Workshop: Transfer von erfolgreich erprobten Versorgungsansätzen in den Versorgungsalltag

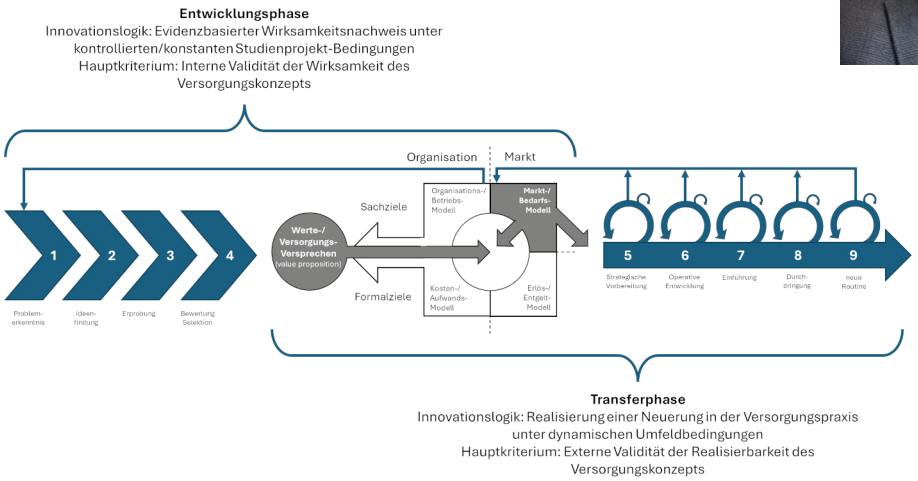
Wie gelingt der Transfer in den Versorgungsalltag?

Das deutsche Gesundheitssystem ist reich an innovativen Ansätzen, doch nur wenige schaffen den Sprung von der Pilotphase in die Regelversorgung. Zahlreiche Projekte, Modellinitiativen und Förderprogramme erzielen beachtliche Einzelerfolge, bleiben jedoch oft ohne nachhaltige Wirkung auf die Versorgungsstrukturen. Unter den Akteuren, die Innovationen im Gesundheitssystem vorantreiben möchten, wächst daher der Eindruck, dass es weniger an guten Ideen mangelt, sondern an verlässlichen Mechanismen, um erfolgreiche Modelle dauerhaft in die Praxis zu überführen.

>> Begibt man sich auf die Suche nach den Ursachen für diese Diskrepanz, führt die Spur weit über die Grenzen des Gesundheitswesens hinaus: Schon Joseph A. Schumpeter beschrieb Innovation als Prozess der „schöpferischen Zerstörung" (Schumpeter 1950), in dem Bestehendes kontinuierlich durch Neues ersetzt wird. Dass dieser Gedanke aktueller ist denn je, zeigt auch die Verleihung des diesjährigen Nobelpreises für Wirtschaftswissenschaften an führende Vertreter der Innovationsökonomik – ein Fachgebiet, das Innovation als zentralen Motor strukturellen Wandels begreift.



Abb. 7: Phasen des Innovationsprozesses, Innovationslogik und Geschäftsmodelle. Quelle: Dietrich, Martin: „Transfer und Agilität in Innovation und Versorgungsentwicklung – ein prozessorientierter und geschäftsmodellbasierter Ansatz". Z'GuG Zeitschrift für Gemeinwirtschaft und Gemeinwohl 48.2 (2025): 107–142.



Was dieser Gedanke für die Versorgungspraxis bedeutet, stand im Mittelpunkt des Workshops „Transfer von erfolgreich erprobten Versorgungsansätzen in den Versorgungsalltag", der am 15. Oktober 2025 im Rahmen des MSD Gesundheitsforums in München stattfand. Rund 60 Teilnehmende aus Wissenschaft, Praxis, Politik und Krankenkassen diskutierten dort, wie ein systematischer Transfer erfolgreicher Innovationsprojekte gelingen und wie Innovation als kontinuierlicher Entwicklungs- und Lernprozess gefördert werden kann.

Innovationsprozesse verstehen

Wie entsteht aus einer guten Projektidee eine echte Versorgungstransformation? Diese Frage stellte Prof. Dr. Martin Dietrich (Bundesministerium für Gesundheit) in den Mittelpunkt seines Impulses. Er skizzierte den Innovationszyklus als einen arbeitsteiligen Prozess, der zwei Phasen umfasst: die Entwicklungsphase und die Transferphase.

Während in der Entwicklungsphase der Nachweis der Wirksamkeit, also die interne Validität, im Vordergrund steht, geht es in der Transferphase um die externe Validität, also um die Frage, ob das Konzept unter realen Versorgungsbedingungen funktioniert. „Erfolgreiche Innovationsprozesse", so Dietrich, „verzahnen beide Phasen produktiv miteinander". Die Entwicklungsphase müsse bereits die Anforderungen der späteren Transferphase mitdenken (vgl. Abb. 7).

Der Nachweis der Wirksamkeit sei somit eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Innovationserfolg. Entscheidend sei es, den Übergang von der Evidenz in die Versorgung strukturiert zu gestalten – auf Basis eines tragfähigen Geschäftsmodells, das den Versorgungsnutzen ebenso adressiert wie die Umsetzbarkeit. Darauf aufbauend schlägt Dietrich als Leitbild elf Eckpunkte vor, an denen sich die Entwicklung und Bewertung von Transfermodellen orientieren können: von konsentierten Kriterien der Versorgungsverbesserung über agile Prinzipien bis hin zum Ziel eines „Netto-Bürokratie-Effekts ≤ 0" (s. Textbox).

Dietrich plädierte damit für die Anwendung eines agilen, lernenden Transfersystems im Gesundheitswesen, das den Übergang vom Konzept zur Regelversorgung nicht als administrativen Akt, sondern als eigenständige Innovationsphase versteht: eine Phase, die wissenschaftliche Evidenz, Geschäftsmodelllogik und Nutzerorientierung zusammenführt.

Transfer als strategischer Prozess

Prof. Volker Amelung (inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH) knüpfte in seinem Vortrag an diese Überlegungen an und unterstrich, dass der Transferprozess als strategischer Teil des Innovationszyklus verstanden werden müsse. Erfolgreiche Projekte zeichneten sich dadurch aus, dass Transferfragen nicht am Ende gestellt, sondern von Beginn an mitgedacht würden. Dies umfasse die Evidenzgenerierung ebenso wie Partnerschaften und Kommunika-

Zitationshinweis

Haring, M., Schiller, J.: „Wie gelingt der Transfer in den Versorgungsalltag?", (Supplement zu „Monitor Versorgungsforschung" 06/26), S. 14–15. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2787

tion mit relevanten Akteuren.

Diese Sichtweise spiegelt sich auch in den Ergebnissen eines aktuellen Surveys unter allen Projekten wider, die seit 2012 für den MSD Gesundheitspreis nominiert wurden (s. „Monitor Versorgungsforschung" 06/25). Die Befragung zeigt: Transfer gelingt dort besonders gut, wo früh belastbare Evidenz geschaffen, Vertrauen zu Kostenträgern aufgebaut und politische Entscheidungsträger frühzeitig eingebunden werden. Ebenso wichtig ist die aktive Beteiligung von Patient:innen, die nicht nur als Zielgruppe, sondern als Partner in der Bewertung von Nutzen und Wirksamkeit auftreten. Kontinuierliche Qualitätssicherung und eine offene, dialogorientierte Zusammenarbeit aller Beteiligten erwiesen sich dabei als zentrale Voraussetzungen, um aus Projekten tragfähige Versorgungslösungen zu entwickeln.

Erfahrungen, Barrieren und Impulse

Die Impulse und die Ergebnisse des Surveys zeigten, dass Transferfähigkeit nicht zufällig entsteht, sondern das Ergebnis eines strategischen, kooperativen und evidenzbasierten Vorgehens ist. In fünf Arbeitsgruppen, geleitet von Prof. Dr. Lutz Hager (Bundesverband Managed Care), Leonie Ruhwinkel (MSD), Prof. Dr. Daniel Grandt (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin), Dr. Franziska Püschner (inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH) und Helmut Gerhards (DAK-Gesundheit), diskutierten die Teilnehmenden vor diesem Hintergrund zwei Leitfragen: Zum einen ging es um die Erfolgsfaktoren und Hemmnisse, die den Transfer von Innovationsprojekten prägen. Zum anderen wurde die Frage bearbeitet, wie ein tragfähiges Leitbild für ein zukünftiges Transfermodell aussehen könnte.

Die Diskussionen spiegelten eine große Bandbreite an Perspektiven wider, aber es gab auch viele Übereinstimmungen. Als Erfolgsfaktoren wurden insbesondere der frühe Einbezug von Kostenträgern und anderen Schlüsselakteuren genannt, etwa durch gezielte Austauschformate. Ebenso entscheidend sei eine klare Definition von Zielen und Systemnutzen bereits in der ersten Projektphase. Schlanke Prozesse und Praxistauglichkeit gelten als Schlüsselkriterien, ebenso wie das Denken in Geschäftsmodellen statt in Projektlogiken. Auch Regionalität und kurze Entscheidungswege erwiesen sich als zentrale Erfolgsbedingungen.

Demgegenüber nannten die Teilnehmenden als Barrieren eine heterogene Kassenlandschaft und komplexe Strukturen der Selbstverwaltung, das Fehlen klarer Prozessverantwortlichkeiten im Transfer, uneinheitliche Evidenzanforderungen, etwa den Nachweis randomisierter Studien bei digitalen Anwendungen, sowie rechtliche und finanzielle Hürden und eine begrenzte gesundheitsökonomische Evaluationstiefe.
Mehrere Arbeitsgruppen sprachen sich zudem für ein strukturiertes Transfermanagement aus – etwa durch eine übergreifende Prozessverantwortung beim G-BA oder eine eigenständige Transferagentur. Andere betonten die Notwendigkeit einer begleiteten, aber zugleich agilen und iterativen Transferphase, die Lernen und Anpassung ermöglicht.

Auch wenn in einer 40-minütigen Arbeitsphase naturgemäß nur Schlaglichter gesetzt werden konnten, zeigte sich deutlich: Das Thema „Innovationstransfer" ist nicht nur von hoher Relevanz, sondern bietet großes Potenzial für eine systematische Weiterentwicklung. Die Diskussion soll u. a. auf dem Jahreskongress des Bundesverbandes Managed Care (BMC) im Januar 2026 fortgeführt werden.

Einordnung und Ausblick

In der abschließenden Podiumsdiskussion ordneten Prof. Dr. Volker Amelung, Dr. Regina Klakow-Franck (ehem. unparteiisches Mitglied des G-BA) und Prof. Dr. Martin Dietrich die Ergebnisse ein und formulierten zentrale nächste Schritte.

Dr. Klakow-Franck betonte, dass Innovationen im Rahmen des Innovationsfonds vor allem Prozessinnovationen seien, deren Nutzenbewertung nicht allein über klassische RCTs erfolgen könne. Stattdessen brauche es eine Bewertung in Anlehnung an den Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus) und vor allem eine klare Zuständigkeit für den Transferprozess. Weder der G-BA noch einzelne Projektträger sähen sich derzeit dafür in der Verantwortung, weshalb der Gesetzgeber gefordert sei, entsprechende Strukturen zu schaffen.

Prof. Dr. Dietrich ergänzte, dass Verantwortung künftig gemeinsam für Projekt und Ergebnis definiert werden müsse. Regionalität bleibe dabei ein zentraler Erfolgsfaktor. Entscheidend sei es, nach erfolgreichem Evidenznachweis gezielt den „Vertrieb" von Innovationen zu unterstützen, zum Beispiel durch Anschubfinanzierungen oder geeignete Transferinstrumente. „Innovationsarbeit ist auch immer Arbeiten gegen Widerstände", so Dietrich. Das im Workshop vorgestellte Leitbild solle in einem nächsten Schritt weiterentwickelt und ergänzt werden.

Der Workshop zeigte eindrucksvoll, dass die Brücke zwischen Projekterfolg und nachhaltigem Innovationserfolg geschlagen werden kann, wenn Entwicklungs- und Transferlogiken von Beginn an miteinander verzahnt werden. Zugleich wurde deutlich, dass viele Projekte bislang zu stark auf Drittmittellogiken ausgerichtet und zu wenig auf Skalierung fokussiert waren. Künftig müsse stärker in Geschäftsmodellen gedacht werden – beispielsweise über Lizenzierungen, regionale Expansion oder wertorientierte Vergütungsformen. Nur so lassen sich Innovationspotenziale systematisch nutzen und dauerhaft in die Regelversorgung überführen. Ein konsentiertes Transferleitbild, klare Verantwortlichkeiten und die aktive Einbindung aller relevanten Akteure können hierfür den Rahmen bilden.

Die Diskussion im MSD Gesundheitsforum 2025 hat dafür wertvolle Impulse geliefert und zugleich verdeutlicht: Der Weg vom Projekt in den Versorgungsalltag bleibt eine der zentralen Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems. <<

von: Dr. Malte Haring und Juliane Schiller[1]

1: inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH

Leitbild für ein Transfermodell

1. Konsentierte Kriterien der Versorgungsverbesserung
2. Transfer von Versorgungskonzepten, keine Verstetigung von Projekten
3. Flexibler Rahmen für unterschiedliche Versorgungskonzepte
4. Vorläufige Regulierung und Vergütung
5. Keine neue Evaluation, sondern Transfermonitoring
6. Transferbegleitung unter Beteiligung der relevanten Akteure
7. Konsequente Nutzer- und Nutzenorientierung
8. „Agile" Prinzipien des Transfers
9. Kollaboration und Kommunikation als Arbeitsgrundlage
10. Netto-Bürokratie-Effekt ≤ 0
11. Wissengenerierender Transfer