INNOFONDS
Fakten
Status
Diskurs

Innovationsfonds sinnvoll nutzen:

Kriterien für eine Förderung

In kaum einem anderen Bereich sind Innovationen so dringend notwendig wie im Gesundheitswesen – und in kaum einem anderen Bereich setzen sie sich so langsam durch. Internationale Studien schätzen, dass nur etwa 50% aller evidenzbasierten Verfahrensweisen zur Verbesserung der Versorgungsqualität tatsächlich erfolgreich implementiert werden (Alexander & Hearld 2011). Eine solche Systemträgheit steht in alarmierendem Widerspruch zu den immensen Herausforderungen, die im Zusammenhang mit stetig steigenden Kosten, zunehmender Nachfrage und immer komplexeren Krankheitsspektren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland gemeistert werden müssen. Im Mittelpunkt dieses Artikels stehen deshalb zwei zentrale Fragen: Warum setzen sich Innovationen im deutschen Gesundheitssystem nur langsam durch? Und: Wie können Mittel des im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes beschlossenen Innovationsfonds sinnvoll genutzt werden, um Versorgungsqualität bzw. –effizienz zu verbessern?

>> Innovationen im Gesundheitswesen umfassen die Umsetzung neuer Konzepte, Ideen, Leistungen, Methoden und Verfahren sowie die Einführung neuer institutioneller und organisatorischer Regeln (Atun 2012). Trotz des stetig steigenden Bedarfs nach Prozess- und Strukturinnovationen bietet das deutsche Gesundheitssystem aufgrund seiner stark fragmentierten Ausgestaltung kaum Möglichkeiten für die Verbreitung derartiger Innovationen. Es ist vielmehr ein Paradebeispiel für Kooperations- und Innovationshemmnisse. Innovationen scheitern in Deutschland immer wieder an Barrieren und Partikularinteressen, entstanden durch Strukturen, die beinahe so alt wie das System selbst sind (Häckl 2010). Die ungleiche Innovationspolitik zwischen den Sektoren hemmt sektorenübergreifende Prozessinnovationen (Buchführer 2011). Unterschiedliche und intransparente Regelungen zu Finanzierung und Vergütung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie die Vorhaltung doppelter Versorgungsstrukturen schaffen Versorgungshoheiten. Fehlanreize der individuellen Vergütungsregelungen bergen die Gefahr einer Abgabe der Versorgungsverantwortung an nachgelagerte Leistungserbringer und verursachen damit Schnittstellenverluste. Darüber hinaus existieren aufgrund mangelnder Qualitäts- und Behandlungsstandards im ambulanten Sektor sowie in der sektorübergreifenden Zusammenarbeit eine unzureichende Leitlinientreue und Qualitätsschwankungen bei Behandlungen. Die Folge sind Informationsverluste an den Schnittstellen in Verbindung mit Versorgungsdiskontinuitäten, z.B. in Form von Medikationsveränderungen (Ommen et al. 2007) sowie Behandlungsfehler, wie das verspätete Erkennen von Komplikationen oder übersehene Diagnosen aufgrund mangelhafter Koordination der Versorgung (Hansis 2001).

Innovationsfonds im Versorgungsstärkungsgesetz

Ausgangslage

In den letzten Jahrzehnten wurden zahlreiche Reformen zur sektoralen Integration der Versorgung umgesetzt, darunter die Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit durch das Belegarztwesen (§115 SGB V; GRG 1989) und die Weiterentwicklung der Versorgung durch Modellvorhaben gem. §§ 63 – 65 (2. NOG 1997). Die Einführung von Disease-Management-Programmen (2002, §137f-g SGB V) sowie die Verträge zur Integrierten Versorgung gem. § 140 a-d SGB V (GKV – Gesundheitsreform 2000, GMG 2004) setzten gleichermaßen wesentliche integrative und wettbewerbliche Impulse im Gesundheitssystem. Selektive Vertragsformen und interdisziplinäre Kooperationsformen werden seither im Verlauf weiterer Reformen flexibilisiert und durch finanzielle Anreize gefördert (Schreyögg, Weinbrenner & Busse 2013). Letztendlich haben sich die neuen Versorgungsformen und insbesondere die Integrierte Versorgung dennoch nicht in dem erwünschten und erwarteten Tempo durchgesetzt. Die Hauptgründe dafür liegen einerseits in Umsetzungshindernissen für Krankenkassen (vgl. SVR 2012, DGIV & BMC 2008, Greß 2010, IGES 2015).

Kommentar



MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Liebe Leserinnen und Leser,
unser Gesundheitssystem ist überaus träge: Innovationen setzt es großen Widerstand entgegen, sodass sie sich oft nur sehr langsam in der Fläche verbreiten. Das gilt insbesondere für sektorenübergreifende Prozess- und Strukturinnovationen, bei denen das deutsche Gesundheitswesen anderen Ländern ganz deutlich hinterherhinkt. Genau hier will darum der Innovationsfonds ansetzen und innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen fördern.

Welche Chancen hat der Innovationsfonds, diese Ziele tatsächlich zu erreichen? Damit beschäftigt sich der Diskussionsbeitrag von Dr. Dennis Häckl in dieser Ausgabe. Er benennt das zentrale Zeitproblem des Innovationsfonds, zu dem besonders die noch nicht geschaffene Mittelübertragbarkeit über 2019 hinaus beiträgt. Hoffentlich lässt sich die Politik noch von dieser Notwendigkeit überzeugen!

Die Zeit für Begutachtung und Bewertung der komplexen Projekte wird sehr knapp. Und wie soll man bewerten und auswählen? Nach welchen Schwerpunkten und Kriterien?

Ich möchte Sie bitten, sich mit eigenen Beiträgen, mit Leserbriefen und Kommentaren an unserer Diskussion zu beteiligen.

