

„Ein stimmiges Konzept f systematischen Transfer“

Im Doppel-Titelinterview: Prof. Josef Hecken, G-BA, und Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, DNVF.

„Nur so können wir die nötige Evidenz schaffen, die man für jede Art von Verbesserung des Systems dringend benötigt” (Hoffmann). „Transfer darf nicht nur vom guten Willen der Beteiligten abhängen” (Hecken). Im MVF-Doppel-Titelinterview diskutieren Prof. Josef Hecken, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), und Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, der Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF), Ideen zur Weiterentwicklung des Innovationsfonds. Dabei stehen eine Kontrahierungspflicht, mögliche Interimsanalysen und eine Umsetzungsverpflichtung der am Projekt beteiligten Krankenkassen bei positiver Transferempfehlung im Fokus der Diskussion.

>> Sehr geehrte Herren Professoren, würden Sie der These zustimmen, dass der Innovationsfonds ein für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland herausragendes Instrument ist? Ja oder Nein?

Hecken: Grundsätzlich ist der Innovationsfonds ein gutes Instrument. Ich habe persönlich dafür gekämpft, dass es diesen Fonds überhaupt gibt. Wir brauchen einen Experimentierbereich, um das doch recht träge Gesundheitssystem auch vom Kleinen zum Großen und von unten nach oben zu verbessern. Schrittweise können so immer mehr erforschte oder erprobte gute Ideen in die praktische Umsetzung kommen. Natürlich gibt es beim Innovationsfonds noch Optimierungsbedarf, doch die politische Entscheidung, den Fonds zu verstetigen, ist richtig – trotz beziehungsweise gerade wegen der aktuell drängenden Finanznöte. Wenn wir strukturelle Veränderungen und vor allem effizienz- und qualitätssteigernde Verbesserungen im Gesundheitssystem wollen, dann brauchen wir diese Erprobungsplattform dringend.

„Der entscheidende Punkt ist für mich, ob die Quantität der geförderten Projekte im Ergebnis mit dem Outcome übereinstimmt."
Prof. Josef Hecken, G-BA

Hoffmann: Der Innovationsfonds ist ein sehr wichtiges Instrument zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland – und derzeit auch das einzige mit der Möglichkeit, in Kooperationen mit vielen Akteuren im Gesundheitssystem sektorübergreifend neue Versorgungsformen zu entwickeln und zu evaluieren. Nur so können wir die nötige Evidenz schaffen, die man für jede Art von Verbesserung des Systems dringend benötigt. Wesentliche andere Fördersysteme gibt es dafür aktuell nicht, weder im Sinne der sektorübergreifenden Verbesserung noch für Projekte in der Größe, die für die neuen Versorgungsformen erforderlich ist. Für die Versorgungsforschung gibt es auch andere Fördertöpfe, doch können weder auf der EU- noch auf der nationalen Ebene – etwa durch die DFG – aktuell im nötigen Umfang Projekte gefördert werden, mit denen neue Versorgungsmodelle entwickelt, implementiert und evaluiert werden können. Insofern hat der Innovationsfonds eine bedeutende Alleinstellung. Die Frage lautet jedoch – und die werden wir sicher miteinander diskutieren, ob der Innovationsfonds diesen Prinzipien und den in ihn gesetzten Erwartungen in seiner jetzigen Ausgestaltung vollumfänglich gerecht werden kann.

Dann beginnen wir doch gleich damit: Ist der Innovationsfonds bisher wirklich herausragend bei der Anzahl der inzwischen beantragten und durchgeführten Projekte? Und vor allem: Wurde in der Summe der Sprung von der Quantität zur Qualität geschafft?

Hecken: Das kann ich ausdrücklich bejahen. Wenn man die 347 Beschlüsse des Innovationsausschusses zu abgeschlossenen Projekten seit Dezember 2020 analysiert, erkennt man, dass darin 97 Prüfbitten zum Aufgreifen der Projektergebnisse in der Versorgung oder Empfehlungen zur Erprobung als sogenannte Neue Versorgungsform, kurz NVF, ausgesprochen wurden – das sind immerhin 27,9%, also fast ein Drittel. Dabei stammen 50 Projekte aus dem Förderteil der Versorgungsforschung, 26 aus dem Förderpart der NVF und weitere 21 aus dem Förderpaket der medizinischen Leitlinien. Zu den erwähnten 97 Beschlüssen kommen weitere 120 Beschlüsse hinzu (34,6%), deren Ergebnisse informatorisch weitergeleitet wurden – 92 stammen aus der Versorgungsforschung und 28 aus den NVF. Und schließlich gab es 130 Beschlüsse – 75 Versorgungsforschung und 55 NVF –, bei denen keine Empfehlung ausgesprochen werden konnte. Doch selbst aus diesen Projekten lernt das System. Denn damit steht dann fest, dass eine hinreichend gut begründete und plausibel erscheinende Hypothese einer strengen evidenzbasierten Überprüfung eben doch nicht standgehalten hat.

Besteht denn noch ausreichend Interesse am Innovationsfonds?

Hecken: Das Interesse ist weiterhin groß. Wir könnten inzwischen noch viel mehr Projekte fördern, haben aber natürlich nur begrenzte Mittel zur Verfügung. Mit der Entscheidung des Gesetzgebers 2024, den Innovationsfonds zu verstetigen, hat er zugleich das jährliche Fördervolumen verringert. Dadurch und aufgrund steigender Antragszahlen ist über die Jahre die Wahrscheinlichkeit für Antragsteller deutlich gesunken, einen positiven Förderbescheid zu erhalten. Inzwischen verzeichnen wir einen Faktor von 1 zu 5 oder gar 1 zu 10 der Anträge, die schlussendlich auch gefördert werden. Damit liegt der Innovationsfonds übrigens auf dem Level der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Der entscheidende Punkt ist für mich jedoch, ob die Quantität der geförderten Projekte im Ergebnis mit dem Outcome übereinstimmt.

Die Frage lautet, ob es ein angemessenes Verhältnis zwischen investierten Mitteln und dem möglichen Nutzen gibt, indem verbesserte sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen implementiert werden konnten.

