

6. MVF-Fachkongress „Innovationsfonds 2016“

Hecken: „Das Jahr wird ein bisschen knubbelig“

Beim 6. MVF-Fachkongress „Innovationsfonds 2016“ wurde aus den unterschiedlichen Sichtweisen – Politik, Selbstverwaltung, Versorgungsforschung und Akteure – dargestellt, welche Wege die besten sind, um – wie es Ulrike Elsner vom vdek ausdrückte – „Zukunft in den Fonds zu bekommen“. Auf diesem Kongress, erneut veranstaltet von „Monitor Versorgungsforschung“ in Kooperation mit arvato in den Räumen der Bertelsmann-Repräsentanz in Berlin, kamen nicht nur der G-BA-Vorsitzende Prof. Josef Hecken und Staatssekretär Lutz Stroppe zu Wort, sondern neben Wissenschaftlern auch Mitglieder des Innovationsausschusses und dessen wissenschaftlichen Beirats. Die kurz vor dem Kongresstag per G-BA-Pressemitteilung angekündigte erste Ausschreibung eröffnete denn auch ausreichend Gelegenheit für kontroverse Diskussionen unter den Vortragenden und mit dem Plenum.

>> Mit drei wichtigen Botschaften würzte Staatssekreätür Lutz Stroppe vom BMG seinen Vortrag, der sich mit den Aufgaben des Expertenbeirats auseinandersetze. Zum einen: Nach einer öffentlich-rechtlichen Ausschreibung, auf die später noch G-BA-Chef Prof. Josef Hecken einging, wurde als Projektträger die DLR bestimmt, der schon bei Eingang der Anträge prüfen werde, ob diese „in die Ausschreibung hineinpassen und ob sie den formalen Kriterien entsprechen“. Zum Zweiten: Der Expertenbeirat soll und muss bei der Bewertung eine klare Entscheidung treffen und sollte sich nach Stroppes Meinung „zu einem Mehrheitsvotum durchringen“, aber es könn auch Minderheitenvoten geben. Diejenigen, die hinterher im Innovationsausschuss entscheiden würden – die Kostenträger, die Leistungserbringer und die Bundesministerien – hätten aber auch „die Möglichkeit, sich sehr bewusst gegen einen Rat des Expertenbeirats“ zu entscheiden. Denn: Die Entscheidungen im Innovationsausschuss seien „politische Entscheidungen“, die allerdings im Falle einer Abweichung begründet werden müssen. Dafür werde es ein transparentes und nachvollziehbares Verfahren geben.



Abb. 1: Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), referierte über den Expertenbeirat und seine Aufgaben.

Und drittens: Obwohl es nach wie vor keine faktische Übertragbarkeit der Mittel gibt, werde gerade mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) diskutiert, ob es nicht doch eine Art von Übertragbarkeit geben könne, in dem statt eines Ist-Prinzips das Für-Prinzip angewandt wird. Will heißen: Damit von den pro Jahr zur Verfügung stehenden Mitteln so viele wie möglich eingesetzt werden können – auch wenn das betreffende Projekt erst im Jahr darauf oder noch später enden wird – sollen die Ausgaben für dieses Gesamtprojekt dargestellt werden. Stroppe: „Ich bin der Meinung, dass wir hier in diesem Für-Prinzip arbeiten sollten.“

Das erfreute die anwesenden Vertreter der Versorgungsforschung natürlich ungemein, die schon nach seinen einleitenden Worten fast euphorisiert waren, als der BMG-Staatssekretär, selbst Mitglied im Innovationsausschuss, sagte: „Sie bringen die Expertise mit, Sie bringen die Ideen mit, Sie bringen die Kreativität und die fachlichen Grundlagen dafür mit, dass wir darauf setzen kön-

Pfaff: „Der Staat nimmt seine Verantwortung stärker wahr“

>> „Das Glas ist richtig voll“, freute sich Prof. Dr. Holger Pfaff, der auf dem MVF-Kongress „Innovationsfonds 2016“ über die Aufgaben des Expertenbeirats referierte, den er als gewählter Vorstand leitet. Er schränkte aber gleich ein: „Wenn man es nicht unter Forschungs- und Entwicklungsaspekten betrachtet.“ Denn die Industrie würde für Forschung und Entwicklung jährlich ungefähr zwei bis drei Prozent ihres Umsatzes aufwenden, gemessen daran sei das Glas, aus dem sich nun Versorgungsinnovationen sowie Versorgungsforschung speisen solle, halb leer. Andererseits und dennoch: „Es war noch nie so viel Geld da, insofern müssen wir wirklich froh sein, dass der Innovationsfonds jetzt kommt.“ Vor allem für die Versorgungsforschung als solche. Und ebenso vor allem, wenn man – so Pfaff – bedenke, dass die Public-Health-Szene damals in den 90er-Jahren insgesamt mit 50 Millionen Mark gefördert worden sei. Da seien doch 75 Millionen Euro pro Jahr ein Wort.



