







„Raus aus der Innovation gasse in einen Transferra

Im Interview (v. li n. re.): Prof. Dr. Martin Dietrich (BMG), Prof. Dr. Lutz Hager (BMC), Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (DNVF) und Dr. Regina Klakow-Franck (bis 2018 unparteiisches Mitglied im G-BA)

„Monitor Versorgungsforschung" rief im Nachgang zum von MSD inititierten BMC-Workshop mit dem Titel „Wie machen wir Versorgungsinnovationen erfolgreich?" ein Expertenpanel zusammen, um gemeinsam über die Reformbedürftigkeit der Selbstverwaltung, neue Gestaltungsräume und den nötigen Mut zur Veränderung zu diskutieren und einen Masterplan für das deutsche Gesundheitswesen zu erarbeiten. Mit dabei waren (in alphabetischer Reihenfolge) Prof. Dr. Martin Dietrich, Leiter des Referats 513 im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Prof. Dr. Lutz Hager, Vorstandsvorsitzender des BMC e. V., Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Vorsitzender des DNVF e. V., und Dr. Regina Klakow-Franck, selbstständige Beraterin im Gesundheitswesen.

 / This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

>> Das deutsche Gesundheitswesen steht vor einer paradoxen Situation: Während wir eine Fülle an innovativen Ansätzen und Forschungsprojekten erleben, stranden diese oft in einer „Transfersackgasse“. Die Frage nach den systemischen Blockaden ist drängender denn je. Frau Dr. Klakow-Franck, Sie haben als unparteiisches Mitglied sechs Jahre lang die Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) miterlebt. Sie sprachen im BMC-Workshop mit dem Titel „Wie machen wir Versorgungsinnovationen erfolgreich?“ S. Seite 14 ff.) von einem „organisationalen Abwehrverhalten“ der Selbstverwaltung. Provokante Frage: Ist der G-BA in seiner jetzigen Form das größte Hindernis für einen modernen Patientennutzen, weil er lieber verwaltet als gestaltet?

Klakow-Franck: Man kann den G-BA nicht pauschal als das „größte Hindernis“ bezeichnen, schon alleine deshalb, weil es keine ernsthafte Alternative zur gemeinsamen Selbstverwaltung gibt. Speziell die Aufgabenteilung zwischen dem Gesetzgeber und dem untergesetzlichen Normgeber namens Gemeinsamer Bundesausschuss ist auch im internationalen Vergleich über lange Zeit sehr erfolgreich gewesen. Das Prinzip der Selbstverwaltung stelle ich also nicht infrage. Doch die Selbstverwaltung muss mit den neuen Herausforderungen Schritt halten. Mein Kritikpunkt ist, dass faktisch vorhandene Gestaltungsspielräume zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Versorgung oft nicht oder nur unzureichend genutzt wurden. Ein Beispiel ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) von 2012, die Sektorengrenzen überwinden sollte, am Ende aber in einem kleinteiligen Ziffernkranz des EBM endete, ohne die Versorgung spürbar zu verbessern. Auch die Bilanz der Modellvorhaben des Innovationsausschusses ist ernüchternd. Die Selbstverwaltung muss hier in die Selbstkritik gehen: Warum saugen wir aus erfolgreichen Projekten keinen Honig für die Regelversorgung?

„Wir prüfen im BMG derzeit sehr genau, wie wir der Selbstverwaltung klarere Fingerzeige geben können.“
Prof. Dr. Martin Dietrich, BMG

Herr Prof. Dietrich, Sie vertreten in dieser Runde das Bundesministerium für Gesundheit. Wie bewerten Sie aus dieser Warte diese Lernfähigkeit der Selbstverwaltung?

Dietrich: Ich teile die Einschätzung, dass die Anpassungskompetenz der Selbstverwaltung bei der Einführung des Innovationsfonds mit Blick auf die besonderen Herausforderungen von Versorgungsinnovationen wohl überschätzt wurde. Das SGB V bietet den Akteuren viel mehr Möglichkeiten, innovativ zu handeln und neue Konzepte zu erproben, als genutzt werden. Wir sehen jedoch ein strukturelles Problem: Der Pfad bis zur Transferempfehlung des Innovationsausschusses ist mittlerweile gut ausgebaut – vielleicht sogar überadministriert. Danach folgt jedoch ein Vakuum. Da der G-BA eine Einrichtung des öffentlichen Rechts ist, braucht er ein explizites Mandat, damit er in diesem Bereich gestaltend tätig werden kann. Wir prüfen im BMG derzeit sehr genau, wie wir der Selbstverwaltung klarere Fingerzeige geben können. Will heißen: Wir müssen die Transferaufgabe so definieren, dass die Selbstverwaltung aktiv in die Umsetzung gehen kann. Lassen Sie uns jedoch klarstellen: Die Selbstverwaltung ist unersetzlich, doch müssen wir die Instrumente und Rahmenbedingungen für ein aktives Gestalten des Transfers stärken.

