Interview mit Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA

„Enormes Innovationspotenzial im System“

Der bekennende Raucher Hecken nimmt selten ein Blatt vor den Mund, und gehört zu den wenigen Rednern und Interviewpartnern im deutschen Gesundheitswesen, denen neben einer beachtlichen inhaltlichen Tiefe auch ein immens unterhaltsamer humoristischer Wert zugestanden werden muss. Doch ebenso eine richtungsweisende Dimension: Denn das, was G-BA-Chef Prof. Josef Hecken auch diesmal – im nun schon dritten – Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ pointiert zum Innovationsfonds und zu DMP ausführt, darf durchaus als Art Richtschnur für das laufende Jahr angesehen werden.

>> Herr Prof. Hecken, auf der Pressekonferenz, auf der die 29 Projekte des Bereichs „Neue Versorgungsformen“ vorgestellt wurden, die in der ersten Welle des Innovationsfonds gefördert werden, sagten Sie mit Anlehnung an die letzte Botschaft vion Jesus: „Es ist vollbracht.“ Und in eben jener Pressekonferenz hat selbst die Vertreterin der Deutschen Krankenhausgesellschaft erklärt, dass sie nie gedacht habe, dass Geld ausgeben so schwer sein könnte.

Das war in der Tat sehr schwer, mit einer solchen Antragsflut hatten wir nicht gerechnet. Im Rahmen der ersten und zweiten Förderwelle „Neue Versorgungsformen“ und für die Versorgungsforschung gingen knapp 700 Anträge mit einem Antragsvolumen von 1,7 Milliarden Euro ein. Es war von allen Beteiligten ein enormer Kraftakt erforderlich, um diese alle zu bewerten. Die zweite Förderwelle zu den „Neuen Versorgungsformen“ aus dem Jahr 2016 werden wir 2017 bedienen.

„Man hätte sich natürlich auch alle Zeit dieser Welt nehmen können, um Brainstormings, Workshops und Fachkongresse zu veranstalten und endlos zu diskutieren – und das Geld des ersten Jahres wäre verloren gewesen!

Obwohl Sie bekanntlich zwei Förderbekanntmachungen 2016 veröffentlicht haben.

Dass wir die Entscheidung über die zweite Förderwelle 2016 für 2017 eingeplant haben, ist der fehlenden „echten“ Übertragbarkeit der Mittel geschuldet. Der Innovationsausschuss arbeitet bekanntlich nach dem Für-Prinzip und wird darum von den 225 Millionen, die 2017 für die „Neuen Versorgungsformen“ zur Verfügung stehen, etwa 80 bis 100 Millionen für die zweite Förderwelle aus 2016 binden. So können wir 2017 eine neue Ausschreibungswelle mit 125 Millionen Euro auf den Weg bringen. Das ist aus meiner Sicht eine vernünftige Entscheidung, denn ansonsten müssten sehr gute Anträge abgelehnt werden.

Was hat Sie denn jenseits der damit verbundenen Arbeit gefreut?

Außerordentlich positiv war die sehr ergebnisorientierte und reibungslose Zusammenarbeit zwischen dem Expertenbeirat und dem Innovationsausschuss, dem zuständigen Arbeitsausschuss, der Geschäftsstelle und dem Projektträger. Bereits vor Abgabe der ersten Projektskizzen beziehungsweise Anträgen und den ersten Förderentscheidungen gab es ja jede Menge zu erledigende Aufgaben – angefangen bei der Klärung der europarechtlichen Vergabefragen, der Ausschreibung eines Projektträgers, der Schaffung der verfahrensmäßigen Regelungen bis hin zur Konzeption der entsprechenden Fördervereinbarung. Alles in allem war das schon eine gigantische Leistung, die hier von allen Beteiligten vollbracht worden ist.

Daher auch ihre Wortwahl auf der Pressekonferenz: „Es ist vollbracht“

Ja, das alles spielte eine Rolle. Aber auch, dass es im Vorfeld eine ganze Reihe von Kritikern gegeben hat, die schon im Gesetzgebungsverfahren aus Büschen und Hecken gefeuert haben.

Ein schönes Bonmot.

Hier zu kontern, muss schon erlaubt sein, gerade weil im Vorfeld an der Struktur des Innovationsausschusses, an der Form der Patientenbeteiligung und auch an den ersten Förderbekanntmachungen herumgemäkelt wurde.

