Impact des Innovationsfonds. Serienteil 1: Erfolgsfaktoren

Der Innovationsfonds wirkt!

Da in der Wahrnehmung der Fachöffentlichkeit die Transfererfolge der Innovationsfondsprojekte in die Regelversorgung nicht bekannt sind oder zu wenig Berücksichtigung finden, sind Herausgeber und Chefredaktion der Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung", der Vorstand des Netzwerks Versorgungsforschung e. V. (DNVF) und weitere im Gesundheitssystem agierende Akteur:innen übereingekommen, dass ab dieser Ausgabe eine redaktionelle MVF-Serie mit positiven Transferbeispielen aus unterschiedlichen Perspektiven publiziert wird. Den Auftakt dazu machte in der vorhergehenden MVF (05/25) bereits das Doppel-Titelinterview mit Prof. Josef Hecken, G-BA, und Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, DNVF (1). Dabei brachten sie Ideen zur Weiterentwicklung des Innovationsfonds in Spiel, wobei eine Kontrahierungspflicht, mögliche Interimsanalysen und eine Umsetzungsverpflichtung der am Projekt beteiligten Krankenkassen bei positiver Transferempfehlung im Fokus der Diskussion standen. Teil 1 der neuen MVF-Serie befasst sich mit den Faktoren, die einen erfolgreichen Transfer begünstigen. Zudem werden in dem Serienteil Projekte vorgestellt, deren Ergebnisse bereits einen positiven Impact auf unser Gesundheitssystem vorweisen können.

>> Die durch den Innovationsfonds geförderten Projekte sind hinsichtlich des Transfers erfolgreicher, als dies oft wahrgenommen wird. Daher ist es neben den grundsätzlichen Voraussetzungen für den Transfererfolg, wie positiven Evaluationsergebnissen oder Transferempfehlungen seitens des Innovationsausschusses, entscheidend, dass die Stakeholder mit einer differenzierten Kommunikationsstrategie angesteuert werden. Zudem muss der Transfer von der Projektentwicklung an mitgedacht und mit entsprechenden Ressourcen – insbesondere mit Transfer- und Innovationsexpertise – ausgestattet werden.

Mit dem Innovationsfonds des G-BA, der seit 2016 Projekte aus den Bereichen „Versorgungsforschung" und „Neue Versorgungsformen" fördert, wurde ein zentrales Instrument zur Bereitstellung evidenzbasierter Entscheidungsgrundlagen für die Implementierung von Innovationen im Gesundheitssystem geschaffen. Der Innovationsfonds, gespeist aus Mitteln, die die gesetzlichen Krankenkassen und der Bund zur Verfügung stellen, gerät insbesondere in Zeiten des Primats der Beitragsstabilität zunehmend unter Druck. In diesem Zusammenhang entschied das Bundeskabinett im Oktober 2025, die Mittel des Innovationsfonds für 2026 um 100 Millionen Euro (das entspricht 50 Prozent des Gesamtbudgets) zu kürzen.

Sollte diese Entscheidung auf Dauer gefällt werden, würde es sehr viel schwieriger werden, evidenzbasierte Entscheidungen für Innovation im Gesundheitssystem zu treffen. Diese sind jedoch unabdingbar, um das System patientenorientierter, effektiver und wirtschaftlicher zu gestalten.

In dieser Artikelserie werden bereits erreichte Transfererfolge von Innovationsfondsprojekten näher betrachtet. Denn aus unterschiedlichen Gründen werden Transfererfolge zu selten wahrgenommen. Zum einen enden mit dem Auslaufen der Förderung häufig die Arbeitsverträge der Projektverantwortlichen, sodass diese den Fokus in den letzten Projektmonaten darauf richten müssen, die geforderten Projekt- und Evaluationsberichte zu erarbeiten und ggf. Anschlussfinanzierungen und -strukturen zu ermöglichen. Eine angemessene Kommunikation der erreichten Erfolge beim Transfer wird in Folge oft vernachlässigt. Der Geschäftsführer des Innovationsausschusses, Dr. Christian Igel, betonte beim Symposium Innovationsfonds im Rahmen des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung am 23.9.2025 in Hamburg, dass alle Beteiligten lernen müssten, Projektergebnisse auch außerhalb wissenschaftlicher Publikationen für die Fachwelt klarer und expliziter zu kommunizieren. Viele Projekte geraten trotz positiver Empfehlungen und erster Transfererfolge ins Stocken, da die bisherige Mechanik der brieflichen Aufforderung an die für den Transfer in die Regelversorgung unverzichtbaren Akteure des Gesundheitssystems nicht ausreicht, um die beharrenden Widerstände im Gesundheitssystem zu überwinden (Lindemann et al. 2024). Häufig gibt es aber auch Konstellationen, die den Blick auf Transfererfolge verstellen, so beispielsweise Erfolge, die sich trotz fehlender Transferempfehlung durch den Innovationsausschuss einstellen, oder Transfererfolge, die außerhalb des Berichtszeitraums der Innovationsfondsprojekte liegen.