Daher betrachtet Pfaff den Innovationsfonds sowohl für das Gesundheitssystem als auch für die Versorgungsforschung als ganz große Chance, die er deshalb nicht kleinreden wolle; indes auch, weil erst einmal die Qualität stimmen müsse, wofür von der Funktion und Auswahl her zuerst der Expertenbeirat zuständig sei, dann aber in der Entscheidung der Innovationsausschuss, in dem die Bundesregierung mit zwei Vertretern aus BMG und BMBF beteiligt ist. „Es ist eine absolut neue Konstellation, dass hier die Selbstverwaltung nicht mehr ganz alleine tätig ist“, wertet Pfaff diesen Akt der Einflussnahme, den er zumindest als „neues Element“ innerhalb eines Gremiums der Selbstverwaltung empfindet. Man könne zwar nun einerseits sagen, der Staat regiert mehr hinein, doch andererseits auch: „Der Staat nimmt seine Verantwortung stärker wahr.“ Was er aber auch ganz gut findet, denn von der Selbstverwaltung könne man ja nicht verlangen, dass sie sich selbst abschaffe oder sich selbst weh tun würde. Daher könnte „ein gewisser Anstoß von außen ganz sinnvoll“, gar ein Modell für die Zukunft sein. Pfaff: „Insofern geht es hier nicht bloß um den Innovationsausschuss und um Forschungsförderung, sondern darum, wie unsere Gesundheitsversorgung in Zukunft gesteuert wird.“ Das sei aus seiner Sicht ein ganz relevanter Punkt, jenseits der Arbeitsweise des Innovationsausschusses und des Expertenbeirats, der ersten Förderbekanntmachungen und -schwerpunkte, wobei er bei letzteren den Eindruck habe, dass hier alles noch nicht so festgelegt sei, sondern ein freier Diskurs innerhalb der Ausschüsse vorherrsche.

Nachdem die erste Förderbekanntmachung öffentlich verkündet ist, erwartet Pfaff „in jedem Fall hunderte von Anträgen“, für die dann der Expertenbeirat Kurzgutachten erstellen werde, wobei jeweils ein Mitglied ein Gutachten vorbereiten wird, um am Ende eine gemeinsame Bewertung durch alle Mitglieder des Expertenbeirats zu verabschieden, wobei hier ein Konsens vorgesehen sei. Wenn jedoch kein Konsens erreicht werden kann, folgt eine Abstimmung, so dass es auf jeden Fall eine Förderempfehlung geben wird – oder eben keine.

Dieses Kurzgutachten und die Förderempfehlung sind jedoch eben nur eine Empfehlung, wie Pfaff betont: „Wir entscheiden nichts, wir entscheiden nur über die Empfehlung.“ Und das auch noch in einem Zeitfenster von nur sechs Wochen, was nach Pfaffs Meinung „sehr sportlich“ ist und den Beirat vor große Herausforderungen stellt; vor allem, wenn man betrachtet, wie lange es dauere, bis Förderentscheidungen oder -empfehlungen anderswo zustande kämen.

Ist die Empfehlung des Beirats einmal erarbeitet, muss diese der Innovationsausschuss in seine Entscheidung einbeziehen, indes etwaige Abweichungen schriftlich begründen, was schon einen erheblichen Aufwand bedeute. Insgesamt werde eine intensive Prüfung aller Anträge stattfinden, aus seiner Sicht eine „wahrscheinlich intensivere als in anderen Förderprogrammen“. Bei allem werde die Frage im Vordergrund stehen, ob ein Projektantrag

- wirklich von Relevanz für die Patientenversorgung ist,
- wie weit der Antrag methodische Qualität besitzt und
- ob die Umsetzbarkeit des Projektes nachvollziehbar dargelegt wird.

