BMC-Kongress: MSD-Workshop mit dem Titel „Not macht erfinderisch?!“

Wege aus der Transfersackgasse für Innovationen

Anlässlich des BMC-Kongresses 2026 im Berliner Langenbeck-Virchow-Haus widmete sich ein vom Pharmaunternehmen MSD initiierter Workshop mit dem Titel „Not macht erfinderisch?! Wie machen wir Versorgungsinnovationen erfolgreich?” einem kritischen Problem der deutschen Gesundheitslandschaft: dem Scheitern erfolgreicher Innovationsprojekte an der Schwelle zur Regelversorgung. Unter der Moderation von Prof. Dr. Lutz Hager, dem Vorstandsvorsitzenden des BMC, diskutierten Vertreter:innen aus Politik, Wissenschaft, Kassen und Praxis darüber, wie aus punktuellen Projekterfolgen nachhaltige Systemveränderungen werden können.

>> Das deutsche Gesundheitssystem gilt als reich an innovativen Ansätzen, doch die Umsetzung in die Breite der Versorgung bleibt das Sorgenkind. Während für Arzneimittel oder Medizinprodukte klar definierte Zugangswege existieren, fehlt für Prozess- und Versorgungsinnovationen ein strukturierter Pfad in das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Die Ausgangslage: ein System im Innovationsstau

Prof. Hager konstatierte pointiert, dass Deutschland in der Versorgungsentwicklung im internationalen Vergleich – etwa zu den Niederlanden – teils 15 bis 20 Jahre zurückliege. Der Innovationsfonds war zwar ein Versuch, hierauf eine Antwort zu geben, doch die bloße Förderung von Forschung generiert noch keine flächendeckende Verbesserung. Die zentrale Frage der Masterclass lautete daher: Wie gestalten wir die „zweite Hälfte der Strecke“, damit Innovationen tatsächlich bei den Patientinnen und Patienten ankommen?

Paradigmenwechsel: Projekterfolg ist kein Innovationserfolg

Prof. Dr. Martin Dietrich, Leiter des Referats 513 im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), leitete die Debatte mit einem klärenden Hinweis auf das wissenschaftliche Verständnis von Innovationsprozessen ein. Er betonte, dass eine Innovation zwingend aus zwei Phasen besteht: Entwicklung und Transfer. In der Entwicklungsphase geht es um den evidenzbasierten Wirksamkeitsnachweis unter kontrollierten Bedingungen (interne Validität), während in der Transferphase die Realisierbarkeit unter dynamischen Umfeldbedingungen (externe Validität) im Fokus stehen muss. Dietrich stellte klar: „Ein Projekterfolg ist noch kein Innovationserfolg“. Erst wenn eine Neuerung in die Versorgungsrealität durchdringt und eine neue Routine etabliert, kann von einer erfolgreichen Transformation gesprochen werden. Als aktuellen Hauptengpass identifizierte er den Transfer, da die Empfehlungen des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oft ins Leere laufen, wenn sie lediglich zur „Prüfung der Zuständigkeit“ an die Akteur:innen weitergeleitet werden.

Um diesen Engpass zu überwinden, schlug Dietrich ein Leitbild für ein Transfermodell vor, das auf elf Prinzipien basiert. Dazu gehören unter anderem:

- Konsentierte Kriterien für Versorgungsverbesserungen (Patientennutzen, Effizienz, aber auch die Erlebniswelt der Fachkräfte).
- Die Verstetigung von Versorgungskonzepten, nicht von Projektstrukturen.
- Vorläufige Regulierungen und Vergütungen, um vielversprechenden Ansätzen den Start zu ermöglichen, ähnlich dem französischen Modell.
- Agilität als Prinzip: Der Transfer muss responsiv auf sich ändernde Rahmenbedingungen reagieren können, was eine Abkehr von starren forschungsorientierten Settings erfordert.
- Netto-Bürokratie-Effekt ≤ null: Die Schaffung neuer Behörden oder Institute als „Transferinstanzen“ lehnte Dietrich ab, um das System nicht weiter zu belasten.

Die Praxis des Transfers: der „Faktor Mensch“ und die Managementlücke

Einen Einblick in die operative Realität gab René Engelmann von IVP-Networks am Beispiel des Projekts NPPV (Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung). Das Projekt war erfolgreich, weil es auf bereits evaluierten Ansätzen der integrierten Versorgung aufbaute und diese konsequent in die Fläche trug. Engelmann verdeutlichte, dass Innovationen zu „10 Prozent aus Technik, 20 Prozent aus Prozessen und zu 70 Prozent aus Menschen“ bestehen.



Prof. Dr. Martin Dietrich, BMG,

Der Erfolg in der Region Nordrhein mit über 1.000 Leistungserbringenden und 14.000 Patient:innen beruhte maßgeblich auf dem Einsatz von Netzwerkmanager:innen . Diese koordinierten die Zusammenarbeit zwischen Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen , organisierten Gruppenangebote und räumten lokale Widerstände aus dem Weg. Die zentrale Erkenntnis: Komplexe Versorgungsformen benötigen eine dauerhafte Management- und IT-Struktur. Im Fall von NPPV führte dies zur Etablierung der KSVPsych-Richtlinie durch den G-BA, wobei die Finanzierung der Managementaufwände nun über spezifische Ziffern im EBM (ca. 24 Euro je Fall und Quartal) erfolgt. Dennoch bleibt die Anschubfinanzierung für neue Netzwerke eine ungelöste Herausforderung.

Systemische Barrieren aus Sicht der Kostenträger

Patricia Ex vom BKK-Dachverband ergänzte die Diskussion um die Perspektive der Krankenkassen. Sie räumte ein, dass die anfängliche Euphorie um den Innovationsfonds einer gewissen Ernüchterung gewichen sei, da die Translation in die Regelversorgung oft stocke. Ein „Elefant im Raum“ sei die Tatsache, dass einmal im System verankerte Leistungen kaum wieder entfernt werden können,

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wege aus der Transfersackgasse für Innovationen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/26), S. 12–13.
http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2816

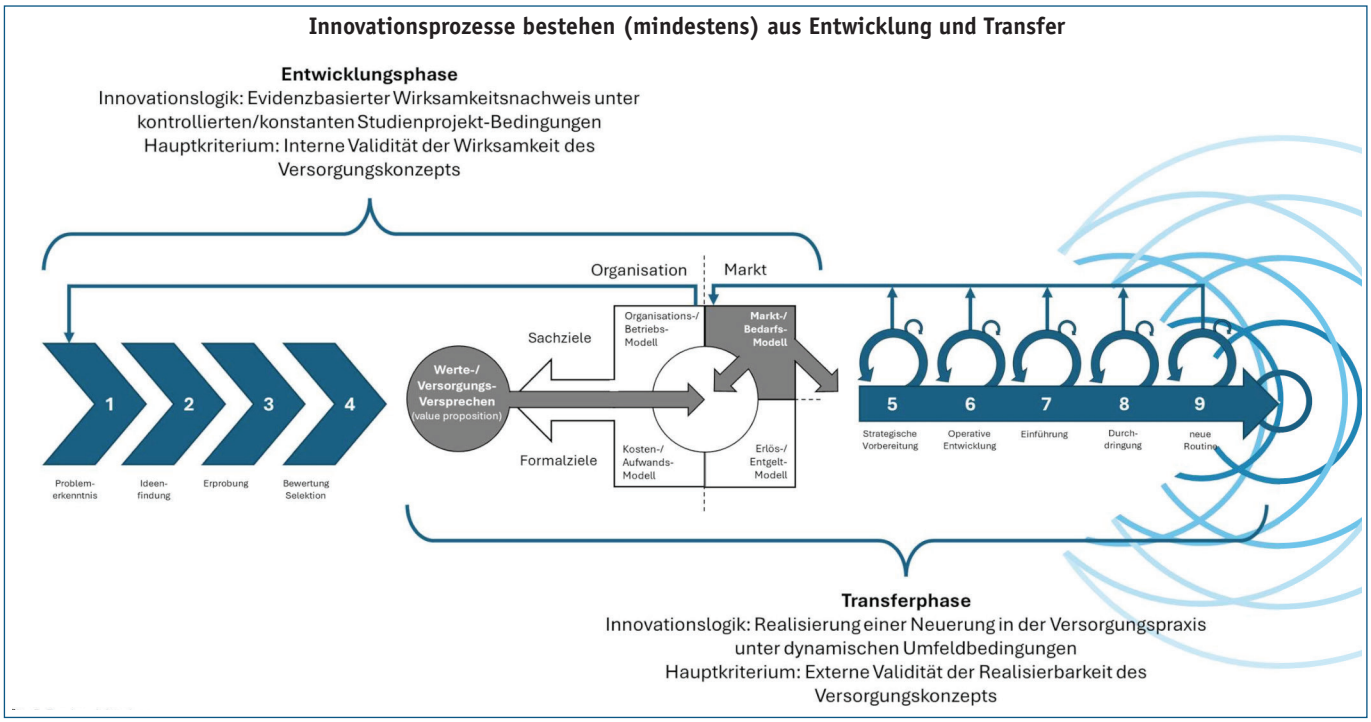


Abb. 1: Innovationsprozesse bestehen (mindestens) aus Entwicklung und Transfer. Aus: Vortrag „Versorgungsinnovationen – Entwicklung, Transfer und Adaption“ von Prof. Dr. Martin Dietrich, BMG, Team 513 | Innovationsfonds, Zukunftsregion digitale Gesundheit, 27. Januar 2026. Quelle: i. A. an Dietrich (2025).

was bei Kostenträgern eine „Angst vor der dauerhaften Belastung“ schüre.

Ex stellt zudem fest, dass eine bloße Abrechnungsziffer keine echte Versorgungsverbesserung garantiere. Sie forderte, dass bereits bei der Projektantragstellung die Anschlussfähigkeit und Translation verbindlich geprüft werden müssten. Projekte müssten von Anfang an klären, ob sie in bestehende Rechtsrahmen passen oder neue benötigen. Ein weiteres Hindernis seien die starren Sektorengrenzen: Viele Innovationen bewegen sich im „Zwischenfeld“ von ambulant und stationär, für das es jedoch keinen einheitlichen Ordnungsrahmen gibt, sondern lediglich einen „Flickenteppich“ an Sonderparagrafen (§ 115 SGB V ff.). Für einen erfolgreichen Transfer ist nach Ex neben organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen vor allem die Akzeptanz der Beteiligten nötig. Daher sollten bereits auf Projektebene alle Akteur:innen eingebunden werden, die später auch für einen Transfer infrage kommen. Ebenso müssten Projekte vor allem im Hinblick auf begrenzte personelle Ressourcen Antworten liefern und Mehrwerte generieren.

„Regelversorgung“ als unklarer Zielhafen

Die abschließende Reflexion von Dr. Regina Klakow-Franck (ehem. unparteiisches Mitglied des G-BA) legte den Finger in die Wunde der systemischen Architektur. Sie wies darauf hin, dass es für den Begriff „Regelversorgung“ keine Legaldefinition gibt. Dies erlaube es den Akteur:innen der Selbstverwaltung, Interpretationsspielräume zu nutzen, um Reformen auszubremsen.

Klakow-Franck konstatierte ein organisationales Abwehrverhalten im System, das echtes Lernen verhindere. Während die medizinische Forschung (Entwicklung) oft exzellent sei, fehle eine Instanz, die sich als aktiver Innovationsmanager versteht. Der G-BA verwalte eher, als dass er gestalte. Zudem zeigten die Daten des Innovationsausschusses (Stand Dezember 2025), dass von 118 Projekten der neuen Versorgungsformen 50% keine Empfehlung zur Überführung erhielten und der G-BA sich nur für 14% der empfohlenen Projekte selbst als Adressat sah.

Lösungsweg: sektorenneutrale Gestaltung und Value-based-Care

Als Ausweg aus dieser Sackgasse präsentierte Klakow-Franck den Impuls des BMC zur Einführung eines neuen Ordnungsrahmens im SGB V. Anstatt das System durch immer neue Selektivverträge oder Kleinstparagrafen weiter zu atomisieren, müsse ein sektorenneutraler Gestaltungsraum geschaffen werden. Dieser Gestaltungsraum sollte:

1. Einheitliche Spielregeln für Patientennutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit definieren.
2. Eine sektorenneutrale Vergütungssystematik etablieren.
3. Flexible Kooperationsmöglichkeiten für regionale oder morbiditätsbezogene Versorgungsangebote bieten.

Ziel dieses Ansatzes ist eine Value-based Care, die das Verhältnis von Patientennutzen zu Kosten optimiert, um die Bezahlbarkeit und Qualität des Systems langfristig zu sichern.

Fazit und Ausblick: „Think Big“

Am Ende der Masterclass rief Hager dazu auf, den Mut zur Skalierung aufzubringen. Erfolgreiche Projekte dürften keine „Beschäftigungstherapie“ für die Versorgungsforschung bleiben, sondern müssten in einer Größenordnung ausgerollt werden, die das Gesamtsystem transformiert. Der Slogan „Think Big“ markierte das Schlusswort: Nur wenn Transfer nicht als Anschlussoption, sondern als integraler Bestandteil jeder Innovation gedacht wird, kann der Notstand im System durch echte Erfindungskraft überwunden werden. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier