INNOFONDS Fakten Status Diskurs

Kommentar zum Innovationsfonds:

Wie kommt Zukunft in den Fonds?

Die Versorgung im Rahmen von Selektivverträgen macht heute lediglich rund 0,8% der Gesamtausgaben der GKV aus.[1] Und aus diesen Selektivverträgen können wir auf nur wenige Beispiele verweisen, bei denen selektivvertragliche Konzepte in die Regelversorgung übergegangen sind.[2] Hier will der Innovationsfonds ansetzen: Die Zielsetzung des Fonds ist es, Versorgungsinnovationen schneller in die Regelversorgung zu bringen und so die Patientenversorgung weiter zu verbessern. Die Zurückhaltung bei der Entwicklung und Umsetzung von selektiven Versorgungsprozessen hatte bisher verschiedene Gründe.

>> Die Genehmigungsprozesse durch das Bundesversicherungsamt sind komplex. Das erhöht den Aufwand für die Kassen deutlich. Es ist deshalb zu begrüßen, dass mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) diese Vorlagenpflicht für Selektivverträge beim Bundesversicherungsamt (BVA) entfällt und so unnötige Bürokratie abgebaut werden kann.

Den Kassen fehlen zum Teil Anreize, Verträge zu forcieren. Das liegt unter anderem daran, dass der Aufwand für Entwicklung und Umsetzung von Selektivverträgen oftmals die zu erwartenden „Erträge“ deutlich übersteigt. Die Ansprache von Versicherten, die Einbindung von Partnern und die Auswahl von passenden Akteuren und Leistungserbringern sind aufwendig und erfordern ein hohes Engagement. Diese, durch Selektivverträge, entstehenden Investitions-, Personal- und Transaktionskosten können sich oft nur wenige, größere Kassen leisten. Auch erreichen Kassen durch Selektivverträge meist nur eine geringe Anzahl an Versicherten; und sie sprechen vor allem Versicherte an, welche häufiger und intensiver Leistungen in Anspruch nehmen. All diese Faktoren stellen derzeit Hemmnisse dar.

Idealerweise verringert eine optimale Versorgung in Form eines Versorgungsvertrages die Morbidität und bzw. oder die Ausgaben. Oftmals sind derartige Effekte für die Kassen kurz- und mittelfristig aber nicht zu erkennen. Hier setzt auch wieder die Kostenproblematik an: Evaluationen von Selektivverträgen sind aufwendig und müssen schon im Vorfeld detailliert geplant und auch finanziert werden. Das führt zu weiteren restriktiven Effekten auf den Investitions- und Umsetzungswillen.

Auch hat die Finanzarchitektur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dazu geführt, dass Kassen nur sehr begrenzte Möglichkeiten haben, in die Versorgung und in Selektivverträge zu investieren. Wir haben es derzeit vor allem mit einem Preiswettbewerb zwischen den Kassen zu tun, nicht mit einem Versorgungswettbewerb, der aus Versichertensicht wünschenswert wäre. Kassen können es sich derzeit nicht leisten, experimentelle Versorgungskonzepte auszutesten; noch dazu ohne zu wissen, ob sich dadurch die Versorgungseffizienz überhaupt verbessert.

Gleichzeitig fehlen Anreize, wirkungsvolle Selektivverträge in die Regelversorgung zu überführen. Wenn eine Kasse in einen gut funktionierenden Selektivvertrag investiert hat, sich ein Versorgungsnetzwerk aufgebaut hat, Kosteneffizienz erkennbar ist und Versicherte besser versorgt werden, so wäre es unter Wettbewerbsgesichtspunkten widersinnig darauf hinzuwirken, dass dieser Versorgungsansatz in die Regelversorgung überführt wird. Die initiierende Kasse würde auf den Entwicklungs- und Investitionskosten sitzen bleiben, alle anderen Kassen würden aber davon profitieren. Hier krankt derzeit das System. Ein Versorgungswettbewerb kann nicht stattfinden, so lange der Preis ausschlaggebender Faktor ist.