Sie bezeichnen das ganz bewusst als Gemäkel?

Wenn man auf der einen Seite die Fördergelder möglichst schnell, rechtsicher und vollständig ausgegeben sehen möchte, kann man nicht gleichzeitig ein sich langsam entwickelndes Verfahren im Stile der „Schülermitverwaltung“ im Sinn haben. Beides geht nun einmal nicht.

Auch die Kritik an dem angeblich überstürzten Verfahren ist doch eigentlich vom Tisch.

Kritik am überstürzten Verfahren? Die faktische Nicht-Übertragbarkeit der Mittel bedeutet doch, dass die für ein Jahr zur Verfügung stehenden Fördergelder auch in diesem Jahr gebunden sein müssen. Die Alternative für die Antragsteller – das bitte ich genau so zu zitieren – war ganz einfach: im ersten Aufschlag zügig, aber dennoch mit nachvollziehbaren Kriterien plausible Vorhaben vorzulegen und dabei vielleicht die Inkommodation des einen oder anderen in Kauf zu nehmen, oder: Man hätte sich natürlich auch alle Zeit dieser Welt nehmen können, um Brainstormings, Workshops und Fachkongresse zu veranstalten und endlos zu diskutieren - und das Geld des ersten Jahres wäre verloren gewesen! Doch im Augenblick nehme ich eher Ruhe und auch Zufriedenheit mit unseren Ergebnissen wahr; die anfängliche Kritik scheint verklungen zu sein, weil uns ein überzeugender Start gelungen ist.

Auch weil die Gelder zugeteilt sind.

Sicherlich. Ich halte die von uns gewählte Vorgehensweise der kompletten Mittelbindung von 300 Millionen Euro im ersten Jahr für sachgerecht. So konnten wir 29 Projekte im Bereich der „Neuen Versorgungsformen“ und 62 Projekte im Bereich der Versorgungsforschung fördern*. Alle Begünstigten haben die Förderbedingungen und auch die Etatkürzungen akzeptiert. In der ersten Förderwelle sind 120 Anträge eingegangen, in der zweiten Förderwelle knapp über 100. Im Bereich der Versorgungsforschung wurden knapp 300 Projektskizzen und fast 150 Vollanträge vorgelegt. So hatten wir eine große Auswahl, wenn auch dadurch die Förderung auf weniger als 25 Prozent der vorliegenden Anträge reduziert werden musste. Zudem gab es zu

*siehe www.m-vf.de/innofonds

jedem Themenkomplex mehrere Anträge, was entsprechende Auswahlmöglichkeiten eröffnete.

Das sind an sich doch recht positive Zeichen.

Ja – und viele Anträge haben erfreulicherweise gezeigt, dass es ein enormes Innovationspotenzial im System gibt. Weiterhin wurde deutlich, dass es weniger um Erkenntnisdefizite hinsichtlich bestimmter Versorgungsmängel geht, sondern vielmehr um Umsetzungsdefizite. Und ganz besonders gefreut hat mich, dass es zu überraschenden Konstellationen bei den Antragstellern innerhalb der einzelnen Projekte kam, die man zunächst nicht vermutet hätte, beispielsweise niedergelassene Ärzte, Kliniken und Kassenverbände, die gemeinsam innovative Projektideen entwickelt haben.



Die schiere Macht des Geldes.

Geld hat immer Kraft. Wie sich Wasser seinen Weg bahnt, vermag auch Geld gelegentlich Wege zu bahnen, die ansonsten unvorstellbar sind.

Gibt es Regionen, in denen sich wirklich Neues bildet?

Es gibt sehr interessante Projektansätze sowohl aus großstädtischen als auch aus eher ländlichen Gebieten. Zum Beispiel das Projekt aus dem Bundesland Brandenburg, bei dem es um eine strukturierte und besser vernetzte Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Bereich geht, um auch in Zukunft noch den Sicherstellungsauftrag trotz der knappen Ressource ärztliches Personal gewährleisten zu können. Ein weiteres Beispiel-Projekt aus Hamburg hat zum Ziel, dass sektorenübergreifend Leistungserbringer und Kassen gemeinsam in einem sozialen Brennpunkt die nötige Gesundheitsversorgung organisieren. Das sind ganz andere Bedingungen und auch Anforderungen als im ersten Projekt, das ich erwähnt habe. Hier geht es nicht nur um zu wenig Ärzte oder zu lange Fahrzeiten für multimorbide Patienten, sondern um die verbesserte Versorgung einer Klientel, die bisher einen zu geringen Zugang zu Prävention und medizinischer Betreuung hat. Das erfordert einen anderen Ansatz, weil das Defizit nicht in einer Unterversorgung besteht, sondern vorwiegend in mangelnder Inanspruchnahme der bestehenden Versorgungsangebote.

Wie sieht es dabei in Sachen Translation aus?

Das beschriebene Projekt aus Hamburg könnte – wenn es denn bewiesen hat, dass es funktioniert – beispielsweise auf bestimmte Bezirke Berlins oder auf andere deutsche Großstädte übertragen werden. Und das genannte Projekt aus Brandenburg könnte als Blaupause für bestimmte Regionen in Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz oder auch Bayern gelten. Aber es gibt auch andere, ebenso interessante Projekte, die sich auf bestimmte Krankheitsbilder beziehen. Es gibt beispielsweise das auffällige Phänomen, dass es in den nördlichen Bundesländern eine überdurchschnittlich hohe Mortalität aufgrund von Herzinfarkten sowie häufige Herz-Kreislauferkrankungen gibt. Darauf bezieht sich ein spezielles Projekt.

Was nützt das beispielsweise den Menschen aus Ihrer Heimat, dem Westerwald?

Zunächst wenig. Bei der Auswahl der Projekte muss sehr genau darauf geachtet werden, dass es nicht nur um partikulare, sehr lokale Problemlösungen geht, sondern die Übertragbarkeit für andere Regionen und Patientengruppen besteht.

Wie beurteilen Sie die Anträge generell?

Die meisten sind sehr qualifiziert. Einige wenige lassen profunde Ansätze zur Verbesserung der Versorgung oder im Bereich der Versorgungsforschung vermissen; die hier investierte Arbeit hätten sich die Antragsteller selbst und uns allen, die damit beschäftigt waren, gerne sparen können.

Aber dennoch gab es nur 29 Projekte mit positivem Zuschlag.

Was die Entscheidung am Ende schwergemacht hat, war das im ersten Förderjahr zur Verfügung stehende Haushaltsvolumen, das eben begrenzt ist. Nur darum sind im Bereich der „Neuen Versorgungsformen“ über die Hälfte der Projekte „durchgefallen“. Das bedeutet aber nicht, dass diese schlecht gewesen wären, sondern einzig und alleine, dass sie im Wettbewerb mit anderen noch besseren Anträgen unterlegen sind.

Über welche Projekte haben Sie sich denn eher nicht gefreut?

Viele Projekte sind daran gescheitert, dass sie nicht von vornherein die Übertragbarkeit in die Regelversorgung mitgedacht haben, sondern ganz spezielle regionale Problemlagen adressiert haben, oder die auf ein ganz bestimmtes bestehendes Netzwerk aufgesetzt haben, das nicht replizierbar ist. Weiterhin gab es Projekte, bei denen die von den Antragstellern definierten Endpunkte nicht belastbar genug erschie-

nen, um auf dieser Basis eine vernünftige Evaluation durchführen zu können. Als letzter Grund – der allerdings nicht allzu häufig war – ist die Nichtangemessenheit der Zweck-Mittel-Relation zu nennen.

Den bösen Begriff „Beutegemeinschaften", den Prof. Dr. Eberhard Wille vor Jahren in Bezug auf die Inanspruchnahme der Förderung von IV-Verträgen geprägt hat, wollen Sie aber nicht verwenden?

Dass es bei den Entscheidungen des Innovationsausschusses keine „Beutegemeinschaften" gegeben hat, kann schon daraus geschlossen werden, dass diese alle einstimmig und mit Zustimmung der Patientenvertretung getroffen worden sind. Da gab es weder einen Verteilungsproporz nach Bundesländern oder Kassenarten, noch irgendwelche Hinterzimmerabsprachen. Wir haben mit dem Forschungsministerium zusammengearbeitet und auch Anträge, die schon an anderer Stelle eingereicht worden waren, besonders kritisch geprüft.

Ein Akt des Selbstschutzes?

Wenn durch die Bewilligung eines solches Projekts auch nur der leiseste Anschein entstünde, der Innovationsfonds würde Anträge fördern, die andernorts wegen fehlender fachlicher Qualität nicht zum Zuge gekommen sind, wäre das ein absolut falsches Signal.