Ihr

Prof. Dr. Reinhold Roski

Zu erwähnen sind insbesondere:

- Beitragsstabilität und Wirtschaftlichkeitsgebot sind kaum vereinbar mit „riskanten" Investitionen in Innovationen
- der Wettbewerb zwischen den Kassen führt zur Vermeidung finanzieller Risiken
- nach Wegfall der Anschubfinanzierung fehlen Anreize zur Entwicklung und Diffusion innovativer Versorgungsprojekte
- der bürokratische und administrative Aufwand für Genehmigung, Ausschreibungsverfahren und Budgetbereinigung ist zu groß
- Unklare Regelungen zur Budgetbereinigung hemmen die Nachhaltigkeitsorientierung innovativer Ansätze

Andererseits fehlen die entsprechenden Anreizmechanismen und gesetzlichen Vorgaben, wie

- der Nachweis der Wirtschaftlichkeit von Verträgen anstelle einer „bedingungslosen" Subventionierung von Versorgungsangeboten (Mitnahmementalität)
- die Verknüpfung der Vergütung von Leistungen mit transparenten und überprüfbaren Zielvereinbarungen
- die Verpflichtung zur Evaluation, wodurch Informationen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis sowie Lerneffekte erzielt werden können

Innovations-affinen Krankenkassen fehlt es darüber hinaus oft an geeigneten Vertragspartnern auf Seiten der Leistungserbringer. Aufgrund der kollektiv-vertraglichen finanziellen Absicherung besteht auch für diese kein ausreichender ökonomischer Anreiz zur Umsetzung von Strukturinnovationen.

Zielsetzung des Gesetzgebers

Durch die Politik wurde die Einrichtung eines Innovationsfonds im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vollzogen. Im Zuge dessen ist vorgesehen, im Zeitraum von 2016 bis 2019 jährlich 300 Mio. Euro bereitzustellen, davon 225 Mio. Euro für die Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und 75 Mio. Euro für die Versorgungsforschung. Verbindliche Förderschwerpunkte und Kriterien für die Verteilung der Mittel wurden noch nicht festgelegt. Ob ein Innovationsfonds generell zur Stärkung von Versorgungsinnovationen beitragen kann, soll hier nicht diskutiert werden; vielmehr geht es in vorliegendem Beitrag darum, wie innerhalb des bereits gesetzlich definierten Rahmens „sinnvolle" Projekte identifiziert werden können.

Wie können die Mittel des Innovationsfonds erfolgreich eingesetzt werden?

Damit die Mittel des Innovationsfonds tatsächlich zielorientiert eingesetzt werden, bedarf es konkreter Regelungen zur Mittelvergabe und Auswahl förderwürdiger Versorgungsangebote. Bei der Auswahl innovativer Projekte und im Förderprozess sollten konkrete thematische Schwerpunkte (vgl. SVR 2012, 2014), Erfahrungen aus anderen Programmen zur Innovationsförderung sowie das Potenzial zur erfolgreichen Diffusion im Gesundheitssystem berücksichtigt werden.

Förderung und Diffusion von Innovationen

Die häufigsten Probleme im Zusammenhang mit Programmen zur Innovationsförderung liegen in Diskrepanzen zwischen den Zielen und dem vorgesehenen Zeitrahmen (Edler et al. 2012). Es wird deshalb von ausschlaggebender Bedeutung sein, mit dem Start des Förderzeitraums am 01.01.2016 die Arbeitsfähigkeit der zu gründenden Institutionen beim G-BA herzustellen, ohne dass ein zu bürokratischer Prozess auf Kosten des Volumens des Innovationsfonds entsteht. Die Möglichkeit, Mittel in Folgejahre zu übertragen, sollte zudem unbedingt gegeben sein (IGES 2015, Häussler & Albrecht 2015).

In Anbetracht des administrativen Aufwandes, der mit der Begutachtung und Förderung von Anträgen zu erwarten ist, liegt die Vermutung nahe, dass Projekte mit längerer Laufzeit und größerem Volumen bevorzugt werden könnten (Häussler & Albrecht 2015). Operativ kann dies problematisch sein, vor allem, wenn Kooperationsverbünde von Grund aufgebaut werden müssen. Kommunikations- bzw. Koordinationsdefizite, die oft im Zusammenhang zur Größe von Projekten stehen, sind die Hauptprobleme einer erfolgreichen Umsetzung und hemmen angestrebte Spezialisierungs- und Lerneffekte (Barjak 2013). Innovationsförderung, die auf einen Ausbau von Kooperationen und Netzwerken ausgerichtet ist, erzielt wiederum die besten Ergebnisse, wenn bereits bestehende Kooperationsverbünde im Sinne eines „up-scaling" gefördert werden (Edler et al. 2013).

Relevante Vergabeverfahren im Bereich Innovationsförderung	
Art	**Initiator**
Forschungsrahmenprogramm Horizont2020	EU
European institute of innovation and technology – Ausschreibung „KICs" (Knowledge and Innovation Communities)	EU
Förderungen, fokussierte Bereiche: Gesundheit und Soziales, Technologien, Innovation, Kooperation/Vernetzung	BMBF / BMWi
Förderung über Programme des Europäischen Sozialfonds	EFS
Förderung über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung	EFRE
DFG-Förderung	DFG
Förderung von Gesundheitsregionen	BMBF
Förderung durch Stiftungen	z.B. Robert Bosch-/ Roland-Ernst-Stiftung

Tab. 1: Vergabeverfahren im Bereich Innovationsförderung.

Begutachtung und Bewertung von Projektanträgen

Um einen Konflikt zwischen dem Anliegen des Innovationsfonds und Partikularinteressen zu vermeiden, bedarf es eines transparenten, neutralen und an wissenschaftlichen Kriterien orientierten Auswahlverfahrens (Lauterbach & Spahn 2014). Zentrales Entscheidungsorgan bei der Festlegung von Schwerpunkten und Förderkriterien sowie bei der Auswahl von Anträgen wird ein Innovationsausschuss sein, der beim G-BA eingerichtet wird. Operativ und administrativ wird der Ausschuss von einer ebenfalls beim G-BA einzurichtenden Geschäftsstelle unterstützt. Versorgungswissenschaftliche, klinische und methodische Expertise wird von einem Expertenbeirat in das Auswahlverfahren eingebracht. Das Gesetz nennt sieben Schwerpunkte nach denen über eine Projektförderung entschieden werden soll (§92a SGB V). Dies sind Verbesserungen von Qualität und Effizienz in der Versorgung, die Behebung von Defiziten, Interdisziplinarität und fachübergreifende Kooperationen, Übertragbarkeit der Ansätze, die Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen sowie die Evaluierbarkeit. Die konkrete Ausgestaltung des Verfahrens ist noch weitestgehend offen. Das IGES Institut (2015) empfiehlt zur Projektbewertung die multiplikative Verknüpfung von 3 wesentlichen Kriterien: den Umfang der Qualitätssteigerung, die Umsetzungschancen und Effizienz des Vorgehens sowie die Anzahl betroffener Patienten, wobei für besonders förderwürdige, aber seltene Erkrankungen Ausnahmen gelten sollen (IGES 2015). Schmitt et al. (2015) identifizierten im Rahmen einer Delphi-Befragung unter Beteiligung unterschiedlicher Interessengruppen als relevante Begutachtungsschwerpunkte die Relevanz von Thema und Fragestellung, die Qualität des Designs zur Umsetzung, methodische Anforderungen sowie eine transparente Berichterstattung und Evaluation. Der nachfolgend dargestellte Vorschlag umfasst die aus unserer Sicht wesentlichen Schwerpunkte und eine weiterführende inhaltliche Detaillierung der Kriterien sowie ein Bewertungs-