Der Innovationsfonds setzt nun an zwei Punkten des Innovationsprozesses in der Versorgung gleichzeitig an (vgl. Abb. 1). Idealerweise sollten diese zwei Ansätze aufeinander aufbauen bzw. in einer zeitlichen Abfolge stattfinden:

- **Versorgungsforschung:** Bevor Versorgungskonzepte im Sinne der Organisation der Versorgung entwickelt werden, müsste idealerweise „Grundlagenforschung“ betrieben werden. Der Fonds will dies in Form einer praxisnahen Versorgungsforschung (parallel zu den Versorgungskonzepten) fördern. Es sollen systematisch Versorgungslücken identifiziert und analysiert sowie darauf basierend neue Konzepte für langfristige Versorgungsziele entwickelt werden. Auch ist beabsichtigt, spezielle qualitätsrelevante Themen wie die sektorübergreifende Qualitätssicherung zu evaluieren.
  Die im Rahmen des Versorgungsforschungstopfes geförderten Projekte werden aufgrund der kurzen Laufzeit des Innovationsfonds zunächst keine Grundlage für die Entwicklung

1: Im Jahr 2011 standen 1,4 Mrd. EUR Ausgaben für Selektivverträge knapp 180 Mrd. EUR GKV-Ausgaben gegenüber. Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sondergutachten 2012; www.svr-gesundheit.de/index.php?id=436) und amtliche Statistik KV 45 2011.
2: Beispiele hierfür sind Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis – (VERAH) oder Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention – (AGnES).

Kommentar



MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Liebe Leserinnen und Leser,
was soll der Innovationsfonds langfristig bewirken? Dem Ziel, aus dem Innovationsfonds eine Art lernendes System zu machen, steht die relativ kurze Laufzeit des Fonds entgegen.

Umso mehr bedarf es hundertprozentiger Transparenz und aktiv eingebrachter Versorgungsforschungs-Expertise, um aus allen Projekten zu lernen – besonders aus solchen, die schiefgehen. Auf jeden Fall müssen alle Erkenntnisse veröffentlicht werden, damit darauf aufbauend der Lernprozess organisiert werden kann.

2016 beginnt die erste Runde. Es muss allen darum gehen, aus den Erfahrungen und Ergebnissen dieser ersten Runde zu lernen und schon für die kommenden Runden mehr und vielschichtigere Projekte zu entwickeln und einzureichen. Nur dann sind die Mittel des Fonds richtig eingesetzt und die effektivsten und qualitativ hochwertigsten Versorgungskonzepte können in die Regelversorgung eingehen. Das bringt dann die „Zukunft in den Fonds“.

Dazu braucht es Wissen und Erfahrungstransfer. Dieses Ziel hat sich der 6. MVF-Fachkongress am 8. März 2016 gesetzt. Beachten Sie bitte das Programm, das dieser Ausgabe beiliegt. Seien Sie dabei, diskutieren und lernen Sie mit!

Ihr
Prof. Dr. Reinhold Roski

der Versorgungsprojekte (Topf 2) aus dem Innovationsfonds sein. Nach Ablaufen des Fonds könnten aber dann auf Basis der Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung Versorgungskonzepte auf einer evidenzbasierteren Grundlage als bisher entwickelt werden.

- **Versorgungsprojekte:** Konzeptionell setzt der Innovationsfonds nun genau an den oben geschilderten Hindernissen an und fördert innovative Versorgungskonzepte, insbesondere in Form von Versorgungsprozessen, welche vornehmlich die Koordination und Kooperation der Versorgung betreffen, sogenannte Prozessinnovationen. Ob sich ein Versorgungskonzept für die Regelversorgung eignet, ist über eine begleitende Evaluation festzustellen. Im Idealfall sollen dann die evaluierten und für gut befundenen Versorgungsansätze in die Regelversorgung aufgenommen werden.