Die 29 nun bewilligten ersten Förderprojekte können jedoch als eine Art Benchmarking für alle zukünftigen gesehen werden.

Wir haben damit einen Rahmen gesetzt, in dem man sich auch künftig bewegen sollte.

„Es gibt viele Projekte mit enormem Potenzial, die weit über das hinausgehen, was wir schon jetzt in der sektorenübergreifenden Versorgung erreicht haben."

Lohnt es sich, einmal abgelehnte Anträge wieder einzureichen?

Im Prinzip ist das möglich. Wir werden voraussichtlich in den beiden kommenden Förderbekanntmachungen des Jahres 2017 nur themenoffene Ausschreibungen veröffentlichen und erst im darauffolgenden Jahr, 2018, wieder themenspezifische. Damit besteht die Chance, dass im Einzelfall jetzt abgelehnte Anträge, wenn sie denn bestimmte methodische Mängel beseitigt haben, doch gefördert werden können. Das gilt sowohl für die Versorgungsforschung als auch für die „Neuen Versorgungsformen". Ich kann mir vorstellen, dass einige der jetzt abgelehnten Projekte durchaus förderungsfähig sind, wenn etwa das Evaluationskonzept verbessert wird oder wenn am Kostenplan wesentliche Veränderungen vorgenommen werden. Aber das wird nicht die Regel sein, wir wünschen uns natürlich „neue" Anträge.

Wie kann man hier in eine Art lernendes System einsteigen?

Es gibt die Möglichkeit, über eine Hotline beim Projektträger weitergehende Informationen zur Antragstellung zu bekommen. Auch besteht die Möglichkeit, sich über die bereitgestellten „Fragen und Antworten" auf der Website ergänzende Informationen zu beschaffen.

Doch hat der Innovationsausschuss nur standardmäßige Absagen erteilt, die keinen großen Erkenntnisgewinn erlauben.

Hier verfahren wir standardmäßig wie auch andere fördernde Institutionen und Organisationen.

Bei allen bewilligten Projekten wurden Kürzungen im Schnitt um 10 bis 12 Prozent verlangt. Stellen quasi alle immer ein bisschen zu hohe Anträge?

Es gibt einen Spruch, den ich in diesem Zusammenhang gerne zitiere: „Wenn es Brei regnet, muss man den Löffel raushalten." Diesen Sinnspruch haben anscheinend einige Antragsteller dahingehend interpretiert, dass sie statt eines handelsüblichen, zum Verzehr von Suppen geeigneten Löffels einen Eimer rausgehalten haben. Vielleicht, um sich durch den Innovationsfonds die Planstellen zu beschaffen, die sie bislang vergeblich beantragt haben. Oder auch, weil sie sich selbst zu hohe Vergütungen zugerechnet haben. Das ist das übliche Verfahren, das ich aus 30 Jahren öffentlicher Verwaltung nicht anders kenne. Da werden zum einen Anträge massiv überzeichnet, was etwa den Personalschlüssel oder Vergütungstabellen angeht. Zum anderen will man sich eine gewisse Manövriermasse erhalten, wenn es um die inhaltliche Gestaltung von Projekten geht.

Wo war denn das größte Sparpotenzial?

Das war immer ähnlich: Es wurde in allen Bereichen mehr einkalkuliert, als nötig ist.

Was haben Sie denn da gemacht?

Die ganz normale Fördermechanik: Wir ließen die Luft raus, die vorher reingepumpt wurde, um neben der Wohlfahrt der Patienten auch die einer Institution zu befördern.

Was passierte mit den Einsparvolumen?

Wir haben das Geld, das wir durch diese Kürzungen eingespart haben, genutzt, um noch weitere Projekte finanzieren zu können.

Haben denn alle positiv beschiedenen Projekte die Kürzungen akzeptiert?

Ja, alle. Das gilt für die Projekte der „Neuen Versorgungsformen" und alle 62 Projekte der Versorgungsforschung. Ob das ein gutes Zeichen ist, weiß ich allerdings nicht, vielleicht hätten wir noch mehr kürzen müssen. Aber wir befinden uns ja in einem lernenden System.

Um wieder etwas positiver zu denken: Glauben Sie, dass die Projekte des Innovationsfonds zu einer anderen, besseren Versorgungskultur beitragen können?

