Impact des Innovationsfonds. Serienteil 2: Innovation

# Innovation als Motor der Gesundheitsversorgung

Wer sich auf die Suche nach dem wissenschaftlichen Verständnis des Begriffs Innovation begibt, stößt schnell auf Joseph Schumpeters „Theorie der Innovationen", die Innovation als willentlichen und gezielten Veränderungsprozess hin zu etwas Erstmaligem, Neuem versteht. Wobei Wirtschaft und Gesellschaft sich in diesem Verständnis dadurch wandeln, dass Produktionsfaktoren auf eine neuartige Art und Weise kombiniert werden. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass erst dann von Innovation (in Abgrenzung zur Invention) gesprochen werden kann, wenn der Nutzen einer Neuentwicklung erkannt wurde und die Veränderung im Markt angekommen ist. [1] Diese Erschließung von neuen Ideen und Perspektiven über die Grenzen unterschiedlicher Bereiche hinweg hat sich auch der Innovationsfonds des G-BA zu eigen gemacht – mit dem Ziel, den Wettbewerb um die besten Ideen anzutreiben und kontinuierliche Innovation in das Gesundheitssystem einzubringen: „Auf diese Weise wirkt der Innovationsfonds als kraftvoller Motor für eine bessere Patientenversorgung in Deutschland." [2]

>> Innovation wird alltagssprachlich, aber auch in der Fachliteratur oft als „Motor" bezeichnet. Dieses Bild ist jedoch unterkomplex, da Innovation im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung keine Maschine ist, die auf Knopfdruck ein spezifisches Ergebnis erzeugt. So führen die in innovationsfondsgeförderten Projekten entwickelten Versorgungsprozesse und -modelle auch bei positiven Evaluationsergebnissen keinesfalls automatisch zu einer besseren Versorgung. Vielmehr muss der Transfer bereits in der Projektphase angelegt werden, sodass die Evidenz vor allem dazu dienen kann, die Transferphase einzuleiten und zu gestalten. Dieses Prinzip soll im Rahmen der Weiterentwicklung des Innovationsfonds gestärkt werden. Dabei soll kein detailliertes Planungssystem

Kommentar von Dr. med. Ekkehard v. Pritzbuer (Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV)

## „Wirkung und Grenzen des Innovationsfonds in der ambulanten Versorgung"

Der Innovationsfonds hat sich in den vergangenen zehn Jahren als wichtiges Instrument zur Förderung neuer Versorgungsformen und der Versorgungsforschung etabliert. Für Vertragsärzte eröffnet er Chancen, bringt aber auch Herausforderungen mit sich. Die Beteiligung an geförderten Projekten war von Beginn an hoch, häufig in enger Kooperation mit Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese haben nicht nur die Rolle von Projektpartnern übernommen, sondern auch als Konsortialführung und Multiplikatoren gewirkt.

Die sektorenübergreifende Ausrichtung führte zu neuen Formen der Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen und mit anderen Gesundheitsberufen sowie zu einer stärkeren regionalen Vernetzung. Diese Effekte sind positiv, da sie häufig auch über die Projekte hinaus Bestand haben, bleiben aber nicht selten auf einzelne Regionen und besonders engagierte Akteure beschränkt.



Der Nutzen für Vertragsärzte liegt in der Möglichkeit, neue Versorgungsformen zu erproben und von Forschungsergebnissen zu profitieren, die langfristig die Qualität der Versorgung verbessern können. Ein Schwerpunkt vieler Projekte war die Digitalisierung, die in Deutschland weiterhin ausbaufähig ist. Der Fonds hat hier Impulse gesetzt, indem er Vorhaben förderte, die innovative digitale Prozesse in der Versorgung erproben. Für Vertragsärzte bedeutet dies beispielsweise Zugang zu Lösungen, die Praxisorganisation und Kommunikation erleichtern können. Dennoch bleibt die Herausforderung, diese Verbesserungen über den Projektkontext hinaus in die Breite zu tragen. Kritisch wird gesehen, dass der Übergang erfolgreicher Projekte in die Regelversorgung häufig zu langsam erfolgt. Zahlreiche Vorhaben haben belastbare Erkenntnisse hervorgebracht, deren Ergebnisse jedoch bisher folgenlos blieben. Die Gründe hierfür liegen weniger in den Projekten selbst als in fehlenden Zuständigkeiten und Prozessen für die Übernahme. Die Anschlussfähigkeit innovativer Ansätze an das bestehende System ist nicht immer gegeben, und die regulatorische Verankerung neuer Versorgungsformen erfolgt zögerlich. Für Vertragsärzte bedeutet dies, dass sie zwar an innovativen Projekten teilnehmen können, deren Nutzen aber nicht automatisch in den Alltag übergeht.