Hecken: Ich erinnere mich noch sehr gut daran, dass ich zum Start des Innovationsfonds gesagt hatte, dass wir froh sein können, wenn es uns gelingt, 30 Prozent der geförderten Projekte in große Selektivverträge oder in die Regelversorgung zu überführen. Wir sind im Augenblick ganz nah an diesem Ziel: Derzeit sind circa 27 Prozent der von uns geförderten Projekte in der ein oder anderen Form in der Umsetzung begriffen. Es handelt sich um Projekte, bei denen Anhaltspunkte für Versorgungsverbesserungen evaluiert wurden und wir diesen Mehrwert an verschiedene Adressaten mit der Bitte zur Etablierung oder zumindest als Information weiterleiten konnten. Solche Empfehlungen zur Umsetzung gingen zu 21 Prozent an die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sowie medizinische Fachgesellschaften, zu 15 Prozent ans Bundesministerium für Gesundheit und nachgeordnete Behörden, zu 14 Prozent an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und zu

13 Prozent an die Trägerorganisationen des G-BA. Rechnet man hier die Leitlinien heraus, da die Aktualisierungen einer Leitlinie üblicherweise umgesetzt werden, liegen wir immerhin noch bei 22 Prozent der Projekte, die zu guten Erkenntnissen geführt haben und daher an verschiedene Akteure zur Umsetzung weitergeleitet wurden. Sie stellen einen echten Fortschritt dar, weil durch sie Versorgungsverbesserungen implementiert werden können.

„Es nützt wenig, bei positiven Beschlüssen seitens des Innovationsausschusses Briefe mit Empfehlungen zu verschicken, solange seitens der Politik keine Verantwortungsverpflichtung eingeführt wird."
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, DNVF

Schade ist nur, dass es bislang noch kein einziges Projekt der Neuen Versorgungsformen gegeben hat, das eins zu eins in die Regelversorgung übernommen werden konnte. Das einzige, bei dem dies angestanden hätte, musste beendet werden, weil durch fehlerhafte Datenauswertungen die benannten Vorteile dann doch nicht so hoch wie ursprünglich angenommen ausfielen.

Hecken: Ja, das war höchst bedauerlich, es ging bei dem Projekt um Sporttherapie bei leichten bis mittelschweren Depressionen. Aber wir lassen uns von dieser Erfahrung nicht entmutigen, denn es gibt eine ganze Reihe von Förderprojekten, die zu Verbesserungen der Versorgung führen. Wir haben zum Beispiel bei den Neuen Versorgungsformen das Projekt CCC-Integrativ, das eine evidenzbasierte Beratung von Krebspatientinnen und -patienten im Bereich der komplementären Medizin und Pflege etabliert und untersucht hat. Die im Programm entwickelten Informations- und Schulungsmateria-lien werden mittlerweile deutschlandweit von allen Kassen angeboten. Das Projekt ZSE-DUO hat seltene Erkrankungen in den Blick genommen und an Zentren eine duale Lotsenstruktur – bestehend aus einer somatischen und einer psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachärztin oder einem Facharzt – erprobt. Diese Lotsen begleiten die Patientin oder den Patienten bei der Abklärung der Erkrankung. Bei deutlich mehr Betroffenen konnte so spätestens nach zwölf Monaten eine abschließende Diagnose gestellt werden. Heute gibt es bereits Selektivverträge, unter anderem mit der Uni Würzburg, die diese Struktur aufgegriffen haben. Ein drittes Beispiel: In Berlin gibt es einen Selektivvertrag zwischen den Vivantes Kliniken und der AOK Nordost, der auf das Projekt Cardiolotse zurückgeht. Das im Förderprojekt entwickelte Lotsenmodell hilft Menschen mit einer Herzerkrankung, eine passende ambulante Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt zu finden. All das sind vom Innovationsfonds geförderte Projekte, die uns zeigen, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Und wir sollten nicht vergessen, dass viele Förderprojekte anfangs mit allerlei Schwierigkeiten und ungeahnten Umständen zu kämpfen hatten, ausgelöst vor allem durch die Corona-Pandemie. Die Folgen von Corona haben in der ersten Förderphase, als die größeren Innovationsprojekte anliefen, viele Rekrutierungspläne völlig zunichtegemacht. Da brauchte es schon eine gehörige spirituelle Kraft der Konsortialführer und -partner, um durchzuhalten.

Hoffmann (*lacht*): Spirituelle Kraft haben Versorgungsforscher jede Menge, das ist bei uns ein wesentlicher Resilienzfaktor. Den brauchen wir aber auch, weil das Gesundheitssystem, in dem wir – nicht nur im Rahmen des Innovationsfonds – aktiv sind, nicht gerade das veränderungsbereiteste ist. Dennoch möchte ich die eben genannten Prozentzahlen in einen größeren Kontext stellen: Es ist gut und richtig, dass die Projektergebnisse daraufhin geprüft werden, ob die erzeugten Ergebnisse in irgendeiner Form in die Regelversorgung überführt werden sollten. Wenn das anschließend aber nur verhalten oder gar nicht geschieht, ist das nicht die Schuld des Innovationsfonds oder des Innovationsausschusses, und ebenso wenig der Versorgungsforschung. Vielmehr verbirgt sich der Grund für den mangelnden Transfer in der Tatsache, dass der Innovationsfonds für den tatsächlichen Transfer in die reale Versorgung politisch unzureichend ausgestaltet wurde. Das führt dazu, dass viele der mit einer Transferempfehlung positiv beschiedenen Projekte dennoch ins Nirwana laufen. Unser Netzwerk hat das 2024 in einem Paper (1) analysiert: Die Institutionen und Stakeholder, die der Innovationsausschuss wegen einer positven Transferempfehlung angeschrieben hatte, haben in der Regel nichts unternommen – viele haben noch nicht einmal geantwortet.

Woran liegt das?