schema für eine transparente und neutrale Begutachtung.

Vorgehen

Um Kriterien zur Begutachtung und Bewertung von Projektanträgen zu erarbeiten, wurden neben den bisher skizzierten theoretischen Aspekten nationale und internationale Vergabeverfahren und die damit verbundenen Entscheidungs- und Begutachtungssysteme bei der Förderung von Innovationen analysiert. Dazu gehören Ausschreibungen zur Förderung von innovativen Projekten im Gesundheitsbereich, weitreichende Initiativen wie die Förderung von Gesundheitsregionen, die gezielte Förderung von Clustern und Kooperationen sowie Fördermöglichkeiten für Forschungsverbünde aus Unternehmen, Forschungszentren und Hochschulen (vgl. Tab. 1).

Bezüglich der Relevanz wesentlicher Auswahlkriterien für eine Förderung zeigten sich zahlreiche Überschneidungen zwischen den verschiedenen Programmen, die die Basis für die vorgeschlagenen Schwerpunkte bilden. Zur detaillierten Beschreibung wurde ein Kriterienkatalog entwickelt und in fünf Interviews mit Experten, die im Gesundheitssystem und als Gutachter bei Vergabeverfahren tätig sind, validiert. Zur Operationalisierung des Entscheidungsprozesses wurde ein zugehöriges Bewertungssystem entwickelt. Hierbei werden Ausprägungen in Form einer Bewertungsskala vorgegeben und – analog zu nationalen und internationalen Verfahren – bestimmte Mindestwerte empfohlen. Letztlich wird ein Entscheidungsmodell skizziert, um die eingereichten Projektvorhaben nach den Zielsetzungen des Innovationsfonds transparent und objektiv auszuwählen und zu bewerten.

Vorschlag für ein Auswahlverfahren

Für das Auswahlverfahren wird zunächst eine **formale Prüfung** der eingereichten Projektanträge vorgeschlagen. Die formale Prüfung sollte zunächst K.O.-Kriterien, wie die Vollständigkeit der Antragsunterlagen, die Förderfähigkeit der beantragten Mittel und Partner, die Zulässigkeit und sonstige Veröffentlichungs- und Datenschutzpflichten umfassen und ohne gutachterliche und fachliche Expertise durchführbar sein. Im Erfolgsfall schließt sich eine inhaltliche **Begutachtung** anhand eines Kriterienkataloges und die **Bewertung** und **Gewichtung** anhand eines Scoringmodells an. Abbildung 1 fasst den möglichen Ablauf unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelungen gemäß §92a/b SGB V überblicksmäßig zusammen.

Inhaltliche Begutachtung und deren Schwerpunkte

Die im Folgenden dargestellten Kriterien sind in erster Linie zur Begutachtung innovativer Versorgungsprojekte gemäß §92a Abs. 1 SGB V anwendbar und dienen weniger der Bewertung von Projekten aus dem Bereich der Versorgungsforschung.

Schwerpunkte sind dabei (vgl. Tabelle 2):

- die Zielkonformität,
- die Auswirkungen und die Relevanz,
- die Nachhaltigkeit,
- die Qualität der Evaluierung,
- die Umsetzungskompetenz, d.h. Projektverbund und –management

Im Mittelpunkt der **Zielkonformität** stehen die thematische Ausrichtung und die überzeugende Darstellung der Ziele eines Versorgungsangebotes. Förderanträge müssen die inhaltlichen Schwerpunkte des Innovationsfonds aufgreifen und Projektziele klar formulieren. Eine Innovation kann Prozesse, organisatorische Strukturen oder Vergütungsformen umfassen. Der Innovationsgrad muss jedoch ersichtlich sein und die Fortschrittlichkeit des Ansatzes begründet werden. Für eine Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung existieren dabei diverse und bereits seit Jahren diskutierte Ansatzpunkte in den Bereichen bedarfsgerechter Versorgung, wirtschaftlich sinnvoller intersektoraler Zusammenarbeit, integrierter Versorgung und unterstützender Informations- und Kommunikationstechnologien (vgl. SVR 2007, 2012, 2014). Insbesondere die Arbeitsteilung und Kooperation medizinischer und nicht-ärztlicher Versorgung und die Wahrnehmung koordinierender Aufgaben sollten für eine Verbesserung der Versorgungskontinuität forciert werden. Eine echte Innovation beinhaltet zudem die (Weiter-) Entwicklung von Kompetenzen bei den Beteiligten eines Versorgungsprojektes.