Allerdings, die Mühe ist nicht vergebens. Es gibt viele Projekte mit enormem Potenzial, die weit über das hinausgehen, was wir schon jetzt in der sektorenübergreifenden Versorgung erreicht haben. Ich bin sicher, dass sich dies nach vier Jahren Innovationsfonds zeigen wird, und zwar in der Evaluation des Innovationsfonds selbst, die ja nach Ablauf der Zeit vorgenommen wird.

Wie kann denn die Erfolgsmeldung nach vier Jahren lauten?

Sie darf auf jeden Fall nicht lauten: „Hurra, wir haben 1,2 Milliarden Euro ausgegeben."

Es spricht nach dem ersten Jahr zumindest einiges dafür, dass Ihnen das ganz gut gelingen wird.

Das ist ja eben kein Erfolg an sich und keine Erfolgsmeldung wert. In der integrierten Versorgung wurde auch das gesamte zur Verfügung stehende Geld ausgegeben, doch mit welcher Nachhaltigkeit?

Was ist Ihr Ziel?

Das Entscheidende für mich ist, dass nach den vier Jahren zumindest ein gewisser Prozentsatz der vom Innovationsausschuss geför-

DocMorris

Medikamente allein sind nicht genug.

GEMEINSAM ZU MEHR THERAPIEERFOLG

indikationsbezogene
Patienten-Begleitprogramme



Verbesserung der Lebensqualität

WERDEN SIE PARTNER!

E-Mail an: patientenprogramme@docmorris.de

derten Projekte entweder in größere Selektivverträge oder gar in die Regelversorgung und damit in den Kollektivvertrag übergehen. Ich bin im Augenblick sehr optimistisch, dass das gelingen wird.

Das ist für Sie auch ein evaluatorischer Endpunkt?

Selbstverständlich! Das habe ich von Anfang an deutlich gemacht, das ist nach wir vor das Ziel. Auch deshalb habe ich dafür gekämpft, dass im Innovationsausschuss die beiden Bundesministerien vertreten sind, obwohl das im Vorfeld von vielen kritisiert worden ist. Und genau darum habe ich auch immer davon gesprochen, dass es nicht um die Förderung von „Mauerblümchen-Projekten" gehen kann. Es darf nicht passieren, dass nach vier Jahren die Mittel wegfallen und das große Erwachen folgt: Weil sich nichts, aber auch gar nichts verändert hat. So, wie es bei vielen IV-Verträgen der Fall war: Solange es die Anschubfinanzierung gab, existierten sehr gute Projekte; doch kaum fiel sie weg, blieb bundesweit nur eine Handvoll von Projekten übrig, die dauerhaft in die Versorgung übernommen werden konnten.

Das ist auch das entscheidende Kriterium des Fonds.

Es ist ein Paradigmenwechsel, der mit dem Innovationsfonds verbunden ist. Die Versorgung flächendeckend zu verbessern, ist das Hauptziel, das man nur erreichen kann, wenn alle Verantwortlichen am Tisch sitzen. Wenn die Parteien, die den G-BA und auch den Innovationsausschuss tragen, in einem einstimmigen Auswahlprozess im Beisein von zwei Bundesministerien jene Projekte beschließen, von denen sie selbst annehmen, dass sie für die Regelversorgung tauglich sind, wird es nach vier Jahren leichter sein, auch für die Translation zu sorgen.

„Wenn man etwas verändern will, muss man vorher wissen, wie es denn besser wäre."

Doch der Clou der Beteiligung der beiden Bundesministerien ist auch die Macht der Politik.

Ich würde eher sagen: Umsetzungsbefähigung. Denn einiges, was künftig in die Regelversorgung kommen kann, könnten die Kassen alleine regeln, indem sie beispielsweise Selektivverträge auflegen. Manches kann hingegen der G-BA im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz auf den Weg bringen. Doch bestimmte strukturelle Veränderungen in der Versorgungslandschaft können nur mit Gesetzesänderungen erfolgen. Deshalb bin ich sehr froh darüber, dass die beiden Ministerien von Beginn an mit am Tisch sitzen.

Wieder ein Beispiel?