Bei letzterem Punkt sei zwischen der Umsetzbarkeit des Projektes und jener des Gesamtvorhabens als Teil der Regelversorgung zu unterscheiden. Es könne durchaus sein, dass ein Projekt innerhalb eines Forschungsvorhabens sehr wohl umsetzbar sein kann, aber später in der Realität der Regelversorgung eventuell nicht. Das sei auch der große Unterschied zu allen anderen Fördertöpfen: Ein DFG-Projekt müsse in der Praxis nicht umsetzbar sein, denn hier ginge es um Grundlagenforschung. Projekte, die das BMBF fördere, seien schon anwendungsnäher, was nach Pfaffs Auffassung „eine schöne praktische Aufteilung der Verantwortung in Bezug auf die Forschung“ sei. Wobei eigentlich die mit dem Innovationsfonds neu hinzugekommene umsetzungsorientierte Forschung fast so etwas wie eine Königsklasse wäre. Allein aus diesem Grund geht Pfaff davon aus, dass die Antragsteller schon eine gewisse Vorerfahrung mit anderen Förderanträgen mitbringen sollten. Und ohne jemandem auf die Füße treten zu wollen, sagte er: „Wenn jemand, der vorher Biologie studiert hat oder im biogenetischen Bereich zu Hause war, auf einmal einen Versorgungsforschungsantrag stellen möchte, kann man schon die Frage stellen, ob dafür eine ausreichende Qualifikation gegeben ist.“ <<



Abb. 2: Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer (re.) im Gespräch mit Ulrike Elsner (vdek), Prof. Dr. Reinhard Busse (Technische Universität Berlin) und Prof. Dr. Gerd Glaeske (Universität Bremen/socium).

nen, in den nächsten Wochen und Monaten die Anträge zu bekommen, auf die wir weiter bauen können."

Elsner: „Ein neuer Gestaltungsspielraum"

Der eigentliche Punkt, an dem ein Innovationsfonds ansetzen könne, sei jener, Selektivverträge wieder attraktiver zu machen, erklärte Ulrike Elsner vom vdek in ihrem Vortrag. Wobei man sich dabei natürlich auch die Frage stellen könne, ob das Aufgabe der Krankenversicherung sei, denn der Innovationsfonds speise sich aus Geldern der Versicherten und Beitragszahler. Elsner: „In einem gewissen Umfang ist es sicherlich sinnvoll, dort Investitionen zu tätigen, auch aus der Solidarfinanzierung heraus." Das sei aber nichts Neues, denn bereits Mitte/Ende der 90er Jahre habe man begonnen, über die Kollektivverträge hinaus Möglichkeiten vertraglicher Natur einzuräumen, auch um besondere Versorgungsangebote zunächst einmal zu erproben.

Doch nach Ablauf der damaligen Einprozent-Anschubfinanzierung von 2004 bis 2006 habe eine Phase der Stagnation begonnen. „Man sieht eben, dass man in dem Bereich sicherlich eine Incentivierung braucht", sagte Elsner, „einfach aus dem Wissen heraus, dass sich derartige Projekte sich sicherlich nicht in wenigen Jahren refinanzieren, sodass auf jeden Fall eine Investition und Incentivierung nötig" sei. Von dem her könne ein neuer Anschub durch den Innovationsfonds einen Gestaltungsspielraum bei den integrierten Verträgen eröffnen. Wobei die Neufassung des §140a, in dem der vertraglich mögliche Gestaltungsspielraum flexibilisiert worden sei, auf jeden Fall zu begrüßen sei.

Die Frage lautet Elsners Ausführungen zufolge, wo ganz konkret nun der Fonds ansetze. Ebenso spannend werde es sein, wie die Gremien des Innovationsausschusses und des Expertenbeirats in die Administrierungsphase gingen und was sie präferieren würden. Da fällt einem, so Elsner, mit ihrem Verband ebenfalls im Innovationsausschuss vertreten, natürlich die Vernetzung über die Sektorengrenzen hinaus ein. Wobei sie aber nicht nur die Sektorengrenzen ambulant/stationär meint, sondern sich auch gut vorstellen könne, dass es sich um Projekte drehen könnte, welche die Arzneimittelversorgung stärker mit in den Fokus nehmen könne oder die Versorgung an der Grenze zur Pflegebedürftigkeit. Für den zweiten Bereich, jenen der Versorgungsforschung, erhofft sich Elsner, „dass wir es tatsächlich schaffen, patientennahe Versorgungsforschung zu betreiben". Unter den Bereich Versorgungsforschung würde auch alles fallen, was „sozusagen zur Evaluation der Versorgungsverträge" gehört. Das sei zumindest ihr Verständnis, was die anwesenden Versorgungsforscher ganz anders sahen.