Hoffmann: Es ist beispielsweise im bestehenden Rechtsrahmen unseres Gesundheitssystems nicht möglich, dass einzelne wichtige Akteure, wie etwa medizinische Fachgesellschaften oder auch große Forschungsinstitute, aus eigener Kraft die Versorgung verändern könnten. Von daher stoßen alle Akteur:innen – selbst die, die mit viel Herzblut dabei sind – und damit auch der Innovationsfonds immer wieder an einen Punkt, an dem sie selbst nicht weiterkommen, aber auch niemand anders aktiv wird. Es nützt wenig, bei positiven Beschlüssen seitens des Innovationsausschusses Briefe mit Empfehlungen zu verschicken, solange seitens der Politik keine Verantwortungsverpflichtung eingeführt wird. Wir brauchen ein verbindliches Verfahren, wie erfolgreich evaluierte neue Versorgungsformen, die vom Innovationsausschuss eine Transferempfehlung erhalten haben, in die reale Versorgung gelangen. Solche Verfahren gibt es für Medikamente und für Medizinprodukte, aber bisher eben nicht für neue Versorgungsformen.

Das scheint das Hauptproblem des mangelnden Transfers zu sein.

Hoffmann: Hinzu kommt eine etwas überzogene Erwartungshaltung an den Innovationsfonds. Es gibt in anderen Bereichen Forschungs- und Förderinstitutionen mit Jahresbudgets von vielen Millionen oder gar Milliarden Euro. Bei denen würde ich gerne einmal analysieren, was die bisher so an Transfer geschafft haben. Dass wir beim Innovationsfonds überhaupt so nachdrücklich über Transfer und Translation reden, ist in der Gesundheitsforschung ein großer Fortschritt mit eigenem Wert. Wenn man sich die von Herrn Hecken eben genannten Zahlen zu Gemüte führt, besteht beim Innovationsfonds zumindest die reale Möglichkeit zum Transfer. Mal Hand aufs Herz: Jenseits des Innovationsfonds machen wir in Deutschland in der Gesundheitsforschung keinen strukturierten Transfer. Wie viel am Ende wirklich jemals in der Versorgung ankommt, hat bisher keine wesentliche Rolle dabei gespielt, wie viel Budget universitäre und außeruniversitäre Forschungsinstitutionen bekommen. Für eine kon-

sequente, evidenzbasierte Weiterentwicklung des Versorgungssystems hat sich bei uns über Jahrzehnte kaum jemand interessiert. Schlichtweg auch deshalb, weil die Pipeline „erkanntes Problem in der Versorgung – wissenschaftliche Entwicklung und Erprobung von Lösungen – Erprobung der Lösungen in der Versorgung – verbindliche Einführung der besten Lösungen“ hierzulande einfach keine Tradition hat. Der Innovationsfonds adressiert diese Pipeline und ist damit ein absoluter Vorreiter.

Welche konkreten Lehren ziehen Sie daraus für die Weiterentwicklung des Innovationsfonds? Was ist zu tun, um den Transfer sowohl bei den Neuen Versorgungsformen als auch bei den Projekten der Versorgungsforschung weiter zu verbessern?

Hoffmann: Wir müssen gemeinsam überlegen, welche Stellschrauben wie bedient werden müssen, um die für gut befundenen Erkenntnisse in die breite Versorgung zu bekommen. Das wird noch viel zu wenig diskutiert. Und gleichzeitig müssen wir nach einer gewissen Bewährungszeit einer neuen Versorgungsform die unterlegene alte Versorgungsform abschaffen. Über einen solchen Mechanismus wird im deutschen Gesundheitssystem überhaupt nicht nachgedacht. Tatsächlich werden Versorgungsinnovationen immer zusätzlich eingeführt. Das hat Konsequenzen: Weil die unterlegene Versorgung gleichzeitig weiterhin im Betrieb bleibt, sind gerade einige Krankenkassen extrem skeptisch gegenüber Innovationen. Nach ihrer Wahrnehmung führen diese nämlich fast immer zu Mehrkosten. Das ist ein Grund dafür, wieso Krankenkassen beim Transfer häufig mit beiden Füßen auf der Bremse stehen. Der unausgegorene Mechanismus macht unser Gesundheitssystem am Ende teurer – das ist ein Argument, das ich durchaus nachvollziehen kann. Am Ende behindert dieses Wasch-mich-aber-mach-mich-nicht-Nass wichtige Innovationen im Versorgungssystem. Das ist jedoch kein Spezifikum des Innovationsfonds, sondern leider überall zu sehen.

Hecken: So pauschal würde ich das nicht sagen. Es gibt schon Beispiele, bei denen Versorgungsformen oder Hilfs- und Arzneimittel aus der Versorgung herausfallen. Die entscheidende Frage, bei der wir uns absolut einig sind, lautet: Wie kann man den Innovationsfonds verbindlicher machen? Und zwar so, dass die Ergebnisse aus gut evaluierten und positiv beschiedenen Projekten am Ende tatsächlich verpflichtend zum Nutzen möglichst vieler Patientinnen und Patienten umgesetzt werden. Das heißt auch: Transfer darf nicht nur vom guten Willen der Beteilig-ten abhängen. Dazu stehe ich übrigens in einem sehr konstruktiven Austausch mit verschiedenen politischen Akteuren in Ministerien und im Parlament, die die Schwachstelle natürlich seit Längerem erkannt haben. Wir diskutieren beispielsweise darüber, wie mit der Zusage der finanziellen Förderung auch ein höheres Maß an Verbindlichkeit implementiert werden kann.



Prof. Josef Hecken

ist seit Juli 2012 unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und seit Oktober 2015 Vorsitzender des beim G-BA angesiedelten Innovationsausschusses. Ebenfalls 2015 wurde ihm der Professorentitel durch die Regierung des Saarlandes in Würdigung seiner Verdienste in Wissenschaft und Forschung verliehen. Seit 2018 übernimmt er Lehraufträge an der Leibniz-Universität Hannover sowie der Medizinischen Fakultät Heidelberg und ist Dozent im Masterstudiengang Pharmarecht an der Juristischen Fakultät der Universität Marburg.
Vor seiner Berufung zum unparteiischen Vorsitzenden des G-BA war Hecken u.a. Präsident des Bundesversicherungsamtes (2008–2009), Minister für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (2004–2008) sowie ab 2008 auch für Arbeit und gleichzeitig Vorsitzender des Gesundheitsausschusses und Stv. Vorsitzender des Rechtsausschusses des Bundesrates.

Welches Maß an Verbindlichkeit schwebt Ihnen denn vor?