Die Bedeutung eines Vorhabens muss anhand konkreter **Auswirkungen** auf Qualität, Transparenz und Effizienz der Versorgung herausgestellt werden. Innovative Versorgungsansätze müssen mindestens in einer, möglichst jedoch in mehreren Qualitätsdimensionen, d.h. medizinischer Effektivität, Sicherheit und Patientenorientierung (vgl. AQUA Institut 2010), Verbesserungen erzielen. Geförderte Projekte sollten zudem einen Beitrag zu Erhöhung von Transparenz und Qualitätssicherung in der Versorgung leisten. Dazu gehört neben der Verfolgung oder Weiterentwicklung etablierter Standards insbesondere die Zielgruppen-adäquate, für Fachleute sowie Laien verständliche Bereitstellung von Informationen, bspw. über Krankheitsbilder, Behandlungsoptionen, Kosten, Qualität oder Forschungsergebnisse. Darüber hinaus ist die Erreichbarkeit der formulierten Ziele durch

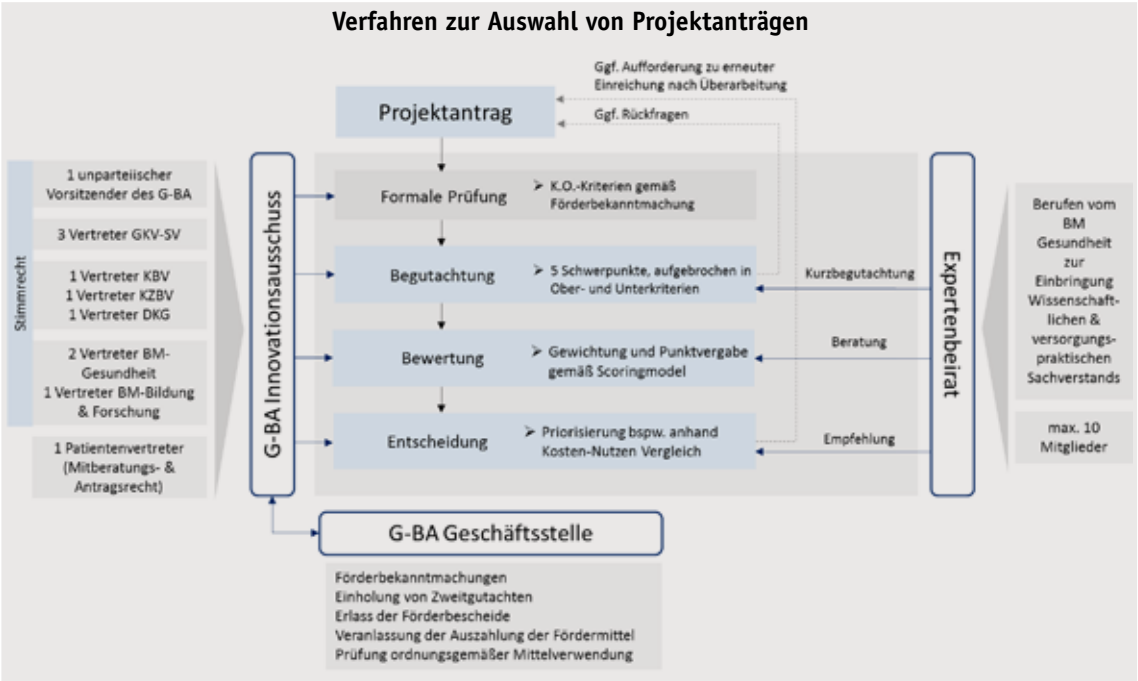


Abb. 1: Verfahren zur Auswahl von Projektanträgen.

Schwerpunkte und Oberkriterien	
Schwerpunkt 1: Zielkonformität, Auswirkungen und Relevanz	
1.1	Innovationsgrad zur Verbesserung der Versorgung
1.2	Förderung von Versorgungskontinuität durch Arbeitsteilung und Kooperation
1.3	Steigerung der Qualität in der Versorgung
1.4	Erhöhung von Transparenz und Qualitätssicherung in der Versorgung
1.5	Erhöhung von Versorgungseffizienz
1.6	Zielstellung und Umsetzbarkeit des Antrags
1.7	Relevanz des Ansatzes
Schwerpunkt 2: Nachhaltigkeit	
2.1	Übertragbarkeit auf andere Bereiche
2.2	Verwertungspotenzial und Langfristigkeit
Schwerpunkt 3: Qualität der Evaluierung	
3.1	Evaluierungskonzept
3.2	Evaluierung durch externe Institute
Schwerpunkt 4: Projektverbund und -management	
4.1	Zusammensetzung des Projektverbundes
4.2	Kompetenzen der Versorgungsvertragspartner
4.3	Projektorganisation
4.4	Projektcontrolling

Tab. 2: Schwerpunkte und Oberkriterien für eine Begutachtung

die Gutachter einzuschätzen. Geplante Maßnahmen sind deshalb konkret und zielbezogen zu beschreiben. Ferner soll zur Begründung der **Relevanz** die Ausgangssituation auf Basis valider und reliabler Informationen bewertet werden. Es soll begründet werden, in welchen Bereichen, Indikationen, Patientengruppen oder Regionen Handlungsbedarf besteht. Der Status Quo determiniert schließlich, welche Hebelwirkung die Ziele eines Projektes tatsächlich haben.

Der Schwerpunkt der **Nachhaltigkeit** zielt auf die Prüfung ab, ob ein beantragtes Projekt bzw. die daraus erlangten Erkenntnisse für eine Übertragbarkeit auf andere Regionen, Indikationen, Anwendungskontexte oder Technologiefelder in Frage kommt, unabhängig davon, ob dies auf kollektivvertraglicher oder einzelvertraglicher Basis erfolgen könnte. In diesem Zusammenhang sind insbesondere ein Geschäftsmodell und die darin enthaltene Weiterverwertung von Projekt- und Forschungsergebnissen abzuwägen. Versorgungsangebote sollten hinreichend Potenzial besitzen, um auch nach Auslaufen der finanziellen Förderung aus dem Fonds erfolgreich weiter bestehen zu können und ggf. dauerhaft in die Versorgung überführt zu werden.

Die Prüfung der Qualität der Evaluierung von Projekten ist durch ein unabhängiges und ausgewiesenes Institut durchzuführen. Es müssen getrennte Verantwortlichkeiten für Projektumsetzung und Evaluierung gewährleistet sein. Der Aufwand sollte dabei in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen. Studien müssen fachlich angemessene Informationen hervorbringen und aktuellen wissenschaftlichen Standards[1] folgen. Daher muss ein Projektantrag ein überzeugendes Evaluationskonzept beinhalten, in dem neben Effektivität und Wirtschaftlichkeit auch die Generalisierbarkeit von Ergebnissen und weiterreichende Auswirkungen, bspw. gesellschaftlich oder unbeteiligte Dritte betreffend, diskutiert werden.