Danner: „Der Patient als Entscheider"

Es sei schon ein merkwürdiger Vorgang, dass die Politik mehrere 100 Millionen Euro einsetze, um jenseits der Regelversorgung einfach mal etwas auszuprobieren, erklärte Dr. Martin Danner, Geschäftsführer der BAG Selbsthilfe, und als solcher als Patientenvertreter nicht nur im G-BA ,sondern auch im Innovationsausschuss aktiv. Da aber das nun einmal politischer Wille sei, würden die Patientenvertreter darauf achten, „ob der Innovationsfonds uns denn aus Patientensicht tatsächlich weiterbringt", wobei er hier ganz nah an der Meinung von Elsner war. Auch, damit in ein paar Jahren nicht bereut werden müsse, wenn das Geld ausgegeben und genau darum eventuell wieder „Leistungsausgrenzungen" auf die Tagesordnung kämen.

Zudem sei es wichtig, die Diskussion zum Innovationsfonds nicht in einer Art Goldgräberstimmung zu führen, in der Projekte vorangetrieben würden, nur weil die einen schon immer einmal interessierten. Vielmehr käme es nun darauf an, die Mittelverwendung zu rechtfertigen. „Wir müssen es schaffen, über die Innovationen, die im Innovationsfonds zu fördern sind, tatsächlich die Versorgung nachhaltig zu optimieren," formuliert Danner seinen Anspruch, mit dem er in der Ausschuss-Arbeit tätig sein wird. Hier möchte er unter anderen auch dafür sorgen, dass nicht nur die Finanzierbarkeit und die Qualität in Zukunft ausgewogen bleibe, sondern obendrein patientenzentrierter werde.

Es sei schon eine große Herausforderung, wenn dem medizinisch-technologischen nicht nur ein Fortschritt der Optimierung von Versorgungsstrukturen folgen soll, sondern auch noch bedarfsgerechte Versorgungsformen vorausgedacht werden sollen. Und die sind in seinen Augen immer auch jene,

die den Patienten zum Entscheider machten, anstatt nur zu versuchen, die Versorgung zu steuern, was nichts anderes bedeute, als dass der Patient als Akteur im Gesundheitswesen aufgegeben werde.

Daher werde die Patientenvertretung im Innovationsausschuss „bei allen Anträgen darauf achten, dass der Patient als Entscheider" wahrgenommen werde. „Es bedeutet aus unserer Sicht eine große Chance, wenn durch den Innovationsfonds die entsprechende Ausgestaltung von Versorgungsformen und einer entsprechenden Ausrichtung der Versorgungsforschung die Patienten als Entscheider gestärkt werden, statt sie nur als Objekt der Behandlung zu betrachten", erklärte Danner.

Ein zweites Anliegen der Patientenvertretung im Innovationsausschuss ist jene, dabei mitzuwirken, erfolgreiche Projekte möglichst schnell in die Regelversorgung zu überführen. „Wenn es so ist, dass solche Versorgungsformen wirklich evaluiert sind und ein zusätzlicher Nutzen und eine Verbesserung der Versorgung nachgewiesen ist, sind wir als Patientenorganisation die ersten, die einen Antrag beim Bundesausschuss stellen werden", versprach dazu Danner. Es sei nämlich nicht so, dass es die Kassen in der Hand hätten, derartige Projekte eventuell nur in einem regional kleinen Bereich als Wettbewerbsvorteil zu nutzen. Um derartiges zu verhindern, brauche es Transparenz, die alleine sicherstellen könne, dass erfolgreiche Projekte im ganzen Bundesgebiet für alle GKV-Versicherten in den kollektivvertraglichen Bereich überführt werden könnten. Danner: „Ich bin gar nicht so skeptisch, dass uns das gelingen wird, auch weil der politische Druck erheblich sein wird." Genau darum werde es sich der Bundesausschuss nicht leisten können, gut evaluierte Projekte mit einer jahrzehntelangen Verzögerungstaktik hinauszuzögern.

Busse: „Verpflichtet Innovationen umzusetzen"

In Amerika wäre so etwas gar nicht möglich, wie Prof. Dr. Reinhard Busse von der TU Berlin in seinem Vortrag berichtete, der sich mit internationalen Benchmarks auseinandersetzte, mit denen sich die deutsche Herangehensweise an Innovationsförderung im Gesundheitsbereich messen könnte. Dabei stellte er drei Länder mit drei recht unterschiedlichen Lösungsversuchen vor, doch – so Busse – „richtige Benchmarks gibt es in diesem Bereich noch nicht", doch könne man durchaus Anregungen bekommen, aus denen man lernen könne. Zum Beispiel eben von den Amerikanern, die als Teil des „Affordable Care Acts", kurz Obama Care, eine „große Lösung" in Sachen Innovationsförderung etabliert hätten, die aber in Deutschland gar nicht so richtig wahrgenommen werde. Denn innerhalb des Obama Care-Acts seien zehn Milliarden US-Dollar in ein „Center for Medicare and Medicaid Innovation" (CMMI) investiert worden. Zwar sei dieser Invest zunächst auf eine Periode von neun Jahren ausgelegt, doch gesetzlich nicht begrenzt, wie bei uns der Innovationsfonds, der auf vier Jahre ausgelegt sei.

Innerhalb des CMMI gehe es nun darum, einerseits die Versorgung der älteren Bevölkerung zu verbessern und andererseits die der ärmeren, wobei es bei beiden Ansätzen nicht so sehr um technologische, sondern um Prozessinnovationen, insbesondere im Rahmen der Vergütung handele. Busse: „Interessant daran ist, dass das Gesetz das CMMI autorisiert, erfolgreiche Modelle ohne weitere gesetzliche Änderungen umzusetzen." Damit könnten erfolgreiche Modelle gesetzlich legitimiert über das ganze Land ausgebreitet werden, wofür es nur zwei Grundvoraussetzungen gebe: Derartige Projekte müssen entweder die Kosten reduzieren, aber die Qualität zumindest beibehalten oder aber die Qualität steigern, ohne die Kosten zu erhöhen. Busse: „Das CMMI ist damit sozusagen nicht nur befugt, sondern auch autorisiert und verpflichtet Innovationen umzusetzen."

Diese große und schnelle US-Lösung, wird in Kanada eher kleiner angegangen. Hier hat die kanadische Regierung eine Kommission eingesetzt, die eruieren sollte, wie es mit dem kanadischen Gesundheitssystem weitergehen solle, und hat dazu Befragungen mit Experten im Gesundheitswesen, aber auch mit ganz normalen Bürgern durchgeführt. Als Ergebnis des Ganzen wurde nach Busses Worten ein Bericht veröffentlicht, in dem als erstes empfohlen worden sei, ein Innovationsinstitut zu etablieren: das Healthcare Innovation Agency of Canada (HIAC). Dieses HIAC solle mit einer Milliarde kanadischer Dollar pro Jahr ausgestattet werden, was für ein relativ kleines Land wie Kanada viel Geld sei, warum auch dem dortigen Gesundheitsminister diese Empfehlung nicht so gefallen habe.

In England hingehen gab es laut Busse bereits vor zehn Jahren das „Institute for Innovation and Improvement" der NHS, das aber inzwischen gar nicht mehr existiere, was aber auf Reorganisationen innerhalb des nationalen Gesundheitsdienstes zurückzuführen sei. Dafür gebe es seit 2010 innerhalb des NHS einen „Innovation Challenge Price", an dem sich Jahr für Jahr kleinere Gruppen, Teams in Krankenhäusern, auch ganze Kran-



Abb. 3: Dr. Karsten Neumann (IGES), Prof Dr. Wolfgang Hoffmann (Universitätsmedizin Greifswald) im Gespräch mit MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer (DNVF) und Harald Möhlmann (AOK Nordost) (v.l.n.r.).

kenhäuser sowie ambulante Leistungserbringer um insgesamt rund 1 Million Euro bewerben können. Dieser Preis soll Busses Worten zufolge dazu beitragen, dass der Innovationsgedanke sich in allen möglichen Einrichtungen ausbreitet. Darauf aufbauen würde dann der „Innovation Compass", ebenfalls ein interessanter Ansatz, der gegründet worden sei, um die Innovationsfähigkeit vor Ort zu stärken; „etwas, das ich bei uns noch nicht so richtig sehe".

Parallel dazu gebe es jährliche Ausschreibungen eines regionalen Innovationsfonds, wobei das jeweilige Budget schwankt – von um die fünf Millionen bis zweieinhalb Millionen Pfund, um das sich seit 2013 Teams größerer Leistungserbringer-Organisationen bewerben können. Des weiteren gebe es in England einen „Innovation Accelerator", eine Art Innovationsbeschleuniger, ein Programm, das nach Busses Meinung „bei uns vielleicht auch noch fehlt".