Hecken: Wir sprechen hier über Ideen eines Innovationsfonds 2.0 und damit über eine mögliche und aus meiner Sicht auch wünschenswerte Weiterentwicklung. Konkret sehe ich diese Punkte: Erstens: Wenn sich eine oder mehrere Krankenkassen als Konsortialpartner an einem Projekt der Neuen Versorgungsformen beteiligen, erwarte ich von ihnen die Zusage, dass sie dieses Projekt bei positiver Evaluation und Bescheid zumindest mit einem großen Selektivvertrag weiterführen. Das würde zum einen verhindern, dass sich Kassen nur für Projekte engagieren, weil es Gelder aus dem Innovationsfonds gibt, und zum anderen dazu führen, dass die Qualität und Nachhaltigkeit im Sinne eines Transfers steigen. In diese Richtung muss es gehen, selbst wenn sich dadurch die Anzahl der Anträge insgesamt etwas reduziert. Das würde auch solche Projektförderungen reduzieren, bei denen im Vorhinein eigentlich allen Antragstellenden klar ist, dass sie das Projekt später gar nicht umsetzen wollen – egal was dabei herauskommt. Eine solche Verpflichtung der Projektpartner, nachweislich positive Ergebnisse in Verträgen aufzugreifen, ist für mich ein ganz wichtiger Schritt, um eine höhere Motivation zum Transfer sicherzustellen.

Punkt 1 deutet auf einen zweiten hin.

Hecken: Zweitens müssen wir viel früher damit beginnen, an den Transfer zu denken. Deshalb ist eine weitere Idee, die ich derzeit mit der Politik auf verschiedenen Ebenen bespreche, dass man bereits – sagen wir – zur Hälfte der Projektlaufzeit in einem Zwischenbericht nicht nur den Mittelabfluss und den Rekrutierungsstand abfragt, sondern auch

analysiert, ob sich Faktoren abzeichnen, die auf einen positiven Projektverlauf hindeuten. Spätestens zu diesem Zeitpunkt muss sich ein Experte oder eine Expertin institutionalisiert als eine Art Transferbegleiter mit diesem Projekt befassen. Sie oder er müsste schon zu diesem frühen Zeitpunkt auf den wichtigen Einflussebenen eruieren, was möglicherweise einem späteren Transfer entgegensteht oder was zu tun ist, um im Projektanschluss beispielsweise eine EBM-Ziffer für die Regelversorgung oder einen Selektivvertrag zu ermöglichen. Das erfordert auch, dass künftig wesentlich intensiver und besser – in Ansätzen bereits in den Anträgen, besonders aber in den Evaluationsberichten – beschrieben wird, wie die möglichen Projektergebnisse am Ende in der Versorgungsrealität ankommen können. Selbstverständlich müssen wir unabhängig davon bei der Antragsbewilligung auch genauer prüfen, ob die dort gemachten Ausführungen zur Verwertbarkeit und zum Transfer der Projektergebnisse auch realistisch sind.

„Wir brauchen ein stimmiges Konzept, wenn wir Transfer wirklich systematisch verankern wollen."
Prof. Josef Hecken, G-BA

Was soll ein solcher Transferbegleiter oder auch -lotse genau tun?

Hecken: Ich möchte damit gewiss keinen neuen Beruf eines – provokant formuliert – Projekt-Seelsorgers oder gar -Sterbebegleiters schaffen. Ich stelle mir eine Person mit einer institutionalisierten Funktion, also einem Generalauftrag, vor, die sich projektübergreifend und höchst professionell ausschließlich um Transfer kümmert. Und das ganz frühzeitig. Denn beginnt diese wichtige Arbeit erst dann, wenn der Evaluations- und Abschlussbericht vorgelegt wird und wir eine Transferempfehlung aussprechen, ist es zu spät.

Hoffmann: Ich stimme absolut mit dem Vorschlag überein, dass bereits am Anfang eines Projektes mit Krankenkassenbeteiligung festgehalten wird, dass positiv evaluierte Ergebnisse nach Projektende weitergeführt werden – beispielsweise in Form eines anschließenden Selektivvertrags. Das wäre für mich eine wichtige Änderung, die zu mehr erfolgreichen Transfers führen wird. Ich bin allerdings ein wenig skeptisch, was die von Ihnen angesprochene Interimsanalyse angeht. In einigen Grundsätzen für gute wissenschaftliche Praxis wurde seit Langem explizit das Verbot von Interimsanalysen aufgenommen. Das soll nicht heißen, dass Interimsanalysen grundsätzlich nicht möglich sind, aber doch, dass sie mit aller gebotenen Vorsicht angegangen werden müssen. Über die mögliche Form und Ausgestaltung von Interimsanalysen sollten wir noch weiter nachdenken, wofür das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung gerne bereitsteht.

Was halten Sie von der Funktion eines Transferbegleiters?

Hoffmann: Solange dieser auf einer übergeordneten Ebene angesiedelt und nicht einem Projekt selbst zugeordnet ist, ist das ein probater Ansatz. Die Person, die eine solch wichtige Funktion wahrzunehmen imstande ist, muss jedoch sehr gut vernetzt sein, sich mit rechtlichen und selektivvertraglichen Fragen sowie sektorenübergreifenden Strukturen auskennen – die findet man sicher nicht so einfach. Wenn man allerdings eine Gruppe kompetenter Personen mit juristischen und gesundheitsökonomischen Qualifikationen und einschlägigen Erfahrungen aufbaut, wird sie eine Bereicherung sein, damit die für den Transfer gefährliche unsichere Übergangszeit nach Projektende verkürzt werden kann.

Hecken: Die eben von mir genannten Elemente verstehe ich ganz ausdrücklich kumulativ. Wir brauchen ein stimmiges Konzept, wenn wir Transfer wirklich systematisch verankern wollen. Das wird vermutlich in unserer bundesstaatlichen föderalen Grundordnung mit verteilten Kompetenzen und Zuständigkeiten auf recht wenig Gegenliebe stoßen. Aber es wäre notwendig. Und auch an die Rechtsaufsicht müssen wir denken.

Was meinen Sie genau?

