

Podiumsdiskussion – „Der Innovationsfonds kurz vor dem Start“ (v.li.): Prof. Josef Hecken (G-BA), Dr. Christoph Straub (BARMER GEK), Dr. Regina Feldmann (Kassenärztliche Bundesvereinigung), Moderator Dr. Albrecht Kloepfer, Hannelore Loskill (BAG SELBSTHILFE), Prof. Dr. Holger Pfaff (IMVR) und Prof. Dr. Gabriele Meyer (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale).

Podiumsdiskussion – „Der Innovationsfonds kurz vor dem Start“

Faktische Übertragbarkeit und Qualität vor Proporz

Die Einrichtung des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist das herausragende Merkmal des GKV-VSG (§92a, b), der der Evaluation von Strukturveränderungen des Gesundheitswesens und der Versorgungsforschung dienen soll. Er soll insbesondere innovative, sektorenübergreifende Projekte erproben, die dann in die Regelversorgung übergehen. Über die genaueren Details diskutierte eine Expertenrunde auf dem 14. Jahreskongress des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung.

>> Einem vom DNVF eingebrachten Wunsch und Vorschlag folgend wird für Versorgungsforschungs-Fördermaßnahmen im Rahmen des Innovationsfonds ein zweistufiges Antragsverfahren implementiert, wie Prof. Josef Hecken, der Vorsitzende des G-BA und auch des kürzlich konstituierten Innovationsausschusses, in einem Impulsvortrag zum Start der Podiumsdiskussion „Der Innovationsfonds kurz vor dem Start“ auf dem 14. Jahreskongress des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung bekanntgab. Dieses zweistufige Antragsverfahren gilt jedoch nur für den 75-Millionen-Euro-Topf, der explizit für Versorgungsforschungsstudien bereitgestellt wird, während für Förderanträge des Innovations-Parts von 225 Millionen Euro jährlich ein einstufiges Antragsverfahren vorgesehen ist.

Der Unterschied ist nach Worten Heckens dem Umstand geschuldet, dass der Antragsteller im zweistufigen Antragsverfahren zuerst nur eine Projektskizze vorlegen kann, die dann der Expertenbeirat des Innovationsausschusses begutachtet, um zu beurteilen, ob das vorgeschlagene Projekt überhaupt eine Förderchance hat. Erst wenn der Expertenbeirat, zu dem das DNVF bereits drei seiner Mitglieder vorgeschlagen hat, dies bejaht, wird der Antragsteller zur Vorlage eines endgültigen und kompletten Projektantrages aufgefordert, in dem dann noch eventuelle formale oder auch inhaltliche Mängel korrigiert und beseitigt werden können. Im einstufigen Antragsverfahren hingegen setzt der Innovationsausschuss einen kompletten Antrag einschließlich Evaluationskonzept voraus. „Diese Aufteilung folgt dem Willen, dass wir sehr schnell in die Versorgungsforschungs-Projekte kommen wollen“, erklärte dazu Hecken. Da aber die Projekte aus dem Bereich der Versorgungsforschung wohl meist kleinere sein werden, könne von den Forschern nicht verlangt werden, schon für den Projektantrag als solchen viel Geld zu investieren; zudem Geld, das möglicherweise eine kleinere Forschungseinrichtung gar nicht habe.

Bei Großprojekten im Rahmen des 225-Millionen-Euro-Topfes hingegen, in denen regelhaft eine Krankenkasse Mitantragsteller sein müsse, könne der Innovationsausschuss diesen Vorinvest sehr wohl verlangen – nur vor diesem Hintergrund gebe es unterschiedliche Antragsregularien, die in der derzeit in Arbeit befindlichen Verfahrensordnung festgeschrieben und auf www.innovationsfonds.g-ba.de veröffentlicht werden.

Schwerpunktsetzungen durch die Ausschreibungen

Ebenso wird es noch im Dezember eine erste Förderbekanntmachung (erste Inhalte siehe auch „Market Access & Health Policy“ 06/15) geben, die derzeit noch sehr intensiv diskutiert würden, unter anderem auch auf der nächsten Sitzung des Innovationsausschusses am 17. Dezember 2015. Hecken: „Bei der ersten Förderbekanntmachung wollen wir uns nicht auf die Vorgaben beschränken, die der Gesetzgeber gemacht hat.“ Denn die seien nicht abschließend, auch wolle der Innovationsausschuss nicht nur jene Themen abarbeiten, die „zufälligerweise in der Gesetzesbegründung oder im Gesetzestext benannt“ worden seien. Im Gegenteil, der Ausschuss wolle neben Schwerpunktsetzungen, die in den jeweiligen Ausschreibungen (und so auch schon im ersten, der noch im Dezember veröffentlicht werden solle) aufgenommen würden, zudem mindestens einmal im Jahr die Möglichkeit eröffnen, freie Anträge zu stellen. Hecken: „Weil wir ja auch nicht wissen, was es überall auf der Welt noch möglicherweise an Ideen gibt.“

Weiters soll bei der Bewertung dem Evaluationskonzept der Projekte, die im 225-Millionen-Bereich laufen werden, eine sehr große Gewichtung zukommen. Das Ziel sei es ja, am Ende die nötige Evidenz zu generieren, die eine Entscheidung über die Möglichkeit der Überführung in die Regelversorgung begründen kann – das sei aus seiner Sicht „der zentrale Vorteil dieses Innovationsfonds.“ Denn in der Vergangenheit seien Tausende von Ansätzen erprobt worden, die nach Bauchevidenz auch alle einen Segen gebracht hätten, doch sei die Masse am Ende daran gescheitert, dass man entweder schon den Status quo vor Beginn des jeweiligen Projektes nicht erhoben oder keine belastbaren Daten für bestimmte Endpunkte hatte. Hecken: „Das ist eine sehr wichtige Aussage, die auch für

die Versorgungsforschung von Bedeutung ist." Denn das bedeute, dass Evaluation qua Versorgungsforschung auch jenseits des 75-Millionen-Blocks im 225-Millionen-Block „eine sehr große Rolle spielt".

Um die Umsetzung von der Projekt- auf die Regelversorgungsebene zu erleichtern, sollen von vorne herein vor allem jene Projekte ausgesucht werden, die den größten Nutzen für die Regelversorgung haben, dafür weniger „irgendwelche exotischen Dinge".

Das Wesen des Innovationsfonds sei es, die Versorgungsqualität zu verbessern und reale Versorgungsprobleme zu identifizieren. Deshalb werde – was Hecken bereits in seinem Entwurf für die erste Förderbekanntmachung niedergelegt habe – „ganz klar keine Grundlagenforschung" gefördert, sondern vor allem eben jene Projekte, die am Ende durch Versorgungsforschung bewiesene Vorteile und positive Erkenntnisse für die Übertragbarkeit in die Regelversorgung generieren können. Denn: „Ich mache kein Jugend forscht."

Zudem soll in der Projektauswahl – und hier hoffe er, dass das sowohl die Bundesregierung als auch die Träger (damit meint Hecken die im G-BA vereinten und ebenso im Innovationsausschuss massiv vertretenen Bänke) so sehen – „Qualität vor Proporz bei den Auswahlentscheidungen in den Mittelpunkt" gestellt werden. Und nicht zuletzt will er als Vorsitzender des Innovationsausschusses möglichst große Projekte fördern. Dies sei zwar vielfach vom Spitzenverband Bund kritisiert worden, doch könne nur so gewährleistet werden, dass für den jeweiligen Einzelfall eine belastbare Evaluation ermöglicht werden könne. Vor diesem Hintergrund gelte: eine nötige Projektgröße in Abhängigkeit von dem notwendigen Maß an Evidenzgewinnung.