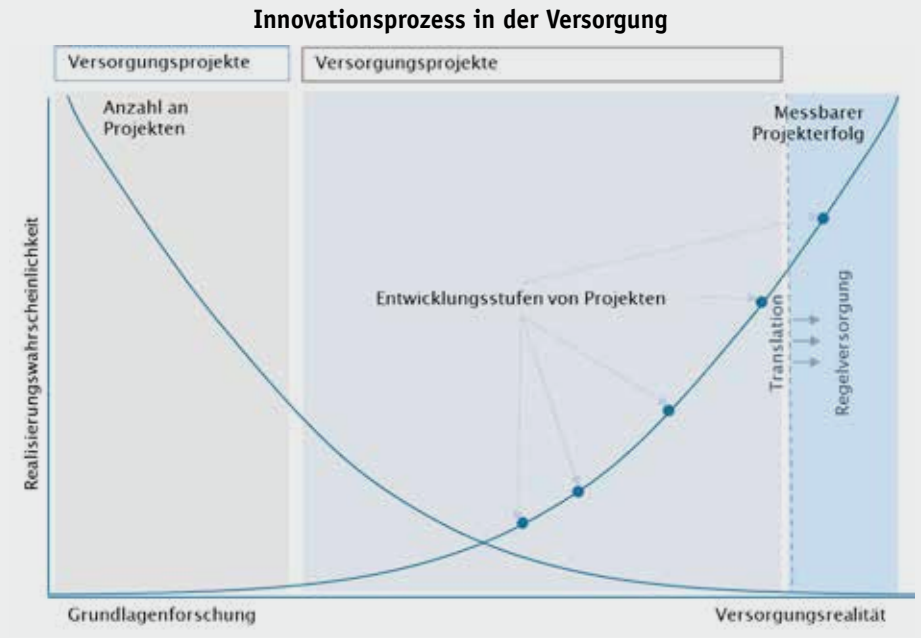


Abb. 1: Innovationsprozess in der Versorgung. Quelle: vdek auf Basis von IGES[3]

Wie hat sich der Innovationsfonds bis zum heutigen Tag entwickelt?

Am 23. Juli 2015 trat das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) in seinen wesentlichen Teilen in Kraft. Bereits am 15. Oktober 2015 fand die konstituierende Sitzung des Innovationsausschusses statt. Diese Umsetzungsgeschwindigkeit zeigt auf, welchen Umsetzungswillen alle Beteiligten haben.

Der Innovationsausschuss muss sich nun schnellstmöglich auf eine Verfahrensordnung einigen, die förderfähigen Themenschwerpunkte beschließen und die Förderkriterien für die Projekte festlegen. Zwar benennt das Gesetz beispielhaft einige Themenbereiche und Förderkriterien, doch liegt das Detail oftmals in der Umsetzung. Vor dem Hintergrund der letztlichen Zielsetzung des Innovationsfonds sollten deshalb die Förderthemen und die Förderkriterien mit Bedacht gewählt werden. Denn gerade eine flexible Themensetzung und die Berücksichtigung von Initiativideen jenseits von dezidierten Förderschwerpunkten ist der Charme, den der Innovationsfonds innehat. Wir wollen innovative Versorgungsprojekte fördern. Bestehende Defizite der Versorgung können mit Hilfe des Innovationsfonds abgefedert werden.

Was sind unsere Ziele für eine innovative Gesundheitsversorgung? Was wollen wir für unsere Versicherten?

Für die Versicherten auch in Zukunft eine kontinuierlich innovative, effektive und effiziente Versorgung sicherzustellen, ist leitend für das Handeln der Ersatzkassen. Zwar wurden die Förderthemen und Förderkriterien noch nicht festgelegt, aus unserer Perspektive werden wir darauf hinwirken, dass der von uns eingeschlagene Weg weiter und konsequent verfolgt wird. Wir sehen die Notwendigkeit, auch künftig eine koordinierte, evidenzbasierte Innovationstranslation zu fördern und zu fordern.

Der Innovationsfonds bietet uns nun die Möglichkeit, Versorgungskonzepte für neue Therapien und Verfahren zu testen, Evidenz zu sammeln und bei einer positiven Bewertung allen Versicherten zukommen zu lassen.

Bereits heute sind die Ersatzkassen aktive Förderer hochinnovativer medizinischer Leistungen. Gleichwohl stellen wir sicher, dass die innovativen Leistungen engen Rahmenbedingen unterliegen, wie der Einhaltung von zuvor festgelegter Struktur- und Prozessqualität.

Die nachfolgenden Beispiele für hochinnovative Leistungen in Form von Selektivverträgen sollen dies veranschaulichen. In den nachfolgend kurz skizzierten Projekten geht es dabei entweder um neue Leistungen, eine besondere Art der Leistungserbringung (Versorgungspfade) bzw. eine Vorabklärung wer unter welchen Bedingungen von einer spezifischen Versorgung (im Sinne einer Diagnostik oder Therapie) profitiert.