Die Frage, ob der Innovationsfonds im ambulanten Sektor positive Wirkung entfalten kann, lässt sich grundsätzlich bejahen. Projekte zeigen, dass Innovationen praktisch umsetzbar sind und einen Nutzen für Patienten und Praxen bringen können. Dennoch bleibt deren Reichweite begrenzt, solange erfolgreiche Ansätze nicht systematisch in die Regelversorgung überführt werden. Angesichts des demografischen Wandels und steigender Anforderungen ist es notwendig, den Fonds fortzuführen, jedoch mit stärkerer Fokussierung auf Integration und Nachhaltigkeit. Für Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen bedeutet dies, dass sie weiterhin von den Möglichkeiten profitieren können – vorausgesetzt, die strukturellen Hürden werden konsequent angegangen.

geschaffen werden, das alle Eventualitäten und Optionen antizipiert. Vielmehr wird ein Innovationsgenerator angestrebt, der unter dynamischen Umgebungsbedingungen den Rahmen für gelingende Innovationen festlegt und mögliche Entwicklungspfade skizziert, um Risiken zu minimieren und die Umsetzungswahrscheinlichkeit von Innovationen zu erhöhen. [2]

Vor dem Hintergrund der Finanzierungskrise des gesundheitlichen Versorgungssystems ist die gesundheitsökonomische Betrachtung von Versorgungsinnovationen unverzichtbar. Prof. Juliane Köberlein-Neu, Gesundheitsökonomin von der Bergischen Universität Wuppertal, betrachtet Innovation im folgenden Beitrag als Voraussetzung dafür, das Versorgungssystem an die sich ständig wandelnden Rahmenbedingungen anzupassen. Innovationsfondsprojekte sieht sie dabei als ersten Schritt im Innovationsprozess. Die Gesundheitsökonomie zieht unterschiedliche Faktoren heran, um die Leistungen und Potenziale des Versorgungssystems einer Kosten-Nutzen-Analyse zu unterziehen. Diese gesundheitsökonomi-

## Kurzinterview mit Prof. Dr. Martin Dietrich (Bundesministerium für Gesundheit)

# „Komplexe Interventionen belastbar zu evaluieren, ist ein Alleinstellungsmerkmal in der deutschen Förderlandschaft“

**Welche Funktion hat Innovation für unser Versorgungssystem?**

Innovationen machen das Versorgungssystem leistungsfähiger, nachhaltiger und zukunftsfest. Jede Veränderung im oder am Versorgungssystem, mit der die Gesundheitsversorgung verbessert werden soll, ist im Grunde Innovation. Neben den Innovationen in den Bereichen der industriellen Gesundheitswirtschaft, die Arzneimittel, Medizintechnik, Biotechnologie und digitale Gesundheitslösungen umfasst, stellen Versorgungsinnovationen ein eigenes Innovationsfeld dar, in dem neue Lösungen für die Art und Weise gefunden werden, mit der wir die Gesundheitsversorgung organisieren und auf aktuelle sowie kommende Herausforderungen proaktiv und gestaltend reagieren.



Versorgungsinnovationen ermöglichen dabei eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung von Strukturen, Prozessen und Versorgungsmodellen. Ihr Ziel muss die Versorgungsverbesserung sein. Das sind die Verbesserung gesundheitlicher Ergebnisse, die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit der Gesundheitsversorgung, die Effizienz des Einsatzes der auch im Gesundheitswesen knappen Ressourcen, die Arbeitserfahrungen der Gesundheitsfachkräfte in der Ausübung ihrer Tätigkeiten sowie die Versorgungsgerechtigkeit („Quintuple Aim“). Innovation ist der Motor, der die Versorgung kontinuierlich an neue Bedingungen, wie neue technologische Möglichkeiten, demografische Veränderungen und neue Bedürfnisse, anpasst. Damit sind Innovativität und Innovationsfähigkeit Bedingung und gleichzeitig Indikatoren für die Anpassungsfähigkeit des gesamten Gesundheitssystems an Rahmenbedingungen, die sich immer schneller mit zunehmender Dynamik verändern.

**Welche Vorteile bietet eine innovationswissenschaftliche Perspektive hierbei?**

Eine innovationswissenschaftliche Perspektive erlaubt, Innovationen nicht als zufälliges Ereignis, sondern als gestaltbaren Prozess zu verstehen. Durch systematische Analyse von Bedarfen, Barrieren, Akzeptanzfaktoren und Kontextbedingungen kann Versorgungsinnovation zielgerichtet entwickelt, implementiert und skaliert werden. Die innovationswissenschaftliche Perspektive integriert Methoden wie Co-Creation, Real-World-Evidence, Implementation Science und Diffusionstheorien, die sich zunehmend auch in agilen Innovationsansätzen wiederfinden. Sie ist interdisziplinär ausgerichtet und stellt auch Kompetenzen insbesondere in den Bereichen der Implementierung und Skalierung zur Verfügung. Die innovationswissenschaftliche Perspektive sieht dabei Innovationsprozesse als arbeitsteilige Prozesse an. Denn der Transfer und die Etablierung erfolgreich erprobter Versorgungskonzepte in der Versorgungswirklichkeit erfordert ganz andere Kompetenzen als der Evidenznachweis. Eine innovationswissenschaftliche Perspektive erlaubt es, nicht nur neue Lösungen zu finden und zu bewerten, sondern deren nachhaltigen Nutzen, Übertragbarkeit und Wirkung auf die Versorgungsverbesserung zu antizipieren, zu realisieren und empirisch abzusichern. Diese Perspektive macht Innovation planbarer, risikoärmer und bedarfs- und nutzenorientierter. Und indem sie den Blick über die Erfindung und Prüfung von neuen Versorgungskonzepten hinaus auch auf den Transfer und seine Bedingungen richtet, macht sie Innovationserfolge wahrscheinlicher.

**Welche Veränderungen bräuchte der Innovationsfonds, um unser Versorgungssystem innovativer und damit kosteneffizienter und patientinnen- und patientenorientierter sowie insgesamt zukunftsfähiger zu gestalten?**

Um den Innovationsfonds als zentrales Instrument der Versorgungsinnovation in Deutschland weiterzuentwickeln, sollte an seiner Stärke angesetzt werden: komplexe Interventionen belastbar zu evaluieren. Das ist ein Alleinstellungsmerkmal in der deutschen Förderlandschaft. Denn die Transferempfehlungen des Innovationsausschusses sind ein starkes Signal für die Gültigkeit der Versorgungsversprechen, die in den Projekten gemacht werden. Ein solcher Evidenznachweis alleine ist dabei zwar eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für den Innovationserfolg. Um mehr zum Innovationserfolg beizutragen, sollte die Innovationsförderung stärker an der Idee einer „End-to-End“-Förderung ausgerichtet werden – von der Idee (Versorgungsforschung) über ihre Erprobung (neue Versorgungsformen) bis hin zur Skalierung (Transfer). Weil das Ziel des Innovationsfonds die Verbesserung der Versorgung ist, diese aber eben nicht in Projekten organisiert ist, sind hierfür kettenartige Projektverlängerungen oder gar Verstetigungen keine Option. Es sind Transferarchitekturen erforderlich, die den Akteuren in der Versorgungsrealität helfen, erfolgreich erprobte Konzepte jenseits der spezifischen Projektlogiken in die Versorgungswirklichkeit zu übernehmen. Neue Versorgungskonzepte sollten zudem immer so gestaltet sein, dass es leichter fällt, sich für die Neuerung zu entscheiden, als an herkömmlichen Versorgungskonzepten festzuhalten. Eine Veränderung in der Förderung von Versorgungsinnovationen, die den Akteuren auf dem Gebiet der Versorgungsinnovation hierfür in diesem Sinne eine Unterstützung anbietet, würde mehr Innovationserfolge ermöglichen.

sche Perspektive sollte neben Faktoren wie z. B. dem Patientennutzen für die Evaluation von Innovationsfondsprojekten verpflichtend werden. Für die Umsetzenden von Innovationsfondsprojekten heißt dies jedoch auch, dass Maßnahmen und Kosten für den Transfer in die Regelversorgung von Anfang an mitgedacht und auch budgetiert werden müssen. Legt man den gleichen Maßstab an bereits bestehende Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung an, wird deutlich, dass es Möglichkeiten zur Optimierung gibt. Durch die evidenzbasierte De-Implementierung von Maßnahmen der derzeitigen Regelversorgung mit zu geringem Patientennutzen und/oder zu hohen Kosten können finanzielle Spielräume für die Stärkung von Innovationen im Versorgungssystem erschlossen werden. Die hierfür erforderliche Evidenzgrundlage kann die Versorgungsforschung den gesundheitspolitischen Entscheider:innen zur Verfügung stellen.

Da im deutschen Gesundheitssystem das Prinzip der Selbstverwaltung gilt, können Innovationen im Versorgungssystem nicht ohne die beiden entscheidenden Interessengruppen im Gesundheitssystem realisiert werden: leistungserbringende Akteure wie Ärzt:innen, Apotheker:innen, Pflegefachkräfte, Therapeut:innen etc. und Kostenträger (Krankenversicherungen). Mit Blick auf diese Interessengruppen besteht die größte Herausforderung in der Durchsetzung von Innovationen im Versorgungssystem. Denn jede Innovation im Versorgungssystem geht mit Nachteilen für mindestens eine der o. g.

## Kurzinterview mit Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu (Gesundheitsökonomin a. d. Bergischen Univ. Wuppertal)

# „Einzigartige Möglichkeit, neue Versorgungsansätze unter Alltagsbedingungen zu erproben und ihre ökonomischen Effekte systematisch zu erfassen“

**Wie betrachtet die Gesundheitsökonomie das Thema Innovation – eher als Chance oder eher als Risiko?**

Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist Innovation im Gesundheitswesen eine Investition unter Unsicherheit. Die zentrale Frage lautet: Rechtfertigt der erwartete Nutzen die eingesetzten Mittel und was hätte man mit diesen Mitteln alternativ erreichen können? Innovation wird zur Chance, wenn sie die Versorgung verbessert und gleichzeitig Ressourcen freisetzt oder effizienter nutzt. Dabei geht es nicht nur um den Einzelfall. Unser Gesundheitssystem steht vor tiefgreifenden Veränderungen, u. a. durch den zunehmenden Fachkräftemangel und neue Krankheitsbilder. Ohne kontinuierliche Erneuerung verliert es die Fähigkeit, sich an diese veränderten Bedingungen anzupassen und die vorhandenen Mittel sinnvoll einzusetzen. Innovation ist damit kein Luxus, sondern Voraussetzung für ein anpassungsfähiges System. Zum Risiko wird Innovation dann, wenn der Aufwand den Nutzen übersteigt oder wenn vielversprechende Ansätze in der Projektphase stecken bleiben. Hier braucht es ein Umdenken: Geförderte Projekte sollten von Beginn an als erster Schritt eines längeren Weges verstanden werden. Sie sind ein Ausgangspunkt, von dem aus eine Innovation Akzeptanz gewinnt und sich verbreiten kann. Denn der eigentliche Verlust entsteht nicht bei gescheiterten Ideen, sondern wenn Innovationen, für die belastbare Evidenz vorliegt, dennoch nie den Weg in die Regelversorgung finden.



**Welche Effizienzgewinne oder Einsparungspotenziale bieten Innovationen für unser Versorgungssystem?**

Die Frage, ob sich Innovation lohnt, lässt sich durchaus beziffern. Modellrechnungen beziffern das jährliche Einsparpotenzial durch neue Versorgungsformen, digitale Anwendungen und verbesserte Therapien auf über 20 Milliarden Euro – mit Projektionen von bis zu 47 Milliarden Euro bis 2045. [4] Auch wenn solche Schätzungen mit Unsicherheiten behaftet sind, zeigen sie die Größenordnung dessen, was möglich wäre. Die Einsparungen entstehen etwa dort, wo ambulante Behandlungen stationäre Aufenthalte ersetzen, wo Telemedizin Wege erspart oder wo präzisere Diagnostik unnötige Behandlungen vermeidet. Hinzu kommt, was in klassischen Kostenrechnungen oft untergeht: Wenn Menschen weniger krank sind, weniger Arbeitstage ausfallen und Erwerbsunfähigkeit verhindert wird, entsteht ein erheblicher gesellschaftlicher Nutzen. Die Versorgungsforschung liefert die Werkzeuge, um diese Zusammenhänge sichtbar zu machen und fundierte Entscheidungen zu ermöglichen. Gesundheitsökonomische Bewertungen sind dabei kein Sparinstrument, sondern schaffen die Grundlage dafür, knappe Mittel so einzusetzen, dass sie den größten Nutzen für Patientinnen und Patienten entfalten.

**Welche gesundheitsökonomischen Instrumente oder Parameter sollte der Innovationsfonds anlegen, um innovativer und kosteneffizienter zu wirken?**

Damit der Innovationsfonds innovativer und kosteneffizienter wirken kann, braucht es eine Erweiterung der Bewertungsperspektive. Bislang wird der Erfolg von Projekten vor allem an unmittelbaren Ergebnissen gemessen. Der eigentliche Wert einer Innovation zeigt sich aber oft erst in ihrer breiteren Wirkung auf das Versorgungssystem. Gesundheitsökonomische Bewertungen leisten hier einen wichtigen Beitrag. Sie machen sichtbar, wo Innovationen echten Mehrwert schaffen und wo nicht. Methodisch eignen sich hierfür besonders Kosten-Konsequenz-Analysen, die unterschiedliche patienten- und systemrelevante Outcomes getrennt ausweisen, Social-Return-on-Investment-Berechnungen zur Erfassung des gesellschaftlichen Nutzens oder Value-of-Information-Analysen, die sichtbar machen, wo Unsicherheiten bestehen und welche Evidenz weiter erhoben werden sollte. Gleichzeitig verdient die Frage mehr Aufmerksamkeit, was eine Einführung in die Regelversorgung tatsächlich kostet. Innovationen lassen sich nicht ohne Weiteres in den Versorgungsalltag überführen. Implementierungsstrategien, wie zum Beispiel das Angebot von Schulungen, die Anpassung von Abläufen oder das Schaffen der notwendigen technischen Infrastruktur, werden notwendig und binden Ressourcen. Manchmal ist dieser Aufwand dauerhaft hoch und übersteigt den erzielbaren Nutzen. Wer diese Kosten frühzeitig kennt, kann gezielter entscheiden, welche Innovationen sich wirklich lohnen. Schließlich sollte auch die Kehrseite stärker in den Blick rücken. Die evidenzbasierte Beendigung von Versorgungspraktiken, die nicht mehr dem Stand des Wissens entsprechen, kann erhebliche Mittel freisetzen. Der Innovationsfonds bietet als Förderinstrument die einzigartige Möglichkeit, neue Versorgungsansätze unter Alltagsbedingungen zu erproben und ihre ökonomischen Effekte systematisch zu erfassen. Diese Funktion als lernendes Element im Gesundheitssystem sollte gerade in Zeiten knapper Ressourcen gestärkt werden.

Gruppen einher. Es bleibt die Aufgabe der Gesundheitspolitik, auf Grundlage evidenzbasierter Entscheidungen die Leistungserbringer und die Kostenträger für Innovationen zu gewinnen.

Dr. Ursula Marschall vom Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung erkennt die Verantwortung der Krankenkassen an und sieht diese in einer gestaltenden Rolle. Sie fordert die Gesundheitspolitik auf, die Ergebnisse erfolgreicher Innovationsfondsprojekte in die Regelversorgung zu bringen. Bisher sind es oft nur Selektivverträge, mit denen der erste Schritt des Transfers in die Regelversorgung vollzogen wird. Da Selektivverträge jedoch auch unternehmerische Entscheidungen der einzelnen Krankenkassen sind, können in diesem Schritt andere relevante Sichtweisen, wie beispielsweise die Patientenperspektive, nicht immer zuverlässig berücksichtigt werden. Es besteht auch die Möglichkeit, Selektivverträge zur kollektivvertraglichen Versorgung zu nutzen, indem mehrere gesetzliche (und bei Bedarf auch private) Krankenversicherungen kooperieren. Somit ermöglichen Selektivverträge eine größere Flexibilität und Regionalität in der Versorgung. [3]

Auch die Seite der Leistungserbringer engagiert sich im Rahmen von Innovationsfondsprojekten nachdrücklich für Innovationen im Versorgungssystem. Die Vertragsärzt:innen nutzen die Möglichkeit, neue Versorgungsformen zu erproben, von wissenschaftlichen Erkenntnissen zu profitieren und auf diese Weise das Versorgungssystem zu verbessern. Ekkehard von Pritzbuer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beschreibt, dass die Überführung erfolgreicher Innovationsfondsprojekte auch seitens der beteiligten Ärzt:innen als zögerlich wahrgenommen werde. Er bekräftigt, dass Innovationen einen Nutzen für Praxen und Patient:innen bringen können, insofern die Integration und Nachhaltigkeit der Innovationen in der Regelversorgung gestärkt werde.

## Fazit

Zum Ende der Serie zum Innovationsfonds über mehrere Ausgaben des „Monitor Versorgungsforschung" hinweg, der neben dem Interview mit dem G-BA-Vorsitzenden Prof. Josef Hecken und dem DNVF-Vorsitzenden Prof. Wolfgang Hoffmann u. a. die Befragung der Innovationsfondsprojekte, die kritische Bestandsaufnahme zur Implementierung von Innovationsfondsprojekten, Impulse der wichtigsten Stakeholder des Innovationsfonds, erfolgreiche Praxisbeispiele sowie Fach- und Diskussionsbeiträge im Rahmen des gemeinsamen Symposiums „Innova-

### Kurzinterview mit: Dr. med. Ursula Marschall Dipl. oec., Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung

## „Überführung in die Regelversorgung konkret mitdenken"

**Welche Haltung haben die gesetzlichen Krankenversicherungen grundsätzlich zu Innovationen? Wie gehen Sie mit den mit Innovationen verbundenen Risiken um?**

Gesetzliche Krankenkassen sind gegenüber Innovationen positiv eingestellt. Betrachtet man beispielsweise den Arzneimittelmarkt, dann bietet Deutschland die schnellste Verfügbarkeit und höchste Marktdurchdringung innovativer Arzneimittel im Vergleich zu allen anderen EU-Ländern. Deutschland hält als einziges EU-Land die Vorgabe ein, Arzneimittel innerhalb von 90 Tagen nach Zulassung für Patienten zugänglich zu machen. Aber Deutschland belegt auch einen Spitzenplatz bei Ausgaben mit über 50 Milliarden Euro jährlich und steigender Tendenz, insbesondere für patentgeschützte Innovationen. Kassen stehen auch neuen Behandlungsverfahren offen gegenüber. Einen besonderen Bedarf sehen wir im Aufbau von gut organisierten sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Netzwerken. Dies sehen wir als Chance, effiziente und qualitativ hochwertige innovative medizinische und pflegerische Versorgung sicherzustellen. Als Kostenträger haben wir naturgemäß neben der Behandlungsqualität auch die Wirtschaftlichkeit im Blick. Hier sehen wir vor allem noch Potenzial in der Effizienzsteigerung.



**Welche Erwartungen hinsichtlich Innovationen verbinden die gesetzlichen Krankenkassen mit dem Innovationsfonds? In welchem Maße werden diese Erwartungen erfüllt?**

Die Beteiligung am Innovationsfonds aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherungen hat seit Einführung 2016 eine Veränderung erfahren. Anfangs war es wichtig, möglichst viele Projekte zu unterstützen, um bei neuen Versorgungskonzepten und Forschungsideen ganz vorne mit dabei zu sein. Inzwischen hat die Anzahl an Anträgen so immens zugenommen, dass eine sorgfältige Auswahl nicht nur aus Ressourcengründen bei den Kassen, sondern auch aus qualitativen Aspekten notwendig ist. Die Rolle der Kassen hat sich vom bloßen Datenlieferanten zu einem wichtigen Partner gewandelt, der bereits in der Antragsphase berät und wertvolle Erfahrungen teilen kann. Die Anzahl an Projekten auf der Suche nach einer Finanzierungsquelle hat deutlich zugenommen. Innovative Versorgungsideen sind zwar weiterhin dabei, aber häufig gibt es nur vage Ideen, wie diese evaluiert und auch die Wirtschaftlichkeit dargestellt werden kann. Unsere Erwartungen, dass erfolgreich abgeschlossene Projekte auch umgehend in die Regelversorgung übernommen werden, haben sich nicht erfüllt.

**Welche Veränderungen bräuchte der Innovationsfonds, um unser Versorgungssystem innovativer und damit kosteneffizienter und patientenorientierter sowie insgesamt zukunftsfähiger zu gestalten?**

Konzepte, die im Innovationsfonds gefördert werden wollen, sollten zwingend ein Modul enthalten, in dem die Überführung in die Regelversorgung konkret schon mitgedacht wird. Diese Transferkonzepte müssen sich an bestehenden Vorgaben der Vergütungssystematiken orientieren. Zudem sind Instrumente für den Nachweis der Evidenz an den Wandel der Technologie anzupassen. Neue Erkenntnisse brauchen aber auch eine politische Um- und Durchsetzung. Hier braucht es eine gemeinsame Anstrengung, Netzwerke, die während erfolgreicher Projekte aufgebaut wurden, auch weiter zu erhalten. Selektivverträge (Verträge zur besonderen Versorgung) einzelner Krankenkassen sind da zwar ein erster Schritt, reichen aber nicht aus, um Regelversorgung abzubilden. Zudem ist der Abschluss solcher Verträge eine unternehmerische Entscheidung jeder einzelnen Kasse. Auch positiv evaluierte Projekte müssen zeigen, dass sie im Versorgungsalltag praktikabel sind. Dies beginnt mit dem Ausrollen auf andere Regionen oder dem Übertrag der Konzeptidee auf andere Indikationen. Hierzu gibt es noch keine Positivbeispiele, wie dies bereits gelungen ist.

tionsfonds“ von G-BA und DNVF beim Deutschen Kongress Versorgungsforschung 2025 zugrunde liegen, lässt sich konstatieren: Wir wissen, was zu tun ist! Die versammelte und hier dargestellte Fachexpertise weist große inhaltliche Überschneidungen auf und unterstreicht die Relevanz der von Prof. Josef Hecken angestrebten Weiterentwicklung des Innovationsfonds:

- Entwicklung und Umsetzung einer Kommunikationsstrategie, die auch die Stakeholder und die politischen Akteure (Bund, Land, Kommune) einbindet
- Verankerung des Transfers (auch bzgl. gesundheitsökonomischer Kriterien) bereits in der Entwicklungs- und Projektphase
- Selbstverpflichtung aller beteiligten Konsortialpartner, erfolgreiche (wirksame/ressourceneffiziente) Innovationsfondsprojekte in die Regelversorgung zu bringen.
- Etablierung von Transferbegleiter:innen, die erfolgreiche Projekte mit transferrelevanter Expertise und Kontakten unterstützen
- Abschaffung von Versorgungsmaßnahmen, für deren Wirksamkeit keine Evidenz vorliegt (De-Implementierung). [5, 6]

Für diese Veränderungen setzt sich das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e. V. gemeinsam mit über 40 weiteren Institutionen ein, die das gesamte Spektrum der Versorgungsforschung in Deutschland abbilden. [7]

Somit gilt es, den erfolgreichen Innovationsfonds hinsichtlich der genannten Punkte weiter zu verbessern, damit dieser sein Potenzial zur Erreichung der dargelegten Ziele voll entfalten kann. Mit dieser Zielrichtung müssen die Kürzungen des Innovationsfonds für 2026 um 50 Prozent lediglich eine Delle auf dem Weg zur Erreichung der langfristigen Ziele bleiben. Die dauerhafte Kürzung des Innovationsfonds würde das Versorgungssystem seines wichtigsten Instruments für mehr Effektivität, Kosteneffizienz sowie Patientenorientierung berauben – mit Auswirkungen für unser Gesundheitssystem! <<

von:
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann[1]
Prof. Dr. Jochen Schmitt[2]
Prof. Dr. Dr. Martin Härter[3]
Dipl.-Soz. 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.

