

Der Innovationsfonds nach einem Jahr – eine Zwischenbilanz aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

ECKART GALAS

Dr. Eckart Galas ist beim GKV-Spitzenverband in Berlin Projektleiter „Innovationsfonds“ und Mitglied im Arbeitsausschuss des Innovationsausschusses

Mit der Einführung des Innovationsfonds hat der Gesetzgeber der gemeinsamen Selbstverwaltung einen ordnungspolitisch neuartigen Auftrag gegeben. Die Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens wurden aufgerufen, mit jährlich bis zu 300 Mio. Euro innovative Versorgungsformen und Projekte zur Versorgungsforschung in der GKV zu fördern. Nach gut einem Jahr besteht Gelegenheit für ein Zwischenfazit: Wo steht die Selbstverwaltung im gesetzlich verordneten Innovationsprozess? Welche Aktivitäten wurden unternommen, um die strukturellen Defizite in der GKV zu überwinden? Wie arbeiten die beauftragten Gremien zusammen, um den Innovationsprozess zu gestalten? Welche Projekte wurden ausgewählt und stehen jetzt am Start? Dieser Beitrag gibt einen Überblick über den aktuellen Stand.

1. Ausgangslage

In seinem Sondergutachten aus dem Jahr 2012 hat sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sehr ausführlich mit dem Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung auseinandergesetzt. Die Sachverständigen sprechen sich in ihrem Gutachten dafür aus, unter definierten Voraussetzungen und flankiert durch eine Weiterentwicklung des Selektivvertragsrechtes innovative Versorgungsmodelle mit finanziellen Mitteln zu fördern.¹ Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)² hat der Gesetzgeber diesen Vorschlag aufgegriffen und den Innovationsfonds geschaffen. Der Innovationsfonds verfolgt zwei Ziel-

setzungen. Zum einen fördert er neue Versorgungsformen, die über die bisherige GKV-Regelversorgung hinausgehen und das Potenzial haben, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Zum anderen kann er Versorgungsforschungsprojekte finanzieren, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der GKV ausgerichtet sind. Die neuen Vorschriften finden sich in den §§ 92a und b SGB V.

Der § 92a Abs. 1 SGB V benennt recht explizit die Förderkriterien, die die neuen Versorgungsformen erfüllen müssen. Neben der Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz fordert das Gesetz, dass das innovative

¹ Vgl. SVR-G 2012, S. 319.

² Bundesgesetzblatt Teil I (2015), S. 1211ff.

Versorgungsmodell die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, -einrichtungen und Berufsgruppen verbessert. Zudem wird verlangt, dass die aus der Förderung gewonnenen Erkenntnisse übertragbar sind – beispielsweise auf andere Regionen oder Indikationen.

Eine weitere Anforderung besteht darin, dass das Projekt wissenschaftlich evaluiert wird, um verlässliche Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob die neue Versorgungsform für eine Übernahme in die Regelversorgung geeignet ist.

Beweist ein neues Versorgungsmodell seine Wirkung mit Blick auf eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung, so wären in der Folge ggf. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu verändern oder sogar gesetzliche Rahmenbedingungen anzupassen. Auch eine auf Dauer angelegte Weiterentwicklung eines Selektivvertragsangebotes innerhalb des bestehenden Rechtsrahmens wäre denkbar.

Ausdrücklich nicht über den Innovationsfonds förderfähig sind allerdings Produktinnovationen, beispielsweise neue Medizinprodukte, die nicht bzw. noch nicht Leistung der GKV sind. Auch für die Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden besteht weiterhin ausschließlich der Weg über den G-BA, der nach Maßgabe der §§ 135, 137c und 137e SGB V den Leistungsrahmen weiterentwickelt. Der Innovationsfonds kann insofern nicht „als Bypass“ zur regulären Nutzenbewertung genutzt werden. Vielmehr dient er dazu, die gesundheitliche Versorgung der Versicherten durch Prozessinnovationen zu verbessern.

Für die Durchführung der neuen Versorgungsformen steht der im SGB V bestehende Handlungsrahmen zur Verfügung. Während die Regelversorgung kollektivvertraglich aufgesetzt ist, können für die Ausgestaltung der innovativen Versorgung die unterschiedlichen Selektivvertragsoptionen genutzt werden. Mit dem GKV-VSG wurde der selektivvertragliche Bereich neu gestaltet und diverse Regelungen zum Abschluss von Einzelverträgen im neu formulierten § 140a SGB V „Besondere Versorgung“ zusammengefasst. Damit wurden die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen erweitert und zugleich bestimmte bürokratische Hemmnisse, wie beispiels-

weise die Vorlagepflicht der Verträge bei der Aufsicht oder der Nachweis der Wirtschaftlichkeit schon zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses, beseitigt.³

In der Regel ist bei der Antragstellung auf Förderung einer neuen Versorgungsform eine Krankenkasse zu beteiligen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass nur solche Vorhaben gefördert werden, die auch tatsächlich der Versorgung in der GKV dienen. Förderfähig sind diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. Damit soll vermieden werden, dass eine im Selektivvertrag vereinbarte gesundheitliche Versorgungsleistung doppelt finanziert wird. Der Innovationsfonds kann aber beispielsweise dafür genutzt werden, den Koordinationsaufwand einer neu aufgesetzten sektorübergreifenden Versorgung zu finanzieren.

Insgesamt stehen zur Förderung der genannten Projekte von 2016 bis einschließlich 2019 jährlich 300 Mio. Euro zur Verfügung. Das Fördervolumen wird zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und zur anderen Hälfte direkt von den Krankenkassen finanziert. Die Mittel können zu drei Vierteln für neue Versorgungsformen (225 Mio. Euro jährlich) und zu einem Viertel für Versorgungsforschung

Der Innovationsfonds kann nicht „als Bypass“ zur regulären Nutzenbewertung genutzt werden.

(75 Mio. Euro jährlich) eingesetzt werden. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat die Aufgabe, die Finanzmittel des Innovationsfonds zu verwalten.

Zur Durchführung der Förderung wurde beim G-BA ein neues Gremium eingerichtet. Nach § 92b Abs. 1 SGB V besteht der Innovationsausschuss aus drei vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) benannten Mitgliedern, jeweils einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) benanntem Mitglied, der oder dem unparteiischen G-BA-Vorsitzenden sowie zwei Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und einem Vertreter des Bundes-

ministeriums für Bildung und Forschung (BMBF). Außerdem werden die Interessen der Patientinnen und Patienten durch Patientenorganisationen vertreten, die ein Mitberatungs- und Antragsrecht haben. Die wichtigsten Aufgaben des Innovationsausschusses bestehen darin, in den Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien zur Vergabe der Mittel aus dem Innovationsfonds festzulegen und über die eingegangenen Anträge auf Förderung zu entscheiden.

2. Aufbau der Förderinfrastruktur

Im Oktober 2015 hat sich der Innovationsausschuss konstituiert. Der Vorsitz liegt beim unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, Professor Josef Hecken. Um die Arbeitsfähigkeit des Gremiums sicherzustellen und verbindliche Regelungen zur Durchführung der Förderung zu schaffen, hat der Innovationsausschuss eine Geschäfts- und Verfahrensordnung beschlossen.⁴ In Analogie zum Beratungsprozess im G-BA, der durch diverse Unterausschüsse unterstützt wird, hat auch der Innovationsausschuss einen Arbeitsausschuss eingesetzt. Auch hier sind neben den Spitzenorganisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung das BMG und das BMBF vertreten. Der Arbeitsausschuss hat unter anderem die Aufgabe, die Förderbekanntmachungen zu entwerfen und die eingegangenen Förderanträge zur Vorbereitung der Beschlussfassung des Innovationsausschusses zu bewerten.