Protonentherapie

Für einige Indikationen stellt die Bestrahlung mit Protonen bzw. Schwerionen eine Therapieoption dar. Die Protonen- bzw. Schwerionenstrahlung durchdringt das Gewebe tiefer, um so auch tief im Körper liegende Tumore mit einer ausreichend hohen Strahlendosis zu bekämpfen. Zudem haben Protonen- bzw. Schwerionenstrahlen den Vorteil, dass sie höchst präzise auf den Tumor gelenkt werden können, das nebenliegende Gewebe gleichzeitig schonen. Das ist vor allem für Tumore am Hirnstamm oder bspw. dem Sehnerv relevant. Protonentherapieanlagen der neuesten Generation können mit Hilfe besonders scharf gebündelter Protonenstrahlen kleine und große Tumore sehr exakt erfassen und bestrahlen.

Die Behandlung ist hochinnovativ und basiert bisher auf nur einer geringen Evidenzlage, die biologische Wirksamkeit der Protonenstrahlung ist noch nicht in allen Details erforscht. Für eine Vielzahl von Tumorarten ist bisher nicht geklärt, ob die Protonenstrahlung zu messbaren Vorteilen gegenüber den sonstigen modernen Methoden hinsichtlich Tumorkontrolle, Überlebensraten, Nebenwirklungen, Komplikationen und Spätfolgen führt. Aus diesem Grund ist der Einsatz der Protonentherapie in der Regelversorgung derzeit nur eingeschränkt, für ausgewählte Indikationen einsetzbar.

— — — —

3: Vgl. www.vdek.com/presse/Broschueren/_jcr_content/par/publicationelement_0/file.res/IGES_Publikation_Rahmenbedingungen_Innovationsfonds.pdf (Zugriff 26.10.2015)

Grundsätzlich gilt auch, dass die Erbringung einer derart neuartigen Therapie nur für ausgewählte Indikationen und an dezidierten Zentren vorgesehen ist, da die Strahlenbehandlung mit Protonen extrem hohe Anforderungen an die Bestrahlungsplanung, Verifikation und Durchführung der Bestrahlungen setzt.

Dennoch sollen Patienten schon möglichst frühzeitig von innovativen und heilenden Therapien profitieren, auch wenn die Evidenzlage noch aufgebaut werden muss. Aus diesem Grund haben die Ersatzkassen vor rund sechs Jahren den ersten Vertrag zur Protonen- und Schwerionentherapie als ambulante Behandlung im Krankenhaus abgeschlossen. Der Vertrag umfasst – neben den Indikationen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als erforderlich eingestuft hat – darüber hinaus Indikationen, bei denen wegen der Seltenheit der Erkrankung oder der Besonderheit der Krankheitsverläufe ein zusätzlicher Nutzen gegenüber der konventionellen Behandlung zu erwarten ist. Damit verbunden ist die Dokumentation nach wissenschaftlichen Kriterien und der Publikation dieser Ergebnisse in Studien. Der Vertrag sieht vor, dass bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen gelten und die notwendigen Behandlungsschritte im Sinne eines Versorgungspfades für die Patienten geregelt sind.

Hintergrund der Entscheidung für einen derartigen Selektivvertrag ist das Ziel, innovative Verfahren und Innovationen frühzeitig und vor allem qualitätsgesichert, und für spezifische Indikationen in die Versorgung einzubinden, um Patienten und Versicherten einen schnellen und sicheren Zugang zu neuen Theapien geben zu können. Das dient unter anderem auch dazu, die noch dünne Evidenzlage mit Erkenntnissen aus speziellen Versorgungsverträgen zu erweitern und so zusätzliche Evidenz aus qualitätsgesicherten Versorgungssettings zu generieren.

BREK Brustkrebs und Eierstockkrebs

Für manche Versicherte ist das Risiko an Brust- und Eierstockkrebs zu erkranken familiär bedingt deutlich erhöht. Rund fünf bis zehn Prozent aller Brust- oder Eierstockkrebserkrankungen gehen auf einen angeborenen Defekt der Erbanlagen zurück. Ob eine genetische Veränderung, welche das erblich bedingte Erkrankungsrisiko erhöht, vorliegt oder nicht, kann mittels Gentests analysiert werden.

Wie in vielen Bereichen der Medizin sind auch rasante Fortschritte bei den technischen Entwicklungen in der Gendiagnostik feststellbar. Immer neue Risikogene werden identifiziert. Moderne genetische Verfahren machen es möglich, dass Frauen mit familiärem Brust- und Eierstockkrebs frühzeitig erkannt und über ihr individuelles Erkrankungsrisiko aufgeklärt werden können. Doch ein derartiger Gentest ist eine sehr sensible Angelegenheit und nicht mit einer einfachen Blutgruppenuntersuchung vergleichbar.

Die Interpretation der Ergebnisse von Gentests ist hoch komplex und erfordert die Kompetenz von auf diesem speziellen Gebiet erfahrenen Patholgen und Humangenetikern. Die Ersatzkassen haben deshalb mit den spezialisierten Zentren des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs – i.d.R. Universitätskliniken – besondere Versorgungsverträge abgeschlossen. Diese Selektivverträge bieten den Ersatzkassenversicherten eine fundierte Beratung und ggf. Bestimmung des Erkrankungsrisikos an.

Inhalt dieser Selektivverträge ist auch, dass die Kompetenz der Unikliniken hinsichtlich der Beratung und Risikobestimmung an qualifizierte Kooperationspartner auch außerhalb des Konsortiums weitergegeben werden. Über diese Qualifizierung kann das Risiko von falsch-negativen Diagnosen, die möglicherweise zu einem verspäteten Therapiebeginn führen, oder falsch-positiven Befunde, bei denen eine voreilige Therapie das Entfernen einer Brust oder der Eierstöcke nach sich ziehen könnte, verringert werden.

Diese Versorgungsstruktur hat Vorbildcharakter, insbesondere weil genetische Testungen künftig eine wachsende Bedeutung bei Therapieentscheidungen haben werden.

Ein weiteres Beispiel für eine strukturierte Versorgung, die zu einer Qualitätssteigerung führt, ist das Selektivvertragsmodul zu Lynparza. Das Medikament Lynparza ist zugelassen für die Behandlung von Rezidiven bei Eierstockkrebs. Wirksam ist das Medikament aber nur, wenn im Tumor bestimmte Genveränderungen nachgewiesen werden. Eine vorgeschaltete Gendiagnostik hat somit weitreichende Folgen für die Behandlung der Patientinnen. Umso wichtiger ist es, dass die Therapieentscheidungen nur nach qualitätsgesicherter Gendiagnostik durch auf diesem Gebiet erfahrene Ärzte der universitären Zentren des Konsortiums erfolgen.

Die Ersatzkassen wollen Innovationen zügig ihren Versicherten zur Verfügung stellen. Dabei muss gleichzeitig sichergestellt werden, dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stimmen.

Die oben erwähnten Selektivverträge sind gute Beispiele dafür, dass der Nutzen von hochinnovativen Therapien gegeben sein kann, die Umsetzung und Einführung in die Regelversorgung jedoch kontrolliert und qualitätsgesichert stattfinden muss. Der Innovationsfonds ermöglicht uns nun eine systematischere Entwicklung und Evaluation von Versorgungsprozessen, die den Patienten und Versicherten zu Gute kommen sollen.

Ausblick: Innovationsfonds

Mit Blick auf die aktuelle Ausgestaltung des Innovationsfonds sollten wir uns fragen:

Räumliche Verteilung: Beratung und Risikobestimmung familiären Brust- und Eierstockkrebs



Abb. 2: Räumliche Verteilung des Angebotes der Ersatzkassen für Beratung und Risikobestimmung bei Verdacht auf familiären Brust- und Eierstockkrebs. Quelle: vdek

Was wünschen wir uns? Und vor allem, was dient den Versicherten und den Patienten?

Den Innovationsfonds als lernendes System begreifen

Der Einsatz der 300 Mio. Euro p.a. beinhaltet eine hohe Verantwortung für alle Beteiligten. Die verwendeten Beitragsgelder erfordern aussagekräftige Evaluationen der geförderten Projekte. Eine ressourcenschonende und patientenzentrierte Versorgungspraxis ist das Ideal. Wir müssen darauf achten, dass die Mittel so eingesetzt werden, dass innovative, qualitativ hochwertige Therapien die Versorgungszukunft sicherstellen. Gleichzeitig sollten mit Hilfe des Fonds Versorgungsprozesse optimiert werden, damit diese effizient, patientenorientiert und effektiv durchgeführt werden.

Das sind hehre Zielsetzungen. Wir müssen den Fonds aber gleichzeitig auch als ein lernendes System verstehen. Zwar steht derzeit die organisatorische Ausgestaltung des Innovationsfonds im Vordergrund, nicht vergessen werden sollte aber auch – selbstkritisch rückblickend auf die bisherige Versorgungsgestaltung –, dass die Möglichkeit genutzt wird, die Umsetzungsmodi des Innovationsfonds nachzubessern.

Mittelausschöpfung nicht um der Mittelausschöpfung willen

Aus diesem Grund müssen wir auch den Mut aufbringen, den Innovationsfonds nicht im ersten Jahr ganz auszuschöpfen. Auch wenn die (Nicht-)Übertragbarkeit der Mittel einen einschränkenden Faktor darstellt, sollten die Versichertengelder nicht aktionistisch ausgegeben werden. Der Mut muss da sein, Mittel verfallen zu lassen, wenn es keine qualitativ hochwertigen Projekte gibt. Gerade weil Versichertengelder eingesetzt werden, ist aus unserer Sicht eine Kassenbeteiligung bei den Projekten unerlässlich. Denn nur so kann sichergestellt werden, dass die Gelder des Innovationsfonds auch zweck- und zielgerichtet eingesetzt werden.

Es ist davon auszugehen, dass im zweiten Jahr des Fonds mehr und vielschichtigere Projekte entwickelt und eingereicht werden. Die Chance auf eine Förderung dieser Projekte sollten wir uns nicht verbauen. Die geförderten Projekte sollen zielgerichtet sein, aber gleichzeitig muss auch genügend Spielraum für kreative Freiheiten, verschiedenartige Projekttypen und Projekte in verschiedenen Umsetzungsstadien bzw. an unterschiedlichen Punkten des Innovationsprozesses vorhanden sein.

Mut zum Scheitern: Aus Fehlern lernen und Erkenntnisse veröffentlichen

Es wird viele Ideen und Projekte geben, die gut sind und auch das Potenzial haben, eine sinnvolle Ergänzung und Erweiterung der Regelversorgung zu werden. Aber trotz der seit Jahren bestehenden Möglichkeiten, die Versorgung im Rahmen von selektiven Versorgungsverträgen zu verbessern – und auch der deutlichen Zunahme derartiger Verträge im Laufe der Jahre – haben sich innovative Versorgungsformen bisher nicht umfassend durchsetzen können. Das liegt auch daran, dass einige Versorgungsprozesse nur durch engagierte Partner und im Rahmen eines Modellprojektes funktionieren.

Prozessinnovationen in Form von Versorgungsprozessen sind bis heute schwer in die Regelversorgung zu überführen. Sie verschwinden oftmals mit dem Auslaufen eines Modellprojektes oder eines Selektivvertrages. Wir müssen die Chance ergreifen, die uns der Innovationsfonds gibt, und vor allem Prozessinnovationen fördern, die dem Patienten und dem Versicherten eine bessere, nachhaltigere und zwischen den Versorgungssektoren abgestimmte Therapie ermöglichen. Wir sollten auch bereit sein, unkonventionelle Versorgungsinnovationen zu testen.