Herr Prof. Hager, Sie blicken als Vorstandsvorsitzender des BMC aus einer systemischen Perspektive auf diese Prozesse. Wenn wir zudem den Blick von außen auf Deutschland und seinen Umgang mit Innovationen im Gesundheitswesen richten: Warum fallen wir zurück?

Hager: Es mangelt uns jedenfalls nicht an Spitzenmedizin oder finanziellen Mitteln, sondern an der Fähigkeit zu Prozessveränderungen. International wissen wir längst, dass Versorgung sektorenübergreifend, patientenzentriert und nutzenorientiert sein muss. Darüber gibt es kein Erkenntnisdefizit, aber einen Bruch in der Umsetzung: Unsere vielen Innovationsprojekte sind wie kleine Zahnräder, die versuchen, das träge Hauptzahnrad der Regelversorgung zu bewegen. Das kann schlichtweg nicht gelingen, weil sie keine ausreichende Hebelwirkung entfalten können. Wir müssen daher unser Innovationssystem fundamental neu ausrichten: Es reicht eben nicht, einzelne Erkenntnisse aus kleinen Erprobungsfeldern zu sammeln; wir müssen das „große Schwungrad“ bewegen. Ein Innovationssystem 2.0 muss von vornherein darauf angelegt sein, die Versorgung insgesamt weiterzuentwickeln.

Herr Prof. Hoffmann, Sie sprachen auf dem BMC-Workshop davon, dass die Selbstverwaltungsstruktur selbst vielleicht das eigentliche Problem ist. Warum?

Hoffmann: Die Struktur der Selbstverwaltung stammt aus einer Zeit, in der man aushandeln musste, was „zu viel“ angeboten wurde oder, ganz banal, wer wie viel vom Kuchen bekommt. Heute haben wir von allem zu wenig: Fachkräfte, Ressourcen, Geld und Zeit. In einer Mangelverwaltung funktioniert jedoch das Aushandeln nach dem Prinzip des kleinsten gemeinsamen Nenners nicht mehr, weil keine der Bänke aus Eigeninteresse bereit ist, auf Vorteile zu verzichten. Auch kann die Selbstverwaltung für die Aufgabe des Transfers von Innovationen in ein System, in dem sich alle ganz gut eingerichtet haben, nicht die richtige Instanz sein. Will heißen: Wenn man Frösche fragt, werden sie nie dafür stimmen, dass der Sumpf an den richtigen Stellen trockengelegt wird. Anders ausgedrückt: Wir Versorgungsforscher:innen produzieren zwar mithilfe des Innovationsfonds wertvolle Evidenz, aber danach übergeben wir diese Ergebnisse der Selbstverwaltung zur gemeinschaftlichen Zerlegung, was

fast immer in einer Nicht-Umsetzung endet. Das ist ineffizient und frustrierend für alle Beteiligten.

Wie kommen wir nun aus der Falle der anscheinend „organisierten Verantwortungslosigkeit" heraus, in der positiv beschiedene Innovationsfondsprojekte zwar eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung erhalten, aber sich keiner zuständig fühlt, dies zu tun?

Hoffmann: Wir müssen die Strukturen dort ändern, wo Innovation auf Realität trifft. Ich plädiere für eine bundesweite Perspektive auf Innovationen, die ihre Wirksamkeit bereits in verschiedenen Settings und Regionen bewiesen haben. Wir müssen zudem radikaler denken: Perspektivisch sollten SGB V und SGB XI zusammengeführt werden, um die künstlichen Trennungen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung aufzuheben. In diesem neuen Rahmen müssen wir Prioritäten setzen: Patientenorientierung, Sektorunabhängigkeit und ein „Value-based"-Ansatz. Ein „Weiter so" ist keine Option mehr.

Hager: Ich unterstütze das vollkommen. Wir benötigen politisch definierte Zielgrößen für die Veränderung. Ein konkretes Modell wären regionale Ausschreibungen für Konsortien. Wir dürfen uns nicht mehr mit isolierten kleinen Maßnahmen aufhalten. Wir brauchen regionale Versorgungspläne, die beispielsweise Projekte zur Pflegeheimversorgung, zu Lotsensystemen oder zum Patient-Empowerment als ein Paket zusammenfassen. Diese Regionen dienen dann als verbindliche Erprobungsräume für eine spätere bundesweite Einführung. Wir legen uns also schon beim Start der regionalen Phase auf die eine bundesweite Übernahme fest. So bekommt Veränderung eine relevante Größenordnung und setzt das von mir erwähnte Schwungrad endlich in Gang.

Dietrich: Die Stoßrichtung stimmt. Wir müssen jedoch an drei Punkten ansetzen: Erstens müssen schon in der Entwicklungsphase von Innovationen die richtigen Fragen gestellt und die richtigen Projekte gefördert werden. Bisher sind Projekte oft nur ein „Add-on", eine zusätzliche Schicht auf der bestehenden Versorgung. Wir müssen zudem den Begriff der Versorgungsverbesserung operational definieren, etwa im Sinne des international diskutierten „Quintuple Aim"-Ansatzes – also bessere Gesundheit der Bevölkerung, bessere Versorgungserfahrung der Patientinnen und Patienten, Kosteneffektivität, Arbeitssituation von Gesundheitsfachkräften und Versorgungsgerechtigkeit. Zweitens brauchen wir insbesondere die Stärkung des Transfers erfolgreich erprobter Versorgungskonzepte, zum Beispiel dadurch, dass eine Transferbegleitung etabliert wird. Jemand muss die Entscheidung treffen, was skaliert wird – eine Art „Ownership-Funktion". Drittens müssen wir das System aufnahmefähiger machen, zum Beispiel dadurch, dass vorläufige Vergütungsformen und Erprobungsrichtlinien möglich gemacht werden. Das nimmt den Krankenkassen die Angst: Wenn eine Innovation im Monitoring zu Beginn des Transfers nicht die versprochenen Key Performance Indicators, kurz KPI, liefert, muss es auch klare Abbruchkriterien geben. Umgekehrt gilt dann: Wenn positive Projektergebnisse auch im Transfer evident und robust sind, darf es keine Ausreden mehr geben.



Prof. Dr. Martin Dietrich

arbeitet seit 2023 im Bundesministerium für Gesundheit und leitet dort das Referat 513 „Innovationsfonds und experimentelle Pilotprojekte". Er war von 2011 bis 2016 Professor für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Management des Gesundheitswesens, an der Universität des Saarlandes und von 2016 bis 2023 stellvertretender Leiter und kommissarischer Direktor der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Klakow-Franck: Die Selbstverwaltung wird den notwendigen Strukturwandel aus eigener Kraft heraus nicht schaffen. Auf der Entscheidungsebene driften die vertretene Handlungstheorie und die eigentlich handlungsleitende Theorie immer mehr auseinander – unser Gesundheitswesen ist von einer lernenden Organisation weit entfernt, der Entwicklungsrückstand im Vergleich zu anderen modernen Gesundheitssystemen wird größer. Am Ende langwieriger Verhandlungen bleibt zu häufig der kleinste gemeinsame Nenner übrig. Dies ist für die heutigen Herausforderungen schlicht zu langsam und zu wenig. Der Gesetzgeber greift immer häufiger mit Ersatzvornahmen und Detailgesetzen in eigentliche Selbstverwaltungsaufgaben ein, doch das so entstandene Regelungsflickwerk ist auch keine Lösung. Prof. Hager und ich schlagen daher im Namen des BMC einen völlig neuen Ansatz vor: einen echten, dedizierten Innovationsraum im SGB V im Sinne eines größeren Gestaltungsspielraums mit neuen, sektorenunabhängigen Leitplanken für eine patientenzentrierte und kosteneffiziente Versorgung. Dazu gehört ein systematisches Innovationsmanagement mit einer strukturierten Überleitung erfolgreich erprobter Prozessinnovationen in die Regelversorgung. Aktuell spricht der Innovationsausschuss beim G-BA eine Empfehlung aus und danach beginnt das große Vakuum. Niemand fühlt sich verantwortlich.

Prof. Hoffmann, Sie nannten das des Öfteren einen „Experimentalraum". Ist das nicht wieder nur ein Mosaikstein?

Hoffmann: Mir ist der Begriff eigentlich egal, es muss ein Raum sein, in dem Stakeholder und Gestaltungswillige frei von herkömmlichen Verhinderungsstrategien agieren können. Es geht hier um einen echten Befreiungsschlag. In diesem Raum muss man frei von herkömmlichen Beschränkungen agieren können. Wir sehen doch heute schon, dass Investoren sich Krankenhäuser und Arztpraxen zusammenkaufen, um sektorübergreifende Versorgung gewinnorien-

tiert zu betreiben – oft ganz ohne Evidenzkontrolle. Das kann nicht unser Ziel sein. Wir brauchen stattdessen einen gesetzlichen Rahmen für Profis, die Patientenpfade am Gemeinwohl orientiert strukturieren und Prävention einbeziehen. Und wir müssen das Risiko des Scheiterns einpreisen. Ich schlage einen Rettungsfonds vor. Akteure, die sich auf solche innovativen Experimente einlassen, dürfen nicht bankrottgehen, wenn ein Projekt einmal nicht die gewünschten Ergebnisse liefert. Ein solcher Fonds würde die nötige Sicherheit geben, um wirklich mutige Schritte zu gehen.



Prof. Dr.
Lutz Hager

ist seit 2022 Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care (BMC) e. V. und Professor für Management im Gesundheitswesen an der SRH Fernhochschule. Er leitet dort den Executive MBA für Ärzt:innen, war zuvor als Geschäftsführer bei der IKK Südwest sowie für McKinsey & Co. tätig und ist ein ausgewiesener Experte für Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik.

Hager: Ich würde lieber von einem „Transformationsmotor" sprechen. Es geht nicht mehr um das Stadium des Experiments – die Evidenz haben wir oft schon, nicht nur aus dem Innovationfonds, sondern auch international und aus weiteren Projekten. Es geht jetzt und künftig darum, das solidarische Gesundheitssystem in die Zukunft zu entwickeln. Innovation darf dabei kein „Nebenkriegsschauplatz" sein, sondern muss mit den zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen verknüpft werden. Sie ist eine Kernaufgabe der Gesundheitspolitik; und damit meine ich Innovation, die in der Fläche ankommt. Unser Gesundheitssystem ist wie Gulliver, der von tausend kleinen regulatorischen Fäden gefesselt ist. Anstatt zu versuchen, jeden Faden einzeln neu zu stricken, müssen wir Fäden kappen, um einen neuen Rahmen für Dynamik zu schaffen.

Klakow-Franck: Genau. Dabei sollten wir nicht den Fehler machen, den neuen sektorenunabhängigen Versorgungsbereich als „Add-on"-Sektor mit neuen Schnittstellenproblemen zu sehen. Ich sehe in Zukunft drei Versorgungsebenen: Erstens eine tiefgreifend reformierte, multiprofessionell organisierte Primärversorgung. Zweitens integrierte, komplexere Versorgung, die sektorenunabhängig auf Basis flexibler Kooperationsmöglichkeiten der Leistungserbringer erbracht wird. Und drittens die klassische stationäre Versorgung, die sich zukünftig aber darüber definiert, ob die Patient:innen einen ambulant nicht erbringbaren, übernächtlichen Pflege- und Behandlungsbedarf haben. Insofern ist der Vorschlag eines neuen sektorenunabhängigen Versorgungsbereichs nicht als ein weiterer Flicken an der Schnittstelle ambulant-stationär zu verstehen, sondern als konzeptioneller Bestandteil für den sektorenübergreifend erforderlichen Strukturwandel.

Ein zentraler, auch heikler Punkt wäre eine Verpflichtung zur besseren Versorgung. Wenn etwas evident besser ist, warum wird es nicht zwingend eingeführt – und Altes abgeschafft?

Hoffmann: Dieser Punkt ist ganz entscheidend. Wir brauchen nicht nur eine Verpflichtung zur Implementierung, sondern auch zur De-Implementierung. Wenn eine Innovation evident besser ist, muss zwangsweise die alte, unterlegene Methode aus der Vergütung ausgeschlossen werden. Das würde auch die Krankenkassen entlasten, die derzeit oft zu Recht fürchten, dass Innovationen nur zusätzliche Kosten verursachen. Natürlich gibt es dabei Geschrei und Gezeter im System von denjenigen, die sich im alten Trott eingerichtet haben. Aber dieses Rauschen muss man politisch aushalten. Qualität muss sich durchsetzen.

Klakow-Franck: Ja, wir müssen auch das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V ins 21. Jahrhundert übersetzen. Bezogen auf einzelne Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird der Nachweis einer besseren Kosten-Nutzen-Bilanz jedoch nur selten gelingen. Aber wenn ein innovatives Versorgungsangebot entlang eines patientenzentrierten Behandlungspfads einen größeren Patientennutzen als die bisherige Versorgung zeigt und zudem auch noch ein besseres oder zumindest nicht unterlegenes Kosten-Nutzen-Verhältnis, dann sollte die Regelversorgung umgestellt werden und nicht wie bisher weiterlaufen – das wäre eine konsequente Umsetzung von Value-based Care. Das ist der einzige Weg, um Fortschritt finanzierbar zu machen und gleichzeitig die Qualität zu steigern.

Prof. Dietrich, wie realistisch ist ein solcher „Transferraum" – nennen wir das nicht Transfermotor – mit verpflichtender Orchestrierung aus Sicht des Ministeriums?

Dietrich: Wir können dafür in der gegenwärtigen Lage keine neuen Strukturen oder Behörden aufbauen. Doch können wir eine flexible Beauftragungslösung schaffen, bei der eine Instanz die Verantwortung für den Transfer übernimmt und Akteure verbindlich zusammenbindet. Das wäre ein pragmatischer und richtiger Weg, um die sachliche Expertise der Selbstverwaltung zu nutzen, sie aber auch ins Tun zu bringen, ohne gleich jedes Detail vorzuschreiben. Ich bin überzeugt, dass es in der Selbstverwaltung mittlerweile genügend gestaltungswillige Akteure gibt, die einen solchen Kollaborationsgedanken mittragen. Es muss dann aber eine Instanz gefunden oder geschaffen werden, die diese Aufgabe auch übernehmen und umsetzen kann und will. Also ja: Man könnte die Selbstverwaltung mandatieren, den Transfer durch spezialisierte Konsortien zu orchestrieren.

Wo könnten wir sofort anfangen?

Hoffmann: In Regionen, in denen die Not schon jetzt am größ-

ten ist. Nehmen wir Mecklenburg-Vorpommern oder die brandenburgische Region Lausitz. Wir haben für die Lausitz bereits ein Konzept entwickelt, in dem – so unser Vorschlag – Regelungen des SGB V vorübergehend ausgesetzt werden können, um all das zu erlauben, was in der Versorgung Sinn ergibt. Wenn wir dort zeigen, dass es funktioniert, wird es am Ende jeder gut finden. Wir brauchen keine jahrelangen neuen Studien, wir müssen jetzt handeln. Wir haben die Profis, wir haben die Evidenz – wir brauchen nur noch den politischen Mut für die Ausnahmeregelungen. Wir können aber damit nicht bis zur nächsten Legislaturperiode warten. Wir können und müssen mit den vorhandenen Mitteln in Regionen, in denen die Not groß ist, schon jetzt exemplarisch beginnen. Dazu brauchen wir eine Liste der notwendigen Ausnahmeregelungen, um Akteuren endlich all das zu erlauben, was – wenn es evident ist – auch Sinn macht. Dazu gibt es im derzeit geltendem SGB 5 diverse Ausnahmemöglichkeiten, die leider nur zu oft von der Selbstverwaltung, aber teilweise auch vom Ministerium unterlaufen werden. Das Ziel muss dabei immer eine bessere Versorgungsqualität und -sicherheit sein, nicht das bloße Festhalten an alten Pfründen.

Hager: Regionalität ist der Schlüssel in doppelter Hinsicht: Sie bietet den konkreten Rahmen für Innovation in der Versorgung. Diese ist ja immer ein Gesamtzusammenhang. Hinzu kommt: Regionen unterscheiden sich in ihrer Demografie, Versorgungsstruktur und Bedarfen. Zukunftsfähige Lösungen werden daher unterschiedlich aussehen; „one size fits all" ist nicht das geeignete Rezept.

Das Schlusswort gehört der Vision: Wir brauchen ein System, das lernt, Verantwortung übernimmt und die Patient:innen wirklich in den Mittelpunkt stellt. Herzlichen Dank für die tiefen Einblicke und Ihre Zeit. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

„Wir brauchen einen gesetzlichen Rahmen für Profis, die Patientenpfade strukturieren und Prävention einbeziehen. Und wir müssen das Risiko des Scheiterns einpreisen."
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, DNVF



Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann MPH

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



Dr. Regina Klakow-Franck

ist eine Expertin für Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen. Als Fachärztin für Gynäkologie war sie u. a. stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer (2005 bis 2012), unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, 2012 bis 2018) und danach stellvertretende Leiterin des IQTIG (2019 bis 2023). Ihr beruflicher Fokus liegt auf der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, Patientensicherheit und der Weiterentwicklung der ärztlichen Gebührenordnung.

Zitationshinweis

Dietrich, M., Hager, L., Hoffmann, W., Klakow-Franck, R., Stegmaier, P.: „Raus aus der Innovationssackgasse in einen Transferraum", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/26), S. 6–10. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2815