Beispielsweise ein Thema, bei dem ich über die Anzahl und Art der bisherigen Antragstellungen eher ernüchtert bin, nämlich die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen. Bei diesem Thema kann der G-BA mit seiner Richtlinie wenig ausrichten, hier wäre aus meiner Sicht eine Gesetzesänderung nötig. Wenn das Bundesministerien für Gesundheit von einem entsprechenden Projekt überzeugt wäre, die Förderung im Innovationsausschuss mitbeschlösse und das Projekt positive Ergebnisse brächte, wäre es leichter, das mit dem Fördergeld aus dem Innovationsfonds erarbeitete Wissen auch in der Fläche umzusetzen. Deshalb ist die gewählte Konstruktion des Innovationsausschusses aus meiner Sicht ideal, um ein realistisches Umsetzungsszenario aufbauen zu können.

Sie sind sicher lange genug im Gesundheitswesen tätig, um das beurteilen zu können.

Darum wage ich die Feststellung, dass ich relativ wenige Erkenntnisdefizite habe, wenn es darum geht zu definieren, wo die Hauptmängel im System und wo die größten Schnittstellenprobleme liegen.



Um es schwarz auf weiß festzuhalten: Für Sie ist der Gradmesser des Innovationsfonds, was am Ende in der Regelversorgung ankommt?

Exakt. Wobei man einkalkulieren muss, dass sicherlich nicht alle heute aussichtsreichen Projekte in der Regelversorgung ankommen werden. Doch auch von einem gescheiterten Projekt kann man lernen. Dennoch bin ich mir sicher, dass ein bestimmter Prozentsatz am Ende der geförderten Vorhaben in der Regelversorgung ankommen wird.

Was speziell an den bereits genehmigten Projekten macht Sie denn so optimistisch?

Im Bereich der „Neuen Versorgungsformen" war ja ein Auswahl- und Bewilligungskriterium explizit die Möglichkeit der Umsetzung in die Regelversorgung. Bei der Versorgungsforschung sieht das anders aus. Sie hat den Auftrag, bestehende Versorgungslücken exakter zu beschreiben und Modelle zu entwickeln, um Versorgungsdefizite zu beheben.

Ist das in Ihren Augen die Aufgabe der Versorgungsforschung?

Ja, es geht um das Schließen von Erkenntnislücken und um die Schaffung von Evidenz.

Man könnte eigentlich fragen: Warum erst jetzt? Wahrscheinlich wäre ein solches Herangehen vor 5, 10 oder 15 Jahren gar nicht möglich gewesen, weil damals das System noch viel verhärteter war.

Es war außer Geld sicher auch der richtige Augenblick nötig, vielleicht auch ein zunehmend konkreter werdender Leidensdruck, damit etwas Neues entsteht. Nun leben wir in einer Zeit, in der allein aufgrund der demografischen Entwicklung die bestehende Versorgungslandschaft in Frage gestellt werden muss, neue Modelle gebraucht werden und alte Zöpfe vielleicht auch fallen müssen.

Nur in Frage stellen?

Umstürzen wäre zu viel! Wenn man etwas verändern will, muss man vorher wissen, wie es denn besser wäre. Genau daran scheitert übrigens auch der ein oder andere, der den G-BA abschaffen will, weil er keine Alternative aufzeigen kann. Sie haben recht: Natürlich hätte man schon vor einigen Jahren mehr investieren können, wie es jetzt mit dem Innovationsfonds geschieht. Man hätte auch schon früher die Versorgungsforschung besser fördern können, als das bisher der



ZAHLEN UND FAKTEN

Vivantes ist …

… **Präsenz:** dicht verzweigtes Netz aus 100 Einrichtungen verschiedener Art

… **Vertrauen:** 94,6 % unserer PatientInnen würden Vivantes weiterempfehlen

… **Einsatz:** 15.000 MitarbeiterInnen geben jeden Tag ihr Bestes

… **Teamwork:** enge und interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Kliniken

… **Vielseitigkeit:** 9 Klinika, 13 Pflegeheime, 2 Seniorenwohnhäuser, 12 MVZs, 1 Hospiz und mehr

… **Qualität:** Zertifizierung mit dem DEKRA-Siegel für maximale Patientensicherheit

… **Forschung:** alle unsere Kliniken sind akademische Lehrkrankenhäuser

… **Zukunft:** Vivantes zählt zu den größten Ausbildern im Gesundheitsbereich

NAH AM MENSCHEN, NAH AM LEBEN



100 EINRICHTUNGEN, EINE AUFGABE: IHRE GESUNDHEIT

Jedes Jahr schenkt uns eine halbe Million PatientInnen ihr Vertrauen, indem sie unseren Rat sucht oder sich bei uns behandeln lässt. Etwa jedes 3. Berliner Baby wird in einer Vivantes Klinik geboren. Die Tendenz dieser Zahlen ist steigend – was uns auf unserem Weg bestärkt.

Ein Weg, der sich u. a. durch die Nähe auszeichnet, die unsere fast 15.000 MitarbeiterInnen den ihnen anvertrauten Menschen entgegenbringen. Die Verbundenheit ist historisch gewachsen: Kein anderer Krankenhausbetreiber verfügt über ein so dichtes Netzwerk in Berlin wie Vivantes.

9 Krankenhäuser, 5 Komfortkliniken, 14 Tageskliniken, 15 Senioreneinrichtungen, 1 Hospiz, 12 Medizinische Versorgungszentren sowie Einrichtungen für ambulante Pflege und Rehabilitation.

Vivantes hat sich als zuverlässiger Partner etabliert – für Kranke und Gesunde, für Jung und Alt, für Menschen jeder Nationalität. In einem von Respekt geprägten Dialog helfen wir dabei, die Weichen für ein gesundes Leben zu stellen. Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen. Der Weg ist garantiert nicht weit!

Vivantes

Fall war. Dennoch steht die deutsche Versorgungsforschung anscheinend doch nicht ganz so schlecht da, wenn es für die zahlreichen Projekte des Innovationsfonds in beiden Förderbereichen ausreichende Kapazitäten für die Evaluationen gibt, die ja üblicherweise bei den Versorgungsforschern liegen. Auch das ist eigentlich ein erstaunlicher Befund der ersten Förderaktivitäten.

„Auch die Pflege muss stärker in den Fokus der Versorgungsforschung rücken."

Ein Versorgungsforscher hat einmal für uns ausgerechnet, dass für dieses Budgetvolumen rund 500 Versorgungsforscher benötigt werden.

Es gibt ja auch einige Institutionen, die schon in der ersten Welle doppelt oder gar dreifach mit dabei sind. Da merkt man doch, wer gut aufgestellt ist! Es gibt einige, teilweise von Kassen oder Stiftungen mitfinanzierte Think-Tanks, die mit mehreren Anträgen erfolgreich waren, weil sie fachliche und methodische Standards gesetzt haben. Man muss anerkennen, dass dort eine Kompetenz gewachsen ist, die auch zum Gradmesser für andere wird. Auch das sehe ich als ganz wichtiges Ergebnis der ersten Förderwelle. All das stärkt meinen Optimismus, dass am Ende der vier Jahre dauernden Förderung und durch die Überjährlichkeit insgesamt sieben Jahre dauernden Förderzeit steht, dass der Innovationsfonds vielleicht dauerhaft implementiert werden kann.

In welcher Form?

Das muss natürlich die Politik entscheiden. Sinnvoll aus meiner Sicht wäre ein langjähriges Engagement, wenn auch mit geringerem Fördervolumen, mit dem man pro Jahr zwei, drei Themen angehen kann. Damit könnte ein dauerhafter Nährboden auch für die Versorgungsforschung aufgebaut werden, der irgendwann einmal zu einem selbsttragenden Prozess wird.

300 Millionen Euro auf quasi ewige Zeiten wäre sicher zu viel.

Meine Vorstellung dazu wäre, dauerhaft pro Jahr einen Betrag von 150 Millionen Euro verfügbar zu machen, davon 110 bis 120 Millionen für die Verbesserung der Versorgung und 30 bis 40 Millionen Euro für die Versorgungsforschung. Denn hier gibt es zahlreiche Aufgaben. Angefangen bei der Richtlinie des G-BA zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, deren Wirkungen wir evaluieren werden, und weiteren Richtlinien des G-BA, die einer Auswertung unterzogen werden sollten bis zur Bedarfsplanung. Hierzu könnte man in einem Bundesland ein Modellprojekt starten, in dem vier Jahre lang neben der Bedarfsplanung des G-BA und der Krankenhausplanung des betreffenden Landes eine sektorenübergreifende Planung zur Grundlage gemacht würde, um dann zu untersuchen, wie sich die Beplanung medizinischer Versorgung optimieren ließe. Dies sind Fragestellungen, die mit Sicherheit in den vier bis sieben Jahren, wenn der Innovationsfonds auslaufen wird, noch nicht beantwortet sein werden.