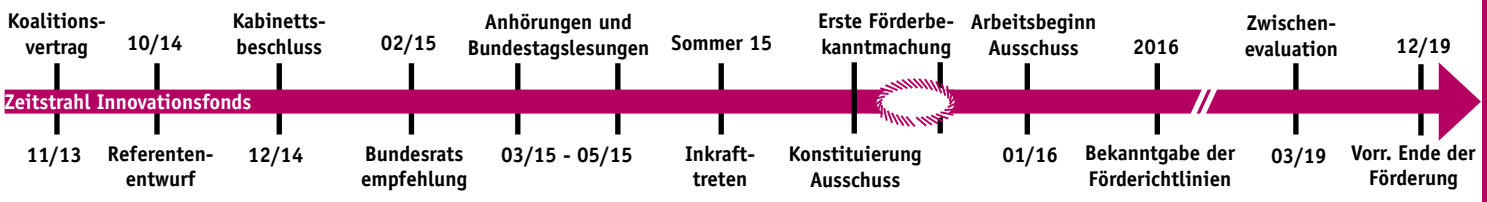
Gleichwohl müssen wir auch den Mut haben an innovativen Denkansätzen zu scheitern, die in der Versorgungsrealität vielleicht doch nicht umsetzbar sind. Genau das ist eine der Innovation inhärente Charakterisierung, denn hinter einer Innovation, die „durchkommt", stehen weitaus mehr innovative Ideen, die letztlich doch gescheitert sind.

Wir müssen auch dieses Scheitern dokumentieren und veröffentlichen. An anderer Stelle – bei klinischen Studien – ist genau das seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) zum 1. Januar 2011 verpflichtend. Sowohl pharmazeutische Unternehmer als auch Sponsoren klinischer Prüfungen müssen ihre Ergebnisberichte zu klinischen Prüfungen von zugelassenen Arzneimitteln den Bundesoberbehörden zur Verfügung stellen, damit sie veröffentlicht werden. Ähnliches gilt in den USA. Auf der seit dem Jahr 2000 öffentlich zugänglichen Website clinicaltrials.gov müssen sowohl private als auch öffentlich finanzierte klinische Studien registriert werden. Im Jahr 2007 wurde die Verpflichtung zur Registrierung auf weitere Studientypen ausgeweitet und für bestimmte Studientypen besteht seitdem die gesetzliche Pflicht Studienergebnisse auch zu veröffentlichen.

Wir sind – mit Blick auf die eingesetzten Beitragsgelder der Versicherten – dazu verpflichtet, auch ein Scheitern einer Idee, eines Konzeptes, eines Prozesses zu dokumentieren und die Gründe hierfür zu eruieren und publik zu machen. Nur so können wir sicherstellen, dass nur die effektivsten und qualitativ hochwertigsten Versorgungskonzepte in die Regelversorgung fließen und so den Patienten und den Versicherten zu Gute kommen. Der Innovationsfonds bietet uns die Chance, Versorgungskonzepte zu entwickeln, die bei entsprechenden Effekten auf die Qualität der Versorgung, allen zur Verfügung gestellt werden können. Wir sollten uns diese Chance nicht entgehen lassen. <<

Ulrike Elsner
ist seit Juli 2012 Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (ehemals VdAK/AEV); zuvor seit 2008 Leiterin der Abteilung Ambulante Versorgung und Vertreterin des Vorstandes; von 2004 bis 2008 Leiterin der VdAK/AEV-Landesvertretung Sachsen und von 1994 bis 2004 Referentin und Referatsleiterin Verträge in der VdAK/AEV-Landesvertretung Berlin. Sie hat Rechtswissenschaften an den Universitäten Augsburg und Freiburg studiert. Kontakt über: dorothee.moeller@vdek.com





6. MVF-Fachkongress „Innovationsfonds 2016: Die erste Runde“ am 8. März 2016

Innovationsfonds
2016: Die erste Runde
Ziele Mittelverteilung Nutzen
VERSORGUNGS
monitor **FORSCHUNG**

>> Der Innovationsfonds bietet große Chancen für Strukturveränderungen und Prozessinnovationen im Gesundheitssystem und für prospektive und begleitende Versorgungsforschung. Damit kann er auch zur weiteren Etablierung des Fachgebietes Versorgungsforschung erheblich beitragen. Wie gut werden diese Chancen genutzt? Sehr viel kann falsch gemacht werden. Die erste Runde läuft. Wie gut sind die ersten Entscheidungen? Welche Trends und Richtungen lassen sich erkennen? Welche Anträge, welche Antragsteller haben die besten Chancen? Wie soll es weitergehen?