Hecken: Bleiben wir beim Thema der Verpflichtung einer Kasse zum Abschluss eines entsprechenden Selektivvertrags nach positivem Projektbeschluss. In diesem Fall muss die Prüfkompetenz des Bundesamts für Soziale Sicherung, das die Rechtsaufsicht über die 63 bundesunmittelbaren Krankenkassen führt, entfallen. Es kann nicht sein, dass wir eine Kasse auf Basis von bestimmten modellhaft erprobten Komponenten verpflichten, einen Selektivvertrag abzuschließen, den dann die Aufsicht ablehnt, weil nun einmal die Wirtschaftlichkeit eines jeden Vertrags nach zwei Jahren nachzuweisen ist. Damit würde das sprichwörtliche Kind mit dem Bade ausgeschüttet werden. Bei diesem Thema ist man politisch aber noch sehr zurückhaltend.

Hoffmann: Solche institutionellen Hindernisse müssen benannt und beseitigt werden. Das möchte ich hier ausdrücklich betonen: Wir Versorgungsforscher:innen machen unsere Arbeit nicht aus Spaß oder Freude an der reinen Wissenschaft heraus, sondern weil wir mit unserer Expertise das Versorgungssystem dort, wo es nicht so gut funktioniert, ein Stück weit verbessern wollen. Das unterscheidet uns von manchen Wissenschaftler:innen anderer Disziplinen! Wir könnten mit all unserem Wissen schon sehr viel weiter sein, wenn wir in Deutschland weniger innovationshemmende Mechanismen hätten. Klar: Es gibt ein ganz wichtiges Gremium namens G-BA, das meines Erachtens jedoch vor allem für den Aushandlungsprozess zwischen den Interessen der Selbstverwaltungspartner zuständig ist. Der G-BA ist nicht in erster Linie für Innovation zuständig, auch wenn manchmal die eine oder andere Neuerung durchkommt. Was nun einmal daran liegt, dass jede der im G-BA aktiven Bänke alleine jede Innovation verhindern kann, und das in der Regel auch der Fall ist.

Hecken: Dem muss ich deutlich widersprechen, Herr Hoffmann. Der G-BA hat unter meiner Leitung beispielsweise über 1.000 Nutzenbewertungen für Arzneimittel durchgeführt, bei denen eben erst mal geprüft wurde, ob sie wirklich innovativ und nicht nur neu sind. Und keinesfalls geht es um ein Verhindern von Verfügbarkeit auf dem deutschen Markt, sondern um faire Preise. Was daran soll nicht innovativ sein? Und um das ebenfalls klarzustellen: Eine einzelne Bank kann keine Entscheidung verhindern, dazu sind mindestens 7 der 13 Stimmen im G-BA notwendig.

Kommen wir doch zum Innovationsfonds zurück. Sie schlagen Interimsanalysen und eine höhere Verbindlichkeit für beteiligte Kran-

kenkassen vor. Und dann? Alles wie bisher nach dem guten alten Prinzip Hoffnung?

Hoffmann: Das Prinzip Hoffnung reicht nicht, das haben wir doch alle lange genug gesehen. Beginnen wir doch beim Thema einer höheren Verbindlichkeit für beteiligte Krankenkassen, nach positivem Projektabschluss Selektivverträge abschließen zu müssen. Folgendes ist vorstellbar, worüber wir auch schon im BMG gesprochen haben: Wenn in einer Region ein bestimmter Anteil der Patientenschaft durch die an einem Projekt der Neuen Versorgungsformen beteiligten Krankenkassen versichert ist, müssen die anderen in dieser Region tätigen Kassen sich ebenfalls beteiligen. Hier kommt das böse Wort „Kontrahierungszwang" ins Spiel. Man könnte das freundlicher formulieren: Der Kollektivvertrag muss immer dann greifen, wenn es eine genügend große Minderheit gibt, die von etwas wirklich nachweislich Besserem profitieren kann.

Wie groß sollte diese Minderheit sein?

Hoffmann: Meiner Meinung nach sollte der Satz bei 25 Prozent angesiedelt sein. Den Prozentsatz kann man sicher diskutieren, er wird jedoch sinnhaft nicht erst bei 75 oder gar 95 Prozent liegen. Wichtig ist vielmehr, dass Kassen auf der Basis einer solchen Regelung Selektivverträge nicht mehr primär als Wettbewerbselement verwenden können. Nachgewiesen wirksame Innovationen anderen Patient:innen aus Wettbewerbsgründen vorzuenthalten, ist schlichtweg Missbrauch von Evidenz. Wir müssen gemeinsam daran arbeiten, dass die Krankenkassen davon überzeugt werden, dass ihnen die durch den Innovationsfonds – häufig mit eigener aktiver Beteiligung – generierte Evidenz dabei hilft, ihre Versicherten besser und effizienter und damit am Ende auch kostensparender zu versorgen.

Hecken: Selektivverträge sind in vielen Fällen die einzige Möglichkeit, relativ schnell strukturelle Veränderungen in unser Gesundheitssystem zu implementieren. Nehmen wir das von Ihnen bereits aufgeführte Beispiel der Sporttherapie bei leichter und mittelschwerer Depression. Das war eine neue Behandlungsmethode, die der G-BA qua seines Auftrags über seine Richtlinien hätte einführen können. Alles andere muss in Leitlinien festgelegt oder in strukturellen Verträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern vereinbart werden. Denn: Der G-BA kann keine Behandlungsabläufe regeln. Darum ist diese permanente Kritik, der G-BA solle die Versorgung anders gestalten, völlig fehl am Platz.



Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann MPH

ist seit 2007 Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine und hat seit Dezember 2011 die W3-Professur für Bevölkerungsbezogene Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald inne. Seit 12/2012 ist er Sprecher des Partnerzentrums Rostock/Greifswald des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Krankheiten e. V. (DZNE). Seit 04/2017 ist er Leiter der Zentralstelle des Krebsregisters Mecklenburg-Vorpommern. Im Mai 2018 wurde Hoffmann zum Stellvertretenden Vorsitzenden, im Oktober 2022 zum Vorsitzenden des DNVF gewählt.

Zurück zur „Kontrahierungspflicht".

Hecken: In dem Moment, wo sich alle Kassen an einem Vertrag beteiligen müssen, muss man die dafür passenden EBM-Ziffern schaffen. Dazu gehört aber auch, dass die finanziellen Aufwände, welche die initial in einem Vertrag tätigen Kassen geschultert haben, in geeigneter Form sozialisiert werden. Will heißen: Alle Kassen, die gezwungen sind mitzumachen, müssen sich dann entsprechend ihrer Patientenklientel an den Initialkosten beteiligten. Die Basis müsste jedoch erst einmal der Gesetzgeber regeln.

Hoffmann: Wir müssen auch über die unterentwickelte Innovationskultur in Deutschland reden. Es liegt sehr häufig an einzelnen Interessen, die dazu führen, dass etwas Innovatives nicht umgesetzt wird, selbst wenn es dreimal evidenzbasiert und absolut klinisch signifikant ist. Auch das kann der G-BA nicht ändern, weil dieses Verhalten systemimmanent bei vielen Akteuren verankert ist. Ändern kann das wiederum nur der Gesetzgeber, der bei positiv beschiedenen Innovationsfondsprojekten festlegen sollte, dass solche wichtigen Transferentscheidungen nicht mehr den Konsens sämtlicher Beteiligten erfordern dürfen, weil es solche Konsense nun einmal selten gibt. Jeder der beteiligten Akteure hat an irgendeiner Stelle immer einen größeren oder kleineren Vor- oder Nachteil – und weil das so ist, gibt es so wenige positive Entscheidungen. Um aus dieser Entscheidungsfalle herauszukommen, brauchen wir eine übergeordnete Steuerungsfunktion, die die dafür nötigen Gesetzesänderungen auf der Bundesebene frühzeitig anstößt und die Partner der Selbstverwaltung dazu zwingt, ein erwiesenermaßen besseres Verfahren einzuführen und das unterlegene Verfahren nach einer gewissen Karenzzeit abzuschaffen.

Hecken: Genau dafür gibt es übrigens die dreizehnte Stimme des unparteiischen Vorsitzenden, die beim G-BA letztlich bei Pattsituationen entscheidet, ob beispielsweise neue Behandlungsmethoden ambulant eingeführt werden oder nicht. Beim Innovationsfonds sind wir – das sage ich jetzt, ohne irgendwelche internen Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse zu verletzen – in der Situation, dass wir zu 98 Prozent die Transferempfehlungen einstimmig getroffen haben. Hier soll nicht der Eindruck entstehen, die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen würden Innovationen verhindern.

Könnten wir kurz zurückgehen: Was sind weitere Hürden, die bisher verhindert haben, dass positiv beschiedene Projekte tatsächlich in die Regelversorgung kommen?

Hecken: Der Hauptgrund ist die fehlende Verbindlichkeit. Der Innovationsfonds geht von einem Gutmenschen aus. Das funktioniert jedoch nur dann, wenn es um wirklich elementare Verbesserungen geht, über deren Evidenz überhaupt nicht zu diskutieren ist. Die gibt es leider nur recht selten, weil sich das Leben üblicherweise in Grauschattierungen abspielt. Das erklärt, warum viele Entscheiderinnen und Entscheider, die zwar unsere Empfehlungshinweise mit großer Euphorie hätten aufnehmen können, das aber aus vielfältigsten Motiven nicht tun: weil es entweder Geld kostet oder weil sie vor Neuem zurückschrecken.

Haben Sie ein Beispiel dazu?

Hecken: Ja sicher doch. Wir hatten ein Innovationsfondsprojekt namens Telenotarzt Bayern, dessen Nutzen gut belegt war. Man rüstet Rettungswagen mit einem tollen Equipment aus, sodass nicht immer und zu jeder Zeit eine Notärztin oder ein Notarzt als kostbare Ressource mitfahren muss. In den Fällen, wo tatsächlich eine Notärztin oder ein Notarzt dringend gebraucht wird, kann sie oder er sich digital dazuschalten und dem gut ausgebildeten Personal vor Ort die richtigen Anweisungen geben. Dazu muss natürlich das Personal im Rettungswagen aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen imstande sein, beispielsweise intravenös Medikamente zu verabreichen, was leider von Bundesland zu Bundesland verschieden geregelt ist. Lange Rede, kurzer Sinn: Das System wurde in Bayern erprobt und hat beste Ergebnisse erzielt. Deshalb habe ich als Vorsitzender des Innovationsausschusses eine Empfehlung zur Umsetzung an alle Bundesländer geschickt. Wenn überhaupt eine Rückmeldung kam, hieß es: Danke für die Information, aber wir haben ein eigenes System mit viel Geld aufgebaut und führen das weiter.

Hoffmann: Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat das System übernommen!

Hecken: Stimmt. Aber es gibt noch 14 andere Bundesländer. Ich will damit nur sagen, dass es ohne Transferverbindlichkeit recht wenig nützt, anzunehmen, ausreichende Evidenz würde sich von alleine durchsetzen. Das tut sie eben leider nur in seltenen Fällen – siehe Mecklenburg-Vorpommern. Unser Gesundheitssystem hat eine extrem hohe Beharrungskraft. Von daher brauchen wir eine neue Verbindlichkeit, um ein erwiesenermaßen besseres System dann auch zum Nutzen der Patientinnen und Patienten umzusetzen. Und das nicht nur auf der Ebene der Körperschaften, die der Aufsicht und der Gestaltungsmacht des Bundesgesundheitsministeriums unterliegen, sondern auch auf der Ebene der Bundesländer. Natürlich kommt hier der Föderalismus ins Spiel, mit all den Vorteilen, aber auch mit allen Einschränkungen. Die regionale Abgrenzungsmentalität muss durch eine gesetzgeberische Verschärfung der Überführungspflichten durchbrochen werden.

Das ist ein arg dickes Brett, das da zu bohren ist. Wie kommen wir schneller weiter?

Hoffmann: Trotzdem ist das richtig! Was etwas niederschwelliger und sehr schnell funktioniert und die Verbesserung des Transfers beschleunigt, wären übergreifende Analysen ähnlich gelagerter Innovationsfondsprojekte. Dazu gibt es seit Längerem einen Vorschlag (2) des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung. Man könnte zum Beispiel mehrere ähnliche Lotsenprojekte, deren Ergebnisse oftmals statistisch signifikant sind, zusammenfassen und eruieren, welche Bestandteile oder Detailinterventionen der gut befundenen Projekte jeweils die Schlüsseltreiber waren. Dann braucht man vielleicht nur noch einen Kombi-Lotsen. Ein solcher Projektansatz ist leider bislang innerhalb des Innovationsfonds nicht förderfähig.

Sie haben gute Ideen für eine Weiterentwicklung des Innovationsfonds genannt. Wie schnell kann der nötige Transfer geschehen?

Hecken: Ich persönlich gebe dazu keine Prognose ab, weil der Gesetzgeber derzeit andere wichtige Dinge zu regeln hat. Dennoch können wir nicht abwarten, sondern müssen bereits jetzt das Nötige vorbereiten und mit wichtigen Personen in politischen Institutionen sprechen.

„Wir sind den vielen Menschen, die auf ein resilientes Gesundheitssystem angewiesen sind, verpflichtet, die Bestandteile zu detektieren und zu reformieren, die nicht ausreichend gut funktionieren."
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, DNVF

Hoffmann: Die Zeit drängt! Das Problem wird leider derzeit nicht kleiner, sondern größer. Wir haben schon jetzt im Land stellenweise die Gefahr einer Unterversorgung. Wir sind den vielen Menschen, die auf ein resilientes Gesundheitssystem angewiesen sind, verpflichtet, die Bestandteile zu detektieren und zu reformieren, die nicht ausreichend gut funktionieren. Deswegen müssen wir auf allen Ebenen und natürlich gemeinsam daran arbeiten, dass unser Gesundheitssystem strukturiert besser und nicht schleichend schlechter wird. Viele Menschen spüren doch mittlerweile, dass unsere Versorgung inzwischen weit weg von gut ist.

Hecken: Mein Anliegen unseres heutigen Gesprächs ist folgendes: Wir haben bislang schon gute Erfolge erzielt, die ohne die eben von uns genannten Hinderungsgründe vermutlich deutlicher wären. Darüber hinaus gibt es Optimierungsbedarfe, die wir möglichst schnell in gemeinsamer vertrauensvoller Arbeit zwischen G-BA, der Versorgungsforschung und dem BMG erschließen müssen, weil wir nur so strukturelle Versorgungsverbesserungen zum Nutzen aller Patientinnen und Patienten ins System bringen können. Gehen wir es an!

Die Herren Professoren, danke für das Gespräch. <<

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

Literatur:
1: https://t1p.de/283l9
2: https://t1p.de/i9hlf

Zitationshinweis

Hecken, J., Hoffmann, W., Roski, R., Stegmaier, P.: „Ein stimmiges Konzept für systematischen Transfer“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/25), S. 6–15. http://doi.org/10.24945/MVF.05.25.1866-0533.2745

Übersicht Beschlüsse zu Projekten des Innovationsausschusses seit Dezember 2020	
Bisher insgesamt 347 Beschlüsse (217 VSF, 21 med. LL, 109 NVF)	
Anzahl: 347	**in Prozent**
davon 97 Prüfbitten/Erprobung als NVF (50 VSF/ 26 NVF/ 21 med. LL	27,9%
davon 120 informatorische Weiterleitung (92 VSF/ 28 NVF)	34,6%
davon 130 keine Empfehlung (75 VSF/ 55 NVF)	38,5%
Top-Adressaten	
AWMF/med. Fachgesellschaften	21%
BMG und nachgeordnete Behörden	15%
G-BA	14%
Trägerorganisationen G-BA	13%
Projekte in der Umsetzung	
36 VSF-Projekte mit konkreten Informationen zur Umsetzung	
36 NVF-Projekte mit konkreten Informationen zur Umsetzung	
> 22% (inkl. Veröffentlichung aller Med. LL = 26,8%)	

Tab. 1: Übersicht Beschlüsse zu Projekten des Innovationsausschusses seit Dezember 2020. Die Informationen zur Umsetzung sind nicht vollständig. Es gibt jedoch über 100 Projektentwicklungen insgesamt, die für die Öffentlichkeit nutzbar sind. Diese Zahlen können aber immer nur eine Unterschätzung des realen Effekts der Projekte auf die Gesundheitsversorgung darstellen. Legende: LL = Leitlinien; VSF = Versorgungsforschung; NVF = Neue Versorgungsformen.

Beispiele von Projekten, deren Ergebnisse in der Versorgung angekommen sind				
Neue Versorgungsformen				
Fördernr.	**Kürzel**	**Datum**	**Art**	**Erste Transfererfolge**
01NVF18004	CCC-Integrativ	23.05.2025	Beratung von Krebspatient:innen im Bereich Komplementäre Medizin und Pflege	Mehrere Preise, Weiterführung in Baden-Württenberg, entwickelte Schulung wird deutschlandweit angeboten
01NVF17031	ZSE-DUO	17.05.2024	Lotsenstruktur in Zentren für Seltene Erkrankungen	Selektivvertrag Uniklinik Würzburg seit 01.10.2024
01NVF1705	DiaTT	19.04.2024	Dialyse-Trainingstherapie	In 7 von 16 Dialysezentren in Sachsen und Thüringen wurden Vereinbarungen dazu getroffen
01NVF17036	Cardiolotse	15.12.2023	Poststätionäre Weiterbehandlung nach kardiologischer Erkrankung mit Lotsen	Selektivvertrag mit Vivantes Kliniken (alle Berliner Standorte), Open-house-Zulassungsverfahren der AOK Nordost, Erfahrungen aus Projekt fließen in laufendes Projekt LEX LOTSEN ein
Versorgungsforschung				
01VSF18015	VIPER	18.10.2024	Vergleich von Impfstrategien bei RSV	Ergebnisse sind in drei unterschiedliche Empfehlungen der STIKO eingeflossen
01VSF18017	AMSeC	15.05.2024	Auffrischimpfung Meningokokken C	Ergebnisse in die Beratungen der STIKO eingeflossen
01VSF17043	EDCP-BRCA	15.12.2023	Decision Coaching-Programm für Prävention bei BRCA1/2-Trägerinnen	Programm in bestehende Beratungsabläufe der spezialisierten Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs integriert, Leistung im Versorgungsvertrag ab 2024 der PKV, Verhandlungen mit GKV zum geplanten Selektivvertrag laufen noch

Tab. 2: Beispiele von Projekten, deren Ergebnisse in der Versorgung angekommen sind.

Überblick über Transferempfehlungen mit Prüfbitten (2025–2024) sowie der Adressaten				
Transferempfehlungen mit Prüfbitte 2025				
Fördernr.	**Kürzel**	**Datum**	**Beschlussart**	**Adressat/Empfänger**
01NVF18019	KOMPASS D2	23.05.2025	Empfehlung zur Überführung von Präventionsansätzen in die Regelversorgung	IQTIG sowie Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Delir-Netzwerk e. V., DeutschenGesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG) und Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V.
01NVF18028	GBV	11.04.2025	Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung	Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE) und Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH)
01VSF19016	ISAR-IQ	21.02.2025	Mögliche Weiterentwicklung der Leitlinie	Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin - Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e.V. (DGG)
01VSF20025	BARGRU-II	24.01.2025	Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie	Unterausschuss Psychotherapieund psychiatrische Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Vereinigungen (KV), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e. V. (DPtV), Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.. (BDP), Deutsche Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapiee. V.(D3G) sowie Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)
Transferempfehlungen mit Prüfbitte 2024 (Teil 1)				
Fördernr.	**Kürzel**	**Datum**	**Beschlussart**	**Adressat/Empfänger**
01VSF19017	ILEG	21.11.2024	Etablierung von Gemeindenotfallsanitätern zur Optimierung der Notfallrettung im jeweiligen Bundesland	Für den Rettungsdienst zuständigen Ministerien der Länder sowie Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK), Deutsche Gesellschaft für Rettungsdienst und präklinische Notfallmedizin e. V.. (DRGN), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI), Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA) sowie Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
01VSF20019	DEAL	21.11.2024	Aktualisierung und Weiterentwicklung von Leitlinien- oder Impfempfehlungen	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e. V., Geschäftsstelle der Ständigen Impfkommission (STIKO), Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) sowie Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
01VSF20022	AnIm-PaLLO	21.11.2024	Ausgestaltung und Weiterentwicklung entsprechender Leitlinien	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutsche Krebshilfe, welche in Zusammenarbeit mit der AWMF das Leitlinienprogramm Onkologie verantworten. Ebenso an Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) und Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)
01NVF18016	PROMoting Quality	18.10.2024	Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung	Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie an Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Ebenso an Initiative Qualitätsmedizin (IQM), Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V., Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie an Deutsches Endoprothesenregister gGmbH (EPRD) und Deutsches Implantateregister (IRD)
01VSF18015	VIPER	18.10.2024	Weiterentwicklung von künftigen Impfempfehlungen	Geschäftsstelle der Ständigen Impfkommission (STIKO)
01VSF18045	DIPS	18.10.2024	Prävention von dialyseassoziierten Infektionen	Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, die DeutscheGesellschaft für Nephrologie, Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation, Verband Deutscher Nierenzentren, Aktionsbündnis Patientensicherheit und Bundesverband Niere

Tab. 3: Überblick über Transferempfehlungen mit Prüfbitten 2025–2024, Teil 1) – Stand: Mitte August 2025. Die vollständige, vom G-BA zur Verfügung gestellte Liste seit 2020 finden Sie hier: https://t1p.de/f45oj

Überblick über die Transferempfehlungen 2024 mit Prüfbitten (Auszug)				
Transferempfehlungen mit Prüfbitte 2024 (Teil 2)				
Fördernr.	**Kürzel**	**Datum**	**Beschlussart**	**Adressat**
01NVF17043	Familien-SCOUT	16.08.2024	Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung	Gesundheits- und Sozialministerien der Länder, GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie an Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Ebenso an Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Stiftung Deutsche Krebshilfe, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie (dapo) e. V.., Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management(DGCC) e. V., Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und Verband wir pflegen – Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e. V.
01NVF17046	PROMPt	16.08.2024	Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung	GKV-Spitzenverband, Zentrale Prüfstelle Prävention und die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung sowie Unterausschuss Methodenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Ebenso an Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ) Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für öffentliches Gesundheitswesen (DGÖG), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt:innen e. V. (BVKJ), Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD, Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) sowie Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung(BZgA)
01VSF18009	GestDi-Na_basic	16.08.2024	Weiterentwicklung entsprechender S3-Leitlinien	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sowie Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Deutscher Hebammenverband (DHV) und Deutsche Diabetes Föderation e. V.
01VSF18043	OMPRIS	16.08.2024	Prüfung im Rahmen seiner Aufgaben	Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Bundesverband Suchthilfe e. V. und Fachverband Medienabhängigkeit e. V. Ebenso an Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) sowie Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V.
01VSF18038	VerSI-MS-PV	12.07.2024	Prüfung einer möglichen Verwendung im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sowie an Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) sowie Deutscher Multiple Sklerose Gesellschaft, Bundesverband e.V.
01NVF18008	EsmAiL	21.06.2024	Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung	Unterausschuss Methodenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie an Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Ebenso an Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), den Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD), die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
01NVF17031	ZSE-DUO	17.05.2024	Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung	Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Verband der Universitätsklinika. Ebenso an Bundesministerium für Gesundheit, Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V., Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. und Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Unterausschuss Bedarfsplanung beim Gemeinsamen Bundesausschuss
01VSF18017	AMSeC	17.05.2024	Weiterentwicklung von Impfempfehlungen	Geschäftsstelle der Ständigen Impfkommission (STIKO)
01VSF18053	REDARES	17.05.2024	Berücksichtigung in Vertragsvereinbarungen und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung	Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie Landesverbände und an kassenärztliche Vereinigungen sowie Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
01NVF17052	DiaTT	19.04.2024	Überführung von Ansätzen der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung	Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie an Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. und den Verband Deutscher Nierenzentren e. V.
01VSF17019	DEMAND	19.01.2024	Neuordnung der Notfallversorgung	Bundesministerium für Gesundheit sowie Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses, Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene mit Bitte um Weiterleitung an die Landesverbände, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) sowie die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK

Tab. 4: Überblick über Transferempfehlungen mit Prüfbitten 2024 – Teil 2 – Stand: Mitte August 2025. Die vollständige, vom G-BA zur Verfügung gestellte Liste seit 2020 finden Sie hier: https://t1p.de/f45oj