Der Schwerpunkt **Projektverbund und -management** dient der Bewertung der fachlichen und organisatorischen Eignung der beteiligten Partner zur Umsetzung des beantragten Projektes. Da insbesondere die intersektorale Kooperation ausgebaut werden soll, fließt darüber hinaus auch die Zusammensetzung des Projektverbundes durch Bewertung des Integrationsgrades in die Begutachtung ein. Dabei ist nicht in erster Linie die absolute Anzahl verschiedener Leistungserbringer wesentlich, sondern insbesondere wie viele für das Versorgungsprojekt relevante Versorgungsstufen bzw. Sektoren einbezogen sind. Entsprechend den Empfehlungen des Sachverständigenrates (SVR 2012) findet vorzugsweise eine vertikale Integration, indikationsübergreifend, über möglichst viele Versorgungsstufen statt. Versorgungsprojekte sollten außerdem über eine Organisations- und Managementstruktur verfügen, die eine erfolgreiche Durchführung des Vorhabens gewährleistet. Dazu gehören Strukturen und Prozesse zur Projektsteuerung, die Einbindung wesentlicher Akteure im Projektverbund, geregelte Verantwortlichkeiten und die Implementierung eines Projektcontrollings.

Tabelle 2 fasst die wichtigsten Schwerpunkte und mögliche Oberkriterien zusammen. Zur detaillierten Darstellung und nachvollziehbaren Bewertung werden diese in Unterkriterien aufgebrochen.

Vorschlag zur Bewertung von Projektanträgen

Die genannten Oberkriterien sollten essentielle Bestandteile eines Projektantrags sein. Zugehörige Unterkriterien dienen der detaillierteren Beschreibung und entscheiden, in welchem Maße ein Projektantrag die Voraussetzungen für eine Förderung durch den Innovationfonds erfüllt. Die einzelnen Schwerpunkte können für die Begutachtung in einem Scoringverfahren unterschiedlich gewichtet werden. Um eine Abstufung von Projektanträgen vornehmen zu können, sollten verschiedene Zielerreichungsgrade für die Auswahlkriterien definiert werden, wie bspw.:

- 0 = Das Kriterium wird durch die im Projektantrag enthaltenen Informationen nicht erfüllt.
- 1 = Das Kriterium wird durch die im Projektantrag enthaltenen Informationen mit Einschränkungen erfüllt.
- 2 = Das Kriterium wird durch die im Projektantrag enthaltenen Informationen in vollem Umfang erfüllt.

Um den unterschiedlichen Projektanträgen gerecht zu werden, sollte eine hinreichend detaillierte Auswahl von Ober- und Unterkri-

— — — —

1: Es seien hier beispielsweise Maßnahmen zur Förderung der Bedarfsgerechtigkeit, vergütungssystematische Anreize für eine wirtschaftlich sinnvolle intersektorale Zusammenarbeit, integrierte Behandlungspfade und der sinnvolle Einsatz unterstützender Informations- und Kommunikationstechnologien genannt.

2: Bspw.: Memorandum III „Methoden für die Versorgungsforschung" des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung e.V. (DNVF e.V., 2009 und 2010)

- Leitlinien für Gute Klinische Praxis (GCP) 2004
- Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP), 2008
- Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS), 2008
- Grundsätze zur Sicherung der guten wissenschaftlichen Praxis (DFG, 1998)
- Standards der DeGEval Gesellschaft für Evaluation e.V.

terien erfolgen. Daher ist eine Unterscheidung in drei Zielerreichungsgrade ausreichend und reduziert die Komplexität bzw. den Interpretationsspielraum für den Gutachter.

Zur weiteren Differenzierung in der Bewertung von Projektanträgen kann für jedes Kriterium im Vorfeld ein Multiplikator festgelegt werden. Für jedes Kriterium kann so eine Punktzahl und somit wiederum eine Gesamtpunktzahl je Schwerpunkt ermittelt werden. Die Schwerpunkte und Multiplikatoren können an Projekterfolge, aktuelle gesundheitspolitische Notwendigkeiten und die jeweiligen Förderbekanntmachungen im Zeitverlauf angepasst werden. So könnte sich zum Beispiel im dritten Jahr der Mittelvergabe durch den Innovationsfonds herausstellen, dass sich die erfolgreich durchgeführten Projekte von den nicht-erfolgreich durchgeführten Projekten hauptsächlich in der Qualität der Projektorganisation unterschieden haben, was eine Erhöhung des Schwerpunkteinflusses nach sich ziehen könnte. Wird eine sehr hohe Anzahl an Anträgen an den Innovationsausschuss gesandt, könnte eine Veränderung der Multiplikatoren oder eine Änderung der Mindestpunktzahlen notwendig sein, um die besten Projektanträge effektiver zu filtern und zu priorisieren.

Fazit

Der Innovationsfonds kann einen Beitrag dazu leisten, die eingangs dargestellten Probleme im deutschen Gesundheitssystem abzubauen und sowohl Versorgungsqualität als auch -effizienz zu erhöhen. Das Begutachtungsverfahren muss transparent sein und wissenschaftlichen Maßstäben genügen. Aufgrund des im Versorgungsstärkungsgesetz festgelegten Zeitraums von 4 Jahren muss der Begutachtungsprozess zügig durchgeführt werden. Der Aufbau bürokratischer Strukturen sollte hinterfragt werden und stattdessen erfahrene Projektträger einbezogen werden. Aus ordnungspolitischer Sicht ist nicht zuletzt deshalb das geplante zentralisierte Auswahl- und Entscheidungsprozedere zu hinterfragen. Ob der Innovationsausschuss des G-BA als traditioneller Vertreter der Sektoren tatsächlich das effektivste Entscheidungsgremium zur Umsetzung von Neuerungen darstellt, bleibt abzuwarten.

Neben der erfolgreichen Umsetzung innovativer Projekte ist insbesondere die Erlangung neuer Erkenntnisse im Gesundheitswesen ein Ziel des Innovationsfonds. Daher ist sowohl eine projektbegleitende Evaluierung nach anerkannten Verfahren als auch die im Gesetz festgelegte Evaluierung des Innovationsfonds an sich zwingend. Nur so können die jährlich zur Verfügung stehenden Gelder nutzenstiftend und im Sinne der Versicherten eingesetzt werden. <<

Wesentliche Forderungen

- Die Schwerpunktsetzung sollte auf vorhandenem Wissen um Defizite und neue Ansätze in der Gesundheitsversorgung aufbauen.
- In Anbetracht der zahlreichen Interessengruppen muss Transparenz im Vordergrund stehen. Dazu gehören die Veröffentlichung von Begutachtungskriterien und der Bewertungssystematik, die Nutzung wissenschaftlichen Sachverstands bei der Auswahl von Projekten und eine zielgruppen-adäquate Bereitstellung von Informationen, sowohl bei der administrativen und operativen Umsetzung des Innovationsfonds als auch durch die geförderten Projekte.
- Innovative Versorgungsansätze sollten alle Dimensionen von „Qualität" berücksichtigen (Effektivität, Sicherheit und Patientenorientierung).
- Projektlaufzeiten müssen adäquat sein. Dazu sollte, zugunsten der Nachhaltigkeit, eine Mittelübertragung erlaubt und eine „Pilotitis" mit geringem Impact vermieden werden. Ein effektives Projektmanagement muss gefordert und über den Innovationsfonds finanziell gefördert werden.

Literatur

Alexander, J. A., & Hearld, L. R. (2011). The science of quality improvement implementation: developing capacity to make a difference. Medical care, 49, 6-20.
AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2010). Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 2. Göttingen
Atun, R. (2012). Health systems, systems thinking and innovation. Health policy and planning, 27(suppl 4), iv4-iv8.
Barjak, F. (2013). Wirkungen innovationspolitischer Fördermassnahmen in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie BBT.
Buchführer, D. (2011). Integrierte Versorgung in Brandenburg: eine Analyse im Kontext der Prinzipal-Agenten-Theorie. TUDpress Verlag der Wissenschaften Dresden.
Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) und Bundesverband Managed Care (BMC) (2008). Positionspapier zur Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung in Deutschland. http://www.dgiv.org/cmsMedia/Downloads/Presse/Positionspapier_DGIV_BMC_AF_IV_02.2008.pdf.
Edler, J., Cunningham, P., Gök, A., & Shapira, P. (2013). Impacts of Innovation Policy: Synthesis and Conclusions. Manchester Institute of Innovation Research, Manchester Business School, University of Manchester.
Greß, S. (2010). Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft. Bewertung unterschiedlicher Optionen. WISO Diskurs –Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
Häckl, D. (2010). Neue Technologien im Gesundheitswesen: Rahmenbedingungen und Akteure. Springer-Verlag.
Häussler, B., Albrecht, M. (2015). „Überlegungen zur Gestaltung einer wertvollen nationalen Initiative. Wie gibt man 300 Mio. Euro aus? „Monitor Versorgungsforschung" 3/15.
Hansis, M. L. (2001). Koordinationsdefizite als Ursache vorgeworfener Behandlungsfehler. Deutsches Ärzteblatt- Ärztliche Mitteilungen- Ausgabe A, 98(31-32), 2035-2039.
Lauterbach, K., Spahn, J. (2014). Diskussionspapier zum Innovationsfonds.
IGES Institut GmbH (2015). Rahmenbedingungen im Innovationsfonds. Welche Projekte und Förderverfahren helfen, Innovationsdefizite zu überwinden? Berlin.
Ommen, O., Ullrich, B., Janßen, C., & Pfaff, H. (2007). Die ambulant-stationäre Schnittstelle in der medizinischen Versorgung. Medizinische Klinik, 102(11), 913-917.
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378.
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465.
Schreyögg, J., Weinbrenner, S., & Busse, R. (2013). Leistungsmanagement in der integrierten Versorgung. In: Management im Gesundheitswesen (pp. 106-127). Springer Berlin Heidelberg.

Dr. Dennis Häckl

Dr. Dennis Häckl ist wissenschaftlicher Direktor und Geschäftsführer des WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung in Leipzig. Das Institut beschäftigt sich insb. mit der Finanzierung des Gesundheitssystems sowie Aspekten der Versorgungs- und Innovationsforschung. Gemeinsam mit dem Gesundheitsökonomischen Zentrum der TU Dresden entstand eine Expertise zu Förderkriterien für den Innovationsfonds. Kontakt: haeckl@wig2.de



Weitere Autoren: Ines Weinhold (WIG2), Maximilian Schwarz (WIG2), Prof. Dr. Alexander Karmann (TU Dresden)

G-BA-Vorsitzender Hecken will große Projekte mit Krankenkassenbeteiligung

Der Innovationsfonds soll im Dezember starten

Spätestens seit Veröffentlichung des Koalitionsvertrags gehört der Innovationsfonds zu den meistdiskutierten Themen im Gesundheitswesen. Jetzt gewährte der unparteiische G-BA-Vorsitzende Professor Josef Hecken auf einer Veranstaltung des Bundesverbandes Managed Care einen Einblick in den aktuellen Umsetzungsstand: Mit eher groß angelegten Projekten unter Beteiligung von mindestens einer Krankenkasse will Hecken die Modernisierung von Strukturen und Prozessen im Gesundheitswesen erreichen. Das Antragsverfahren soll für innovative Versorgungsformen einstufig und für Versorgungsforschungsprojekte zweistufig erfolgen. Die erste Förderbekanntmachung ist für Dezember geplant.

>> Die Einrichtung eines Innovationsfonds ist ein richtiger Schritt – da ist sich der unparteiische G-BA-Vorsitzende Professor Josef Hecken mit dem Großteil der Akteure des Gesundheitswesens einig. Doch ob die 1,2 Milliarden Euro Fördermittel, die in den kommenden vier Jahren für innovative Versorgungsformen (225 Mio. Euro p. a.) und für Versorgungsforschung (75 Mio. Euro p. a.) ausgeschüttet werden sollen, den Innovationsstau im System nachhaltig auflösen können, hängt in erheblichem Maße von der Ausgestaltung der Förderkriterien und natürlich von den Entscheidungen des Innovationsausschusses ab.

Die Defizite in Bezug auf Struktur- und Prozessqualität sowie in der Versorgungsforschung seien hinlänglich bekannt, räumte Hecken am 14. September vor rund 500 Zuhörern im Langenbeck-Virchow-Haus ein. Viele Lösungsansätze seien bereits im Kleinen erprobt worden, nun ginge es darum, Evidenz zu generieren und den Transfer in die Regelversorgung zu ermöglichen. Voraussetzung dafür sei nach Heckens Ansicht eine gewisse Mindestgröße der Projekte, da sonst keine signifikanten Aussagen zur Evidenz abgeleitet werden könnten. „Mauerblümchenförderung kann am Ende nicht zu dem vom Gesetzgeber gewollten Erfolg führen“, so Hecken.

Ausschließliche Fokussierung auf große Projekte verschenkt Innovationspotenzial

Die Fokussierung auf große Projekte ist einerseits nachvollziehbar. Andererseits könnte ein Mix aus großen und kleinen Projekten dem Innovationsfonds möglicherweise noch mehr Schub verleihen. So gibt es durchaus verbesserungswürdige Bereiche, beispielsweise die Versorgung seltener Erkrankungen, bei denen allein aufgrund der geringen Fallzahlen keine groß angelegten Projekte realisierbar sind. Gleichwohl seien hier Szenarien denkbar, die evidenzbasierte Aussagen zulassen. Ausschlaggebend sind weniger die zunächst vorgesehenen Fallzahlen als vielmehr die Skalierbarkeit und die Entwicklungsfähigkeit des Modells. Darüber hinaus birgt die Ankündigung, nur große Projekte fördern zu wollen, auch die Gefahr, dass Anträge unnötig aufgebläht werden.

Beteiligung von Krankenkassen „mehr als sinnvoll“

Aus Sicht von Hecken sei außerdem die Beteiligung einer großen oder mehrerer kleiner Krankenkassen „mehr als sinnvoll“ – mit anderen Worten: unerlässlich. Jedoch darf man nicht aus dem Blick verlieren, dass der Gesetzgeber zuletzt gute Gründe dafür hatte, den Kreis der Antragsteller weitgehend zu öffnen. Insofern würde eine dominante Rolle der Krankenkassen diese Öffnung partiell konterkarieren.

Insgesamt sollte bedacht werden, dass diese von Hecken skizzierte Herangehensweise weniger unternehmerischen Handlungsspielraum zulässt. Dabei wären gerade von unternehmerischer Seite wertvolle Innovationsimpulse zu erwarten, auch weil Wettbewerbsdenken per se mit einer gewissen Innovationsfreude einhergeht.

Offene Förderrunde ohne inhaltliche Beschränkungen

In Bezug auf die Förderinhalte stellte Hecken klar, dass Versorgungsdefizite im Rahmen des SGB V im Mittelpunkt stehen. Vorhaben, die primär auf die Verbesserung von Prozessen und Strukturen im Bereich des SGB XI oder anderer Sozialgesetzbücher abzielen, fallen nicht in das Förderspektrum.

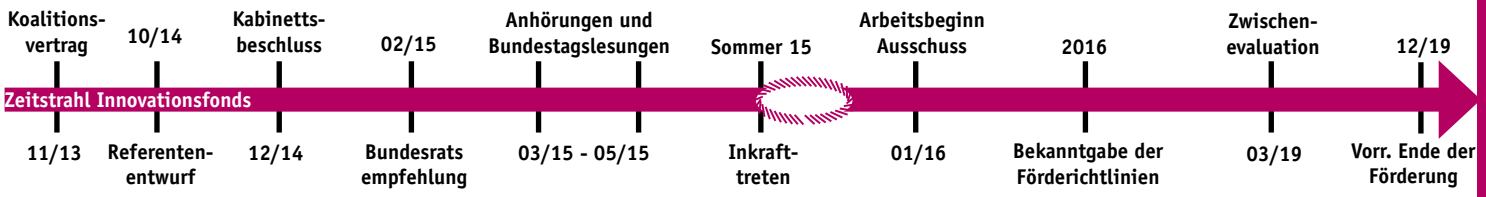


Der G-BA-Vorsitzende Professor Josef Hecken gab auf einer Veranstaltung des Bundesverbandes Managed Care einen Einblick in den aktuellen Umsetzungsstand des Innovationsfonds.

Zudem sprach sich der G-BA-Vorsitzende für die Festlegung von Förderschwerpunkten für den Bereich der innovativen Versorgungsformen aus, da dies auch eine Vergleichbarkeit der Anträge ermöglichen würde. Dabei werde man sich nach seinem Dafürhalten zunächst an den im Gesetz genannten Schwerpunkten orientieren, allerdings sei der dort aufgeführte Katalog keineswegs als abschließend zu verstehen. Darüber hinaus hält Hecken es für denkbar, dass es zu Beginn eine offene Förderrunde ohne inhaltliche Beschränkungen gibt. Dies wäre sinnvoll, denn so würde man die Antragsteller, die bereits in den Startlöchern stehen, nicht ausbremsen und den Innovationsfonds schnell zum Laufen bringen. Außerdem könnte sich der Innovationsausschuss auf diese Weise ein Bild vom breiten Spektrum der Innovationsideen machen.

Ungeklärt ist bislang noch die Frage nach der Übertragbarkeit der Mittel über das jeweilige Kalenderjahr hinaus. Sofern der Gesetzgeber eine Änderung zugunsten der Übertragbarkeit vornehme, sei es möglich, pro Jahr 75 Mio. Euro Fördermittel zu vergeben und Projekte für vier Jahre in jeweils gleicher Höhe zu fördern. Die letzte Tranche würde dann 2022 ausgezahlt. Sollte die Entscheidung gegen eine Übertragbarkeit fallen, müsste das gesamte Budget von 300 Mio. Euro im Jahr 2016 vergeben werden. Wollte man dann Projekte über mehrere Jahre fördern, seien die Fördermittel der Folgejahre somit bereits im Vorhinein gebunden.

Im Bereich der Versorgungsforschung gehe es um Forschungsvorhaben mit einem realen Bezug zur Versorgungspraxis, nicht um Grundlagenforschung. Die mögliche Übernahme der Erkenntnisse in Gesetze und Richtlinien bilde hier einen wichtigen Fokus. Dies beziehe sich auch auf Richtlinien des G-BA. So liege etwa in der Evaluation der SAPV-Richtlinie ein lohnenswerter Forschungsgegenstand. Als Antragssteller für Fördervorhaben im Bereich Versorgungsforschung sieht Hecken hier in er-



ster Linie universitäre und außeruniversitäre wissenschaftliche Einrichtungen.