Die Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ hat die Entwicklungen rund um den Innovationsfonds mit seinen Innovationsfonds-Sonderteilen intensiv begleitet. Mit dieser Konferenz möchten wir die Akteure im Gesundheitswesen und die Versorgungsforscher über den aktuellen Stand der 1. Runde informieren, Impulse für die Antragstellung geben und fragen, wie es in den nächsten Ausschreibungen weitergehen soll.

Beim 6. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ unter dem Titel **„Innovationsfonds 2016: Die erste Runde“** wird erneut aus den unterschiedlichen Sichtweisen – Politik, Selbstverwaltung, Versorgungsforschung und Akteure – darüber berichtet, welche Wege die besten sind, um – wie es Ulrike Elsner, die Vorstandsvorsitzende des vdek ausdrückt – „Zukunft in den Fonds zu bekommen“. <<

Vormittag

von	bis	Thema	
		Innovationsfonds: Runde 1 und danach	
09:30	10:00	Check-in	
10:00	10:10	Begrüßung	Prof. Dr. R. Roski (MVF) Dr. Jens Härtel (arvato)
10:10	10:40	Der Innovationsfonds: Wie kommt die Zukunft in den Fonds?	Ulrike Elsner (vdek, Berlin)
10:40	11:10	Der Expertenbeirat und seine Aufgaben	Lutz Stroppe (BMG)
10:10	11:40	Benchmarks: Erfahrungen in anderen Ländern	Prof. Dr. Reinhard Busse (TU Berlin)
11:40	12:10	Evaluierung und Priorisierung	Prof. Dr. Gerd Glaeske (Universität Bremen)
12:10	12:30	Fragen/Diskussion mit dem Plenum	Moderation: Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Vivantes, Berlin)
12:30	13:30	Mittagspause	

Nachmittag

von	bis	Thema	
		Anträge und Versorgungsforschung	
13:30	14:00	Chancen für die Versorgungsforschung	Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann (Universitätsmedizin Greifswald)
14:00	14:30	Chancen für Versorgungsmanagementprojekte der AOK	Harald Möhlmann (AOK Nordost, Berlin)
14:30	15:00	Erfolgreiche Anträge: Ideen - Beantragung - Evaluation - Projektmanagement	Karsten Neumann (IGES, Berlin)
15:00	15:30	Fragen/Diskussion mit dem Plenum	Moderation: Prof. Dr. Roski (MVF)
15:30	16:00	Kaffeepause / Posterführung	
		Nutzen für die Patienten, Erfahrungen und Ausblick	
16:00	16:30	Chancen für die Patienten	Dr. Martin Danner (BAG, Düsseldorf / Mitglied d. Innovationsausschusses)
16:30	17:00	Podiumsdiskussion: Innovationsfonds: Erwartungen an die Zukunft	Moderation: Prof. Dr. Reinhold Roski (MVF)
17:00	17:50	Innovationsfonds, die 1. Runde: Bisherige Erfahrungen und Ausblick auf kommende Ausschreibungen	Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender (G-BA, Berlin)
17:50	18:00	Verabschiedung	Prof. Dr. Reinhold Roski (MVF)
18:00	21:00	Abend-Talk mit Catering	

Sozialgesetzbuch SGB I - XII

Hrsg.: Walhalla Fachredaktion
Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII
Verlag: WALHALLA Fachverlag 2015
Seiten: 1568
ISBN: 978-3-8029-2003-5
Preis: 19,95 Eur



>> Der Preis-Nutzen dürfte hier auch ohne frühe Nutzenbewertung auf der Hand liegen: Pro Seite zahlt der Käufer gerade mal 1,2 Cent. Damit liegen die gesammelten Werke des gesamten Sozialgesetzbuchs von SGB I bis SGB XII auf der Ebene der Generikapreise. Was aber wie bei Generika, der Qualität keinen Abbruch tut: Hier findet man die aktuelle Ausgabe zum Regelwerk der sozialen Sicherung. Und damit es auch so bleibt, bietet der Verlag nicht nur ein Abonnement für „Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII“ an, mit dem die kommende Ausgabe automatisch und portofei zugesandt wird, sondern auch eine Online-Datenbank, die sogar monatlich aktualisiert wird. Darüber hinaus gibt es eine App für alle Apple-Produkte ab iOS 5.0.1. <<