Die größte englische Lösung heißt „Test Beds", die aktuell von NHS-Chef Simon Stevens publikumswirksam auf dem Weltwirtschaftsgipfel in Davos vorgestellt worden war. Innerhalb dieser Aktion gebe es sieben Test Beds mit je etwa 1,5 Millionen Einwohnern: in fünf würden Versorgungsansätze erforscht und in zwei weiteren technologische E-Health-Lösungen vorangebracht.

Busses Fazit ging dahin, dass es seit einigen Jahren in vielen Ländern ein gutes Innovationsklima vorherrsche. Die Innovation und ihre Förderung sei zu einem internationalen Phänomen geworden, auf das immer mehr Länder mit einer systematischen Förderung aufspringen würden. Doch seien aktuell die Ansätze noch sehr unterschiedlich, was vielleicht aber auch richtig sei, da man derzeit einfach nicht wissen könne, welcher Ansatz am erfolgversprechendsten sei. Aus heutiger Sicht könne man jedoch sagen, dass die Amerikaner am konsequentesten vorgehen, weil sie das, was erfolgreich ist, auch gleich umsetzen können.

Glaeske: „Wir brauchen eine Evaluationskultur"

Wobei es, hakte an der Stelle Prof. Dr. Gerd Glaeske ein, so etwas wie in Kanada in Deutschland schon lang gebe: Das sei der vor über 20 Jahren gegründete Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Von diesem Rat, dem er von 2003 bis 2010 angehört hatte, sei seit den ersten 2000er Jahren die Forderungen nach einem Innovationsfonds ausgegangen

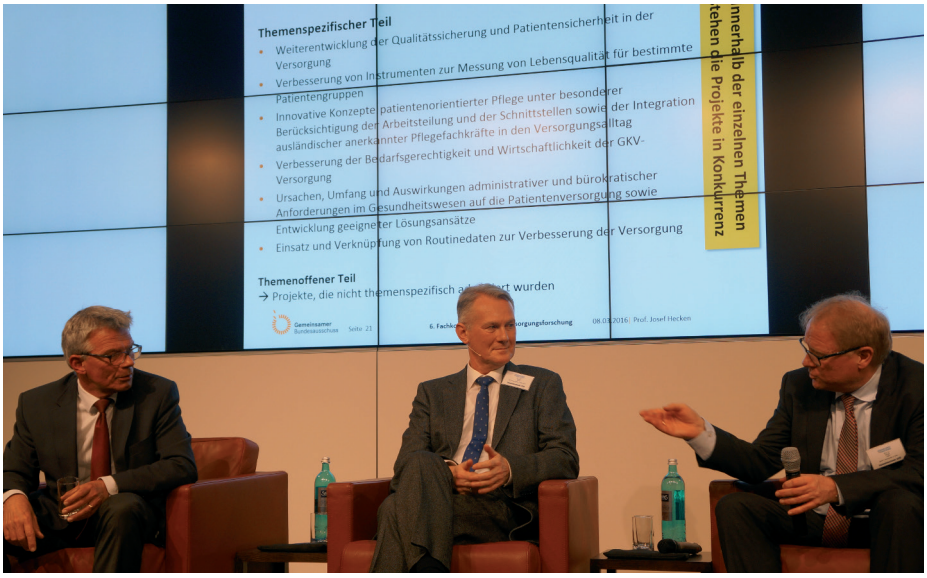


Abb. 4: Prof. Josef Hecken (G-BA) im Gespräch mit MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und Prof. Dr. Holger Pfaff (Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft an der Universität zu Köln) (v.l.n.r.).

und am Leben gehalten, und zwar ausgehend von der Begriffstrias Unter-, Über-, Fehlversorgung. Gerade diesen Aspekt habe das deutsche Netzwerk Versorgungsforschung – das er übrigens mit begründet hat – immer wieder unterstützt, das eine Institution, ja Fachgesellschaft geworden sei, wobei sich vieles um eine einzige grundsätzliche Fragestellung drehe: die der Effizienzoptimierung. Jedoch nicht die eines Add-ons, sondern im Sinne einer Substitution. Denn, so Glaeske: „Add-ons machen nur den Kuchen breiter und flacher." Echte Innovationen würden hingegen substituierend wirken und die Patientenorientierung befördern, das gelte sowohl für Arzneimittel, aber auch für die Versorgung und für alles andere, das im System noch verändert werden müsste.

Doch möchte er davor warnen, einen ähnlichen Fehler wie bei der Public-Health-Förderung zu machen, die zu einer Kurzfristigkeit mancher Forschungsaktivitäten geführt habe. Der Grund: Es hätte sich eine Art Beutegemeinschaft gebildet, die sich nur auf diese Art der Förderung gestürzt hätte. Glaeske: „Das waren Beutegemeinschaften, die sich an unterschiedlichen Standorten gebildet haben und die dann über drei oder sechs Jahre ganz bestimmte Dinge verfolgt haben, die danach offensichtlich keine Bedeutung mehr hatten." So könne es nicht erstaunen, dass viele der seinerseits gut geförderten Public-Health-Standorte heute kaum noch existierten, „vielleicht noch auf einem Schild, aber nicht inhaltlich".

Anraten möchte Glaeske, wenn man über Evaluierung und Priorisierung nachdenkt, sich an ein Zitat von Albert Einstein zu halten, das da lautet: „Jedes Denken wird dadurch gefördert, dass es sich in einem bestimmten Augenblick nicht mehr nur mit dem Erdachten abgibt, sondern durch die Wirklichkeit hindurch muss." Alle Projekte, die durch den Innovationsfonds gefördert würden, müssten sich erst dem Realtest stellen, wozu es eines besonderen Herangehens bedürfe, das auch dem DNVF am Herzen läge: die Politikfolgenforschung. „Wir können doch nicht ständig politische Neuerungen im SGB V implementieren, ohne zu wissen, was später daraus resultiert", forderte Glaeske. Anders würden nur immer wieder adverse Anreize neu in das System kommen, die dann missbraucht werden, sich gegenseitig aufheben oder sich ungeahnt verstärken könnten.

Um das zu verhindern, bräuchte es in Deutschland eine bislang innerhalb des GKV-Systems kaum existente Evaluationskultur. „Natürlich haben wir viele interessensgeleitete Evaluationen, zum Beispiel zu Hausarztverträgen oder zu DMP", meinte Glaeske. Doch kenne er „keine einzige vernünftige, die dem Aspekt der Evaluation standhielte".

Vielleicht ist es kein Wunder, wenn er dabei an ein anderes Zitat denkt, das aus dem Umfeld des „Standards for Quality Improvement Reporting Excellence" (SQUIRE) stammt: „Doing an improvement project is fundamentally different from studying it." Glaeske: „Wenn dieselben Leute meinen, evaluieren zu können, was sie gleichzeitig als Projekt durchführen, wird das von vornherein nicht funktionieren." Auch müsse sehr genau darauf geachtet werden, wer welches Projekt in welchem Zusammenhang evaluiert und wie sich die Kooperationen der

unterschiedlichen Systempartner darstellen und weiter entwickeln.

Hecken: „Gerödelt wie die Tiere“

Weder Kanada, England noch die USA waren das Benchmark, das Prof. Josef Hecken, der unparteiische Vorsitzende des G-BA und des Innovationsausschusses, nannte. Er brachte „das kleine Dänemark“ in Spiel, das eine Milliarde Kronen für einen ähnlichen Fonds ausgeben würde. Man vergesse aber oft dabei zu sagen, dass bei dieser eine Milliarde auch Arzneimittel, Operationen und alle anderen Regelversorgungsleistung aus diesem Topf finanziert werden müssten, während – so Hecken – „der große Topf der 225 Millionen Euro“ im weitesten Sinne nur anfallende Overhead-Kosten oder Add-on-Leistungen abzudecken habe. Aus seiner Sicht sei darum der Fonds „eine sehr große Chance“, auch Dinge, die er in der Vergangenheit als BVA-Präsident „sehr häufig kaputtmachen musste“, auf einer evidenzbasierten Grundlage wissenschaftlich so untermauern zu können, dass am Ende eine Überführung in die Regelversorgung möglich sei.

Auch seien die 75 Millionen Euro pro Jahr für die Versorgungsforschung erst recht eine tolle Sache. Heckens Versprechen, an der er sich dann auch messen lassen muss: „Wenn wir die in vernünftige Projekte investieren können, wo der Expertenbeirat in jedem Fall sagt, hurra, das ist eine hohe methodische Qualität, und wir dann freudig euphorisiert Förderentscheidungen treffen, dann singe ich mit Ihnen am Ende dieses Jahres das Hochamt in der Neujahrsmesse hier im Berliner Dom.“

Doch goss er gleich wieder Essig in den Messwein, indem er seiner Befürchtung Ausdruck verlieh, dass eventuell nicht genügend Anträge aufkämen oder aber solche, die den qualitativen Anforderungen nicht genügten. Daher seine Warnung: „Es kann uns nicht darum gehen, als oberstes Ziel zu definieren: Am Ende des Jahres muss der Schotter raus sein.“ Das sagte er mit Hinblick auf die von der Politik immer noch nicht gestattete echte Übertragbarkeit der Mittel. Bei dieser „echten“ könne es ihm egal sein, ob er in diesem Jahr die gesamte Tranche bewilligte, weil er den Rest der Mittel ins nächste Jahr schieben könne. Doch mit dem derzeit gewählten Konstrukt bestünde die Situation, dass die Förderbescheide auf alle Fälle in diesem Jahr verabschiedet sein müssen. Will heißen: Nun ist Eile ist geboten, obwohl Stroppe schon auf die Möglichkeit der „Für-Regelung“ hingewiesen hatte.

