn es gewichtige Argumente für eine staatliche Finanzierung von Wirtschaftsförderung im Gesundheitswesen aus Steuermitteln durch die Ministerialbürokratie in Bund und Ländern oder über günstige Kredite von staatlichen Förderbanken wie der KfW gibt.

Auch treiben den Verfasser nicht verfassungsrechtliche Bedenken gegen eine ausreichende Legitimierung des Gemeinsamen Bundesausschusses um, die sich aus kryptischen Äußerungen von Verfassungsrichtern in offizieller, offiziöser oder privater Umgebung ableiten ließen.

Nährboden des Zweifels ist vielmehr die konkrete Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben in den §§ 92a und 92b SGB V sowohl in materieller wie in verfahrenstechnischer Hinsicht. So stehen Fördermittel nur für neue Leistungen und für Overhead-Kosten von innovativen Projekten zur Verfügung. Darunter dürften insbesondere Infrastrukturleistungen und Managementaufgaben im weitesten Sinn fallen. Ob auch neue Behandlungssmethoden, technische Innovationen, Prozess- und Produktinnovationen förderungsfähig sein können, ist noch weitgehend ungeklärt. Das gilt auch für die Frage, ob eine neue Form von Leistungserbringung, wie beispielsweise die Telemedizin, förderungsfähig ist. Dagegen dürfte die Einbeziehung nicht zugelassener Leistungserbringer definitiv ausgeschlossen sein, während eine Erweiterung des Zulassungssatus denkbar ist. Zumindest der unparteiische Vorsitzende stellt hohe Ansprüche an Qualität und Größe von zu fördernden Projekten. Man wird ihm kaum widersprechen können, wenn er aus Wortlaut und Sinn des Gesetzes die Forderung herleitet, dass ein zu förderndes Projekt valide Aussagen im Hinblick auf die Implementierung in die Regelversorgung ermöglichen muss. Regelversorgung darf dabei nicht auf das Kollektivvertragssystem begrenzt werden, auch wenn der Gesetzgeber im Rahmen der Neufassung des § 140a SGB V auf eine entsprechende Ausrichtung der Integrationsversorgung wieder verzichtet hat. Als Regelversorgung dürfte auch ein (großflächiger) Einsatz über den Weg von Selektivverträgen anzusehen sein. Trotzdem bleibt es ein Handicap, dass im Innovationsausschuss, der letztlich über die Vergabe der Fördermittel entscheidet, nur die Vertragspartner der Kolletivverträge und Ministeriale sitzen. Auch wenn der Verfasser dieser Seite der Entscheider über eine längere Zeit angehört hat, überkommen ihn erhebliche Zweifel, ob diese Besetzung des Gremiums geeignet ist, Innovationen mit Potenzial zum Aufbrechen der Strukturen und zur Veränderung von Prozessen zu erkennen und zu fördern. Man muss nicht Horst Seehofer zitieren, der in anderem Zusammenhang davor gewarnt hatte, „Vampiren den Schlüssel zur Blutbank anzuvertrauen".

Folglich kann es nicht überraschen, dass die Erwartungshaltung vieler „kleinerer" Akteure in den letzten Wochen deshalb spürbar gedämpft wurde, auch wenn es sicher zu begrüßen ist, dass die Goldgräberstimmung einer nüchternen Betrachtungsweise Platz gemacht hat. Die gilt nicht nur für Leistungserbringer, Managementgesellschaften, Unternehmensberatungen und Industrieunternehmen, die sich vom Innovationsfonds sprudelnde Einnahmequellen erhofft hatten. Auch die Krankenkassen, die an den Projektanträgen beteiligt sein „sollen", stellen ernüchtert fest, dass eine kritische Größe in der Regel nicht durch eine Kasse allein zu erzielen ist, sondern dass erfolgversprechende Projekte auf der Basis von Selektivverträgen nur durch kassen(arten) übergreifende Kooperationen auf den Weg gebracht werden können. Völlig unklar ist dabei, wie weit die Schranken des Vergaberechts die Auswahl potenzieller Vertragspartner und umfassende Beratungen vor Einreichung des Förderantrags begrenzen oder unmöglich machen. Der Verfasser hat schon im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass Förderanträge einerseits konkrete Projektbeschreibungen einschließlich der Vertragspartner verlangen, Selektivverträge andererseits in der Regel offen ausgeschrieben werden müssen. Dies ist nicht die einzige offene Frage bei der Auslegung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine prinzipiell wünschenswerte Innovationsförderung. Generell hätte Franz Kafka, dessen Tätigkeit als Jurist der gesetzlichen Unfallversicherung seinen Niederschlag in vielen seiner Werke gefunden hat, seine helle Freude an den Einzelheiten der Geschäfts- und Verfahrensordnung gehabt. Zu den eher technischen Fragen, die aber existenzielle Folgen für die materielle Förderpraxis haben, zählt schließlich die Übertragbarkeit der Mittel, gegen die sich im Gesetzgebungsverfahren vor allem Haushalts- und Finanzpolitiker mit Erfolg gewandt haben. Deren kameralistisches Denken ist gerade eine wesentliche Ursache von Innovationsblockaden und Ineffizienzen, die mit systematischer Innovationsförderung und Intensivierung des Wettbewerbs überwunden werden sollen. Wenn diese und andere Fragen, gegebenenfalls auch durch gesetzliche Änderungen nicht geklärt werden, dürfte es schwer werden, die ersten Förderanträge noch im 1. Quartal 2016 einzureichen und im 2. Quartal rechtssicher zu bescheiden.

Vorfahrt für die Versorgungsforschung: Perspektiven für ein F&E-Budget bei Krankenkassen

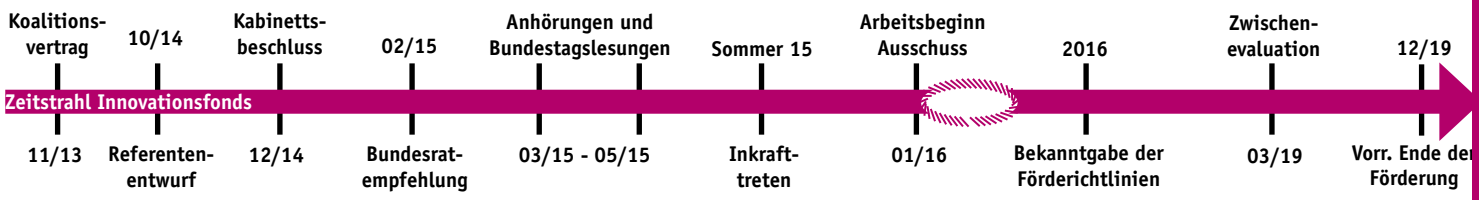
Dies gilt glücklicherweise nicht für das Viertel des Topfes, das für die Versorgungsforschung reserviert ist. Hier sind inhaltliche Vorgaben und Verfahrensbedingungen bereits im § 92b SGB V deutlich anwendungsfreundlicher gestaltet, so dass nach Bekanntmachung der ersten Förderschwerpunkte im 1. Quartal 2016 schnell mit einer Bescheidung zu rechnen ist, zumal der untergesetzliche Kriterienkatalog im Entwurf weit gefasst ist und so auch Forschungsvorhaben außerhalb dieser Schwerpunkte gefördert werden können. Wenigstens hier ist der auf vier Jahre befristete Innovationsfonds strukturell so angelegt, dass nachhaltige positive Wirkungen zu erwarten sind.

Die Zeit bis zur nächsten Bundestagswahl und der dann zwingend folgenden nächsten Stufe der Gesundheitsreform ist ausreichend lang, um aus den praktischen Erfahrungen mit den jetzt geltenden, auf vier Jahre befristeten Regelungen gesetzgeberische Schlüsse zu ziehen. Die Gelder des Innovationsfonds wären nach Auffassung des Verfassers in einem zwingenden Budgetanteil für Forschung & Entwicklung bei jeder einzelnen Krankenkasse besser angelegt. Eine solche Regelung würde den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, der in der Politik, in den Ministerien und bei den verbandlichen Akteuren derzeit wenig Konjunktur hat, stimulieren. Dies gilt erst recht, wenn die Refinanzierung aus dem Gesundheitsfonds gewährleistet ist und dem unsinnigen Preiswettbewerb zur Vermeidung von Zusatzbeiträgen entgegen gewirkt würde. <<

Franz Knieps
ist Vorstand des BKK-Dachverbands und war unter Ulla Schmidt Leiter der Abteilung „Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegesicherung" im Bundesministerium für Gesundheit. Er ist Mitglied im wissenschaftlichen Beirat dieser Zeitschrift.

Kontakt: Franz.Knieps@bkk-dv.de





Innovationsausschuss:

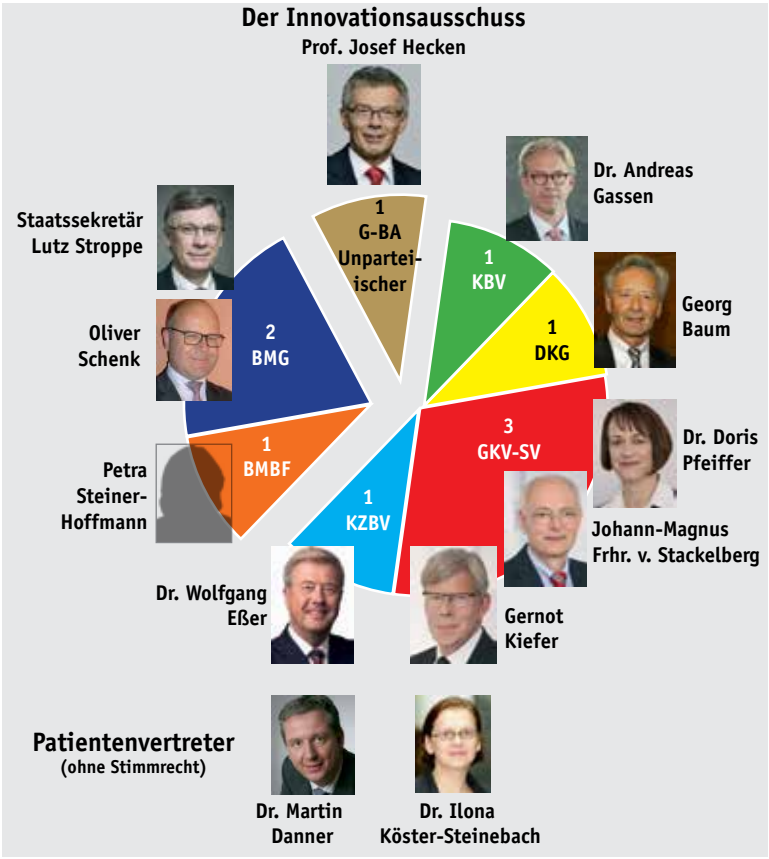
Der Expertenbeirat hat sich konstituiert

Nun hat sich auch der Expertenbeirat konstituiert, der den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Durchführung der Förderung aus dem Innovationsfonds unterstützen soll und der sich auf Mitglieder verschiedenster Professionen stützt. „Nur durch eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen und Berufsgruppen kann aus einzelnen Spitzenleistungen eine überzeugende Mannschaftsleistung werden. Deshalb wollen wir mit neuen sektorübergreifenden Versorgungsformen Brücken zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen bauen“, erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bei der Inauguration des Expertenbeirats.

>> Die Berufung des zehnköpfigen Expertenbeirats, dessen Empfehlungen vom Innovationsausschuss in seine Entscheidungen einzubeziehen sind, erfolgte auf Grundlage eines Vorschlagsverfahrens, in dem das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die maßgeblichen Akteure des Gesundheitswesens (so auch das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung) einschließlich diverser Wissenschaftsverbände eingebunden hatte. Dabei wurden folgende Kriterien berücksichtigt:

- sektorenübergreifend ausgerichtete und umfassende Expertise zu Strukturen und besonderen Versorgungsmodellen in der Gesetzlichen Krankenversicherung
- ausgewiesene wissenschaftlich-methodische Expertise: Kriterien der evidenz-basierten Medizin, Erfahrung in der Durchführung von Studien oder wissenschaftlicher Leitlinienarbeit
- Erfahrung bei der Bewertung von Fördervorhaben bzw. Projektanträgen
- vertiefte Kenntnisse der Versorgungspraxis in der Gesetzlichen Krankenversicherung
- ausgewiesene Expertise in der Versorgungsforschung

„Mit Unterstützung der berufenen Experten sind wir nun in der Lage, die Beratungen der Förderbekanntmachungen umgehend aufzunehmen und hier zügig zu Ergebnissen zu kommen“, erklärte dazu Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA und Vorsitzender des Innovationsausschusses. <<



Der zehnköpfige Expertenbeirat des Innovationsausschusses

Vorsitzender (gewählt)

Prof. Dr. Holger Pfaff
Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen und Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln



Stv. Vorsitzende (gewählt)



Prof. Dr. Marie-Luise Dierks
Leiterin der Patientenuniversität und Apl. Prof. an der Medizinischen Hochschule Hannover, Bereich Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Mitglieder (alphabetisch)

Prof. Dr. Maria Blettner
Direktorin des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz



Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff:
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin im Med. Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung an der Philipps-Universität Marburg



Prof. Dr. Katrin Hertrampf, MPH
Prof. für Prävention und Versorgung in der Zahnheilkunde der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel



Prof. Dr. Norbert Klusen
Ehem. Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse / Honorarprofessor an der Leibniz Universität Hannover



Prof. Dr. Sascha Köpke
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion Forschung und Lehre in der Pflege, Universität zu Lübeck



Dr. Michael Masanneck
Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie / Prokurist der Marienhaus Kliniken GmbH Waldbreitbach



Foto: Anne Orthen

Prof. Dr. Rainer Richter
Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf



Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Leiterin des Fachbereichs Health Services Management an der Fakultät für Betriebswirtschaft der Ludwig-Maximilians-Universität München