Was haben Sie denn davon bei den vorliegenden Versorgungsforschungsprojekten schon vorgefunden?

Die vorliegenden Projekte der Versorgungsforschung haben sich – das war auch von uns so in den Förderbekanntmachungen adressiert – beispielsweise mit speziellen Fragestellungen der Patientensicherheit und Qualitätssicherung, der Messung von Lebensqualität und der Schnittstelle ambulant/stationär befasst. Alles in allem sind das sehr aussichtsreiche Projekte, von denen ich mir erhoffe, dass sie zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen werden. Es gab relativ wenig Anträge zum Thema Rationalisierung und Bürokratievermeidung sowie – wie bereits erwähnt – ganz wenige zur Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen.

Die Versorgungsforschung in der Pflege, der wir seit zwei Jahren übrigens eine eigene Fachzeitschrift, den „Monitor Pflege" widmen, ist sicher ausbaubar.

Auch die Pflege muss stärker in den Fokus der Versorgungsforschung rücken. Hier liegen die Fragen doch auf der Hand: Wie kann man bestimmte Morbiditätsstrukturen in entsprechenden Grundversorgungsanteilen abbilden? Wie wären Vergütungsmodelle anzupassen? Dies sind aus meiner Sicht Themen, die auf die Agenda der Versorgungsforscher gehören.

Last but not least: Wird es eine Weiterentwicklung oder eine Neufassung von DMP in 2017 geben?

Bei DMP wird sich einiges tun: Die Beratungen zu neuen DMP zu Depressionen und Rückenleiden, dann die Beratungen zu Aktualisierungen der bereits bestehenden DMP Brustkrebs, Asthma bronchiale, chronische Herzinsuffizienz. Es gibt zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 eine sehr interessante Untersuchung der AOK Nordost, die gezeigt hat, dass trotz einer sehr hohen Einschreibequote in dieses DMP die Zahl der diabetischen Fußsyndrome nicht zurückgegangen ist.

Was wollen Sie tun?

Man sollte der Frage nachgehen, ob die jetzt geltenden Einschreibe- und Teilnahmekriterien sachgerecht sind, um eine Verbesserung der Outcome-Qualität zu erreichen. Wenn deutlich wird, dass bei schweren Komplikationen wie dem diabetischen Fußsyndrom keine Verbesserung stattfindet, dann muss man dem nachgehen. Und wenn sich herausstellt, wie es die Untersuchung der AOK Nordost nahelegt, dass dies auf die nicht stattfindende Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten, Diabetologen und Kliniken zurückzuführen ist, dann muss an der Stelle nachjustiert werden.

Das Problem könnte aber auch auf Falschdiagnosen des Arztes zurückzuführen sein.

Es muss darum gehen, die Behandlungsprozesse zu optimieren, und zwar evidenzbasiert auf der Grundlage der aktuellen Leitlinien.

Herr Prof. Hecken, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Prof. Josef Hecken

Im Bereich Gesundheit machte der studierte Jurist (Studium der Rechtswissenschaften von 1980 bis 1985 in Würzburg und Trier) und vom Bundesland Saarland in Würdigung seiner Verdienste in Wissenschaft und Forschung zum Professor ernannte Josef Hecken zum ersten Mal von sich reden, als er 2006 in seiner damaligen Funktion als saarländischer Minister für Justiz, Gesundheit, Arbeit und Soziales der niederländischen Kapitalgesellschaft DocMorris die Betriebserlaubnis für eine Filialapotheke in Saarbrücken erteilt hatte. Im Mai 2008 schied Hecken aus der saarländischen Landesregierung aus und wurde Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA) in Bonn, nach einen Zwischenstop von 2009 bis 2012 als Staatssekretär im Bundesfamilienministerium wurde er am 1. Juli 2012 als Nachfolger von Dr. Rainer Hess zum unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) berufen.


Fürsorge mit
Forschergeist verbinden –
für ein besseres Leben
Medikamente können helfen, ein längeres und gesünderes Leben zu führen. Und sie ermöglichen Menschen wieder die Dinge zu tun, die ihnen wichtig sind. Bei Lilly erforschen wir seit rund 140 Jahren Medikamente, für die es einen dringenden Bedarf gibt und suchen neue Wege, um das Leben der Menschen zu verbessern.
Mehr über uns auf
www.lilly-pharma.de
Lilly
DERPR00158