Auch wenn man bisher von außen wenig davon mitbekam – immerhin hätte die erste Ausschreibung schon vor Weihnachten publiziert werden sollen – „haben wir gerödelt wie die Tiere“, erklärte Hecken. Es hätte ein Projektträger, zwar in einem eingeschränkten Verfahren, aber mit allen verfahrensrechtlichen Limitationen ausgeschrieben werden müssen, was ein Kraftakt sondergleichen gewesen sei. Nun sei der Zuschlag (an die DLR) erteilt und auch die Frist abgelaufen, in der sich die Konkurrenten in irgendeiner Form dagegen hätten verwahren könnten. Parallel dazu seien alle europarechtlichen Fragestellungen geklärt und die Geschäftsstelle errichtet worden. Hecken: „Ich bin außerordentlich dankbar, dass alle Beteiligten, einschließlich der Bundesregierung, im Innovationsausschuss so konstruktiv unter Verzicht auf Fristen mitgemacht haben.“

Und auch die Veröffentlichung der ersten Förderbekanntmachung sei Heckens Worten zufolge „Arbeit ohne Ende“ gewesen, auch wenn diese bisher nur per Pressemitteilung seitens des G-BA angekündigt worden ist. Das soll sich aber bald ändern: Angestrebtes Ziel sei es, in der ersten Aprilwoche die offizielle Förderbekanntmachung zu veröffentlichen, doch gleichzeitig auch die zweite Schwerpunktsetzung zu schaffen. Nach dieser offiziellen Förderbekanntmachung würden dann zwei bis drei Monate Antragsfrist für die Projekte aus dem 225 Millionen-Topf sowie für die Versorgungsforschungsprojekte eingeräumt, wobei letztere entweder sofort einen Vollantrag vorlegen können, oder innerhalb von sechs Wochen eine Projektskizze.

Nach dieser, zumindest von Hecken angedachten Zeitplanung könnten in beiden Bereichen – Verbesserung der Versorgung in der Fläche sowie Versorgungsforschung – Ende Juni, Anfang Juli die Anträge vorliegen, darauf folgend Kurzgutachten erstellt werden, so dass Ende August, Anfang September die Bewilligungsphase beginnen könne. Hecken: „Dieser Zeitplan zeigt, dass es zwingend notwendig ist, im ersten Jahr schon während des ersten Antragsverfahrens die zweite Förderbekanntmachung in die Welt zu setzen, damit wir im laufenden Jahr idealiter auch noch diese Förderentscheidungen treffen können.“

Daher werde es in diesem Jahr „ein bisschen knubbelig für Sie, für mich, für alle“. Aber das sei egal, denn „Knubbeligkeit lieben wir, weil sie junghält und auch gut gegen Rücken, Erkältung, Schulter und Durchfall“ ist, womit Hecken auf die abschließenden Sentenzen seines Vortrags anspielte, in dem er in seiner humoristischen Art von seinem krankheitsgebeutelten Karibikurlaub berichtete, was ihm aber die Zeit eröffnet habe, aus irgendeiner „landestypischen Toilette“ heraus, auf denen er die meiste Zeit verbracht hätte, einige traurige Einzelfälle, die indes keine Schnittstellenprobleme, sondern reinste Willkür gewesen seien, habe regeln können. <<

Redaktioneller Hinweis

Die Berichte zu den Vorträgen von Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann (Universitätsmedizin Greifswald), Harald Möhlmann (AOK Nordost), Dr. Karsten Neumann (IGES-Institut) sowie zu den Diskussionsrunden folgen in der kommenden MVF. Die Audiomitschnitte der Vorträge, besonders die echt hörenswerten von Hoffmann und Hecken, finden Sie auf www.m-vf.de



Abb. 5: Der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Prof. Josef Hecken, ist sich seiner Verantwortung voll bewusst: Der Innovationsfonds lässt ihn alles andere als kalt.