Im Folgenden werden Beispiele dazu vorgestellt, wie der Sprung von positiven Projektergebnissen hin zur Veränderung der Versorgungspraxis gelungen ist. Dabei wird auch deutlich, dass diese fast nie schon im ersten Schritt zu einer flächendeckenden Veränderung der Regelversorgung führen. Stattdessen verläuft der Transfer in die Routineversorgung oft über eine Vielzahl unterschiedlicher Wege und Zwischenschritte. Dieses differenzierte Bild sollte stärker in die Fachöffentlichkeit getragen werden, um die bisherigen Erfolge des Innovationsfonds besser sichtbar zu machen und künftigen guten Ergebnissen eine Etablierung in der Versorgung zu erleichtern.

Befragung Innovationsfondsprojekte

Einen ersten Anhaltspunkt zu den fördernden und hemmenden Faktoren für die Transfererfolge der Innovationsfondsprojekte bietet eine anonyme Befragung der Innovationsfondsprojekte, die vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) durchgeführt wurde. Zwischen März und Juli 2025 wurden alle 126 Projekte der neuen Versorgungsformen angeschrieben, die seit 2022 abgeschlossen sind oder sich derzeit im Abschluss befinden. 32 Projekte (35,2 Prozent) beantworteten den Online-Frage-

NPPV – Verbesserte Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen

Psychische und neurologische Erkrankungen können zu einem erheblichen Rückgang an Lebensqualität sowie zu Beeinträchtigungen führen und verursachen hohe Krankheitskosten. Der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege hat in seinem Gutachten 2018 auf einen Mangel an Koordination und Kooperation bei der Behandlung psychischer Erkrankungen hingewiesen. Therapieabbrüche, Chronifizierung und vermeidbare Krankenhausaufenthalte sind mögliche Folgen. Zur Überwindung dieser Defizite wurde das Projekt „Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung“ (NPPV) durchgeführt.

Das Projekt NPPV erprobte ein gestuftes, koordiniertes Versorgungsmodell für Menschen mit schweren psychischen und neurologischen Erkrankungen. Zentrales Element war eine berufsgruppenübergreifende Vernetzung der am Projekt beteiligten Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen. Die Planung und Steuerung der Behandlungsschritte erfolgte durch eine:n Bezugsärzt:in bzw. -psychotherapeut:in, dem bzw. der verschiedene Therapiemodule – wie beispielsweise Gruppenbehandlungsangebote oder E-Mental-Health – zur Verfügung standen. Eine Koordinationsstelle unterstützte Patient:innen und Leistungserbringer:innen durch Strukturleistungen wie Case Management und Netzwerkmanagement. Die im Projekt definierten Behandlungspfade wurden mithilfe einer IT-Plattform digital umgesetzt.

Die Versorgungsform wurde im Rahmen einer nicht-randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie im Hinblick auf u. a. ihre Wirtschaftlichkeit und die Lebensqualität der Patient:innen untersucht. Außerdem analysierte die Evaluation die leitliniengerechte Versorgung, die Akzeptanz der Leistungserbringer:innen sowie die Zufriedenheit der Angehörigen.

Die Evaluation des NPPV belegte positive Effekte auf die Behandlungskontinuität und Lebensqualität der Patient:innen sowie weitere Endpunkte – bei allerdings erhöhten Leistungsausgaben in der Interventionsgruppe. Eine Transferempfehlung wurde nicht ausgesprochen; sie war jedoch obsolet, da frühe Erkenntnisse und zentrale Bestandteile des Projekts in die während der Projektlaufzeit in Kraft getretene KSVPsych-Richtlinie zur koordinierten Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen eingeflossen sind.

Zentral für den Projekterfolg waren die Zusammensetzung des Konsortiums mit engagierten Partner:innen sowie die erfolgreiche Rekrutierung von über 14.000 Patient:innen und knapp 700 beteiligten Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen. NPPV hat damit einen hohen Bedarf für eine koordinierte und vernetzte Versorgung bedient. Die Konsortialführung der KV Nordrhein hat die Translation früh im Projektverlauf mitgedacht und sich politisch für die Umsetzung von NPPV-Elementen in der KSVPsych-Richtlinie eingesetzt. Die im Projekt aufgebauten Netzwerkstrukturen und Erfahrungen waren schließlich entscheidend für die erfolgreiche Implementierung von KSVPsych-Netzverbünden in Nordrhein.

von: Dr. rer. med. Johannes Pollmanns, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

FARKOR – Vorsorge bei familiärem Risiko für das kolorektale Karzinom (KRK)

Personen mit einem familiären Risiko für KRK erkranken häufig früher und haben ein höheres Erkrankungsrisiko als die Allgemeinbevölkerung. Die Regelversorgung sieht jedoch für Menschen unter 50 Jahren bislang keine adäquaten strukturierten Vorsorgeangebote vor. Dadurch bleiben viele Betroffene unentdeckt und erhalten keine angemessene Früherkennung.

FARKOR zielte darauf ab, diese Versorgungslücke in Bayern zu schließen. Zwischen 2017 und 2021 wurden rund 26.000 gesetzlich Versicherte im Alter von 25 bis 50 Jahren im Rahmen einer einfachen Familienanamnese auf ein familiäres KRK-Risiko hin untersucht. Etwa 6.000 davon wiesen ein entsprechendes Risiko auf und erhielten daraufhin ein individualisiertes Früherkennungsangebot – entweder eine präventive Koloskopie oder einen immunologischen Stuhltest. Zusätzlich wurden Ärzt:innen durch Fortbildungen in der Risikoerkennung geschult und bei der Umsetzung digital unterstützt.

Die wissenschaftliche Evaluation bestätigte die hohe Akzeptanz und Wirksamkeit des Ansatzes. In der Folge sprach der Innovationsausschuss des G-BA eine Transferempfehlung aus: Die im Projekt erzielten Erkenntnisse wurden an den Unterausschuss Methodenbewertung des G-BA weitergeleitet. Dieser wurde gebeten zu prüfen, wie die Erkenntnisse aus dem Projekt bei der Überarbeitung der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme und der Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen einfließen können. Das Ergebnis steht zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch aus.

Der bedeutendste Erfolg liegt in der bundesweiten gesundheitspolitischen Anerkennung der Relevanz familiärer Risikofaktoren für die KRK-Prävention. Mit der Transferempfehlung wurde eine zentrale inhaltliche Grundlage für eine zukünftige Anpassung der Richtlinien geschaffen. Begünstigend wirkten die enge Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen, Versorgung und Wissenschaft sowie die digitale Infrastruktur zur Risikoprüfung.

von: Dr. Natalie Schmidt, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Innovationsfonds IMPACT

bogen und benötigten dafür im Schnitt 42 Minuten. Das DNVF führte die Befragung zur Vorbereitung des Symposiums „Innovationsfonds” auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2025 durch.

Sie identifizierte folgende zentrale Erfolgsfaktoren:

- Praxisnähe & nachgewiesener Patientennutzen der untersuchten Innovationen
- Positive Evidenz durch Evaluation
- Relevanz für die Regelversorgung / Versorgungspraxis
- Gut entwickelte Kooperation & Netzwerke von Krankenkassen, Politik und Leistungserbringern
- Engagement & Motivation: Durchhaltevermögen gegen Beharrungskräfte und Bildung einer „Koalition der Willigen“
- Bestehende strukturelle Unterstützung aufgrund lokaler Kooperationen und Netzwerke

Als hemmende Faktoren wurden identifiziert:

- Bürokratie: lange Fristen, unklare Zuständigkeiten
- Ressourcenmangel: Finanzierungslücken nach Projektabschluss, kurze Projektlaufzeiten
- Politische Blockaden: Widerstände, fehlender Wille wichtiger Stakeholder
- Methodische Grenzen: keine signifikanten Ergebnisse in der Evaluation, Fallzahlen zu gering oder Beobachtungszeit zu kurz
- Externe Faktoren: Pandemie, technische Probleme, regionale Einschränkungen (fehlende Übertragbarkeit)

Folgende Aussage eines beteiligten Wissenschaftlers unterstreicht beispielhaft, dass der Transfer nicht ausreichend in der Projektstruktur verankert ist: „Völlige Unklarheit in den Zuständigkeiten bzgl. der Umsetzung der Überführung in die Regelversorgung“.

Die von den Befragten daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Transfereffekte von Projekten sind in sich sehr konsistent:

- Strukturen verbessern: Entbürokratisierung, klare Zuständigkeiten, verbindlicher Transferprozess beim G-BA
- Praxisnähere Projekte: längere Laufzeiten, Übergangs- und Interimslösungen
- Den Transfer schon bei Antragstellung mitdenken
- Stärkere Kompetenzen in den Teams aufbauen (Projektmanagement, Kommunikation & Netzwerke, politische & juristische Expertise)
- Systemische Perspektive (Reform des Leistungsrechts, weniger Ärztezentrierung, stärkere Einbindung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Versorgung)

Positionspapier „Verbessert der Innovationsfonds die Versorgung?“

Diese Ergebnisse der aktuellen DNVF-Befragung entsprechen in vielerlei Hinsicht den Erkenntnissen des Positionspapiers „Verbessert der Innovationsfonds die Versorgung? Eine kritische Bestandsaufnahme zum Stand der Implementierung erfolgreicher Innovationsfondsprojekte in die Versorgungspraxis” von Lindemann et al. (2024), welches eine deskriptive Analyse der Transferempfehlungen und ihrer Umsetzung in die Regelversorgung beschreibt. Der Fokus liegt gegenüber der DNVF-Befragung auf dem Ende der Projekt- und Transferphase – also auf der Aufforderung an einen spezifischen Adressatenkreis, zu der Transferempfehlung des jeweiligen Projekts Stellung zu nehmen. Dabei wurden 17 Projekte aus dem Bereich Neue Versorgungsformen untersucht – über die insgesamt 431 Adressaten angeschrieben wurden. Die Antwortquoten seitens der adressierten Akteure lagen zwischen null und 58 Prozent, der Median der Dauer der dokumentierten Antworten unterschiedlicher Akteursgruppen zwischen 41 und 101 Tagen. Die Autor:innen fassen zusammen: „Mit den Nicht-Antworten der angeschriebenen Institutionen und Fachgesellschaften bricht der angestoßene Transferprozess bisher ab.“ (Lindemann et al. 2024).

Symposium Innovationsfonds

Damit wird sowohl aus der Perspektive der Projekte (DNVF-Befragung) als auch durch die Analyse der Rückmeldungen zu den Transferempfehlungen deutlich, dass der Transferprozess in der Praxis stark verbesserungsbedürftig ist. Im Rahmen des Symposiums des Innovationsfonds des G-BA und des DNVF „Forschung – Erprobung – Versorgung (Lernen von der Praxis – Versorgung verbessern!)“, das am 23. September 2025 im Rahmen des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung in Hamburg stattfand, wurden ebenfalls die Gelingens- und Hinderungsfaktoren für den Transfer diskutiert. Die beteiligten Projektvertreter:innen bestätigen die Ergebnisse der DNVF-Befragung und der Analyse der Rückmeldung zu den Transferempfehlungen von Lindemann et al. (2024) zu großen Teilen. Im Folgenden werden die besonders prägnanten Aussagen und Beispiele der Projektvertreter:innen bzgl. der Gelingensfaktoren und hindernden Faktoren hervorgehoben.

Alexander Fischer vom Projekt „INVEST Billstedt/Horn“ betonte, dass dem Transfer in die Regelversorgung die Beharrungskräfte etablierter Strukturen gegenüberstünden und die geteilte Verantwortung der unterschiedlichen Projekt- und Kooperationspartner dazu führe, dass sich am Ende niemand in der Hauptverantwortung sähe, den Transfer zu ermöglichen. Zudem müssten auch gesundheitsökonomische Faktoren im Rahmen der Evaluation stärker berücksichtigt werden. Diese seien eine wichtige Voraussetzung für den anschließenden Transfer der Ergebnisse.

Ansgar Jonietz vom Projekt „PASTA – Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten“ machte deutlich, dass trotz evidenter Projektergebnisse und einer positiven Empfehlung seitens des Innovationsausschusses bei einigen Einrichtungen die Eigeninteressen der Vertragspartner sowie der anderen beteiligten Akteure überwogen. Der Transfer scheiterte zudem aus strukturellen Gründen.

Prof. Timm Laslo vom Projekt „LandRettung – Zukunftsfeste notfallmedizinische Neuausrichtung eines Landkreises“ kann auf den erfolgreichen Transfer seines Projekts

EsmAiL – Evaluation eines strukturierten und leitlinienbasierten multimodalen Versorgungskonzepts für Menschen mit Akne inversa

EsmAiL wurde konzipiert, um die Defizite der Regelversorgung der Akne inversa (Ai) zu adressieren. Wiederkehrende, eitrige Abszesse und Fisteln in sensiblen Körperregionen – wie Achselhöhlen, Leisten, unter der Brust oder am Gesäß – führen bei vielen Betroffenen zu irreversiblen physischen und psychischen Schäden. Etwa 1% der Bevölkerung ist betroffen. Eine progrediente Ai kann junge, gesunde Menschen zu schwer Erkrankten machen, die durch chronische Schmerzen, Geruchsbelastung und Begleiterkrankungen wie Depressionen zunehmend vom sozialen und beruflichen Leben ausgeschlossen werden. Die unzureichende ambulante Versorgung führt häufig zu inadäquater Behandlung, schlechter Krankheitskontrolle und hohen Kosten.

Kurzbeschreibung des Projekts: Im Rahmen von EsmAiL wurden spezialisierte Akne-inversa-Zentren (AiZ) aufgebaut, ein leitliniengerechter digitaler Behandlungspfad eingeführt und Patient:innen im Umgang mit Risikofaktoren und Triggern geschult. Die Qualität wurde regelmäßig unabhängig auditiert. Durch die Zusammenarbeit mit Kliniken und pflegegeleiteten Wundzentren gelang eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgung. In einer randomisierten kontrollierten Studie mit verblindetem Assessment wurde die Versorgung im AiZ mit der Regelversorgung verglichen. Von 553 eingeschlossenen Patient:innen erhielt die Hälfte Regelversorgung, die andere Hälfte wurde im AiZ betreut.

Nach einem Jahr zeigte die Interventionsgruppe eine signifikante Reduktion der Entzündungsaktivität und der Schmerzen sowie Verbesserungen bei Lebensqualität, Angst und Depression. Die Versorgung im AiZ führte zu höherer Therapiezufriedenheit und -verträglichkeit. Die Prozessevaluation bestätigte eine gute Annahme der Beratungsangebote, verbessertes Wissen und gestärktes Patienten-Empowerment. Die gesundheitsökonomische Analyse zeigte Einsparpotenzial, insbesondere durch geringeren Bedarf an Biologika.

Der Innovationsausschuss bewertete das Projekt positiv und bestätigte die hohe Qualität der Ergebnisse. Da die LAight®-Therapie zum damaligen Zeitpunkt noch keine Regelleistung war, empfahl der Ausschuss, die Entscheidung der Nutzenbewertung durch den G-BA abzuwarten. Der Übergang in den EBM wird für 2026 erwartet.

Auch mit Aufnahme der LAight®-Therapie in die Regelversorgung bleibt das Problem der mangelnden Versorgungssteuerung bestehen. Projekte wie EsmAiL werden meist nach § 140a SGB V umgesetzt, der eine flexible Vergütung und digitale Infrastruktur ermöglicht. Ein strukturelles Instrument zur Überführung solcher Modelle in die kollektivvertragliche Regelversorgung fehlt jedoch. Die fragmentierte Sektorenstruktur behindert eine patientenzentrierte, effektive und kostensenkende Versorgung chronisch Erkrankter – hier besteht dringender Reformbedarf.

Für das EsmAiL-Projekt laufen aktuell Verhandlungen zu einer Umsetzung in Verträgen nach § 140a SGB V mit engagierten Krankenkassen.

von: PD Dr. med. Michael Schultheis, Universitätsmedizin Mainz / Dr. rer. pol. Katharina Hennig, Lenicura GmbH

verweisen und hob die breite (politische) Einbindung aller relevanten Akteur:innen als zentralen Gelingensfaktor hervor. Dabei müsse das Projekt von Anfang an als Blaupause mit dem Potenzial der Übertragbarkeit in die Regelversorgung angelegt werden. Dafür bedürfe es der konsequenten Umsetzung einer begleitenden Kommunikationsstrategie. Dies sei im Landkreis Vorpommern-Greifswald in Mecklenburg-Vorpommern gelungen.

Die abschließende Diskussion im Rahmen des Symposiums zeigte auf, dass wissenschaftliche Publikationen allein meist nicht ausreichen, um die für den Transfer unverzichtbaren Stakeholder zu überzeugen. Parallel zu den Abschluss- und Evaluationsberichten müssten kurze und prägnante Materialien („Werbebroschüren") durch die Projekte entstehen, die im Rahmen einer strategischen und konsequent umgesetzten Transferkommunikation einzusetzen seien. Einige der Projektumsetzenden wünschten sich im Falle einer positiven Evaluation eine Verpflichtung der am Projekt beteiligten institutionellen Akteur:innen zum Transfer. Dies sei aus rechtlichen Gründen ausgeschlossen, verdeutlichten die Vertreter der Gremien des Innovationsausschusses. Vielmehr seien für den Transferprozess neben den Instrumenten der Versorgungsforschung (Evidenz) auch die Methoden der Innovationsforschung (Innovationsforschung = wirtschaftswissenschaftliche Beschreibung bzw. Erklärung von Innovationen als Grundlage für die Ableitung von Gestaltungempfehlungen für Innovationsprozesse) notwendig, die ggf. von außen in den Prozess eingebracht werden müssten. Die Vertreter des Innovationsausschusses betonten, dass auch die von den Projektvertreter:innen oft angestrebten Projektverlängerungen nicht dem gesundheitspolitischen Ziel des Transfers in die Regelversorgung entsprächen. Vielmehr müssten möglichst gemeinsam mit Leistungserbringer:innen und Kostenträger:innen bereits in der Projektkonzeption die Transferziele und auch Wege aufgezeigt sowie abgestimmt werden, die dann bei nachgewiesener Wirksamkeit des untersuchten Versorgungsmodells ohne Verzögerung beschritten werden können.

Beispiele Innovationsfondsprojekte

Die in diesem Beitrag ausführlicher dargestellten Innovationsfondsprojekte (vgl. Kästen) zeigen exemplarisch auf, wie individuell unterschiedlich die Transferansätze sowie die jeweils begünstigenden und verhindernden Faktoren sind.

So sind im Projekt „NPPV – Verbesserte Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen" trotz ausgebliebener Transferempfehlung bereits während der Projektlaufzeit die Projektinhalte in die „KSVPsych-Richtlinie zur koordinierten Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen" eingeflossen. Entscheidend für diesen Erfolg war, dass die Translation früh im Projektverlauf verankert wurde und dass die dafür notwendigen Netzwerkstrukturen aufgebaut und erfolgreich genutzt wurden.

Im Projekt „FARKOR – Vorsorge bei familiärem Risiko für das kolorektale Karzinom (KRK)" sorgte die positive Transferempfehlung des Innovationsausschusses dafür, dass der Unterausschuss Methodenbewertung aufgefordert wurde, zu prüfen, wie die Erkenntnisse in die Überarbeitung der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme und der Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen einfließen können. Es ist nicht bekannt, ob und ggf. mit welchem Ergebnis diese Prüfung erfolgt ist.

Der Transferstatus des Projekts „EsmAiL – Evaluation eines strukturierten und leitlinienbasierten multimodalen Versorgungs-

DEWI – Determinanten bei der Versorgung von Patient:innen mit Wirbelsäulenoperationen

Die Zahl der Wirbelsäulenoperationen hat sich zwischen 2005 und 2011 in Deutschland fast verdoppelt. DEWI untersuchte, welche patientenseitigen, einrichtungsbezogenen und regionalen Faktoren mit einer Operation an der Wirbelsäule assoziiert sind. Hierzu wurden bundesweit GKV-Routinedaten von jährlich ca. 8 Millionen Versicherten über das Wissenschaftliche Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen (WIdO) herangezogen, deskriptive und analytische Verfahren eingesetzt und die Ergebnisse mit klinischen Expert:innen besprochen.

Es konnte gezeigt werden, dass auch nach Kontrolle von Versorgungs- und Patientenmerkmalen die Raten an Wirbelsäulenoperationen entscheidend von den örtlichen Angebotsstrukturen abhängen. Zudem zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit, als Patient:in mit Wirbelsäulenerkrankung eine Operation zu erhalten, mit der Anzahl der Physiotherapieverordnungen sinkt. In den zwei Jahren vor einer Operation hatte allerdings nur knapp die Hälfte der Patient:innen eine Physiotherapie erhalten. Die unterschiedlichen Heilmittelbudgets zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen waren mit der Verordnung von Physiotherapie bei dieser Patientengruppe assoziiert. Der Zugang zu Bildgebung und Physiotherapie war auch innerhalb der GKV vom Sozialstatus der Person abhängig. Die Einführung der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz 2010 führte zwar zu einer Verringerung der regionalen Streuung von MRT-Untersuchungen der Wirbelsäule, für andere Verfahren wie Akupunktur oder stark wirksame Opioide nahm diese hingegen zu.

Der Innovationsausschuss leitete den Bericht vom Dezember 2020 weiter an die G-BA-Unterausschüsse Qualitätssicherung (Indikationen für Zweitmeinungsverfahren) und Disease-Management-Programme (DMP chronische Rückenschmerzen) sowie an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), jeweils mit der Bitte, die Förderung medizinischer Leitlinien in operativen Fächern zu prüfen.

Seit 2015 besteht nach § 27b SGB V ein Zweitmeinungsverfahren in Deutschland. Die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren des G-BA (Zm-RL) wurde auch als Konsequenz des DEWI-Projekts 2021 um sieben Wirbelsäuleneingriffe ergänzt. Das DMP Rückenschmerz wurde während der Projektlaufzeit vom G-BA beschlossen. Allerdings wurden bisher – wie auch für die anderen neuen DMP Depression, Osteoporose und Rheumatoide Arthritis – noch keine Verträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen.

Nach § 92b Absatz 2 SGB V legt das BMG seit 2019 Schwerpunkte für die Entwicklung und Weiterentwicklung von Leitlinien fest. 2021 wurde erstmals das Themenfeld „Operative Eingriffe am Skelettsystem / Bewegungsapparat" für die Ausschreibung aufgenommen. Von den bisher 64 geförderten Leitlinienprojekten hatten sieben eine orthopädische Indikation. Zudem hat das IQWiG im Auftrag des G-BA eine „Entscheidungshilfe zu Eingriffen an der Wirbelsäule" für Patient:innen entwickelt.

Aufbauend auf DEWI wurde durch die ehemaligen Konsortialpartner (ZEGV, WIdO, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie – DGOOC) sowie den Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) das Projekt „Risikoadjustierte Outcome-Analyse (Ergebnisqualität) in der Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen (ROWE)" initiiert. Das Projekt wird durch DGOOC und BVOU finanziert und setzt einen besonderen Schwerpunkt auf die risikoadjustierte Qualität der Versorgung von Patient:innen mit Wirbelsäulenerkrankungen durch ambulante und stationäre Leistungserbringer:innen. Perspektivisch soll so ein Versorgungsmonitoring für Wirbelsäuleneingriffe in Deutschland etabliert werden.

von: Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH, Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)

konzepts für Menschen mit Akne inversa“ ist noch auf dem Weg. Zwar werden Projekte wie EsmAil entsprechend § 140a SGB V umgesetzt – ein strukturelles Instrument zur Überführung in die Regelversorgung fehlt jedoch. Derzeit laufen noch die Verhandlungen zu einer Umsetzung im Rahmen der Selektivverträge zur besonderen Versorgung nach § 10a SGB V.

Es wurde im April 2025 ein Beratungsverfahren im G-BA zur Bewertung der im Projekt verwendeten Methode begonnen.

Ein weiteres positives Beispiel für ein Transferergebnis ist die Ergänzung der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren des G-BA um sieben Wirbelsäuleneingriffe auf Grundlage der Ergebnisse des Projekts „DEWI – Determinanten bei der Versorgung von Patienten mit Wirbelsäulenoperation“. Darüber hinaus flossen die Ergebnisse dieses Innovationsfondsprojekts in unterschiedliche Leitlinienprozesse ein. Die ehemaligen Konsortialpartner initiierten aufbauend auf DEWI zudem ein Folgeprojekt zur Entwicklung eines Versorgungsmonitorings bei Wirbelsäulenerkrankungen.

Fazit

Neben den Basisvoraussetzungen für den Transfererfolg wie positive Evidenz, Praxisrelevanz, Transferempfehlung und Motivation der Beteiligten können eine Reihe von Erfolgsfaktoren identifiziert werden. In den Innovationsfondsprojekten treffen die Systemlogiken des Gesundheits-, Wissenschafts- und Wirtschaftssystems aufeinander. Entsprechend fokussieren im Bereich der Kommunikation die beteiligten Wissenschaftler:innen auf wissenschaftliche Veröffentlichungen, die den Erkenntnisgewinn und dessen Diskussion in der Fachwelt zum Gegenstand haben. Für die Überzeugung der transferentscheidenden Akteure ist aber ein prägnanter und werblicher Kommunikationsstil erforderlich. Hier ist durch die Projekte die Entwicklung und Umsetzung einer differenzierten Kommunikationsstrategie erforderlich, die neben der Scientific Community insbesondere die Stakeholder und politischen Entscheidungsträger ansteuert.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Kommunikation ist allerdings, dass der Transfer als Teil der „Projekt-DNA“ verstanden wird, die während aller Projektphasen und -aktivitäten wirksam wird. Eine Selbstverpflichtung aller Konsortialpartner, das Projekt bei einer Empfehlung durch den Innovationsausschuss des G-BA im ersten Schritt beispielsweise mit Selektivverträgen in die Regelversorgung zu bringen, würde das entsprechende „Transfer-Gen“ in der „Projekt-DNA“ verankern. Wenn im Gegenzug auch das Transferpotenzial zum harten Entscheidungskriterium für oder gegen die Förderung würde, hätten deutlich mehr aus dem Innovationsfonds finanzierte Neue Versorgungsformen höhere Transferchancen in die Regelversorgung.

Zur Stärkung des Transfers bedarf es also besonderer Transfer- und Innovationsexpertise. Einen wirksamen Hebel bietet der/die vom Innovationsausschuss des G-BA vorgeschlagene Transferbegleiter:in. Diese Person müsste bereits zu einer sehr frühen Projektphase greifen und die entsprechenden Fäden zu den Leistungserbringern und potenziellen Finanzierern spinnen. Hinzu kommt die Notwendigkeit, die Erkenntnisse aus vergleichbaren Projektansätzen (z. B. ähnlich gelagerten Lotsenprojekten) zu bündeln (Monitor Versorgungsforschung 05/25).

Abschließend soll eine ressourcenorientierte Betrachtung des Transferprozesses der Innovationsfondsprojekte erfolgen. So steht der Innovationsfonds wie kein anderes Förderinstrument für den strukturierten Transfer von evidenzbasierten Maßnahmen.

Mit einem Anteil von derzeit 27 Prozent Projekten (Stand Oktober 2025), die auf unterschiedliche Weise ihre Ergebnisse in die Regelversorgung einspeisen, hat sich der Innovationsfonds bereits jetzt als funktionierendes Instrument erwiesen. Diese Transferquote ist vergleichsweise hoch – oftmals wird dieser Maßstab überhaupt nicht angelegt (Monitor Versorgungsforschung 05/25)!

Wenn es neben der weiteren Optimierung dieses Transferprozesses gelingt, für evidenzbasierte Innovationen eine in der Versorgung vorhandene, nicht gut belegte Maßnahme abzuschaffen (De-Implementation), stehen die Chancen sehr gut, dass das Gesundheitssystem durch den Innovationsfonds zeitnah und nachhaltig effektiver, patientenorientierter und wirtschaftlicher gestaltet werden kann. Hierzu kann die Versorgungsforschung den entscheidenden Beitrag leisten. Diese geht deutlich über den Anspruch des reinen Erkenntnisgewinns hinaus – die Versorgungsforschung will und kann die Datenbasis beisteuern, das gesundheitliche Versorgungssystem zu gestalten (Hoffmann et al. 2025). <<

von:
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann[1]
Prof. Dr. Jochen Schmitt[2]
Prof. Dr. Dr. Martin Härter[3]
Mirko Eichner[4]

1: Vorsitzender des DNVF e. V. / Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine
2: Stellvertretender Vorsitzender des DNVF e. V. / Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), TU Dresden
3: Hauptgeschäftsführer des DNVF e. V. / Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
4: Geschäftsführer des DNVF e. V.

Zitationshinweis

Hoffmann et al.: „Der Innovationsfonds wirkt! (Teil 1 der Serie Innovationsfonds Impact), in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/25), S. 30–34. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2770

Literatur

Lindemann, C. et al.: Verbessert der Innovationsfonds die Versorgung? Eine kritische Bestandsaufnahme zum Stand der Implementierung erfolgreicher Innovationsfondsprojekte in die Versorgungspraxis. https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2270-3537.pdf
Interview mit Hecken, J., Hoffmann, W.: Monitor Versorgungsforschung 05/25 (S. 6 – 12): https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/konzept-systematischer-transfer/
Hoffmann, W. et al.: Positionspapier des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e. V.: Was ist Versorgungsforschung?. https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-2592-5998?articleLanguage=de#info

Nächste Folge

In der nächsten Ausgabe MVF 01/26 lesen Sie, welche Hinderungsfaktoren identifiziert werden konnten und wie diesen entgegen gewirkt werden kann.