Nach § 92b Abs. 5 SGB V hat das BMG einen so genannten Expertenbeirat zu berufen. Die Berufung des Expertenbeirats dient dem Ziel, wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstand in die Beratungen des Innovationsausschusses einzubringen. Der Expertenbeirat hat insbesondere die Aufgabe, die eingereichten Förderanträge zu bewerten und dem Innovationsausschuss eine Bewilligungs- oder Ablehnungsempfehlung zu geben. Diese ist zwar nicht bindend, allerdings muss der Innovationsausschuss schriftlich begründen, wenn er vom Votum des Expertenbeirates abweicht. Das zehnköpfige Gremium wurde im Januar 2016 vom BMG berufen.⁵

³ Vgl. Knieps, F. (2015), S. 10.

⁴ <https://innovationsfonds.g-ba.de/innovationsausschuss/>

⁵ <https://innovationsfonds.g-ba.de/innovationsausschuss/expertenbeirat/>

Zur Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses wurde gemäß § 92b Abs. 3 SGB V eine Geschäftsstelle eingerichtet. Zu ihren Aufgaben zählt insbesondere, den Beratungsprozess mit den Trägerorganisationen auf der Arbeitsebene zu koordinieren und die Entwürfe für Förderbekanntmachungen vorzubereiten. Da das eigentliche Fördermittelmanagement nicht zu den Kernkompetenzen der Selbstverwaltung in der GKV gehört, wurden auf Beschluss des Innovationsausschusses Projekträgeraufgaben ausgeschrieben und an das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. (DLR) vergeben.

3. Bewertung der Rahmenbedingungen

Zur Frage, ob der Gesetzgeber mit dem Innovationsfonds das geeignete Setting gewählt hat, um die mit der Förderung verbundenen Ziele zu erreichen, gibt es in der Literatur durchaus unterschiedliche Auffassungen. Die diesbezüglichen Diskussionen drehen sich beispielsweise um den grundsätzlichen Steuerungsansatz und die Ausgestaltung der Governance-Strukturen.

Mit Blick auf den Steuerungsansatz wird eingewandt, dass der Fonds das Problem der unzureichenden Innovationsbereitschaft der Akteure nicht kausal an der Wurzel packt. Statt mit Beitragsgeldern einen Förderfonds aufzulegen, der den Akteuren jegliches Investitionsrisiko nimmt, sollten vielmehr die strukturellen Rahmenbedingungen für Versorgungsinnovationen verbessert werden. So bedarf es einer funktionalen Ausgestaltung des Selektivvertragsrechtes als grundlegende Voraussetzung für eine Intensivierung des Vertragswettbewerbs.⁶ Ein systemisches Grundübel liegt beispielsweise in der Bereinigung der pauschalierten Vergütungen, die es ausgeprägt in der vertragsärztlichen Versorgung aber auch im stationären Bereich gibt. Krankenkassen, die über Selektivverträge GKV-Regelleistungen neu organisiert finanzieren, laufen Gefahr, diese Leistungen doppelt zu vergüten.⁷

Dieser Einwand ist berechtigt und der Gesetzgeber hat mit dem neuen § 140a SGB V bereits erste Schritte unternommen, um ein praktikables Vertragsrecht zu schaffen, so dass – mit oder ohne Förderung durch den Innovationsfonds – mehr Selektivverträge eine Chance haben, Eingang in die Versorgungsrealität

zu finden. Zugleich muss aber auch konstatiert werden, dass der zweifellos stark ausgeprägte Kassenwettbewerb, der sehr stark auf den Preis fokussiert ist, die Innovationsneigung nicht eben fördert, solange der Return on Investment mit Blick auf Zeitpunkt und Höhe unsicher bleibt. Insofern könnte die Förderung durch den Innovationsfonds einen Impuls schaffen, in eine verbesserte Versorgungssituation zu investieren, ohne Gefahr zu laufen, durch Anfangsinvestitionen beitragsbelastende Ausgaben zu tätigen.⁸

Die vom Gesetzgeber gewählte Förderinfrastruktur wird häufig kritisch bewertet mit dem Hinweis, dass der Innovationsausschuss in seiner Besetzung zu sehr der Architektur des G-BA bzw. seiner Unterausschüsse ähnelt. Es sind zumindest auf Seiten der Leistungserbringer genau jene Organisationen dort vertreten, die für die sektorale Gliederung der GKV-Versorgung stehen.⁹ Kann man daher erwarten, dass die „Gralhüter“ des Kollektivvertrags Impulse setzen, um die Schnittstellenprobleme zu überwinden? Sollen genau jene Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens, die im G-BA die Ausgestaltung des Kollektivvertragsrechts verantworten, nun auch im Innovationsausschuss über selektivvertragliche Angebote entscheiden? Das Selektivvertragsrecht ist für die Krankenkassen eine wichtige Option, sich wettbewerblich im Markt mit Versorgungsmodellen zur qualitativen und/oder wirtschaftlichen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zu differenzieren und zu profilieren. In der Architektur des Innovationsfonds entscheiden indes nicht mehr die Vertragspartner selbst über die Erprobung einer neuen Versorgungsform, sondern die Trägerorganisationen des Innovationsausschusses und damit die Kollektivvertragspartner auf Bundesebene.

Dieses Argument ist nachvollziehbar, allerdings stellte sich auch die Frage, welches Gremium abseits der gewachsenen GKV-Selbstverwaltung berechtigt werden sollte, über mehrere hundert Millionen Euro Fördersumme aus Beitragsmitteln zu disponieren, wenn eine wettbewerbliche Lösung ausscheidet. Wäre ein Beirat aus Wissenschaftlern, die Deutsche Forschungsgemeinschaft oder das Bundesministerium für Forschung und Bildung die bessere Alternative? Den Trägerorganisationen des

Innovationsausschusses, die in der Mehrzahl als öffentlich-rechtliche Selbstverwaltungskörperschaften verfasst sind, kann man kaum ihre Befähigung und Legitimation zur Versorgungsgestaltung absprechen. Der Innovationsausschuss kann auf das spezifische Wissen und die fachliche Kompetenz seiner Mitglieder zurückgreifen und darauf die Entscheidungsfindung stützen. Um weiteren unabhängigen wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstand zu nutzen, wurde der Expertenbeirat eingesetzt, dessen Empfehlungen bei der Förderung zu berücksichtigen sind.

Hat der Gesetzgeber mit dem Innovationsfonds das geeignete Setting gewählt?

Der GKV-Spitzenverband hat im Stellungnahmeverfahren zum GKV-VSG ein anderes ordnungspolitisches Bedenken zur Konstruktion des Innovationsausschusses geäußert und in diesem Zusammenhang vor einem Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik gewarnt. Denn während sich in dem Gremium nach § 91 Abs. 2 SGB V bzw. seiner Ausschüsse jeweils Vertreter der GKV und der Leistungserbringer paritätisch gegenüber sitzen, haben im Innovationsausschuss auch drei Vertreter zweier Bundesministerien Sitz und Stimme. Die staatliche Exekutive beschränkt sich hier also nicht auf die Rechtsaufsicht, sondern wirkt unmittelbar in einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung gestaltend mit.¹⁰ Diese Form der unmittelbaren Einflussnahme staatlicher Exekutive an der Willensbildung in der Selbstverwaltung in der GKV folgt einem politischen Trend, der nicht zuletzt auch mit dem aktuell im parlamentarischen Verfahren befindlichen GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz verfolgt wird.

In die Umsetzung des gesetzlichen Förderauftrags sind neben dem Innovationsausschuss der schon erwähnte Expertenbeirat, die Geschäftsstelle des Innovationsausschusses sowie zur Vorbereitung der

6 Vgl. Ulrich, V. et al. (2014) S. 12.

7 Ein umfassender Problemaufriss zu selektiven Vertragsmodellen findet sich bei Straub, Chr. et al. (2014), S. 28ff.

8 Vgl. Ulrich, V. et al. (2014), S. 12.

9 Vgl. Cassel, D. et al. (2015), S. 60.

10 GKV-SV (2015), S. 119.

Entscheidungsfindung ein Arbeitsausschuss eingebunden. Wenn man bedenkt, dass zudem ein Projektträger die Förderprozesse administriert und das Bundesversicherungsamt für die Mittelverwaltung und -auszahlung verantwortlich zeichnet, kann man den häufig beschriebenen Eindruck gewinnen, dass eine neue Förderbürokratie aufgebaut wurde.¹¹ Dem ist aber entgegen zu halten, dass der Förderprozess ja ganz bewusst arbeitsteilig aufgesetzt wurde, um breiten Sachverstand in die Entscheidungen einzubeziehen. Aus der Vielzahl an beteiligten Institutionen kann aus Sicht des Autors auch nicht gefolgert werden, dass die Verwaltungskosten der Innovationsfondsförderung auch im Vergleich zu anderen Förderprogrammen unangemessen hoch wären. Mit einem Verwaltungskostenanteil von rund 5% der Förderbudgets ist eine akzeptable Kostenquote realisiert worden.

4. Ausschreibung der Förderbekanntmachungen

Nachdem die organisatorische Infrastruktur geschaffen war, stand die Ausarbeitung und Veröffentlichung der Förderbekanntmachungen für die Förderbereiche „Neue Versorgungsformen“ und „Versorgungsforschung“ auf der Agenda des Innovationsausschusses. Die Förderbekanntmachungen enthalten nicht nur die Themenschwerpunkte, sondern auch alle weiteren für die Förderung maßgeblichen Bedingungen wie Ausschreibungsfristen oder die Förderkriterien.

a) Förderbekanntmachungen „Neue Versorgungsformen“

Der Innovationsausschuss hat im Startjahr 2016 in kurzem zeitlichem Abstand vier Förderbekanntmachungen in zwei Förderwellen veröffentlicht. Die thematischen Förderschwerpunkte der Förderbekanntmachungen orientierten sich vornehmlich an den Beispielen aus der Gesetzesbegründung. Für die erste Förderwelle, die im April 2016 veröffentlicht wurde, lauteten die Förderschwerpunkte:

- Versorgungsmodelle in strukturschwachen und ländlichen Gebieten,
- Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie sowie Arzneimitteltherapiesicherheit,
- Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health,

- Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen:
 - ältere Menschen,
 - Menschen mit psychischen Erkrankungen,
 - pflegebedürftige Menschen,
 - Kinder und Jugendliche,
 - Menschen mit seltenen Erkrankungen.

Über die themenspezifische Förderbekanntmachung der zweiten Förderwelle, die im Mai 2016 online gestellt wurde, konnten Vorhaben aus den folgenden Themenfeldern gefördert werden:

- Versorgungsmodelle mit Delegation und Substitution von Leistungen,
- Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung,
- Verbesserung der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und Förderung der Gesundheitskompetenz,
- Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderung.

Für beide Förderwellen galt, dass jeweils zusätzlich eine themenoffene Förderbekanntmachung veröffentlicht wurde. Der Vorteil der offenen Ausschreibung besteht darin, dass der Innovationskraft und Lösungskreativität potenzieller Antragsteller keine Grenzen gesetzt werden. Anders wäre es, wenn ausschließlich solche Versorgungsprojekte als förderfähig zugelassen worden wären, die thematisch festgelegte Versorgungsdefizite oder Krankheits-, Bevölkerungs- oder Patientengruppen adressieren.

Neben der Themenfindung war auch die Frage zu konsentieren, welche Antragsfristen für die Einreichung der Förderanträge eingeräumt werden. Für eher kurze Antragsfristen sprach der Umstand, dass möglichst zügig der Antrags- und Bewertungsprozess durchlaufen werden soll, um den geförderten Projekten Zeit zu geben, noch in 2016 mit der Durchführung zu beginnen und Fördermittel abzurufen. Letzteres war vor allem deshalb wichtig, weil zum Zeitpunkt der Ausschreibung noch die ursprüngliche, mit dem GKV-VSG eingeführte Regelung zur Verwendung bzw. zur Rückzahlung der Fördermittel galt. Nach dem Wortlaut des § 92a Abs. 3 SGB V i. d. F. des GKV-VSG war eine Übertragbarkeit nicht abgerufener Fördermittel in folgende Haushaltsjahre nicht möglich, denn nach dieser Norm wären nicht „verausgabte“ Mittel an die

Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bzw. die Krankenkassen zurückzuführen. Die Gesundheitspolitik hat die Problematik der fehlenden Mittelübertragbarkeit erfreulicherweise aufgegriffen und über einen Änderungsantrag zum Transplantationsregistergesetz eine gesetzliche Neuregelung zum § 92a SGB V geschaffen. Seit Inkrafttreten dieser Neuregelung zum 1. November 2016 kommt es nun nicht mehr darauf an, wann die Fördermittel verausgabt werden. Vielmehr gilt nun, dass bei mehrjährigen Projekten die vom Innovationsausschuss genehmigten Fördermittel im Haushaltsjahr der Bewilligung reserviert werden können.¹² Somit besteht die Möglichkeit, Projekte über ihre gesamte Laufzeit mit den Fördermitteln eines Haushaltsjahres zu finanzieren.

Für eher längere Antragsfristen sprach dagegen, dass die Versorgungsinnovation tatsächlich neu konzipiert sein muss. Denn schon bestehende Versorgungsverträge, die bereits in der Versorgungspraxis umgesetzt werden, können über den Innovationsfonds nicht gefördert werden. Doch selbst wenn ein neues Versorgungsmodell, das den Anforderungen der Förderbekanntmachung genügt, schnell konzipiert ist, muss es zum Zwecke der Antragstellung eine gewisse Entwicklungsreife vorweisen. Aus der abstrakten Idee muss ein praxistaugliches Versorgungsangebot entwickelt werden. Dies setzt in aller Regel voraus, dass Krankenkassen Gesundheitsdienstleistungen ausschreiben und mit geeigneten Partnern – Arztnetzen, Krankenhäusern, Unikliniken, Managementgesellschaften – kontrahieren. Zudem ist ein Evaluationskonzept zu entwickeln und die wissenschaftliche Begleitung an einen Evaluator zu vergeben.¹³

Der Innovationsausschuss hat sich in Abwägung dieser Argumente dafür entschieden, eine dreimonatige Antragsfrist einzuräumen. Zudem bestand Konsens, dass mit dem Förderantrag nicht zwingend ein bereits geschlossener Selektivvertrag beigebracht werden muss. Vielmehr reicht es aus, eine Konzeption einzureichen, die die Leistungen, Prozesse, Strukturen, Instrumente und sonstigen organisatorischen Maßnahmen, die die neue Versorgungsform kennzeichnen, nachvollziehbar und bewertbar beschreibt.

11 Vgl. Cassel, D. et al. (2015), S. 57.

12 BT-Drucksache 18/9083, S. 20.

13 Vgl. Cassel, D. et al. (2015), S. 59.

Abbildung 1: Prozess der Antragsbewertung



b) Förderbekanntmachungen „Versorgungsforschung“

Auch im Förderbereich „Versorgungsforschung“ hat sich der Innovationsausschuss zum einen für eine themenoffene Förderbekanntmachung entschieden und zum anderen sechs Förderschwerpunkte namentlich aufgerufen. Mit den ebenfalls im April 2016 veröffentlichten Förderbekanntmachungen wurden die folgenden Themen gesetzt:

- Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und/oder Patientensicherheit in der Versorgung,
- Verbesserung von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität für bestimmte Patientengruppen,
- innovative Konzepte patientenorientierter Pflege unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsteilung und der Schnittstellen sowie der Integration ausländischer anerkannter Pflegefachkräfte in den Versorgungsalltag,
- Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit und/oder Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung,
- Ursachen, Umfang und Auswirkungen administrativer und bürokratischer Anforderungen im Gesundheitswesen auf die Patientenversorgung sowie Entwicklung geeigneter Lösungsansätze,

- Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten zur Verbesserung der Versorgung.

Zwei weitere Förderbekanntmachungen zur Versorgungsforschung betrafen die Evaluation und Auswertung von Selektivverträgen nach §§ 73c und 140a SGB V sowie die Evaluation der Richtlinie des G-BA zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

5. Durchführung des Bewertungsverfahrens

Ob der Innovationsfonds ein Erfolg wird, hängt nicht zuletzt davon ab, wie objektiv und unbefangen die Antragsbewertung und Auswahlentscheidung durchgeführt wird. Um rechtliche Klarheit zum Prozedere zu schaffen, hat sich der Innovationsausschuss neben einer Geschäftsordnung auch eine Verfahrensordnung gegeben, die auf der Homepage des Innovationsausschusses veröffentlicht ist. Sie regelt nicht nur dezidiert den Ablauf des Bewertungsprozesses, sondern auch Offenlegungspflichten und den Umgang mit etwaiger Befangenheit, die zum Ausschluss der betreffenden Person aus dem Bewertungsverfahren führen würde. Die Abbildung 1 illustriert den Ablauf des Bewertungsprozesses.

Nach dem Eingang der Anträge führt der DLR-Projektträger im Auftrag der Geschäftsstelle zunächst eine kursorische Prüfung auf formale Kriterien wie beispielsweise die Vollständigkeit der Antragsunterlagen durch und fordert bei Bedarf fehlende Unterlagen nach. Nach dem formalen Check steht die Prüfung an, ob das in den Förderanträgen beschriebene Projekt zu den Projekten gehört, deren Förderung nach der Förderbekanntmachung ausgeschlossen ist. Ausschlussgründe sind beispielsweise Studien zur Forschung und Entwicklung von Produktinnovationen, Studien zur Nutzenbewertung, Studien zur Erprobung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode oder

eine existierende Beauftragung des IQTIG oder IQWIG. Zudem sollen keine Projekte aus Beitragsgeldern gefördert werden, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits aus öffentlichen Mitteln gefördert wurden.

Von der Geschäftsstelle werden die Anträge dann an den Expertenbeirat sowie den Innovationsausschuss bzw. dessen Arbeitsausschuss weitergegeben. Der Expertenbeirat hat nun sechs Wochen Zeit, die Anträge zu bewerten und dem Innovationsausschuss eine Förderempfehlung zu geben. Parallel hierzu machen sich die Trägerorganisationen im Innovationsausschuss ein eigenes Bild von den Anträgen, so dass ein begründetes Abweichen von der Empfehlung des Expertenbeirates überhaupt erst möglich wird. Auf Basis der Empfehlung des Expertenbeirates entscheidet der Innovationsausschuss dann über die Förderung. Daraufhin erstellt die Geschäftsstelle die Förderbescheide.

a) Antragsbewertung „Neue Versorgungsformen“

Mit der Veröffentlichung der ersten Förderbekanntmachungen hat der Innovationsausschuss den Ideenwettbewerb um Prozessinnovationen im Gesundheitswesen eröffnet. Bis zuletzt war unklar, wie ausgeprägt die Innovationsbereitschaft

der Krankenkassen und Leistungserbringer sein würde und zu welchen Themen Vorschläge für neue Versorgungsformen eingereicht würden. Nach Ablauf der Ausschreibungsfristen im Juli 2016 lagen schließlich 227 Förderanträge aus beiden Förderwellen vor, die zusammen ein Finanzvolumen von rund 1.353 Mio. Euro aufgerufen haben.¹⁴ Zur Erinnerung: Für die Förderung neuer Versorgungsformen stehen jährlich 225 Mio. Euro zur Verfügung, so dass allein mit Blick auf die hohe Überzeichnung des Förderbudgets eine strenge Auswahl nach Maßgabe der Förderkriterien erfolgen musste.

Um trotz der erheblichen Überzeichnung eine noch akzeptable Förderquote zu erreichen, hat sich der Innovationsausschuss dafür entschieden, im Jahr 2016 allein über die 120 Förderanträge aus der ersten Förderwelle zu befinden. Denn dank der schon erwähnten gesetzlichen Neuregelung zur partiellen Mittelübertragbarkeit besteht die Möglichkeit, Fördermittel aus dem Jahr der Beschlussfassung zu reservieren und über den gesamten Zeitraum der Projektlaufzeit zu verausgaben. Damit können die ausgewählten Projekte der ersten Welle aus dem Förderbudget 2016 durchfinanziert werden, ohne die Budgets der Folgejahre zu belasten. Die 107 Förderanträge der zweiten Förderwelle werden entsprechend erst im Jahr 2017 bewertet und haben damit eine höhere Förderchance, als wenn sie im Gesamtpaket beschieden worden wären.¹⁵

Im Oktober 2016 hat der Innovationsausschuss die ersten Förderentscheidungen getroffen und 29 der 120 Förderanträge mit einem Finanzvolumen von rund 211 Mio. Euro bewilligt. Grundlage der Entscheidungsfindung waren die Empfehlungen des Expertenbeirats und die Bewertungen des Arbeitsausschusses, die auf folgenden in den Förderbekanntmachungen definierten Kriterien fußen:

- Verbesserung der Versorgungsqualität und/oder Behebung von Versorgungsdefiziten

Tabelle 1: Geförderte Projekte „Neue Versorgungsformen“ nach Themenfeldern

	Zahl	Volumen
Versorgungsmodelle in strukturschwachen und ländlichen Gebieten	4	35,6 Mio. €
Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie sowie Arzneimitteltherapiesicherheit	4	43,4 Mio. €
Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health	6	40,9 Mio. €
Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen	10	65,2 Mio. €
Förderanträge aus der themenoffenen Ausschreibung	5	25,7 Mio. €
Gesamt	29	210,7 Mio. €

Quelle: Innovationsausschuss

- Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen
- Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen
- Evaluierbarkeit
- Umsetzungspotenzial
- Realisierbarkeit des Modellansatzes
- Relevanz (gilt nur für die themenoffene Ausschreibung)

Im Rahmen eines standardisierten Scoring-Verfahrens wurde in einem Punktesystem bewertet, wie ausgeprägt die einzelnen Förderkriterien in den jeweiligen Projekten erfüllt sind. Eine Förderempfehlung konnten schließlich nur jene Anträge erhalten, die sich in allen ausgeschriebenen Kriterien behaupteten, d.h. eine bestimmte Mindestpunktzahl erreichen konnten. Parallel zur Bewertung im Arbeitsausschuss hat der Expertenbeirat getagt. Auf Grundlage der Vorvoten einzelner, als Berichterstatter fungierender Mitglieder hat der Expertenbeirat eine Bewertung der Förderanträge vorgenommen.

Dass der Innovationsausschuss nicht in jedem Fall den Empfehlungen des Expertenbeirates gefolgt ist, dürfte dem Umstand geschuldet sein, dass die Spitzenorganisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung die Projekte stärker mit einem an der Versorgungspraxis orientierten Blick beurteilt haben, während

die Mitglieder des Expertenbeirats eher die methodisch-wissenschaftliche Expertise eingebracht haben. In jedem Einzelfall wurden Abweichungen vom Votum des Expertenbeirats sehr genau geprüft und schriftlich begründet.

Bei der Vergabeentscheidung des Innovationsausschusses ist es gelungen, Versorgungsinnovationen aus allen Themenfeldern zu berücksichtigen. Eine summarische Übersicht der geförderten Projekte differenziert nach den Themenfeldern findet sich in der Tabelle 1.

Der Innovationsausschuss hat allerdings nicht nur darüber befunden, ob ein Projekt in den Genuss der Förderung

Der Innovationsausschuss ist in Einzelfällen von den Empfehlungen des Expertenbeirates abgewichen.

kommt. Vielmehr wurde auch darüber beraten und entschieden, ob die beantragten Finanzzuwendungen in ihrer Höhe notwendig und gerechtfertigt sind, um das avisierte Förderziel zu erreichen. Auch die Wirtschaftlichkeit der Kalkulation ist

¹⁴ Vgl. Unterlagen zur Förderbekanntmachung neue Versorgungsformen – Pressekonzferenz vom 1. Dezember 2016 auf <https://innovationsfonds.g-ba.de/>

¹⁵ Vgl. Hecken, J. (2017), S. 6.

stringent zu überprüfen. Zu den denkbaren Anlässen, die vorgelegten Kalkulationsansätze zu korrigieren, gehören unter anderem unangemessen hohe Personal- und Sachkosten im Projektmanagement. Auch aus dem gewählten Studiendesign können sich Anhaltspunkte für eine Korrektur der beantragten Zuwendungshöhe ergeben. Beispielsweise sollte die Intervention mit Blick auf die Größe der Interventionsgruppe adäquat aufgesetzt werden, so dass sich die erwarteten Effekte der neuen Versorgungsform im Vergleich zur Regelversorgung nachweisen lassen. Überdimensioniert große Interventionsgruppen, die zur Generierung der Evidenz nicht erforderlich sind, verursachen zwangsläufig unangemessen hohe Kosten für die Versorgungsleistung und sollten daher nicht aus dem Innovationsfonds finanziert werden. Bei der Durchsicht und Bewertung der Anträge sind diese und weitere Aspekte durchaus aufgefallen, weshalb Förderungen teilweise auch nur unter Auflagen zugesagt wurden.¹⁶

In diversen Fachaufsätzen zum geplanten Innovationsfonds ist vor der Gefahr gewarnt worden, dass bei einer Vollfinanzierung der zu erprobenden neuen Versorgungsform Fehlanreize gesetzt werden könnten.¹⁷ Neben Mitnahme- und Sicker-effekten kann eine vollständige Fremdfinanzierung dazu führen, dass Projektpartner Gesundheitsleistungen zu überhöhten Konditionen vereinbaren und diese präjudizierend für eine spätere Vergütungsvereinbarung in der Regelversorgung wirken. Aus diesem Blickwinkel böte es sich an, in künftigen Förderbekanntmachungen eine Teilfinanzierung vorzusehen, um Anreize für einen verantwortungsvollen Umgang mit den Fördermitteln zu setzen.

Auch wenn die vom Innovationsausschuss beschlossenen Förderzusagen nicht vollständig die beantragten Fördersummen gedeckt haben, haben alle Projektverantwortlichen bekundet, ihr Arbeitsprogramm ohne Abstriche auf die avisierten Projektziele durchführen zu wollen. Kurzbeschreibungen aller Projekte einschließlich der Angaben zum Antragsteller und ggf. zu weiteren Konsortialpartnern finden

Tabelle 2: Geförderte Projekte „Versorgungsforschung“ nach Themenfeldern

	Zahl	Volumen
Qualitätssicherung und Patientensicherheit	15	27,5 Mio. €
Instrumenten zur Messung von Lebensqualität	5	2,9 Mio. €
Innovative Konzepte patientenorientierter Pflege	2	2,5 Mio. €
Bedarfsgerechtigkeit & Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung	10	7,7 Mio. €
Administrative und bürokratische Anforderungen	1	0,4 Mio. €
Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten	12	14,4 Mio. €
Förderanträge aus der themenoffenen Ausschreibung	10	8,8 Mio. €
Evaluation Selektivverträge	4	2,6 Mio. €
Evaluation SAPV-Richtlinie	3	3,7 Mio. €
Gesamt	62	70,5 Mio. €

Quelle: Innovationsausschuss

sich auf der Homepage des Innovationsausschusses¹⁸ sowie in einer im Januar 2017 aufgelegten Broschüre des Bundesministeriums für Gesundheit.¹⁹ Zudem haben viele Antragsteller ihre geförderten Projekte auch in eigener Verantwortung über Pressemitteilungen oder Beiträge in Fachzeitschriften vermarktet.

Bei einer summarischen Durchsicht der geförderten Projekte fällt auf, dass nahezu alle vom Innovationsausschuss ausgewählten Versorgungsvorhaben von Krankenkassen als Konsortialführern oder unter Beteiligung von Krankenkassen, die in einem Antragsverbund als Konsortialpartner fungieren, eingereicht wurden.²⁰ Auf Seiten der Leistungserbringer sind in vielen Fällen Universitätskliniken beteiligt. Eine Auswahl geförderter Projekte soll im nächsten Kapitel näher beschrieben werden.

b) Antragsbewertung „Versorgungsforschung“

Zeitgleich mit der Veröffentlichung der Förderbekanntmachungen „Neue Versorgungsformen“ hat der Innovationsausschuss dazu aufgerufen, Projektvorschläge für den Förderbereich „Versorgungsforschung“ einzureichen. Bei diesen Anträgen wurde abweichend vom oben beschriebenen Prozess ein zweistufiges Bewertungsverfahren gewählt.²¹ Zunächst hatten die Antragsteller eine wenige Seiten umfassende Projektskizze einzureichen, die vom Projektträger bzw. der Geschäftsstelle for-

mal geprüft und vom Expertenbeirat bzw. Innovationsausschuss inhaltlich bewertet wurde. Von den 296 Antragsskizzen mit einem beantragten Fördervolumen von rund 304 Mio. Euro konnten 142 Skizzen mit einem Antragsvolumen in Höhe von 157 Mio. Euro überzeugen, so dass deren Antragsteller aufgefordert wurden, in einer zweiten Stufe einen kompletten förmlichen Antrag einzureichen. Dieser wurde dann analog zum einstufigen Verfahren nach Maßgabe der in der Förderbekanntmachung ausgeschrieben Förderkriterien bewertet.

Im November 2016 hat der Innovationsausschuss schließlich die finalen Förderentscheidungen getroffen und neben 55 Projekten zur Versorgungsforschung auch drei Anträge zur Evaluation der SAPV-Richtlinie sowie vier Anträge zur Evaluation von Selektivverträgen nach §§ 73c und 140a SGB V ausgewählt. Auch hier galt, dass das für 2016 zur Verfügung stehende Förderbudget vielfach überzeichnet war und eine Förderung – unter Auflagen – nur dann zugesagt werden konnte, wenn die Projekte in allen Kriterien überzeugt haben.

¹⁶ Vgl. Hecken, J. (2017), S. 8.

¹⁷ Vgl. Amelung, V. et al. (2013), S. 51/Cassel, D. et al. (2015), S. 57.

¹⁸ Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/>

¹⁹ Vgl. BMG (2017).

²⁰ Vgl. Hommel, T. (2016), S. 18.

²¹ Vgl. § 9 Abs. 8 der Verfahrensordnung des Innovationsausschusses

6. Geförderte Projekte im Förderbereich „Neue Versorgungsformen“

Nachdem die Rechtsgrundlagen des Innovationsfonds sowie die Förderstrukturen und -prozesse erläutert wurden, soll nun ein kursorischer Blick auf einige ausgewählte Projekte im Förderbereich „Neue Versorgungsformen“ einen Eindruck geben, welche Versorgungsinnovationen mit Fondsmitteln erprobt und evaluiert werden sollen.

a) Versorgungsmodelle in strukturschwachen und ländlichen Gebieten

Das Projekt „LandlRettung“ greift eine für ländliche Regionen typische Fragestellung auf: Wie lässt sich der Rettungsdienst in dünnbesiedelten Flächen zukunftsfest neu ausrichten? Antragsteller und Konsortialführer ist der Landkreis Vorpommern-Greifswald, der den Rettungsdienst als Eigenbetrieb durchführt. Kooperationspartner sind die KV Mecklenburg-Vorpommern sowie auf Kostenträgerseite Krankenkassen aller Kassenarten mit einem GKV-Marktanteil von über 95%. Die Ausgangslage beschreibt der Antragsteller so, dass die notärztliche Versorgung und der ärztliche Bereitschaftsdienst unabhängig voneinander durchgeführt werden und es bei ständig steigenden Einsatzzahlen und zunehmendem Ärzte- bzw. Notärztemangel nicht durchgängig möglich sei, die nach dem Rettungsdienstgesetz des Landes vorgegebenen Hilfezeiten für das erst eintreffende Rettungsmittel einzuhalten. Eine besondere Herausforderung besteht darin, dass im Landkreis neben den 240.000 Einwohnern saisonal abhängig auch 760.000 Touristen versorgt werden müssen.

Als innovativen Lösungsansatz für die Neuausrichtung des Rettungsdienstes wird ein ineinander greifendes 4-Säulen-Modell vorgeschlagen, das es in dieser Form bundesweit bisher nicht gibt und im Falle seiner Bewährung als Prototyp für ähnlich strukturierte Räume denkbar wäre:

Die erste Säule des Modells folgt der Erkenntnis, dass eine schnelle Ersthilfe durch medizinische Laien Leben retten kann, bevor professionelle Hilfe eintrifft. Um dies zu befördern, soll durch eine breit angelegte Informations- und Qualifikationskampagne im Landkreis die Fähig-

keit zur Laienreanimation vermittelt bzw. vertieft werden. Die zweite Säule adressiert Ersthelfer, die aufgrund beruflicher oder ehrenamtlich erworbener Qualifikation über medizinisches Wissen verfügen (Ärzte, Krankenpflegekräfte, Rettungssanitäter, ...). Durch einen von der Rettungsstelle ausgelösten Alarm sollen diese professionellen Ersthelfer über eine Smartphone-App zusätzlich zum eigentlichen Rettungsmittel aktiviert werden verbunden mit dem Ziel, als „mobile Retter“ das therapiefreie Intervall bis zum Eintreffen des Notarztes zu verkürzen. Über eine GPS-Ortung lässt sich ermitteln, welcher Ersthelfer sich am nächsten zum Unfallort aufhält. Die dritte Säule des Modells fußt auf den telemedizinischen Möglichkeiten, die mit einer Digitalisierung der ärztlichen Tätigkeit verbunden sind. Die Rettungswagen sollen mit Videokameras, Mobilfunkgeräten und einer Telenotarztanwendung so ausgerüstet werden, dass Rettungsassistenten bzw. Notfallsanitäter Videobilder und Vitaldaten des Patienten an einen Telenotarzt senden kann. Der zentrale Telenotarztarbeitsplatz soll von Notärzten der Universitätsmedizin Greifswald besetzt werden. Schließlich soll auf Basis einer Kooperationsvereinbarung zwischen der Landes-KV und dem Landkreis Vorpommern-Greifswald die notärztliche Versorgung mit dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst miteinander verzahnt werden, um die Zahl der Doppelalarmierungen und Fehleinsätze zu reduzieren.

Auch wenn die im Projekt vorgeschlagenen Interventionen nur in Teilen in den Verantwortungsbereich der GKV fallen, soll das Gesamtkonzept mit allen vier Säulen zur Optimierung der Rettungskette durchgeführt werden. Aus den Mitteln des Innovationsfonds können dabei nur jene Säulen finanziert werden, die zu den Versorgungsleistungen der Krankenkassen gehören. Hierunter fällt beispielsweise nicht die Laienreanimation, weshalb bei einer etwaigen Übernahme des Projektes in die Regelversorgung entsprechende Angebote aus öffentlichen Mitteln finanziert werden müssten.

b) Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie sowie Arzneimitteltherapiesicherheit

In diesem Themenfeld konnten von den siebzehn eingereichten Förderanträgen vier Projekte den Innovationsausschuss

überzeugen. Das Projekt „AdAM“, auf das in einem weiteren Beitrag dieser Ausgabe ausführlich eingegangen wird, will zeigen, dass behandelnde Vertragsärzte in ihrem Verordnungsverhalten unterstützt werden können, wenn ihnen Krankenkassen aus Abrechnungsdaten aufbereitete, aggregierte Behandlungsinformationen zur Verfügung stellen. Das Projekt „VERO“ nimmt die rheumatoide Arthritis als chronische Erkrankung in den Fokus und erprobt die Umsetzung einer systematischen Deeskalationsstrategie im medikamentösen Therapiemanagement.

Zwei weitere, vom Innovationsausschuss geförderte Projekte drehen sich um das wachsende Problem der Antibiotikaresistenzbildung.

- (1) Das Projekt „RESIST“ wurde vom Verband der Ersatzkassen (vdek), der als Konsortialführer seine sechs Mitgliedskassen vertritt, eingereicht. Ziel ist die Optimierung des indikationsgerechten Antibiotikaeinsatzes bei akuten Atemwegsinfekten in der ambulanten Versorgung sowohl in Bezug auf die Menge der eingesetzten Antibiotika als auch auf die eingesetzten Substanzen. Die Ersatzkassen wollen das Projekt gemeinsam mit der KBV und elf Kassenärztlichen Vereinigungen und damit sehr großflächig und zugleich niederschwellig aufsetzen. Die Intervention besteht darin, dass die teilnehmenden Hausärzte, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und Kinder- und Jugendärzte durch eine interaktive Online-Schulung zum Thema Arzt-Patientenkommunikation geschult werden, um sie zu einem besonders verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika zu sensibilisieren. Es handelt sich damit um einen edukativen Ansatz, der schlussendlich das Ziel verfolgt, eine mutmaßlich bestehende Erwartungshaltung des Patienten, auch bei banalen Infektionen stets ein Antibiotikum zu bekommen, zu dämpfen. Entscheidend ist dabei vorrangig nicht die Wissensvermittlung, sondern die Motivation zur Verhaltensänderung in Richtung partizipativer Entscheidungsfindung.
- (2) Ein mit Blick auf die Zielstellung sehr ähnliches, ebenfalls vom Innovationsausschuss gefördertes Projekt ist „ARENA“, welches von der AOK Bayern und der AOK Rheinland/Hamburg eingereicht wurde. Das Projekt wird in einem schon

bestehenden Kooperationsverbund der Krankenkassen mit über fünfhundert Vertragsärzten in vierzehn Arztnetzen in Bayern und Nordrhein-Westfalen durchgeführt. In diesem Setting bestehen die Interventionen unter anderem aus Schulungen zur patientenzentrierten Gesprächsführung, aus datenbasierter Qualitätszirkulararbeit mit praxisindividuellem Feedback zum Antibiotikaeinsatz für die teilnehmenden Netzärzte sowie aus Öffentlichkeitskampagnen mit Informationsmaterialien zum rationalen Antibiotikagebrauch. Die Maßnahmen werden in drei Interventionsarmen umgesetzt und deren Ergebnisse untereinander sowie gegen eine Kontrollgruppe verglichen.

c) Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health

Mit der Ausschreibung des Themenfelds „Telemedizin, Telematik und E-Health“ hat der Innovationsausschuss einen Impuls gesetzt, schon frühzeitiger als im gesetzlichen Umsetzungsplan des E-Health-Gesetzes vorgesehen die Digitalisierung der Versorgung voranzubringen. Das Themenfeld hat in der Gesundheitszene erwartungsgemäß hohes Interesse ausgelöst. Hier eingereicht wurden 34 Förderanträge, wobei tatsächlich eine weitaus größere Zahl an Projekten Digitalisierungskomponenten enthielten. So finden sich auch im Themenfeld „strukturschwache und ländliche Gebiete“ oder „Arzneimitteltherapiesicherheit“ viele Settings, in denen Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken und weitere Akteure des Gesundheitssystems mithilfe telemedizinischer Anwendungen vernetzt werden. Dem Innovationsausschuss war hier wichtig, dass mit geförderten Projekten keine technischen „Insellösungen“ neben der Telematikinfrastruktur der gematik geschaffen und aus Fondsmitteln finanziert werden. Daher stehen alle ausgewählten IT-Projekte unter der Auflage, dass bei der Nutzung von E-Health-Lösungen offene Schnittstellen und Interoperabilität gewährleistet werden.

Eines der sechs ausgewählten Projekte aus diesem Themenfeld ist „NierenTx360“. Als Antragsteller fungiert die Medizinische Hochschule Hannover, die das Projekt gemeinsam mit der AOK

Niedersachsen, weiteren Krankenkassen und der KV Niedersachsen aufsetzt. Adressaten des Projektes sind Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz, bei denen eine Nierentransplantation durchgeführt wurde. Ziel ist die Verbesserung des Transplantatüberlebens und der Lebensqualität der nierentransplantierten Patienten sowie eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Das Risiko einer Rückkehr zur Dialysepflicht soll dadurch gemindert werden, dass nachhaltig wirkende Maßnahmen zur Senkung kardiovaskulärer Risiken, zur Vermeidung immunologischer Risiken sowie zur Verbesserung der Therapieadhärenz in Bezug auf die Immunsuppressiva aufgesetzt werden. Die Interventionen umfassen unter anderem die Optimierung der nephrologischen Nachsorgeprogramme über spezielle Risikoassessments, telemedizinische Kontrolluntersuchungen und ein Adhärenz-Coaching. Auf Basis einer elektronischen Fallakte soll die sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen dem Transplantationszentrum und den nephrologischen Versorgern vor Ort verbessert werden.

d) Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen

In diesem Themenfeld hat der Innovationsausschuss Modelle ausgeschrieben, die die gesundheitliche Versorgung ausgewählter vulnerabler Gruppen verbessern sollen. Neben Menschen mit psychischen Erkrankungen, pflegebedürftigen Menschen, älteren Menschen sowie Kindern und Jugendlichen zielt die Förderbekanntmachung auch auf Menschen mit seltenen Erkrankungen ab. Eine Erkrankung gilt dann als selten, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind. Schätzungen zufolge leiden etwa vier Millionen Menschen in Deutschland an einer Seltenen Erkrankung.²²

Genau diese Gruppe adressiert das vom Innovationsausschuss geförderte Projekt „TRANSLATE NAMSE“. Wie aus dem Namen schon abgeleitet werden kann, setzt das Projekt auf dem Nationalen Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) auf. Kooperationspartner auf Seiten der Versorger sind die Universitätskliniken Berlin, Bonn, Dresden, Essen, Heidelberg, Hamburg, Lübeck, München und Tübingen, Partner auf Seiten der Krankenkassen sind

unter anderem die AOK Nordost sowie die BARMER. Zudem beteiligt sich die Dachverband der Selbsthilfe ACHSE.

Das Versorgungsdefizit bei diesen Personen besteht darin, dass Patienten mit den Symptomen einer Seltenen Erkrankung häufig erst nach einem langen, unkoordinierten Weg zur richtigen Diagnose gelangen. Damit geht zwangsläufig wertvolle Zeit bis zum Beginn der richtigen Behandlung verloren. Das Projekt „TRANSLATE NAMSE“ möchte nun die Versorgungslücke schließen und den Zeitraum bis zur Diagnosestellung verkürzen sowie die sich anschließende Versorgung optimieren.

Die im Projekt geförderten Interventionen setzen auf der Erkenntnis auf, dass für die qualitätsgesicherte Versorgung von Patienten mit Seltenen Erkrankungen überregionale multiprofessionelle, sektorenübergreifende Netzwerke äußerst wichtig sind. Ein solches Netzwerk wollen die teilnehmenden Unikliniken bilden, wobei jedes dieser Zentren auf den von ihm vertretenen Krankheitsgebieten führende klinische und organisatorische Aufgaben wahrnimmt. Bei definierten Erkrankungen sowie bei unklaren Fällen und Verläufen sollen Fallkonferenzen mit Experten aller Standorte durchgeführt werden, um die Diagnosestellung zu beschleunigen. Sodann schließt sich die Therapie an, die durch die Einbindung überregionaler Expertise, eines Case-Managements und nicht zuletzt durch eine IT-gestützte Kommunikation zwischen den behandelnden Ärzten außerhalb der Zentren und den Kliniken optimiert wird. Die im Projekt erzielten Ergebnisse sollen mit jenen verglichen werden, die in der Regelversorgung erzielt werden. Parameter sind beispielsweise die Zeitdifferenz bis zur Diagnosestellung oder der Unterschied in der Adhärenz.

e) Themenoffene Ausschreibung

Die themenoffene Förderbekanntmachung bot den Antragstellern die Möglichkeit, ohne einen Fokus auf bestimmte Krankheits-, Bevölkerungs- oder Patientengruppen Vorschläge für Prozessinnovationen einzubringen. Zu den mit Fördermitteln aus dem Innovationsfonds finanzierten Projekten aus der themenoffenen Ausschreibung gehört beispielsweise das Projekt INVEST, welches sich

²² Vgl. <http://www.namse.de/>

als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen versteht. Das Programm ist räumlich in den beiden Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn verortet und verfolgt das Ziel, die gesundheitliche Versorgung speziell dort zu verbessern. Hintergrund ist, dass die Bevölkerung in Billstedt und Horn aufgrund der schlechten sozioökonomischen Bedingungen an einer überdurchschnittlich hohen Prävalenz an chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes, COPD oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen leidet und damit schlechtere Lebens- und Gesundheitschancen hat als die übrige Hamburger Bevölkerung.

Der Innovationsfonds hat die Akteure im deutschen Gesundheitswesen aktiviert.

Der geförderte Ansatz besteht in dem Aufbau eines neuen patientenorientierten und sektorenübergreifenden Versorgungsmodells, das den öffentlichen Gesundheitsdienst integriert und den medizinischen und sozialen Sektor miteinander vernetzt. Durch niedrigschwellig angebotene Angebote wie Gesundheitsberatungen, Patientenschulungen oder ein Case-Management soll der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung optimiert werden. Ferner soll eine elektronische Patientenakte zum Einsatz kommen und den Austausch von Patientendaten zwischen den behandelnden Ärzten ermöglichen. Zusätzlich soll eine Smartphone-App beim Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Arzt und Patient helfen.

Als Projektträger fungiert eine regionale Managementgesellschaft. Zu ihren Gesellschaftern gehört neben der OptiMedis AG, die sich auf die Förderung von Konzepten zur Integrierten Versorgung wie z.B. das „Gesunde Kinzigtal“ spezialisiert hat, auch das Ärztenetz Billstedt-Horn, die Stadtteilklinik Hamburg GmbH sowie der NAV Virchow-Bund. GKV-seitig sind mit der AOK Rheinland/Hamburg, der BAR-MER, der TK und der DAK Gesundheit mehrere Krankenkassen beteiligt.

7. Fazit und Ausblick

Ein Jahr nach Einführung des Innovationsfonds und der Veröffentlichung von

insgesamt acht Förderbekanntmachungen kann man konstatieren, dass die gezielte Förderung von Versorgungsinnovationen und Versorgungsforschung die Akteure im deutschen Gesundheitswesen aktiviert hat. Insgesamt wurden rund siebenhundert Vollarträge bzw. Antrags-skizzen beim Innovationsausschuss eingereicht. In der ersten Förderwelle „Neue Versorgungsformen“ haben sich 29 Projektvorschläge durchsetzen können, im Förderbereich „Versorgungsforschung“ haben 62 Anträge den Förderzuschlag erhalten. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es erfreulich, dass viele Mitgliedskassen ihre Innovationsfähigkeit bewiesen haben und die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten auch jenseits des Kollektivvertrags gestalten wollen. Dies tun sie im Übrigen nicht nur, aber eben auch unter den Bedingungen des Innovationsfonds. Es ist bemerkenswert, dass sich auch über die Grenzen der bisherigen Verbändestrukturen hinaus neue Bündnisse gebildet haben und kassenartenübergreifend Förderanträge eingereicht wurden.

Nunmehr kommt es darauf an, dass die in aller Regel sehr anspruchsvoll aufgesetzten Arbeitsprogramme planmäßig umgesetzt werden, damit sich nach Ablauf der Projektlaufzeit erweisen kann, welche Innovationen die Qualität haben, in die Regelversorgung überführt oder dauerhaft selektivvertraglich fortgesetzt zu werden. Dass die finanzielle Absicherung allein noch kein Garant für ein erfolgreiches Projektmanagement ist, haben wir nicht zuletzt mit dem Scheitern der Langzeitstudie PREFERE feststellen müssen. Es bleibt zu hoffen, dass sich der Innovationsfonds positiv auf die Studienkultur in Deutschland auswirkt und es den jeweiligen Projektverantwortlichen gelingt, die geplanten Teilnehmerzahlen sowohl auf Seiten der Leistungserbringer wie natürlich auch bei den Versicherten zu gewinnen.

Im Jahr 2017 werden weitere Förderbekanntmachungen veröffentlicht, die entweder themenoffen ausgestaltet werden oder über ausgewählte Förderthemen neue Akzente setzen. Sozialpolitisch besonders interessant wäre es, nicht nur Projekte zur Überwindung der klassischen Schnittstellen zwischen der ambulanten, stationären oder rehabilitativen Versorgung bzw. zur Pflege zu fördern.

Denkbar wäre auch, die Verzahnung der gesundheitlichen Versorgung in der GKV mit der in anderen Leistungsbereichen bzw. zu anderen Leistungsträgern zu erproben. Dabei wäre es selbstverständlich geboten, dass sich die Träger und Institutionen außerhalb der GKV nach Maßgabe ihrer jeweiligen finanziellen Zuständigkeit an gemeinsamen Kooperationen beteiligten. Trägerübergreifende Projekte könnten die Schnittstelle zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und Deutscher Rentenversicherung oder kommunalen Trägern betreffen. Auch die Schnittstellen zur Arbeitsmedizin bzw. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement könnten grundsätzlich Gegenstand einer Förderbekanntmachung sein. Welche Schwerpunkte auch immer gesetzt werden, der Innovationsfonds wird die interessierte Öffentlichkeit noch einige Jahre beschäftigen. ■

Literatur

- Amelung, V.; Wolf, S.:** „Innovationsfonds – Von der guten Idee zur richtigen Umsetzung“, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 5/2013, S. 49 – 52.
- Bundesministerium für Gesundheit:** „Projektstart im Innovationsfonds: neue Impulse für die Patientenversorgung“, 2017.
- Cassel, D.; Jacobs, K.:** „Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie?“, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, Heft 3/2015, S. 55 – 68.
- GKV-SV** – Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 23.03.2015 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 25.02.2015.
- Hecken, J.:** „Enormes Innovationspotenzial im System“, in: Monitor Versorgungsforschung, Heft 1/2017, S. 6 - 12.
- Hommel, T.:** „Leuchtturmprojekte: Vom Labor auf die Straße“, in: Gesundheit und Gesellschaft, Heft 12/2016, S. 18.
- Knieps, F.:** „Neue Versorgungsformen: Sachstand nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz“, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 6/2015, S. 7 - 15.
- Staub, Chr., Hübner, M., Graf, Chr.:** „8 Thesen zum Innovationsfonds – aus Sicht der BAR-MER GEK“, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 2/2014, S. 26 – 34.
- SVR-G – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sondergutachten 2012:** „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“, Deutscher Bundestag Drucksache 17/10323.
- Ulrich, V.; Maier, Chr.; Trescher, A.-L.:** „Wie wird der Innovationsfonds innovativ?“, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 2/2014, S. 10 – 15.