Rechtssicherheit ist Voraussetzung für den Erfolg des Innovationsfonds

Ein weiterer Punkt, der noch einer abschließenden Klärung bedarf, ist die Unsicherheit, ob im Falle einer Förderung bei den Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber das europäische Vergaberecht anzuwenden ist.

Der Innovationsfonds ist darauf angelegt, Teamleistungen zu fördern. Solche Teams könnten beispielsweise aus Krankenkasse, KV, Ärztenetz, Software-Anbieter und wissenschaftlichem Institut bestehen. Dieser Rahmen erfordert es, dass die Projektpartner sich bereits im Stadium der Antragstellung zusammenfinden und miteinander abstimmen. Eine entsprechende Rechtssicherheit, die für alle beteiligten Akteure gleichermaßen gewährleistet sein muss, stellt daher eine zentrale Voraussetzung für den Erfolg des Innovationsfonds dar.

Hecken berichtete zu diesem Punkt, dass bereits ein Rechtsgutachten vorliege, nach dessen Einschätzung wegen diverser Limitierungen keine Ausschreibung auf europäischer Ebene nötig sei. Ob diese Einschätzung am Ende von den Gerichten geteilt wird, bleibt abzuwarten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Rechtsunsicherheit tendenziell zu einer Lähmung der Akteure führt. Im Zweifelsfall könnten Rechtsstreitigkeiten erhebliche Verzögerungen nach sich ziehen, was vor dem Hintergrund der derzeit noch fehlenden Übertragbarkeit der Mittel möglicherweise gravierende Folgen hätte.

Erste Förderbekanntmachung für Dezember geplant

Zum Umsetzungsstand berichtete Professor Hecken, dass der Innovationsausschuss sich voraussichtlich Mitte Oktober konstituieren werde. Alle beteiligten Trägerorganisationen hätten ihre Vertreter bereits benannt. Darüber hinaus seien die Geschäfts- und Verfahrensordnungen derzeit in Vorbereitung. Patientenvertreter haben im Innovationsausschuss ein Mitberatungs- und Antragsrecht.

Der Expertenbeirat wird eine beratende Funktion übernehmen und Empfehlungen zur Förderentscheidung abgeben. Er besteht aus max. zehn durch das BMG berufenen Mitgliedern aus Wissenschaft und Versorgungspraxis mit versorgungswissenschaftlicher, klinischer und methodischer Expertise. Aktuell sammele das BMG Vorschläge der Akteure für die Besetzung des Expertenbeirats.

Für die praktische Abwicklung werden zwei Geschäftsstellen eingerichtet, die die Entscheidungen des Innovationsausschusses und des Expertenbeirats umsetzen. Zudem werde das Bundesversicherungsamt einen Mitarbeiter abordnen, um die vorgesehenen Zahlungsflüsse sicherzustellen. Die Auszahlung des Geldes erfolgt an den antragstellenden Projektträger.

Nach Einschätzung von Professor Hecken seien die Vorbereitungen so weit fortgeschritten, dass eine erste Förderbekanntmachung im Dezember 2015 erfolgen könne.



Abb. 1: Von Professor Hecken vorgeschlagener Ablauf für den Innovationsfonds, Quelle: Vortrag Prof. Hecken, BMC, Berlin, im September 2015.

Einstufiges Verfahren für neue Versorgungsformen, zweistufiges Verfahren für Versorgungsforschung

Vorausgesetzt, die Übertragbarkeit der Mittel wäre gegeben, schlug Professor Hecken folgendes Verfahren vor (vgl. Abb. 1): Zunächst würde der Innovationsausschuss Förderschwerpunkte benennen. Danach folgen eine Diskussion mit dem Expertenbeirat zu den Bewertungskriterien, die Erstellung der Ausschreibungsunterlagen sowie die Ausschreibung selbst. Eingegangene Anträge werden auf formale Vollständigkeit geprüft und gehen dann an den Expertenbeirat zur fachlichen und wissenschaftlichen Bewertung. Nach Abgabe der Empfehlung des Expertenbeirats würde der Innovationsausschuss die Förderentscheidungen treffen und diese veröffentlichen.

Nach Heckens Dafürhalten wäre für den Bereich der neuen Versorgungsformen ein einstufiges Verfahren vorgesehen, während für den Bereich der Versorgungsforschung ein zweistufiges Verfahren sinnvoller sei. Er begründete dies damit, dass man möglichst wenig Zeit verlieren wolle, was für ein einstufiges Verfahren spreche. Gleichwohl seien Vorhaben im Bereich Versorgungsforschung häufig sehr komplex und die antragstellenden Einrichtungen verfügten nicht immer über ausreichende Ressourcen, um im ersten Anlauf einen vollumfänglichen Antrag vorzulegen. Daher halte er hier ein zweistufiges Verfahren für besser.

Darüber hinaus sprach sich Professor Hecken für zwei bis drei Ausschreibungsphasen pro Jahr aus. Zudem wolle er eine Beratung für Antragsteller ermöglichen, damit Anträge nicht an formalen Hürden scheiterten. Auch Nachbesserungen bei zunächst zurückgewiesenen Anträgen sollen möglich sein.

Abschließend betonte Professor Hecken, dass es ihm um eine größtmögliche Transparenz rund um das Vergabeverfahren gehe. So sollen sowohl positive wie auch negative Förderentscheidungen veröffentlicht werden, lediglich die Gründe für eine Ablehnung würden nicht bekannt gemacht. <<

von: Sabine Barz

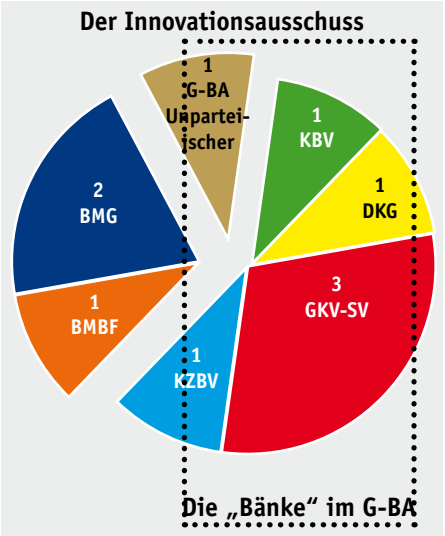


Abb. 2: Zusammensetzung des Innovationsfonds-Ausschusses, Quelle: nach Vortrag Hecken, BMC, Berlin.