Als letzten Punkt, den Hecken in seinem Impulsvortrag erwähnte, sprach er die noch im Gesetz (und auch sicher weiterhin) fehlende Übertragbarkeit der Mittel an. Im Augenblick ginge er davon aus – wobei er hoffe, dass diese Ansicht die Rechtsaufsicht (die das BMG ausübt) endgültig mittrage –, dass der Innovationsausschuss trotz der fehlenden Übertragbarkeit der Mittel gleichwohl die Möglichkeit haben wird, eine faktische Übertragbarkeit herbeizuführen. Dies mache die Bundeshaushaltsordnung möglich, so zumindest die Aussage einer Anwaltskanzlei, die den G-BA berät. Der Ansatz dabei ist der, die für ein Projekt bewilligten Mittel gleich für vier Jahre an den Projektträger auszuschütten, womit man faktisch eine Übertragbarkeit erreichen könne. <<

„Die Zukunft der Harmonie"

„Das ist eine ganz große Chance für die Versorgungsforschung", wertete Prof. Dr. Holger Pfaff (IMVR und Vorstandsmitglied des DNVF) den Innovationsfonds. Historisch gesehen sei das Fondsbudget „eine Riesensumme", mit der Deutschland in der Versorgungsforschung im Vergleich zu Amerika aufholen könne. Wobei klar sein müsse, dass die zu fördernden Projekte „keine Spielwiese" sein dürfen; was aber auch dem Kern des Selbstverständnisses dieser Wissenschaft widerspreche. Denn „letztendlich geht es bei Versorgungsforschung immer um Anwendungsnähe und auch die Frage der Umsetzbarkeit", erklärte Pfaff.

Auch Prof. Dr. Gabriele Meyer (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale) sieht im Innovationsfonds eine „große historische Chance", mit der das umgesetzt werden könne, was international seit langem für Evidence Based Healthcare gefordert werde. Dazu gehörten neben einer Prioritätensetzung beispielsweise auch Registrierungspflicht, veröffentlichungspflichtige Studienprotokolle, im Prinzip „totale Transparenzoffensive" samt möglichst internationaler Evaluation der Studienlandschaft und zwar nach höchsten methodischen Erfordernissen.

„Die Kiste muss evaluiert werden, denn erst dann werden wir wissen, ob wir das Geld versenkt haben oder ob wir es vernünftig ausgegeben haben." Darin stimmte ihr Hecken zu, ebenso bei der Transparenz bezüglich der Prioritätensetzung. Doch in Sachen Evaluation verwies er auf den Gesetzestext, in dem geschrieben stehe, dass durch das BMG eine Evaluation des Innovationsfonds spätestens nach Ablauf von drei Jahren zu veranlassen ist.

Welche Projekte ganz oben auf der Prioritätenliste stehen sollten, weiß beispielsweise Dr. Regina Feldmann (Kassenärztliche Bundesvereinigung) ganz genau: Das seien immer jene Projekte, bei denen „am Ende eine gute Versorgung" herauskommt und bei denen ein wirtschaftlicher Hintergrund darstellbar sei. „Da stehen die niedergelassenen Ärzte voll dahinter", meinte Feldmann, die bereits viele Projekte kennt, die die KBV gerne als Vorschlag einbringen möchte. Die von Hecken explizit geforderte Evaluation sei wichtig, um die erprobten Projektansätze flächendeckend in die Regelversorgung übernehmen zu können.

Was in der Vergangenheit eben nicht so war. Da ist sie ganz bei Dr. Christoph Straub (BARMER GEK), der wie sie bemängelte, dass die Umsetzung der bisherigen Verträgen nach § 140 eher mangelhaft gewesen sei. Das hätte aber, widersprach ihr Straub, nicht daran gelegen, dass der § 140 zwar ein grundsätzlich geeignetes Instrument gewesen sei, sondern das strukturelle Problem in der Auslegung dieses Paragraphen durch das Bundesversicherungsamt (BVA) bestanden hätte: „Das hat gebremst." Der Misserfolg der IV-Verträge sei nicht auf „irgendwelche Leute" zurückzuführen, die auch mal einen beknackten Vertrag gemacht hätten; da könnte er von diversen Seiten „ein paar benennen". Doch, sagte Straub, „lassen wir's einfach bleiben", und erntete Applaus für die Aussage. Denn er läutete damit, wie Moderator Dr. Albrecht Kloepfer es so nett formulierte, „die Zukunft der Harmonie" ein.

Von Seiten der Patientenvertretung jedenfalls gibt es diese Harmonie noch nicht; und zwar deshalb, weil diese weder beim G-BA noch im Innovationsausschuss ein Stimmrecht hat. „Sie haben doch vorhin alle die Einführung von Herrn Hecken gehört", erklärte Hannelore Loskill, die für die BAG SELBSTHILFE in der Patientenvertretung des G-BA mitberatend teilnehmen darf. Der habe doch sehr deutlich gesagt, dass in der konstituierenden Sitzung des Ausschusses (Anm. d. Red.: die inzwischen erfolgt ist) die „stimmberechtigten Mitglieder der Geschäftsordnung" zustimmen würden. Loskill: „Das heißt auch, dass in diesem Ausschuss der ein oder andere nicht stimmberechtigt ist. Und das sind die Patientenvertreter."

Auf Kloepfers Frage, ob die Patientenbeteiligung denn überhaupt ein Stimmrecht haben wolle, bezeichnete sie das als eine „Gretchenfrage", die den Patientenvertretern schon oft gestellt und die genauso oft bejaht wie verneint worden sei. Loskill: „Es kommt eben sowohl darauf an, an welcher Stelle man beteiligt wird, wie man Beteiligung nennt und wie man sein Stimmrecht ausüben kann." Hier gebe es jede Menge Definitionen, die sie im Endeffekt an einen Slogan aus der Historie der Behindertenbewegung erinnern würde, der da geheißen hätte: „Nichts über und ohne uns." Rückgespielt auf den Innovationsfonds bedeute das, dass hier zwar „Berge von Anträgen" geschrieben und „wunderbare Projekte" angedacht würden, mit denen dann über die Patienten geforscht werden soll, doch: „Aber wo werden die Kenntnisse und die Erfahrungen aus den Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen mit einbezogen? Da warte ich drauf." Dabei sei es doch geradezu eine Herausforderung, all diese innovativen Projekte in der Versorgung und auch in der Versorgungsforschung gemeinsam mit den Patientenorganisationen zu gestalten – das fände sie spannend und darauf würden Patientenvertreter auch ein Augenmerk haben. Sie setzte noch dazu: „Auch wenn wir kein Stimmrecht haben. Aber reden kann man ja trotzdem mal."

Dem kann Straub nur zustimmen, der, wie er ausführte, seine Karriere im Gesundheitssystem an einer Universität mit dem Hauptarbeitsfeld Patient Centered Care begonnen habe. Es sei gar nicht vorstellbar, prozessorientierte Versorgungsforschung auf hohem Niveau ohne patientenseitigen Input und patientenseitig definierte Ergebnisvariablen machen zu wollen. Straub: „Wir brauchen die Patienten und zwar direkt gefragt, nicht über ihre Mandanten, nicht über die Kasse und nicht über den Arzt."

Das sieht Hecken etwas anders. Er sei, wie er es ausdrückte, zwar froh, dass die Patientenvertreter dabei sind, weil die auch beurteilen könnten, ob ein Versorgungsdefizit besteht, und ebenso bei der Beantwortung der Frage mithelfen könnten, ob ein Projekt die Chance habe, in die Regelversorgung übertragen zu werden. Doch sei ein Stimmrecht in inhaltlichen Fragestellungen „eine Zerreißprobe für die Patientenvertretung". Dafür sei diese viel zu heterogen aufgestellt.

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier