Innovative Versorgungskonzepte

Survey zum MSD Gesundheitspreis: Nominierte zeigen, wie es funktionieren kann

Innovative Versorgungsansätze gehören zu den wichtigsten Bausteinen, wenn es darum geht, unser Gesundheitswesen weiterzuentwickeln und auf drängende Herausforderungen zu reagieren. An guten Ideen fehlt es nicht. Das lässt sich beispielsweise an den mehr als 400 Projekten ablesen, die seit 2016 im Innovationsfonds gefördert wurden, aber auch an anderen Initiativen wie dem MSD Gesundheitspreis, der jährlich ausgelobt wird und innovative Versorgungsansätze auszeichnet. Nahezu alle dieser neuen Versorgungskonzepte werden mit sehr viel Engagement, Herzblut und Tatendrang der Beteiligten umgesetzt. Doch nicht wenigen geht nach Jahren anstrengender Aufbauarbeit und der aufreibenden Suche nach Anschlussfinanzierungen die Puste aus. Vielfach wird beklagt, dass zwischen Pionierarbeit und Regelversorgung eine Lücke klafft, die es neuen Versorgungsansätzen nahezu unmöglich macht, sich nachhaltig im bestehenden Versorgungsgeschehen zu etablieren. Aber wie viel ist an dieser Behauptung eigentlich dran? Ist das allgemeine Bauchgefühl eher von der typisch deutschen Unzufriedenheit gesteuert oder lässt es sich anhand von Zahlen und Daten belegen?

>> Als Träger des MSD Gesundheitspreises, der in diesem Jahr zum 14. Mal ausgelobt wurde, wollte MSD Sharp & Dohme diesen Fragen nachgehen und einen Einblick bekommen, was aus den zahlreichen vielversprechenden Projekten geworden ist, die seit 2012 für den Preis nominiert wurden: Was sind die konkreten Hürden beim Transfer in die Regelversorgung? Was sind Erfolgsfaktoren? Welche Bedingungen brauchen Innovationen im Gesundheitswesen, damit sie in die Fläche gelangen können? Und was können zukünftige Innovatoren aus den Erfahrungen bestehender Projekte lernen? Die 140 Projekte, die seit 2012 für den MSD Gesundheitspreis nominiert wurden, bieten einen interessanten Datenpool, um erste Antworten auf diese Fragen zu erhalten.

MSD Gesundheitspreis

Der MSD Gesundheitspreis wird seit 2012 ausgelobt. Mit einem Preisgeld von insgesamt 110.000 Euro jährlich gehört er zu den bestdotierten Preisen im deutschen Gesundheitswesen. Im Durchschnitt gehen jährlich 50 bis 60 Bewerbungen ein. Die Ausschreibungen erfolgen mit Indikationsfokus bereichs- und themenoffen, sodass die Einreichungen eine große Bandbreite im Hinblick auf Sektoren, Settings und Lösungsansätze aufweisen. Die unabhängige Jury ist interdisziplinär zusammengesetzt mit Vertreter:innen von Universitätskliniken, Krankenkassen, Patientenorganisationen sowie von MSD Sharp & Dohme.

Ein Fokus der Jury liegt stets auf dem Reifegrad der Einreichungen: Als preiswürdig werden in erster Linie Projekte angesehen, die über den Ideenstatus hinausgehen und ihren Mehrwert für die Versorgung anhand valider Evaluationsergebnisse nachweisen können. Die Beurteilung erfolgt anhand einer standardisierten Bewertungsmatrix, u. a. die Kategorien Patientenrelevanter Zusatznutzen, Gesundheitsökonomie und Evaluation, Patienten-Empowerment sowie Prozessverbesserungen und Skalierbarkeit umfasst. Insgesamt können je Projekt 40 Kriterien bewertet werden. Auf Basis der Bewertungsergebnisse werden zunächst zehn Projekte im Sinne einer Shortlist nominiert. Unter diesen entscheidet sich die Jury schließlich für fünf bis sieben Preisträger (Haupt- und Sonderpreise). Weiterhin wird ein Publikumspreis vergeben, dessen Gewinner über eine Online-Abstimmung ermittelt wird.

MSD Survey

Der MSD Survey umfasst eine Evaluation unter 132 seit 2012 für den MSD Gesundheitspreis nominierten Projekten. Die Evaluation wurde im Auftrag der MSD Sharp & Dohme GmbH von der inav GmbH durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte in einem Mixed-Methods-Design, das quantitative und qualitative Elemente miteinander verband. Zunächst wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt und in LimeSurvey programmiert. Dieser kombinierte geschlossene Antwortformate (Multiple Choice) mit offenen Freitextfeldern, die den Befragten die Möglichkeit gaben, eigene Einschätzungen und weiterführende Aspekte einzubringen. Ergänzend wurden zehn qualitative Interviews mit Expert:innen durchgeführt, um vertiefende Einblicke in spezifische Fragestellungen zu gewinnen und die im Fragebogen erhobenen Daten kontextualisieren zu können. Bei den Interviewten handelt es sich um Vertreter:innen von Kostenträgern sowie um Leistungserbringer aus verschiedenen Versorgungsbereichen.

Die Befragung fand von Ende Juni bis Ende August 2025 statt. Es nahmen insgesamt 97 Personen an der Fragebogenerhebung teil. Neun Datensätze waren unvollständig. Von diesen wurden drei Datensätze ausgeschlossen. Bei den weiteren sechs waren mehr als 60% der Fragen beantwortet, diese Antworten wurden in die Auswertung einbezogen. Somit umfasst die Auswertung ein Gesamtsample von N = 94, was einer überdurchschnittlich hohen Rücklaufquote von 71,2% entspricht.

Ausgewählte Ergebnisse

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse geben erste Einblicke in die Erhebung.

Vielfältige Versorgungssettings

Der ambulante Bereich (53 Nennungen) sowie digitale Lösungen (40 Nennungen) sind die Versorgungssettings, denen die Teilneh-

Monitor Versorgungsforschung 06/2025 / This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

menden ihre Versorgungslösung am häufigsten zuordneten, wobei Mehrfachantworten möglich waren (Abb. 1). Daneben waren Prävention (27 Nennungen) und der stationäre Bereich (22 Nennungen) weitere häufig gewählte Versorgungssettings. Eine untergeordnete Rolle spielten die Bereiche Pflege (10 Nennungen) und Rehabilitation (4 Nennungen). 23 Personen wählten die Option „Sonstiges", zu der es ein Freitextfeld für Konkretisierungen gab. Hier wurden insbesondere die Bereiche Versorgungskoordination (z. B. Lotsenmodelle) sowie Integrierte bzw. sektorenübergreifende Versorgung genannt.

Nachhaltigkeit und Weiterentwicklung – mehr als 80 Prozent der Projekte aktiv

Auf die Frage, ob das von ihnen betreute Projekt aktuell weitergeführt wird, antworteten insgesamt 80,9% der Personen mit Ja (76 Projekte) und 19,1% mit Nein (18 Projekte). Unter den weitergeführten Projekten erfolgte dies in 26 Fällen unverändert, während 50 Projekte mit Anpassungen weitergeführt wurden.

Zu den Maßnahmen, die die Projekte zur Weiterführung ergriffen hatten, gehörte in den meisten Fällen die Sicherung der Finanzierung durch Kostenträger (38 Nennungen). Weiterhin trugen Evaluationen (28 Nennungen), die Beantragung von Fördermitteln (26 Nennungen), die dauerhafte Verankerung der Innovation in der Organisation (23 Nennungen) sowie Schulungen und die Sicherstellung des Wissenstransfers (20 Nennungen) zur Weiterentwicklung bei.

Insgesamt 31 Teilnehmende ergänzten ihre Antworten unter dem Punkt „Sonstiges". Hier wurden vor allem weitere Aktivitäten in Bezug auf die Sicherung der Finanzierung genannt, darunter der Verkauf an ein Pharmaunternehmen, die Finanzierung über Fachgesellschaften, Fundraising und Spendenakquise sowie Eigenbeteiligung der Patient:innen. Zwei Personen gaben an, dass sie ihr Versorgungsangebot ausbauen konnten. In einem Fall wurde das Versorgungskonzept als DiGA zugelassen.

Auf die Frage, welche weiteren wesentlichen Anpassungen seit der Nominierung angestoßen worden waren, zeigte sich, dass ein Schwerpunkt auf der Integration des Versorgungskonzeptes in bestehende Versorgungsstrukturen und die Regelversorgung lag, etwa durch die Überführung in Disease-Management-Programme, die Anbindung an Palliativangebote oder die Anpassung an Vergütungslogiken wie den EBM oder Hybrid-DRGs. Eng damit verbunden war die Verstetigung der Finanzierung, die häufig über Selektivverträge sowie über Fördermittel oder Stiftungen abgesichert wurde.

Ein zweites großes Themenfeld bildeten digitale Weiterentwicklungen, darunter der Ausbau von Videosprechstunden, telemedizinischen Angeboten und Softwarelösungen bis hin zur Integration von KI-basierten Anwendungen. Parallel dazu fanden organisatorische und strukturelle Veränderungen statt, beispielsweise durch die Gründung von MVZ und Ärztegenossenschaften, die Übernahme durch neue Träger oder den Aufbau regionaler Netzwerke.

Evaluationen spielen wesentliche Rolle für Integration in die Versorgung

Die 76 Projekte, die unverändert oder mit Anpassungen weitergeführt werden, wurden weiterhin gefragt, in welcher Form sie in bestehende Versorgungsstrukturen eingebettet sind. Hier ergab sich ein heterogenes Bild. 12 Projekten (15,8%) gelang es, vollständig in die Regelversorgung nach SGB V überführt zu werden. 16 Projekte (21,1%) sind teilweise in die Regelversorgung integriert und 13 Projekte (17,1%) sind im Rahmen eines Modellvorhabens oder anderweitig mit temporärem Projektstatus aktiv. 14 Projekte (18,4%) gaben an, noch nicht in die Regelversorgung in-

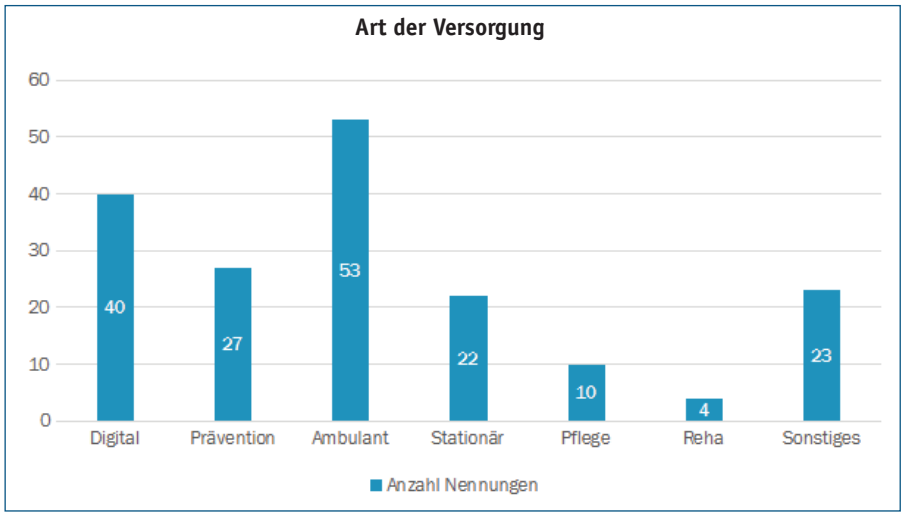


Abb. 1: Art der Versorgung, n = 94 (Mehrfachnennungen möglich). Eigene Darstellung.

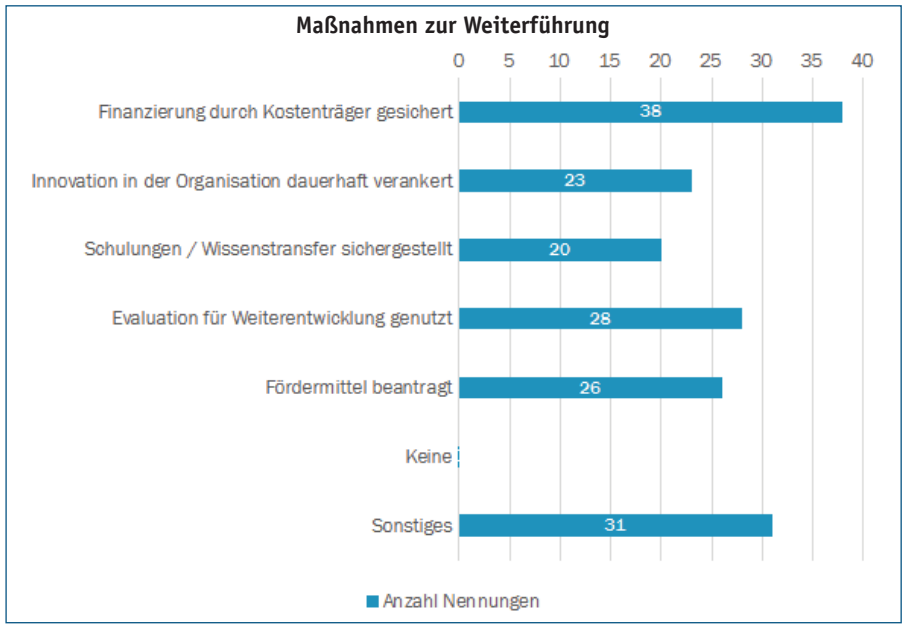


Abb. 2: Konkrete Maßnahmen, die zur Weiterführung des Projektes ergriffen wurden. Eigene Darstellung.

tegriert zu sein, für zwei Projekte wurde diese Frage nicht beantwortet. Weiterhin wählten 19 Personen (25%) die Option „Sonstiges“ und erläuterten ihre Antwort in einem Freitextfeld. Von diesen 19 Personen gaben 12 an, dass ihr Projekt im Rahmen eines oder mehrerer Selektivverträge in die bestehenden Versorgungsstrukturen eingebettet ist. Weitere Projekte nutzen kommunale Strukturen. Zudem erfolgt die Einbindung bei einigen Projekten über Klinikstrukturen oder Zertifizierungsprogramme.

Mit Blick auf begünstigende Faktoren und Hemmnisse zeigt die Befragung, dass wissenschaftliche Studien und Evaluationsergebnisse eine zentrale Rolle spielen, wenn es um die Integration der Innovation in die bestehenden Versorgungsstrukturen geht. Evidenz erhöht die Akzeptanz neuer Konzepte bei Leistungserbringern und Kostenträgern. Gleichwohl stellt die Finanzierung von Studien und Evaluationen für viele Projekte eine Herausforderung dar.

Von wesentlicher Bedeutung ist zudem die Frage der Finanzierung und Vergütung: Während Selektivverträge, DiGA-Zulassungen oder Drittmittel die Umsetzung erleichtern, erweisen sich fehlende Anschlussfinanzierungen, die unzureichende Abbildung im SGB V sowie die heterogene Kassenlandschaft als Barrieren. Ebenso erschweren Bürokratie, komplexe Vertragsverhandlungen und föderale Strukturen eine breite Implementierung.

Darüber hinaus kann festgehalten werden, dass Kooperationen, z. B. mit Kliniken, Krankenkassen, Hochschulambulanzen oder politischen Akteur:innen, die Integration maßgeblich fördern, während fehlende Ansprechpersonen und institutionelle Blockaden sie behindern. Nicht zuletzt sehen Teilnehmende die Digitalisierung als zweischneidiges Schwert: Während die Pandemie der Telemedizin und Videosprechstunden erheblichen Auftrieb verlieh, bilden Interoperabilitätsprobleme, Datenschutzauflagen und restriktive Regularien Integrationshemmnisse.

Vertrags- und Finanzierungsmodelle – Selektivverträge als zentrale Säule

Befragt nach den Vertrags- und Finanzierungsmodellen der Projekte gab rund ein Drittel der Teilnehmenden an, dass Selektivverträge nach § 140a SGB V mit einer oder mehreren Krankenkassen geschlossen wurden (33 Projekte, 35,1%). 16 Projekte (17,0%) werden aktuell mithilfe von Eigenmitteln, Stiftungsgeldern, Sponsoring oder sonstigen Förderungen weitergeführt, während 5 Projekte (5,3%) sich über Lizenzmodelle finanzieren. 8 Projekte (8,5%) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in Verhandlung mit Kostenträgern. Bei 28 Projekten (29,8%) war keine nachhaltige Finanzierung vorhanden und zu 4 Projekten (4,3%) wurden diesbezüglich keine Angaben gemacht.

Die Befragten hatten die Möglichkeit, das Finanzierungsmodell ihres Projekts über ein Freitextfeld zu erläutern. Dabei wurde deutlich, dass mehrere Projekte auf Mischfinanzierungen basieren. Eine Finanzierung über Selektivverträge wird beispielsweise häufig durch Fördermittel, Eigenmittel, Spendengelder oder anderweitige Zuwendungen ergänzt.

Die Hälfte der Befragten berichtet von regulatorischen oder vertraglichen Hürden beim Abschluss ihrer jeweiligen Finanzierungsmodelle. Beispielsweise seien Modellvorhaben meist zeitlich befristet, sodass nach Projektende häufig eine Anschlussfinanzierung fehle. Zudem gebe es für bestimmte Leistungen keine adäquaten rechtlichen Verankerungen, wodurch eine Abbildung in der Regelversorgung verhindert werde.

Ein zweiter zentraler Bereich betrifft die Vertragsverhandlungen mit Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, die sich vielfach als langwierig und komplex erwiesen. Bei digitalen Lösungen könne es zudem zu Interessenkonflikten mit Krankenkassen kommen, wenn diese eigene digitale Angebote verfolgen.

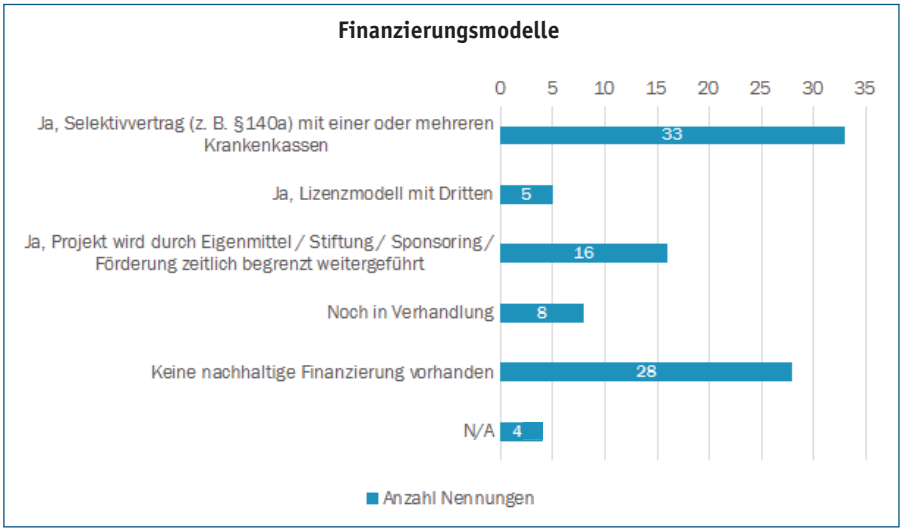


Abb. 3: Finanzierungsmodelle. N = 94. Eigene Darstellung

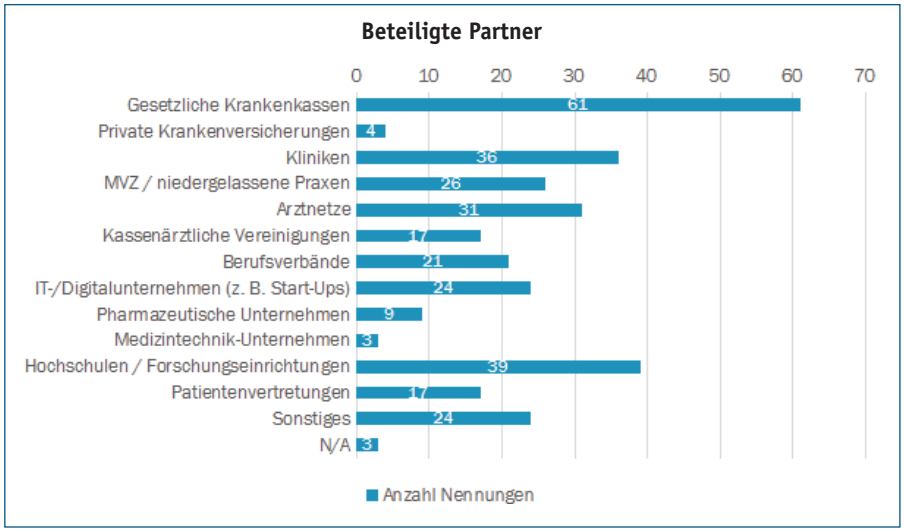


Abb. 4: Partner, die an der Umsetzung des Projektes maßgeblich beteiligt waren. Eigene Darstellung.

Darüber hinaus spielen regulatorische Vorgaben eine zentrale Rolle. Die Einhaltung von DMP-Richtlinien, die MDR-Zertifizierung von Medizinprodukten sowie Compliance-Vorgaben erhöhten die Komplexität. Fehlende Interoperabilität, das Ausbleiben von Routinedatenlieferungen oder die Nicht-Anerkennung von Praxisnetzen als abrechnungsfähige Leistungserbringer schafften zusätzliche Hindernisse.

Kooperationen und Partnerschaften als Schlüsselfaktor für Erfolg

Wenn es um Partner geht, die maßgeblich an der Umsetzung der Projekte beteiligt waren oder sind, stehen gesetzliche Krankenkassen an erster Stelle. Zwei Drittel der Projekte verfügen über Partnerschaften mit Krankenkassen. Daneben spielen Hochschulen und Forschungseinrichtungen (39 Nennungen), Kliniken (36 Nennungen) sowie Arztnetze (31 Nennungen) eine wichtige Rolle. Dagegen sind private Krankenversicherungen (4 Nennungen) und Medizintechnik-Unternehmen (3 Nennungen) für innovative Versorgungsprojekte kaum von Bedeutung. Die weiteren Antwortauswahlen sind Abbildung 4 zu entnehmen. Unter der Option „Sonstige" wurden u. a. Pflegeanbieter, Diagnostikanbieter, Jugendämter, Jobcenter, Vereine, Fachverbände, Gesundheitsämter, Kommunen, Landkreise und Landesregierungen aufgeführt.

Die Art der Zusammenarbeit in den Projekten war überwiegend durch vertraglich geregelte Strukturen geprägt. In vielen Fällen bildeten Selektivverträge nach § 140a SGB V, DMP-Richtlinien oder spezifische Vereinbarungen mit Krankenkassen die Grundlage. Diese Verträge regelten nicht nur den Leistungsumfang und die Vergütung, sondern auch organisatorische Aspekte sowie einheitliche Qualitätsmanagementverfahren.

Darüber hinaus ist die gemeinsame Steuerung und Organisation von zentraler Bedeutung. Zahlreiche Projekte setzten auf Konsortialführungen, Lenkungsgremien oder Steuerungssitzungen, die eine kontinuierliche Abstimmung zwischen den Beteiligten ermöglichten.

Die Kooperationen waren nach Angaben der Befragten vorwiegend von positiven Erfahrungen gekennzeichnet. Besonders hervorgehoben wurden ein offener, transparenter und wertschätzender Austausch sowie die Etablierung klarer Kommunikationsstrukturen mit regelmäßigen und lösungsorientierten Absprachen. Viele Projekte profitierten zudem von der frühen und aktiven Einbindung zentraler Akteure, darunter Klinikmitarbeitende, Krankenkassen, Berufsverbände und politische Entscheidungsträger. Auch der erfolgreiche Aufbau intersektoraler Netzwerke, die enge Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen und IT-Partnern sowie die gemeinsame Erstellung von Evaluationen und Publikationen trugen zur positiven Wahrnehmung der Kooperation bei.

Demgegenüber stehen zahlreiche Herausforderungen, die sich sowohl auf struktureller als auch auf praktischer Ebene zeigen. Ein zentrales Hemmnis besteht in der unsicheren Finanzierung und fehlenden Verstetigung über die Projektlaufzeit hinaus. Hinzu kommen bürokratische Hürden, etwa durch langwierige Vertragsverhandlungen mit Krankenkassen und KVen, komplizierte Regulierungen oder das Fehlen klarer gesetzlicher Grundlagen. Auf organisatorischer Ebene wurden Partikularinteressen, Konkurrenzgefühle und Akzeptanzprobleme innerhalb von Kliniken oder bei niedergelassenen Ärzt:innen genannt.

Katalysatoren und Hemmnisse im Transferprozess

In Bezug auf die wichtigsten Erfolgsfaktoren für die Überführung von Projekten in nachhaltige Strukturen wurden an erster Stelle positive Evaluationen und Studienergebnisse genannt, die den patientenrelevanten Nutzen und/oder gesundheitsökonomische Effekte belegen konnten.

Ein weiterer wichtiger Faktor betrifft die gesicherte Finanzierung und rechtliche Verankerung der neuen Versorgungsform. Erfolgreich waren Projekte dann, wenn sie Anschlussfinanzierungen über Selektivverträge, Disease-Management-Programme oder DiGA-Zulassungen erhielten.

Darüber hinaus ist die Einbettung in bestehende Strukturen und Netzwerke entscheidend. Projekte, die frühzeitig mit Krankenkassen, Berufsverbänden, Kliniken oder regionalen Netzwerken kooperierten, konnten ihre Ergebnisse nachhaltiger verankern. Auch der Aufbau neuer Trägerstrukturen wie Stiftungen oder spezialisierte Zentren erwies sich als wirksam.

Weiterhin stellt Kommunikation eine Schlüsselkompetenz dar – nicht nur in Bezug auf Verhandlungen mit Kostenträgern, sondern auch im Hinblick auf diejenigen, die letztlich an der Umsetzung des Konzepts beteiligt sind, also Patient:innen, Ärzt:innen, Praxispersonal etc. Videoanrufe sind effizient, sie ersetzen aber keine persönlichen Beziehungen.

Auf der Ebene der handelnden Personen waren vor allem Durchhaltevermögen, Beharrlichkeit und das Engagement der Mitarbeitenden ausschlaggebend. Viele Projekte profitierten von einer hohen intrinsischen Motivation und dem gemeinsamen Ziel, relevante Versorgungslücken zu schließen.

Schließlich trugen Patientenzentrierung und Digitalisierung maßgeblich zur Nachhaltigkeit bei.

Bei den Hemmnissen für den Transfer neuer Versorgungsansätze stellt der Bereich Finanzierung und Ressourcen einen zentralen Block dar: Viele Projekte leiden unter unsicherer oder nur kurzfristig gesicherter Finanzierung, die oft ausschließlich patientenbezogen ist und strukturelle Kosten wie Personal, IT oder Investitionen nicht abdeckt.

Ein weiterer wesentlicher Bereich sind regulatorische und rechtliche Rahmenbedingungen. Fehlende gesetzliche Grundlagen,

Literatur

1: Amelung et al.: „Ein Preis für erfolgreiche Projekte mit der Kraft zur Verbesserung", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/22), S. 48-55. http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2374
2: Kerkemeyer, L.; Lägel, R.; Amelung, V.E. (2021). Der steinige Weg vom Einzelprojekt zur systematischen Vergütung. In: Engehausen, R.; Scholz, S. (Hrsg.) Innovationsfonds – Transfer in die Regelversorgung. Zwischenbilanz, Best-Practice-Beispiele & Handlungsempfehlungen. Heidelberg: medhochzwei, S. 176-186.
3: Amelung, V.E.; Dembski, B.; Gerhards, F.H.; Grandt, D.; Hess, R.; Wendel-Schrief, J.; Friebertshäuser, C.; Barz, S.; Klähn A.K.; Göhl, M. (2021). Wissenschaftliche Studien als Katalysator für innovative Versorgungsprojekte. Market Access & Health Policy, 6/2021.

fehlende Abrechnungsmöglichkeiten mit Krankenkassen, strikte MDR- und Datenschutzvorgaben sowie fehlende Einbindung in den EBM oder in DMPs verzögern die Überführung in die Regelversorgung erheblich. Langwierige G-BA- und KV-Prozesse, föderale Strukturen und Sektorengrenzen verstärken diese Effekte zusätzlich.

Auch die Akzeptanz bei Stakeholdern spielt eine große Rolle. Partikularinteressen von Kliniken, Widerstände der Krankenkassen, begrenzte Flexibilität von Ärzt:innen sowie fehlendes Problembewusstsein auf politischer Ebene hemmen die Umsetzung.

Top 5 Handlungsempfehlungen für Innovatoren

1. **Evidenz:** Evaluationen und Studien von Anfang an mitdenken – auch in Bezug auf die Kosten der Studiendurchführung
2. **Stakeholder-Management:** Patient:innen, Leistungserbringer, Kostenträger, politische Vertreter:innen, IT-Anbieter und weitere Kooperationspartner frühzeitig in die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation einbeziehen
3. **Projektmanagement:** Sorgfältiges Projektmanagement und realistische Aufwandsplanung mit klaren Meilensteinen sind unverzichtbar
4. **Finanzierung und Ressourcenplanung:** Frühzeitige Sicherung von Zwischen- und Anschlussfinanzierung anstreben, Mischfinanzierung in Betracht ziehen
5. **Resilienz:** Motivation der Beteiligten stärken, z. B. durch kollaborative Projektkultur, und Anpassungsfähigkeit an schwierige Rahmenbedingungen fördern

Fazit: Und es lohnt sich doch!

Eine wesentliche Erkenntnis aus der Erhebung lautet: Der erfolgreiche Transfer innovativer Versorgungskonzepte in die bestehenden Versorgungsstrukturen ist möglich. Entgegen der landläufigen Annahme, dass die meisten Projekte nach einer ersten Anfangseuphorie wieder in der Versenkung verschwinden, ist mit rund 80% die deutlich überwiegende Mehrheit der betrachteten Projekte aktuell weiterhin aktiv. Besonders bemerkenswert ist dabei, dass rund zwei Drittel der Projekte ihre Bewerbung für den MSD Gesundheitspreis im Zeitraum von 2012 bis 2021 eingereicht haben und somit bereits langjährig in der Versorgungslandschaft bestehen konnten.

Die Ergebnisse der Erhebung verdeutlichen aber auch, dass die Entwicklung, Umsetzung und nachhaltige Weiterführung von innovativen Versorgungskonzepten in hohem Maße anspruchsvoll und aufwendig sind. Eine dauerhafte Etablierung kann sich extrem langwierig gestalten und lässt sich nur in der Kombination mehrerer Erfolgsfaktoren realisieren. Dazu gehören in erster Linie Evidenzgenerierung, nachhaltige Finanzierungsstrategien, Kooperationen und Netzwerkbildung, die Anpassung an politisch-regulatorische Rahmenbedingungen sowie Akzeptanz bei allen Stakeholder-Gruppen.

Wer es versäumt, das Versorgungskonzept von Beginn an mit einer Evaluation bzw. einer klinischen Studie zu verknüpfen, zahlt dafür Lehrgeld, wenn es um die nachhaltige Sicherung der Finanzierung geht. Ohne belastbare Evidenz führen Verhandlungen mit Kostenträgern meist in die Sackgasse.

Der Abschluss von Selektivverträgen wird zwar als kompliziert und schwierig wahrgenommen. Gleichzeitig bilden Selektivverträge eine zentrale Säule der Finanzierung für innovative Versorgungskonzepte. Über diesen Weg wird gleichzeitig eine fortlaufende Finanzierung gesichert und es werden langfristige Beziehungen zu Kostenträgern etabliert.

Besonders erfolgversprechend erscheinen Konstellationen, in denen formale Verträge durch partnerschaftliche und engagierte Zusammenarbeit ergänzt werden. So kann über die vertraglichen Verpflichtungen hinaus eine hohe Identifikation und Mitgestaltung durch die beteiligten Akteure erreicht werden.

Rechtliche Rahmenbedingungen, schwerfällige institutionelle Strukturen sowie technische Hürden und Anforderungen können die dauerhafte Implementierung von Innovationen erheblich verzögern. Beharrlichkeit ist deshalb eine Schlüsselkompetenz von Innovatoren – aber auch die Fähigkeit, Interventionen so zu konzipieren, „dass sie nicht gegen die Wirkkräfte des Gesundheitssystems gerichtet sind, sondern im Einklang mit den Wirkkräften umgesetzt und aufrechterhalten werden können“, wie es eine befragte Person treffend formuliert. Mit einem solchen Vorgehen steht und fällt die Akzeptanz bei den relevanten Stakeholdern.

Gleichwohl seien Politik und Selbstverwaltung aufgefordert, die Rahmenbedingungen in Bezug auf den Innovationstransfer zu verbessern. So entstünden durch föderale Strukturen teilweise zu kleinteilige Vorgaben, durch die eine Skalierung von Projekten behindert werde. Zudem stellten die starren Grenzen zwischen den Sozialgesetzbüchern Hürden dar, die die komplexen Bedürfnisse vieler Zielgruppen nicht adäquat adressieren.

Initiativen wie der MSD Gesundheitspreis werden von den Projektverantwortlichen als außerordentlich wertvoll wahrgenommen. Dies spiegelt sich in zahlreichen Äußerungen der Befragungsteilnehmenden wider. Die Wertschätzung, die mit einer Nominierung oder einer Auszeichnung einhergeht, stärke die Motivation der Beteiligten und die Sichtbarkeit der Projekte nach außen. Die Unterstützung in Form von Öffentlichkeitsarbeit, etwa die Erstellung eines Projektvideos für die Nominierten, sei für viele ein großer Schritt in Bezug auf eine professionelle Außendarstellung. Vielfach wirkten eine Nominierung bzw. eine Auszeichnung auch als Türöffner für Verhandlungen mit Kostenträgern. <<

von:
Dr. Malte Haring[1]
Prof. Dr. Volker Amelung[1]
Martin Göhl[2]

1: inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH
2: MSD Sharp & Dohme GmbH

Autorenerklärung

Die Durchführung des Surveys wurde von der MSD Sharp & Dohme GmbH beauftragt. Der Auftraggeber hat keinen inhaltlichen Einfluss auf die Konzeption, Durchführung und Ergebnisdarstellung des Surveys ausgeübt.

Zitationshinweis

Haring, M., Amelung, V., Göhl, M.: „Survey zum MSD Gesundheitspreis: Nominierte zeigen, wie es funktionieren kann“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/25), S. 54–58. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2760