**Korrespondenzadresse:** Dipl.-Soz. Mirko Eichner MPP, Geschäftsführer DNVF e. V. Adresse: Geschäftsstelle DNVF e. V., Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin. E-Mail: info@dnvf.de

## Zitationshinweis

Hoffmann et al.: „Innovation als Motor der Gesundheitsversorgung”, „Monitor Versorgungsforschung“ (01/26), S. 42–46. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2794

## Literatur

[1] Schumpeter, J. A. (1961) Konjunkturzyklen. Eine theoretische, historische und statistische Analyse des kapitalistischen Prozesses. Bd. I. Göttingen. (Engl. Originalausgabe: Business Cycles. A Theoretical, Historical, and Statistical Analysis of the Capitalist Process, New York 1939.)
[2] Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025) Innovationsfonds. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/innovationsfonds.html, (Zugriff am: 10.12.2025).
[3] AOK: Selektivverträge und Kollektivverträge. Verfügbar unter: https://www.aok.de/gp/vertraege/arztpraxen/selektivvertraege-kollektivvertraege, (Zugriff am 17.12.2025)
[4] Prognos AG (2025) Effizienzpotenziale von Innovationen für das Gesundheitswesen – Beitrag der industriellen Gesundheitswirtschaft (iGW). Studie im Auftrag des BDI. Freiburg: Prognos AG. Verfügbar unter: https://www.prognos.com/de/projekt/effizienzpotenziale-innovationen-gesundheitswesen (Zugriff am: 10.12.2025).
[5] Interview mit Hecken, J., Hoffmann. Monitor Versorgungsforschung 05/25 S. 6–12): https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/konzept-systematischer-transfer/ (Zugriff am: 17.12.2025)
[6] Hoffmann, W. et al. (2025) Der Innovationsfonds wirkt! Monitor Versorgungsforschung 06/25 S. 30 – 34) Verfügbar unter: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/der-innovationsfonds-wirkt/ (Zugriff am: 17.12.2025)
[7] Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF) (2025) Stellungnahme zu den Kürzungen des Innovationsfonds um 50% für 2026. Verfügbar unter: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/news/stellungnahme-des-deutschen-netzwerk-versorgungsforschung-e-v-dnvf-zu-den-kuerzungen-des-innovationsfonds-um-50-prozent-fuer-das-jahr-2026/ (Zugriff am: 10.17.2025).

## Effekte von Tele-Support erforscht

>> Eine aktuelle österreichische, im Open-Access-Journal „Scientific Reports“ veröffentlichte Studie (1) untersuchte den Einfluss von telemedizinischem Support auf die Aufmerksamkeit und Leistung von Rettungssanitätern (EMTs) bei simulierten Herzstillständen außerhalb des Krankenhauses. Hierfür absolvierten 43 Teams zwei Szenarien – eines mit und eines ohne telemedizinische Unterstützung durch einen erfahrenen Notarzt –, während sie Eye-Tracking-Brillen zur Analyse ihres Blickverhaltens trugen.

Die Ergebnisse des Autorenteams um Vincenz Scharner von der medizinischen Universität Wien verdeutlichen, dass der Tele-Support die visuelle Aufmerksamkeit der Teamleiter signifikant verbesserte, indem diese sich verstärkt auf das medizinische Equipment konzentrierten und seltener durch aufgabenfremde Reize abgelenkt wurden. Bei den Teammitgliedern konnten hingegen keine wesentlichen Veränderungen im Blickverhalten festgestellt werden, was vermutlich auf ihre starke physische Einbindung in die Herzdruckmassage zurückzuführen ist.

In Bezug auf die kognitive Belastung bewirkte die telemedizinische Unterstützung bei den Teamleitern eine signifikante Reduktion der mentalen Anforderungen.

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Berücksichtigung reversibler Ursachen. Ohne telemedizinische Unterstützung berücksichtigten 10 Teams (26,3%) reversible Ursachen im Szenario nicht, während dies mit telemedizinischer Unterstützung nur 2 Teams (5,3%) taten ($p = 0{,}008$). Die telemedizinische Unterstützung verbesserte die visuelle Aufmerksamkeit der Teamleiter während der simulierten außerklinischen Herzstillstände signifikant und wirkte sich positiv auf die Reanimationsleistung aus, indem sie die Einhaltung der Leitlinien erhöhte. Kritische Maßnahmen wie die Defibrillation oder die Medikamentengabe wurden durch die Zuschaltung des Experten zeitlich nicht verzögert.

Fazit: Die Teilnehmenden bewerteten das System mehrheitlich als benutzerfreundlich und äußerten eine hohe Bereitschaft, diese Technologie auch in realen Notfalleinsätzen zu nutzen. <<

Link: https://t1p.de/kkamy