MSD-Symposium auf dem Hauptstadtkongress 2026

Transferstärkung von Versorgungsinnovationen

Versorgungsinnovationen entstehen in Deutschland in großer Zahl – doch ihr Weg in die Regelversorgung bleibt mühsam, langwierig und zumeist ergebnislos. Genau an diesem Spannungsfeld setzte das von MSD veranstaltete Symposium „Transferstärkung von Versorgungsinnovationen" auf dem Hauptstadtkongress 2026 an. Auf dem Podium diskutierten Vertreter:innen aus Ministerium, ärztlicher Berufspolitik, Krankenkassen und unabhängiger Beratung, wie sich erprobte Prozessinnovationen verlässlicher in die dauerhafte Versorgung überführen lassen. Vier Impulse bildeten die Grundlage – von Praxisbeispielen aus der Kinder- und Jugendmedizin über die Perspektive der größten gesetzlichen Krankenkasse bis zu einem Transfermodell des Bundesgesundheitsministeriums und dessen prototypischer Weiterentwicklung. Durch die Veranstaltung führte Michael Weller, Gesundheitssystemexperte und ehemaliger Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit.

>> Weller stellte die Leitfrage in den Mittelpunkt: „Wie gestaltet man einen Transferrahmen für die Überleitung erfolgreich erprobter Prozessinnovationen in die Regelversorgung?" Bewusst grenzte er den Blick nicht allein auf den Innovationsfonds ein – auch Selektivverträge, Modellvorhaben und regionale Ansätze gehörten dazu. Es gehe – so Weller – darum, positive Beispiele aufzuzeigen, herauszuarbeiten, was gut und was weniger gut gelaufen sei, die regionale Perspektive einzunehmen und Strukturen, Governance, Prozesse und Finanzierung weiterzudenken. „Wir wollen hier nicht jammern", machte Weller deutlich; der Blick solle darauf gerichtet sein, was sich für die Zukunft lernen lasse.



Die Referent:innen v. li.: Dr. Michael Hubmann, Dr. Regina Klakow-Franck, M.A., Michael Weller, Prof. Dr Martin Dietrich und Hans Matz. Foto: Roski.

Zur gemeinsamen Wissensgrundlage skizzierte er den Innovationsfonds als etabliertes Förderinstrument. Seit 2016 ist er die zentrale Plattform zur Entwicklung neuer Versorgungsformen (NVF) und versorgungsnaher Forschung (VSF); 60 Förderbekanntmachungen und insgesamt 791 geförderte Projekte (254 NVF / 537 VSF) stehen zu Buche, davon 329 derzeit in der Umsetzung. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die die sektorenübergreifende Versorgung verbessern – maßgeblicher Gradmesser für den Innovationsausschuss – und ein hinreichendes Potenzial zur dauerhaften Aufnahme aufweisen. Zudem sind alle Transferempfehlungen und Berichte veröffentlicht.

Besondere Aufmerksamkeit widmete Weller den finanziellen Rahmenbedingungen. Das bis 2025 geltende Gesamtvolumen lag bei 200 Millionen Euro jährlich. Durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) ist für 2026 eine einmalige Absenkung auf 100 Mio. Euro vorgesehen, finanziert über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds; laufende Projekte bleiben unberührt. Mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) soll die Finanzierung angepasst werden: Ab 2027 wäre das Volumen dauerhaft auf jährlich 100 Mio. Euro festgeschrieben, die Mittel kämen direkt aus dem Gesundheitsfonds an das BAS, die hälftige Finanzierung durch die Krankenkassen entfiele, und es gäbe nur noch ein einstufiges Regelförderverfahren von bis zu vier Jahren. Ob die Rückkehr zur Fördersumme von 200 Millionen Euro tatsächlich komme, bezeichnete Weller als „mehr als fraglich".

Den Transferweg beschrieb er als klar geregelt: Der Innovationsausschuss berät innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Projektberichte und beschließt, ob eine Empfehlung zur Überführung ganz oder teilweise ausgesprochen werden kann, und stellt fest, welche Organisation zuständig ist. Bei festgestellter Zuständigkeit des G-BA hat dieser innerhalb von zwölf Monaten Regelungen zur Aufnahme in die Versorgung zu beschließen.

Ein ernüchterndes Bild lieferten allerdings die Zahlen. Von 118 Projekten der Neuen Versorgungsformen, zu denen bis Dezember 2025 entschieden wurde, erhielten 50 Prozent – 59 Projekte – keine Empfehlung; die übrigen teilen sich hälftig auf in 30 Projekte mit Weitergabe der wissenschaftlichen Erkenntnisse und 29 mit Prüfung beziehungsweise Überführung. Weller erinnerte an die ursprüngliche Logik: Ein erfolgreich evaluiertes Projekt solle nicht automatisch in die Regelversorgung übergehen, sondern den üblichen Weg über die Gremien nehmen – ob das richtig sei, stellte er bewusst zur Diskussion.

Erster Impuls: Dr. Michael Hubmann

Den Auftakt übernahm Dr. med. Michael Hubmann, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt*innen, der konkrete Beispiele mit einer Reformbotschaft verband. Im SGB V sei festgelegt, dass die Versorgung wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig sein müsse – geplant werde

aber häufig „das Optimale". Aus der Pandemie habe er mitgenommen, dass es „nur gemeinsam" gehe – eine Bereitschaft, die er sich gerade in finanziell härter werdenden Zeiten zurückwünsche, um Deutschland reformorientierter zu machen.

Als erstes Beispiel stellte Hubmann das Projekt „U+E" vor, das auf die früh erkennbare, aber schwer zu identifizierende postnatale Depression von Eltern rund um die Geburt zielt. Der Vorteil eines Screenings liege darin, dass alle angesprochen werden könnten und die Hürde aus Behandlersicht entfalle; das enge Netz pädiatrischer Vorsorgen bilde die Grundlage. Umgesetzt wird das Vorhaben digital: Über die App des Berufsverbandes, in die nach Hubmanns Angaben fast zwei Millionen Kinder und Jugendliche eingeschrieben sind, erhalten Eltern automatisiert einen Fragebogen, dessen Auswertung in die Praxen zurückgespielt wird – auffällige Befunde standardisiert über KIM. Der nächste Schritt sei, das Vorhaben gemeinsam mit Partnern als Selektivvertrag in die Regelversorgung zu bringen.

Daran knüpfte er eine Sorge: Am Beispiel der U10, die als G-BA-Vertrag demnächst in die Regelversorgung kommt, verdeutlichte er, dass man über zehn Jahre unterwegs gewesen sei. Eine gute Versorgungsform wolle man aber nicht zehn Jahre lang konservieren oder als individuelle Gesundheitsleistung durchführen – „Kinder- und Jugendheilkunde ist keine IGeL-Medizin". Eben deshalb brauche es Selektivverträge, um ohne Zeitverlust voranzukommen.

Als zweites Beispiel nannte Hubmann die REF-HPV-Impfung gegen das humane Papillomvirus als erste Möglichkeit, aktiv gegen Krebs zu impfen. Dem WHO-Ziel von 90 Prozent Impfrate bis 2030 stehe derzeit in Deutschland eine Quote von unter 50 Prozent gegenüber. Mit digitalen Impferinnerungen über die App habe man allein 2024 fast 55.000 Rückmeldungen erhalten und sehe Potenzial, das Impfalter nach vorne zu verlagern; zudem werde HPV inzwischen auch bei Jungen geimpft. Offen sei das Zusammenspiel mit der Präventionsansprache der Krankenkassen. Im zugehörigen Projekt mit Konsortialpartnern sollen Zugangswege identifiziert und Barrieren gelöst werden.

Hubmann verband seine Beispiele mit einem Plädoyer für Realismus. Da rund 90 Prozent der Impfungen aktuell im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung stattfänden und der Öffentliche Gesundheitsdienst eher abgebaut werde, sei das niederschwellige Impfangebot in den Praxen die realistische Größe – eine Einbindung von Apotheken sei dabei kein Problem.

Als Erfolgsfaktoren benannte Hubmann die Zusammenarbeit mit der Leistungsentwicklung, die Einbindung der Praktiker bereits ab Antragstellung sowie alltagstaugliche Routinen. Versorgungsforschung dürfe kein rein akademisches Thema sein; für ein „47. Extraprojekt" sei in der Versorgung keine Zeit mehr. Es brauche verlässliche Partner und eigene Strukturen – der Berufsverband habe dafür eine Service-GmbH aufgebaut – sowie eine frühzeitige Einbindung der Krankenkassen. An das BMG richtete er einen Digitalisierungswunsch: Statt Neues zu planen, für das es 2026 nicht einmal eine Beta-Version gebe, solle man bestehende, funktionierende Systeme integrieren. Denn die Grundaufgabe betreffe alle: „Wir müssen mit weniger Menschen mehr berechtigte Ansprüche in der Gesundheitsversorgung erfüllen."

Zweiter Impuls: Hans Matz

Den Blick der Kostenträger brachte Hans Matz ein, Leiter Markenverträge und Innovationen bei der TK-Hauptverwaltung in Hamburg. Ziel der TK sei es, einen Beitrag dazu zu leisten, wie Innovationen weiterhin im gesetzlichen System möglich blieben – ein Finanzierungs- wie Strukturthema, das er am Beispiel des Innovationsfonds erläuterte.

Matz warnte davor, den bereits geschaffenen Wert zu unterschätzen. Im Rahmen des Innovationsfonds seien viele innovative Versorgungslösungen entwickelt worden; wertvoll seien dabei nicht nur die Ergebnisse, sondern auch die gewachsenen Projektpartnerschaften und Erfahrungen. Zudem seien Patientinnen und Patienten versorgt worden – mit Leistungen, die sie in der Regelversorgung so nicht erhalten hätten. Diesen „Schatz" gelte es nicht ruhen zu lassen, sondern zu prüfen, wie sich einzelne Bestandteile regional oder bundesweit überführen ließen – etwas, das der Innovationsfonds bislang nicht geschafft habe. Die TK sei an nahezu jedem zweiten Projekt der Neuen Versorgungsformen sowie an 12 Prozent der Versorgungsforschungsprojekte beteiligt gewesen.

Im Kern formulierte Matz drei Bedarfe. Erstens brauche es ein anerkanntes, durchsetzungsfähiges Transfermodell für das bereits Vorhandene – vorzugsweise aus dem Innovationsfonds, aber auch aus regional erprobten Modellvorhaben. Zweitens müsse ein Anreizsystem zur Förderung erhalten bleiben, da der ordnungspolitische Rahmen den Krankenkassen kaum Spielräume zum eigenständigen Ausprobieren lasse. Drittens – für ihn der wesentliche Punkt – sei ein alternatives Finanzierungssystem nötig: weniger auf Forschung, stärker auf die Realität der Versorgung ausgerichtet, „smart" angelegt, am Versorgungsbedarf orientiert und mit messbaren gesundheitsökonomischen Erfolgen hinterlegt. Vor allem müsse es für Patientinnen und Patienten wie für Leistungserbringer attraktiv sein – viele Projekte seien an zu geringer Patientenbeteiligung gescheitert.

Den größten Hebel sah Matz beim Zeitfaktor. Ein Innovationsfondsprojekt benötige „10 plus X Jahre"; ein eigenes Projekt mit Idee aus 2017 und Antrag aus 2018 sei 2026 noch immer ohne klare Perspektive. Bürokratischer Aufwand binde zu viele Mittel; die Förderphase dauere bis zu vier Jahre, die tatsächliche Versorgungszeit oft nur maximal ein Jahr, was eine belastbare Evaluation erschwere. Zu verkürzen seien Vorbereitungs-, Bewertungs- und Abschlussphase.

Als Lösung skizzierte Matz ein Finanzierungs- statt Fördermodell, das stark auf Selektivverträgen aufbaut: Die Krankenkassen würden gesetzlich beauftragt, einen bestimmten Anteil je Versicherten in innovative Versorgungskonzepte zu investieren; Antragstellung und Bewertung lägen bei ihnen oder beauftragten Institutionen. Einen solchen strukturierten Bewertungsprozess habe die TK bereits als Portal auf ihrer Website. Wichtig sei zudem, das Datenarchiv des Innovationsfonds in einen transparenten Marktplatz zu verwandeln, sodass Leistungserbringer ohne Aufforderung Konzepte aufgreifen könnten. Auf Projektebene brauche es eine Finanzierungsperspektive über die Laufzeit hinaus – ein frühzeitig eingeplantes Business-Case-Modell; eine gesundheitsökonomische Wirksamkeitsdarstellung reiche aus Sicht der TK aus.

Dritter Impuls: Prof. Dr Martin Dietrich

Eine übergeordnete, konzeptionelle Perspektive eröffnete Prof. Dr. Martin Dietrich vom Bundesministerium für Gesundheit.

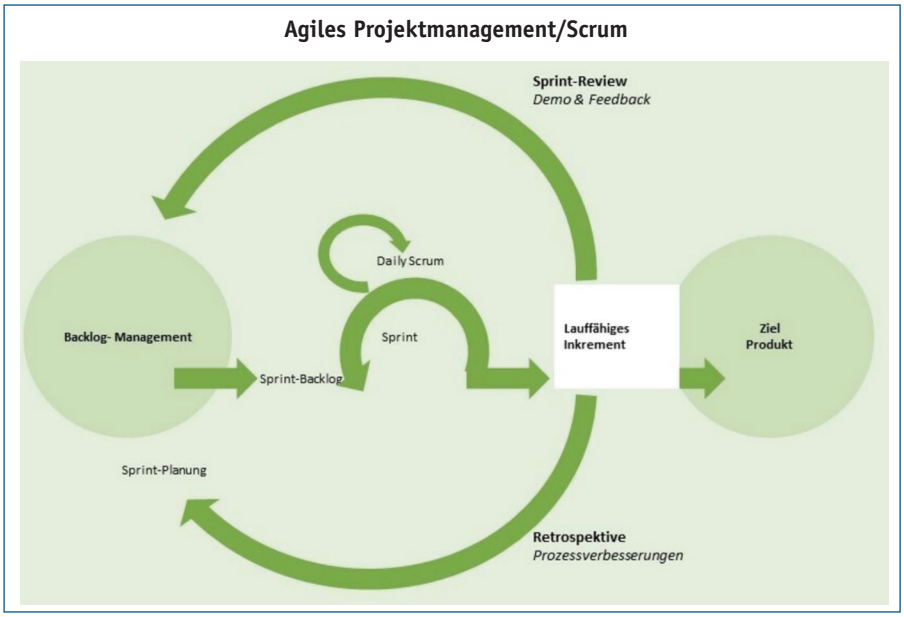


Abb. 1: Agiles Projektmanagement/Scrum. Aus: Vortrag von Dr. Regina Klakow-Franck, M.A. Quelle: Bundesverwaltungsamt Organisationshandbuch; https://t1p.de/w4gfhl, abgerufen am 14.06.2026.

Ein Kollege habe geschrieben, Deutschland habe „kein Innovationsproblem", sondern „ein Skalierungsproblem". Dietrich reagierte mit „zustimmendem Widerspruch": Zwar gebe es überproportional hohe Ausgaben für Forschung und Entwicklung und viele Patentanmeldungen, doch in der Verwertung sei Deutschland unterdurchschnittlich; gemessen an inzwischen fast zwei Milliarden Euro in zehn Jahren werde nicht hinreichend deutlich, was beim Patienten ankomme. Das eigentliche Problem sei, dass Innovation zu eng – allein als Projekt- beziehungsweise Forschungsförderung – gedacht werde.

Dem setzte Dietrich ein Drei-Phasen-Modell (siehe MVF 02/26) entgegen: Entwicklung, Transfer und Adaption. Die Entwicklungsphase sei wissenschaftlich geprägt, denn anders als bei einer iPhone-App gehe es um Gesundheit und Leben; ohne nachweisbaren Versorgungseffekt dürften solidarisch eingetriebene Gelder nicht verausgabt werden. Erfolgreich erprobte Innovationsfondsprojekte seien daher „außergewöhnliche Leistungen von außergewöhnlichen Menschen in außergewöhnlichen Situationen". Genau diese Stabilität aber ende mit dem Transfer, der „in einer Welt, in der sich Wissenschaftler nicht auskennen", ohne stabile Effekte spiele. Was in der Entwicklung die Wirksamkeitshypothese sei, müsse im Transfer die Transferhypothese sein – die Frage, ob ein wirksames Modell auch transferierbar ist; diese sei bislang „etwas unterentwickelt". Die anschließende Adaption erfordere passende Vertragsformen wie Selektivverträge, die jedoch ihrer Natur nach Ergänzungsverträge und nur ein Schritt, nicht das Ziel sein könnten.

Die zentrale Botschaft fasste Dietrich in einer Unterscheidung zusammen: Innovationserfolge seien nicht mit Projekterfolgen zu verwechseln. Bei manchen Akteuren gelte schon das Einwerben eines Projekts als Erfolg, ohne dass der Versorgungseffekt eine Rolle spiele; der eigentliche Innovationserfolg liege jedoch „viel, viel weiter hinten". Transfer und Adaption machten „mehr als die Hälfte des Innovationserfolges" aus, Projekterfolge seien lediglich die notwendige Voraussetzung. Deshalb arbeite das BMG an einem Fachkonzept zu Transferarchitektur und Versorgungsinnovation; ein Fachdialog dazu sei kurz zuvor erfolgreich verlaufen.

Daran anschließend nannte Dietrich Eckpunkte eines Transferleitbildes. Erstens brauche es konsentierte Kriterien der Versorgungsverbesserung; als Orientierung diene ihm der „Quintuple Aim": besserer gesundheitlicher Outcome, bessere Patient Experience, bessere Kosteneffektivität, bessere Erfahrungen der Fachkräfte (Clinician Well-Being) sowie mehr Versorgungsgerechtigkeit – Kriterien, die bislang nicht offiziell konsentiert seien. Zweitens dürften nicht Projekte, sondern Versorgungskonzepte verstetigt werden; Stellen zu verstetigen könne nicht das Ziel sein. Drittens brauche es einen flexiblen Rahmen für unterschiedliche Versorgungskonzepte, weshalb es keinen einheitlichen Transferweg geben könne. Viertens sei eine vorläufige Regulierung und Vergütung mit Ablaufdatum erforderlich: Würden definierte Key-Performance-Indicators nicht geliefert, müsse sich ein Konzept wieder zurücknehmen lassen. Es brauche daher Transfermonitoring statt neuer Einschlussevaluation sowie eine Transferbegleitung der relevanten Akteure – ohne Krankenkassen solle es nicht gehen.

Weitere Punkte betrafen die Nutzenorientierung. Letztlich seien es die Leistungserbringer, die mit den Konzepten arbeiten müssten; hier drohe eine „Not-invented-here"-Problematik, wenn andernorts entwickelte Konzepte auf ein bereits maximal belastetes Arbeitsfeld träfen. Konzepte müssten so „abnahmereif" sein, dass sie sofort umsetzbar seien. „Agile" als Prinzip des Transfers verstand Dietrich nicht als Modewort, sondern im Sinne des schnellen, validierten Lernens. Der Netto-Bürokratie-Effekt müsse nicht gleich null sein, doch dürften keine neue Behörde und keine langwierigen Entscheidungsprozesse entstehen, die mehr belasteten als entlasteten. Schließlich brauche es einen wissensgenerierenden Transfer: Im Transfer gewonnene Erfahrungen müssten strukturiert in die Entwicklung neuer Ideen zurückfließen.

Zur Veranschaulichung griff Dietrich zu einem Bild aus der Raumfahrt: Man stecke viel Energie in die Entwicklung leistungsfähiger „Antriebe", stelle diese dann aber „vor die Halle", ohne die Rampe zu bauen, von der aus gestartet werde. Genau die Rampe stelle der Transfer dar. So viel Leidenschaft in den Transfer zu legen wie in den Wirksamkeitsnachweis – das sei die Motivation, die ein Entwicklungs- und Transfermodell verbinden würde; diese Verbindung gebe es bislang nicht.

Vierter Impuls: Dr. Regina Klakow-Franck

Den vierten Impuls setzte Dr. Regina Klakow-Franck, freie Sachverständige und Beraterin sowie von 2012 bis 2018 unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sie verstand ihren Beitrag als Unterstützung des von Prof. Dietrich vorge-

stellten Transfermodells, dessen Entwicklung sie seit Längerem begleitet.

Zum Einstieg zeigte sie eine seltener gezeigte Folie des Innovationsausschusses zu den Adressaten der Überführungsempfehlungen. Über insgesamt 187 empfohlene Projekte – weit mehr als die 29 Modellvorhaben der Neuen Versorgungsformen – verteilten sich die Empfehlungen auf zahlreiche Adressaten: auf den G-BA entfielen rund 14 Prozent, die meisten gingen an die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, viele auch an die Vertragspartner auf Landesebene (9 Prozent) und knapp 10 Prozent an Planungsbehörden und Ministerien der Länder. Ihre Schlussfolgerung: Es gibt auch andere Adressaten als den G-BA – ein singulärer Zuschnitt auf den G-BA als „Flaschenhals" greife zu kurz.

Anschließend griff sie einzelne Eckpunkte heraus, die selbst von einem hochkarätigen Fachpublikum bislang nicht hinreichend verstanden würden. Die ersten drei Quintuple Aims – Better Health Outcomes, Lower Costs, Improved Patient Experience – entsprächen genau den Aspekten von Value-Based Care, wie sie etwa Kaiser Permanente umsetze. Eine prägnante Zuspitzung führte sie auf die niederländische Gesundheitsministerin zurück, die Versorgungsverbesserung wörtlich zusammengefasst habe mit: „No longer paying for low-value care." Diese „geniale Zusammenfassung in einem Satz" als kohärentes Zielbild fehle in der deutschen Diskussion.

Den Kern ihres Beitrags bildete die Übertragung des Agile- beziehungsweise Scrum-Prinzips auf den Transfer. Dessen Grundprinzip sei der kontinuierliche Verbesserungszyklus „Plan, Do, Check, Act" in kleinen, inkrementellen Schritten – mit einem Product Owner, einem Scrum-Master mit der Aufsicht über den Prozess und einem Team, das das Produkt in wiederkehrenden Sprint-Zyklen zur Reife bringe. Dieses Modell übertrug sie auf einen eigenen Prototyp für ein künftiges Transfermodell.

In diesem Prototyp könne der Product Owner der G-BA sein – ebenso aber eine Planungsbehörde der Länder oder die Vertragspartner auf Landesebene; ausdrücklich solle dies nicht mehr der Innovationsausschuss „alter Strickart" sein, der weitgehend deckungsgleich mit den Trägern des G-BA ist. Der Product Owner beauftrage einen Scrum-Master – einen neuen „Transfer-Council" – mit der Ausschreibung eines Transfer-Managements, das keine neue Erprobungsstudie durchführe, sondern in kontinuierlichen Zyklen auf die Adaption in die Regelversorgung hinarbeite, etwa über neue EBM-Gebührenziffern oder Fallpauschalen. Für den Fall eines negativen Monitorings sah ihr Modell bewusst eine Exit-Möglichkeit vor. Entscheidend sei ein aktives Kooperations- und Beziehungsmanagement, damit Projekte weder versandeten noch in der Übergangslösung Selektivvertrag stecken blieben.

Mit Nachdruck schloss sich Klakow-Franck Dietrichs Position an: keine Verstetigung von Projekten und keine erneute Erprobung in der Transferphase. Das „Allerschlimmste" wäre aus ihrer Sicht eine neue Erprobungsrichtlinie nach dem Muster des § 137e SGB V – nach zehn Jahren Modellvorhaben dann nochmals zehn Jahre Erprobung. Das wäre „der Tod von jeglichem Innovationstransfer". Ihr Anliegen sei der Paradigmenwechsel: vom Wirksamkeitsnachweis durch eine Studie hin zu einem Transfer im Sinne eines agilen Entwicklungszyklus.

Diskussion: Vom Versorgungserfolg bis zur Rolle der Selbstverwaltung

In der anschließenden Diskussion vertieften die Beteiligten zentrale Stränge. Auf die Frage, wie der Sprung in die Regelversorgung gelinge, verwies Hubmann auf die Kindervorsorgen, bei denen Selektivverträge seit 2011 über 15 Jahre im Feld gewesen seien, ehe die Grundlage für die Regelversorgung entstanden sei; als wesentliche Ziele nannte er die „U10 neu" und die Steigerung der HPV-Impfrate. Grundsätzlich plädierte er für mehr „Gesamtsystem-Ehrlichkeit" und das „Omnibus-Prinzip": Komme etwas Neues hinzu und stünden keine neuen Mittel zur Verfügung, müsse etwas anderes wegfallen – andernfalls verliere man entweder die Patienten oder die Versorger.

Matz konkretisierte die Hürden jenseits des Zeitfaktors: Sein Ansatz ziele auf einfachere Modelle, die die Substitution von Leistungen besser realisierten, da nicht mehr Geld zur Verfügung stehe. Der Transfer einzelner, bis dahin selektivvertraglicher Modelle gelinge besser, wenn tragfähige Ideen frühzeitig mit den Krankenkassen besprochen würden.

Dietrich erläuterte am Beispiel des Innovationsfondsprojekts NPPV, das komplexe psychische Erkrankungen behandeln sollte, was ein Versorgungserfolg sein könne. Bereits vor Projektabschluss sei gesetzlich bestimmt worden, dass der G-BA eine entsprechende Richtlinie zu erlassen habe; 2021 sei diese verabschiedet, im Oktober 2022 seien die EBM-Ziffern geschaffen worden, und inzwischen treibe ein Anbieter die Umsetzung kampagnenartig voran. Die Zahl der nach diesem Konzept behandelten Patient:innen wäre für ihn das Merkmal eines Versorgungserfolgs – und ein Beispiel für ein einfaches Monitoring. Auf die Frage „Klasse statt Masse" antwortete er mit einem „eindeutigen Jein": Im Bereich der Versorgungsforschung neige er dazu, das Argument anzuerkennen; bei über 30 geförderten Lotsenprojekten habe es kein einziges nach harten Evidenzkriterien wirklich geschafft. Die Lösung könne sein, ähnlich gelagerte Projekte auf gemeinsame Wirkkomponenten zu untersuchen und daraus ein Versorgungskonzept zu formen, das zeitlich befristet beauftragt und nach KPIs fortgeführt oder abgestellt wird.

Klakow-Franck vertiefte das Verhältnis ihres Modells zur Selbstverwaltung, die nicht der einzige Stakeholder sei; kaum ein Gesundheitssystem habe so viele Akteure mit so unterschiedlichen Zuständigkeiten, und gerade die extreme Sektorierung und Fragmentierung hätten zum Problem beigetragen. Wolle man sektorenübergreifend Versorgung verbessern – für sie der Schlüssel zum Erfolg –, müsse es ermöglicht werden, dass auch andere beauftragen könnten: am Beispiel der Rettungskette etwa die Kommune unter Einbeziehung der Länderbehörde und schließlich die Selbstverwaltungspartner einschließlich der Landesverbände oder einer Krankenkasse. Der Landesausschuss auf Landesebene sei dafür keine geeignete Plattform. Sie warb daher für ein neutrales Modell, in dem unterschiedliche Stakeholder professionell beauftragen könnten, worauf hin ein professionelles Transfermanagement folge. <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Transferstärkung von Versorgungsinnovationen, in „Monitor Versorgungsforschung" (04/26), S. 44–47. http://doi.org/10.24945/MVF.04.26.1866-0533.2848