

# Wie kommt das Neue in die (Gesundheits-)Welt?

## Chancen und Limitationen eines Innovationsfonds der Gesetzlichen Krankenversicherung

BERNHARD GIBIS,  
SIBYLLE STEINER

Dr. Bernhard Gibis, MPH  
Dezernat 4, Leitung Geschäftsbereich Sicherstellung und Versorgungsstruktur, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Dr. Sibylle Steiner, MBA  
Dezernat 4, Leitung Geschäftsbereich Ärztliche und veranlasste Leistungen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

**Wie kaum ein anderes Gebiet ist die medizinische Versorgung von einem kontinuierlichen Zustrom von Innovationen gekennzeichnet. Nicht nur das rechtzeitige Erkennen von Innovationen, sondern auch die Schaffung eines innovationsfreundlichen Umfeldes sind dabei Handlungsfelder, die die Koalitionäre mit der Idee eines Innovationsfonds aktiv aufgegriffen haben. Nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung zum bisherigen Umgang mit Innovationen kann ein Innovationsfonds an vielen Stellen wesentliche Impulse setzen. Der „Innovationsfonds“ bedarf dabei allerdings, wie jede andere Innovation auch, der kritischen Evaluation und Bewertung im Hinblick auf die gesteckten Ziele.**

Wie viele andere gesellschaftliche Bereiche auch ist die medizinische Versorgung von einem kontinuierlichen Zustrom von Neuerungen gekennzeichnet: Neue Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie erlauben pars pro toto die Behandlung von Krankheiten, die noch vor wenigen Jahren durch schicksalhafte Verläufe gekennzeichnet waren. Neuerungen sind dabei nicht nur auf Produkte zu reduzieren (Produktinnovation). Wesentliche Innovationen beziehen sich auf die Strukturen des Gesundheitssystems (Strukturinnovation) oder aber auf Abläufe der Gesundheitsversorgung (Prozessinnovation). Produktinnovationen stehen auf der Agenda der forschenden Industrie und können in vielfältige weitere Kategorien aufgefächert werden (Arzneimittel, Medizinprodukte, Hilfsmittel etc.). Der Zugang zu diesen Innovationen ist im Vergleich zu anderen Gesundheitssystemen offensichtlich auch im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung

vergleichsweise gut. Deutschland ist in Vergleichen beispielsweise der WHO nicht für einen restriktiven Zugang zu Innovationen der Gesundheitsversorgung bekannt geworden. Mit der Einführung einer grundlegenden Evaluation der Wertigkeit von Innovationen sowohl im Hinblick auf deren Mehrwert im Vergleich zu bestehenden Therapiealternativen als auch im Hinblick auf deren monetäre Bewertung im Kontext der Gesetzlichen Krankenversicherung ist es zudem mit dem AMNOG gelungen, für Produktinnovationen „echte“ Innovationen von weniger bedeutsamen Neuentwicklungen zu differenzieren.

Prozess- oder Strukturinnovationen sind hingegen weniger sichtbar. Dabei sind es gerade diese Innovationen, die unmittelbare Wirkungen zur Verbesserung der Versorgung entfalten können und für alle GKV-Versicherten Mehrwerte schaffen. Beispielhaft sei die Einführung der Disease Managementprogramme ge-

nannt, die durch die Bündelung des aktuell verfügbaren Wissens, die Einführung von Schulungselementen für Patienten sowie die Rückspiegelung von Versorgungsdaten an die teilnehmenden Ärzte sowohl eine Prozessinnovation auf Praxis- und Strukturinnovation auf Systemebene darstellen. In der Regel werden solche Neuerungen ohne vorherige Erprobung oder umfassende Analyse durch den

## Im Mittelpunkt der Förderung stehen Prozess- und Strukturinnovationen.

Gesetzgeber erlassen, die Priorisierung solcher Strukturinnovationen erfolgt im politischen Diskurs. Zur Einschätzung des Erfolges und des möglicherweise eingetretenen Innovationspotenzials ist daher eine Begleitevaluation essenzielle Voraussetzung, wobei die Bedeutung einer solchen Versorgungsforschung erst langsam an Bedeutung gewinnt.

Während sich für Produktinnovationen Strukturen herausgebildet haben, die zeigen konnten, dass signifikante Mehrwerte für die Gesundheitsversorgung geschaffen werden, ist bislang eine systematische Förderung der Entwicklung und des Erkennens von Innovationen im Struktur- und Prozessbereich nicht im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angelegt. Die Entwicklung solcher Neuerungen sollte nach Auffassung der Gestalter zahlreicher vorangegangener Gesundheitsreformen auf dem Wege des Wettbewerbs als willkommener Nebeneffekt neben der erhofften Reduzierung von Gesundheitsausgaben realisiert werden. Auch die Einrichtung einer Anschubfinanzierung für Projekte der so genannten Integrierten Versorgung nach §140ff. SGB V konnte nicht bewirken, dass im Wettbewerb einzelner Krankenkassen innovative Ansätze flächendeckend Raum greifen konnten. Allein schon aus Gründen des nicht obligat vorgesehenen, systematischen Erkenntnisgewinns in Form einer validen Evaluation sowie der durch die Wettbewerbsbedingungen charakteristischen Bewahrung von Geschäftsgeheimnissen konnte die Integrative Versorgung keine Systemwirkung, von der alle Versicherten potenziell profitieren, entfalten. Insgesamt fällt auf, dass das System der Sozialversicherung bislang nicht als lernendes

System insofern verstanden wurde, als dass Aspekte der Weiterentwicklung z.B. zu einer gemeinsamen Forschungsagenda oder Zielorientierung geführt haben. Erste zaghafte Anläufe des G-BA, jenseits der „Silos“ seiner Unterausschüsse übergeordnete Ziele zu definieren wie beispielsweise die Verbesserung der Versorgungssituation psychisch Erkrankter durch Befassung aller relevanten G-BA-Gremien mit der Thematik (Psychotherapie, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Bedarfsplanung) gibt es keine Agenda, die aktiv entwickelt und mittelbar verfolgt wird. Das Geschehen ist eher von einem

reaktiven denn aktiven Verhalten geprägt im Unterschied zur Agenda der Hersteller von Produktinnovationen. Diese wiederum favorisiert tendenziell hochpreisige Innovationen und orientiert sich notwendigerweise nicht immer an den Bedarfen, wie sie sich aus der Perspektive eines öffentlichen Gesundheitssystems ergeben. Relevante Themen, die in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben wie beispielsweise Patientensicherheit, Prävention, Multimorbidität oder Palliativversorgung, fallen nicht in die klassischen Forschungsfelder von Industrie und akademischer Welt. Gleichwohl erscheinen für solcherart Fragestellungen und Themen aus Versorgungsperspektive sowohl Maßnahmen der Versorgungsforschung als auch die Erprobung neuer Versorgungsmodelle als dringlich.

Aus diesem Grunde ist die Absicht der Koalitionäre, zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung einen Innovationsfonds zu schaffen, folgerichtig.<sup>1</sup> Die Erwartung, dass durch wettbewerbliche Elemente Versorgungsverbesserungen automatisch durch die unsichtbare Hand des Marktes identifiziert und allen Versicherten zugänglich gemacht werden können, hat sich zumindest in den letzten Jahren in keinem vergleichbaren Gesundheitssystem in dem Maße realisiert, dass dies als der alleinige Weg des Innovationszutritts angesehen wird. Nicht als Ersatz für wettbewerbliche Elemente, sondern als ergänzende, flankierende Maßnahme sollen deshalb Mittel zweckgebunden für die Identifikation und Erprobung von innovativen Versorgungselementen vorgehalten werden mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Versorgung von

gesetzlich Krankenversicherten. Konkret heißt es in der Koalitionsvereinbarung, dass für „Versorgungsleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, Mittel in Höhe von 225 Millionen Euro und für die Versorgungsforschung Mittel in Höhe von 75 Millionen Euro verwendet“ werden. „Für die Vergabe legt der Gemeinsame Bundesausschuss Kriterien fest, die Vergabe erfolgt durch ein jährliches Ausschreibungsverfahren, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss durchgeführt wird. Eine Evaluierung erfolgt nach vier Jahren.“ Diese grundsätzlich richtigen, im Detail aber noch zu konkretisierenden Ansätze der Koalitionsvereinbarung bedürfen nun der Hinterlegung mit Zielen, Prozessen und Mechanismen, wie Versorgungsverbesserungen so in Strukturen des Gesundheitssystems überführt werden, so dass aller Versicherten unabhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit davon profitieren können.

## Abgrenzungen

Grundsätzliche Zweifel sind angebracht, wenn Vorstellungen zur Planbarkeit von Innovationen geäußert werden. Sämtliche Erfahrung spricht dafür, dass allenfalls das („Innovations“-)Umfeld so gestaltet werden kann, dass Innovationen entstehen, nicht behindert und dann schließlich auch aufgegriffen werden können. Eine der zentralen Einrichtungen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dieser Aufgabe zu betrauen erscheint deshalb mutig. Diese Einrichtung ist zwar für die Konkretisierung des Leistungsanspruch der gesetzlich Krankenversicherung verantwortlich, verfügt aber gleichzeitig nur über sehr initiale Erfahrungen in der Ausschreibung und Begleitung von Forschungsvorhaben im Bereich der Erprobung insbesondere von Medizinprodukten und ärztlichen Behandlungen nach §137e SGB V. Abgesehen von dieser Einschränkung besteht ein allerdings „geborenes“, besser geeignetes Gremium nicht, so dass die Verortung beim G-BA derzeit als die beste der zur Verfügung stehenden Alternativen erscheint. Die Schaffung einer zusätzlichen Institution neben IQWiG und dem noch einzurich-

<sup>1</sup> Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode

tenden Qualitätsinstitut wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt als die schlechtere Option angesehen.

Sowohl im Hinblick auf die Förderung sektorenübergreifender Versorgungsprojekte als auch zur Förderung der Versorgungsforschung sind verschiedene Abgrenzungen vorzunehmen, auf die exemplarisch eingegangen werden soll.

1. Abzugrenzen sind zunächst die beiden getrennt voneinander zu fördernden Themengebiete „innovative, sektorübergreifende Versorgungsformen“ sowie die Versorgungsforschung. Diese Abgrenzung liegt insofern nicht klar auf Hand, da auch die Förderung von innovativen Versorgungsformen ohne Evaluationsansatz dem Ziel widerspricht, nachweisliche Versorgungsverbesserungen zu erkennen und allen GKV-Versicherten zugänglich zu machen. Somit muss auch die Förderung solcher Versorgungsformen mit einer obligaten Evaluation einhergehen. Diese sollte zweckmäßigerweise Bestandteil der Fördermaßnahme sein und nicht aus dem Förderansatz Versorgungsforschung entnommen werden. Zu prüfen ist weiterhin, inwiefern die Ressourcen für die innovativen Versorgungsformen durch einen Länderschlüssel zur Vergabeentscheidung auf Landesebene zur Verfügung gestellt werden. Da dem G-BA keine „Kompetenzkompetenz“ zukommt, er also ihm zugewiesene Aufgaben nicht an Dritte oder nachgeordnete Gremien ohne weiteres weitergeben kann, müssten dafür in der Gesetzesregelung Möglichkeiten geschaffen werden.

2. Abzugrenzen sind weiterhin Innovationsarten, für die eine Förderung aus Mitteln des Innovationsfonds vorzusehen sind. Im primären Fokus steht dabei nicht die unmittelbare Förderung von Produktinnovationen, wie sie schon in der bestehenden Forschungsförderungslandschaft aus Industrie und Wissenschaft durch entsprechende Träger wie dem BMBF unterstützt werden. Gleichwohl ist auch hier zu verzeichnen, dass für die Beforschung von Arzneimitteln, für die der Patentschutz ausgelaufen ist oder für die die Zahl potenzieller Patienten zur gering ausfällt, durchaus Forschungsbedarfe bestehen können, die bislang nicht abgearbeitet werden.

3. Gleichermaßen ist der Innovationsfonds auch kein Verschiebebahnhof für Fördergelder in den mittelbaren Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit unter Wegfall der bisherigen Fördermaßnahmen anderer Ministerien. Ziel sollte vielmehr die Förderung und Erprobung von Prozess- und Strukturinnovationen sein, die bislang von der traditionellen Forschungsagenda anderer Institutionen nicht erfasst wurden und für die ein Förderbedarf durch den G-BA festgestellt wird.

4. Der G-BA kann heute schon Erprobungen von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach §137e SGB V fördern, für die Aussicht auf einen Nutzen bestehen, dieser aber noch nicht hinreichend dargelegt werden kann. Diese auf einzelne Interventionen oder Methoden abzielende Erprobungsregelung ist in Ergänzung zu 2. abzugrenzen von Fördermaßnahmen, die aus dem Innovationsfonds finanziert werden.

### **Der Innovationsfonds darf nicht zur Reduktion von bestehenden Fördermöglichkeiten anderer Ministerien führen.**

5. Zu differenzieren ist weiterhin zwischen einmaligen, projektähnlichen Fördermaßnahmen etwa zur Erprobung einer verbesserten Form des Überleitungsmanagements zwischen Krankenhaus und ambulanter Einrichtung und der mittelfristig bis dauerhaften Förderung von Infrastrukturmaßnahmen, die als relevant für die Entwicklung beider Felder, nämlich der sektorenübergreifenden Versorgungsformen und der Versorgungsforschung angesehen werden. Prinzipiell sollte dabei auch die Unterstützung von Organisationsstrukturen z.B. im Bereich der Patientensicherheit oder des Wissensmanagements wie der Cochrane Collaboration auf ihre Förderwürdigkeit hin überprüft und nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Dies gilt gleichermaßen für bestehende Versorgungsangebote, die über die Regelversorgung hinausgehen und die nachgewiesenermaßen eine sig-

nifikante Verbesserung für die betroffenen Patienten bewirken.

6. Abzugrenzen sind weiterhin Prozesse, die durch den G-BA selbst durchgeführt und begleitet werden von solchen, die durch im klar definierten Auftrage durch Dritte übernommen werden können. Das Setzen der Themenagenda, die Zuschlagserteilung für konkrete zu fördernde Projekte sind dabei als genuine Tätigkeiten des G-BA anzusehen. Im Interessen einer schlanken Administration des Innovationsfonds können jedoch auch umschriebene Aufgaben delegiert werden. Hierzu gehören möglicherweise die vorbereitende, gutachterliche Bewertung von Anträgen oder aber die Begleitung von laufenden Forschungsvorhaben durch hierfür geeignete Einrichtungen.

### **Prioritätensetzung**

Mit der Option der Einführung eines Innovationsfonds wird die Frage nach den Zielen der Versorgung konkret. Erstens zu definieren, was eine Innovation konstituiert, welche Arten von Innovation für eine Förderung in Frage kommen, wie diese erkannt werden kann, nach welchen Kriterien diese herausgehoben, sprich priorisiert und schließlich finanziert werden

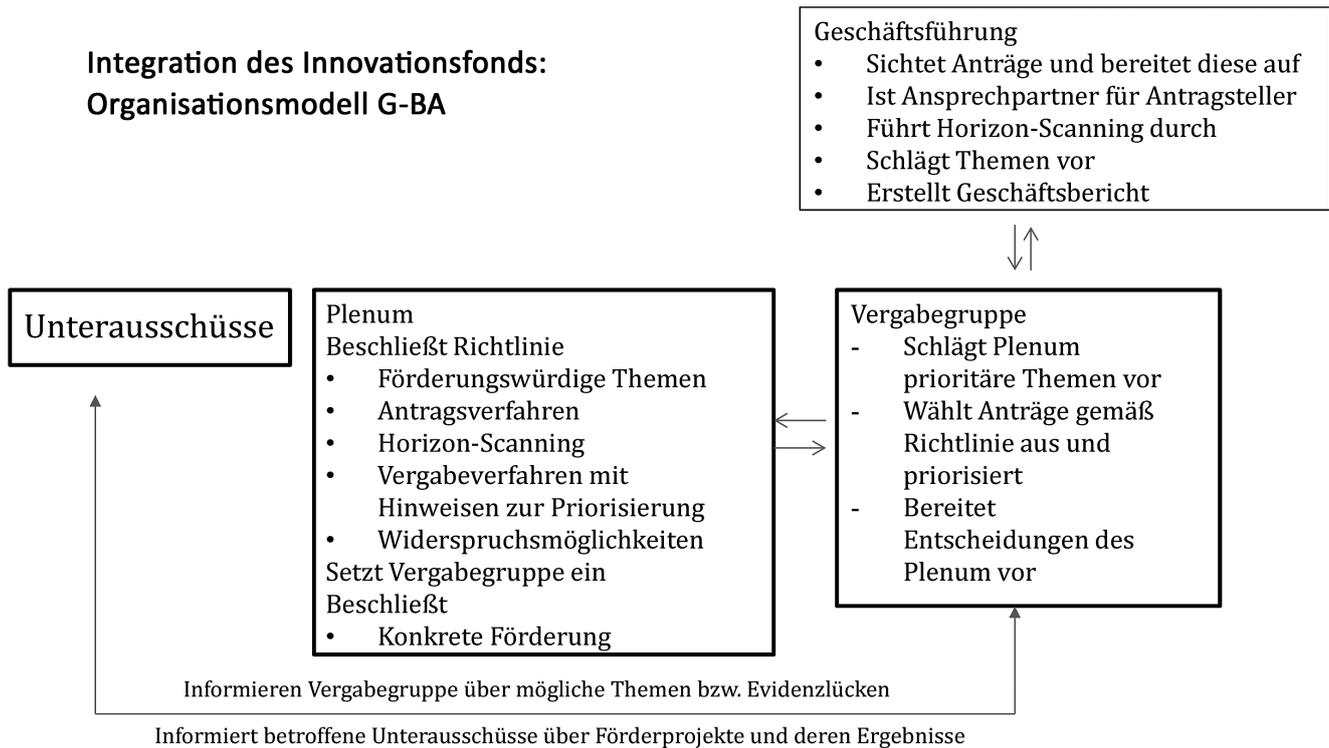
erfordert eine systematische Befassung mit der Frage, wie die bestehende Gesundheitsversorgung weiterentwickelt werden soll. Dieser Diskurs wurde bislang im Umfeld von Gesundheitsziele<sup>2</sup> oder der Technologiebewertung<sup>3</sup>, nicht jedoch auf Systemebene geführt, da Forschung und Entwicklung und deren Förderung explizit nicht Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung waren. Die Erstellung einer Agenda kommt dabei mittelbar einer Priorisierung gleich. Wesentlich wird deshalb die Schaffung einer Forschungsagenda im doppelten Sinne: Einer Agenda von Themen und Fragestellungen, die prinzipiell förderungswürdig sind und zweitens einer

2 Hess R. Gesundheitsziele.de. Ein sinnvoller Prozess mit strukturellen Hürden. GGW 2012; 12(2):16-23.

3 Sun F, Schoelles K. A systematic review of methods for health care technology horizon scanning. AHRQ Publication No. 13-EHC104-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; August 2013. www.effectivehealthcare.ahrq.gov

Abbildung 1

### Integration des Innovationsfonds: Organisationsmodell G-BA



Quelle: eigene Darstellung

Agenda konkreter Fördermaßnahmen. Dabei ist zu beachten, dass diese Agenda zur Vergabe von öffentlichen Geldern entsprechend partizipativ und offen angelegt wird. Beispiele aus Großbritannien zeigen, dass sowohl im Hinblick auf die Eingabe von Vorschlägen für die Agenda als auch für die Entwicklung von Kriterien für die Auswahl konkreter Projekte eine Öffentlichkeitsbeteiligung allein schon aus Legitimitätsgründen sinnvoll ist. Konkret heißt dies, dass neben den Vorschlagsrechten der im G-BA vorgesehenen Banken auch (z.B. webbasierte) Wege vorzusehen sind, wie Vorschläge von Versicherten bzw. Bürgern, Leistungserbringern oder anderen an der Versorgung Interessierten Eingang finden können. Hierin liegt eine Chance, neben der eher reaktiven, oft von Abwehrhaltungen geprägten Vorgehensweise abzuweichen und offensiv Verbesserungen auf allen Ebenen des Systems zu identifizieren und in die Routineversorgung zu übertragen.

#### Aufzubauende Strukturen

Die Liste zu fördernder Maßnahmen muss einer Grundgesamtheit an Themen entstammen, die durch verschiedene

Quellen gespeist wird. Dies erfordert die Einrichtung verschiedener Zugangswege, wie potenziell förderungswürdige Maßnahmen dem G-BA zur Kenntnis gebracht werden können. Neben dem bekannten Antragswege im Sinne einer Ausschreibung stehen weitere Optionen zur Verfügung, über die zu entscheiden sein wird. Hierzu gehört das aktive Beobachten von Entwicklungen gerade in denjenigen Bereichen, die das Plenum des G-BA als prioritär betrachtet. Dieses, im Bereich der Technologiebewertung als Horizon Scanning etablierte Verfahren erlaubt dem Auftraggeber, aktiv Themen und einzelne Projekte zu erkennen und ggf. zu fördern.

In Abbildung 1 sind denkbare strukturelle Ansätze zur möglichen Umsetzung der Vorstellungen der Koalitionäre abgebildet. Die Einrichtung zumindest einer Arbeitsgruppe, die Entscheidungen des Plenums vorbereitet, wird dabei nicht vermeidbar sein. In wie weit für diese Aufgaben von Anfang an ein eigener Unterausschuss eingerichtet werden sollte, wird eher skeptisch bewertet. Die

Aufgaben der Arbeitsgruppe erstrecken sich von der Aufbereitung eingehender Anträge über die Auswahl und Priorisierung von Fördervorschlägen zur Weitergabe zur Entscheidung an das Plenum. Unterstützt wird die Arbeitsgruppe von

### Die Einrichtung des Innovationsfonds erfordert arbeitsteilige Vorgehensweisen – nicht jede Aufgabe muss durch den G-BA selbst wahrgenommen werden.

Mitgliedern der Geschäftsführung, deren Aufgabe auch die Beobachtung des Themenfeldes einschließlich der Betreuung des laufenden Förderprojektes umfasst. Sichert werden muss, dass die Kenntnisse über die laufenden Projekte und noch viel mehr die Erkenntnisse über erfolgreichen Projekte im Sinne einer Übertragung in die Routineversorgung an die betroffenen Unterausschüsse weitergegeben werden. Umgekehrt sollten die Unterausschüsse die Arbeitsgruppe

## Beispiel „Integration Pioneers“ des NHS England

Nach der Auflösung des englischen „Institute für innovation and improvement“ zum 1.3.2013 werden durch das „Institute for Quality“ Projekte („Integration pioneers“ (<https://www.gov.uk/government/news/integration-pioneers-leading-the-way-for-health-and-care-reform--2>)) begleitet, die den fünf Domänen des Outcomes Framework des NHS entsprechen (<http://www.nhs.uk/quality-improvement-programmes.aspx>).

Hierzu gehören die Themen

- Living longer lives
- Enhancing quality of life for people with long term conditions
- Helping people to recover from episodes of ill health or following injury
- Ensuring that people have a positive experience of care
- Treating and caring for people in a safe environment and protecting them from avoidable harm.

Wesentliches Augenmerk wird dabei auf die Implementierung der nachgewiesenen Versorgungsverbesserungen in die Routineversorgung gerichtet. Gleichwohl sind die Erfahrungen mit Pilot- und Einzelprojekten erwartungsgemäß von Problemen gekennzeichnet (NHS Improving Quality):

- Der Erfolg vielversprechender Pilotprogramme kann selten andernorts repliziert werden
- Aspekte der Umsetzung, vor allem auch in größerem Umfang, werden häufig nicht von Anfang an bedacht und eingeplant
- Veränderungen sind sehr kontextabhängig, was Übertragbarkeitsprobleme mit sich bringt
- Anwender außerhalb der Pilotprogramme entwickeln häufig keine „Ownership“ oder emotionale Bindung zum Programm, so dass flächendeckende Umsetzungen häufig nur per Verordnung mit entsprechenden Wirksamkeitsverlusten realisiert werden können.
- Die Durchführenden von Pilotprojekten selbst haben wiederum nur limitierte Kapazitäten, erfolgskritische Faktoren anderen Anwendern zu vermitteln

(<http://www.nhs.uk/quality-improvement-programmes.aspx>)

entweder direkt oder auf dem Wege der Geschäftsführung über Evidenzlücken oder Forschungsbedarfe, die sich aus der Unterausschuss-Arbeit ergeben, informieren. Der Übertragung von erkannten Versorgungsverbesserungen in die Routineversorgung kommt hohe Bedeutung bei, um so mehr muss schon in der Grundanlage der neu zu schaffenden Struktur dieser Transfer organisatorisch berücksichtigt werden. Selbstredend bedarf es der Abbildung aller grundsätzlichen Regelabläufe in der Geschäfts- und Verfahrensordnung.

### Einbau eines föderalen Elements

Die Vergabe von Fördergeldern auf Bundesebene birgt den Vorteil, aus einer Hand sowohl konkrete Projekte als auch Themenstellungen unmittelbar fördern zu können. Unbenommen der regionalen Herkunft können dann nach definierten (und in einer entsprechend durch das BMG zu bestätigenden Richtlinie) Kriterien (z.B. zutreffendes Thema, Aussicht auf Versorgungsverbesserung, angemessene lange Laufzeit, Evaluation, Übertragbarkeit auf Routineversorgung) diejenigen Projekte ausgewählt werden, die diesen Kriterien bestmöglich entsprechen. Einen ähnlichen Weg sind die Centers for Medicare und Medicaid Services in den Vereinigten Staaten gegangen, die 2012 ein „State Innovation Model“ zur Erprobung neuer Versor-

gungsmodelle aufgelegt und nahezu 300 Mio. US-Dollar vergeben haben.<sup>4</sup>

Vorstellbar ist jedoch auch, dass bewusst die Landesebene in die Rolle versetzt wird, Vergabegelder nach den bundeseinheitlichen Kriterien zur Förderung innovativer, sektorübergreifender Versorgungsformen zu vergeben. Die Aufteilung der Ressourcen auf die verschiedenen Bundesländer kann nach Königsteiner Schlüssel<sup>5</sup> erfolgen. Es stellt sich hier die Frage, welche Gremien eine konkrete Förderentscheidung treffen könnten. Die sich gerade etablierenden erweiterten Landesausschüsse nach §116b Abs. 3 SGB V wären aufgrund ihrer Zusammensetzung genauso in den Kreis geeigneter Gremien aufzunehmen wie die sogenannten §90a SGB V Gremien („gemeinsames Landesgremium“), deren Aufgabe die Beurteilung der Versorgungslage und -entwicklung auf Landesebene ist und denen damit eine sektorenübergreifende Kompetenz zugewiesen würde. Alternativ ist zu prüfen, in wie weit für die Antragstellung die stimmberechtigten Mitgliedsorganisationen des G-BA auf Landesebene vorgesehen werden, während die Auswahlentscheidung durch das G-BA-Plenum getroffen wird. Im Interesse der sektorenübergreifenden Antragstellung wäre als Voraussetzung zu prüfen, ob als Antragsvoraussetzung eine gemeinsame Antragstellung vorzusehen ist.

### Weiteres Vorgehen

Mit der Einrichtung eines Innovationsfonds ist der Gesetzgeber auf einen lange geäußerten Wunsch verschiedener Akteure, darunter auch der KBV, eingegangen. Wettbewerbliche Elemente haben zwar das Potenzial, Innovationen für Versicherte zu erschließen, können aber nicht eine systematisiertere Befassung der Entscheidungsgremien mit der Frage des Innovationszutritts auf Sys-

### Der Innovationsfonds ersetzt nicht, sondern ergänzt bestehende Wege des Innovationszutritts.

temebene ersetzen. Gleichzeitig steht im Fokus wettbewerblicher Modelle nicht notwendigerweise die Entwicklung und Beforschung von Verbesserungen, die potenziell allen Versicherten zugute kommen. Flankierend zu den in den letzten Jahren angelegten wettbewerblichen Elementen ist deshalb die

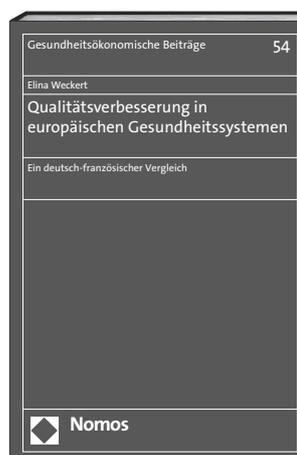
4 Silow-Carroll S, Lamphere J. State innovation models: early experiences and challenges of an initiative to advance broad health system reform. Commonwealth Fund 2013; Issue brief, pub. 1706, Vol 25.

5 <http://www.gwk-bonn.de/fileadmin/Papers/koenigsteiner-schluesel-2014.pdf>

Markierung („earmarking“) von Geldern für die gezielte Investition in neue, sektorenübergreifende Versorgungsformen sowie in die Versorgungsforschung grundsätzlich sinnvoll. Die Risiken eines solchen Vorgehens liegen auf der Hand: Hochregulierte, bürokratische Strukturen können einen derart schwerfälligen Apparat bedingen, dass Innovationen, deren Zeitfenster der Realisierung oft überaus kurz ist, keine Chance haben, von einer Förderung erfasst zu werden. Gleichzeitig werden den Einzelkassen, deren Haushaltsdisziplin wenig Spielraum für Geldabflüsse lässt, Gelder entzogen, die direkt in die Patientenversorgung geflossen wären. Die damit verbundenen Problematiken lassen sich gut am Beispiel des National Health Service England darstellen, der auf verschiedenen Wegen Prozess- und Strukturinnovationen fördert, gleichwohl vor den gleichen Problemen steht, erzielte Versorgungsverbesserungen zu generalisieren (siehe Textbox). Eine eigens für die Innovationsförderung vorgesehene Einrichtung wurde im Jahre 2013 aufgelöst und in bestehende Strukturen überführt. Im Mittelpunkt steht derzeit die Förderung von „vorbildlichen“ Formen integrierter Versorgung.

Für die Innovation „Innovationsfonds“ sollten deshalb die gleichen Grundsätze gelten, wie sie auf jedes einzelne zu fördernde Projekt angewendet werden. Nur wenn durch die Förderung entsprechend verbesserte Versorgungsbedingungen nachgewiesen werden können, ist das Gesamtkonstrukt Innovationsfonds fortzuführen. Somit besteht erstmalig die Chance, neben den etablierten Formen des Innovationszutritts ins System der Gesetzlichen Krankenversicherung einen neuen Zugangsweg zu erproben. Gleiches gilt für die Versorgungsforschung, deren Strukturen sich zwar immer deutlicher im Sinne einer Versorgungsforschungslandschaft heraus bilden, aber weiterhin nicht auf dauerhafte Förderstrukturen zurückgreifen können. Die Möglichkeit, dass mit Hilfe der Fördergelder für die Versorgungsforschung systematisierte Methoden des Erkenntnisgewinns und dessen Vermittlung in die Versorgungsroutine erstmalig in größerem Stile angelegt und erprobt werden können, ist deshalb eine Chance für die gemeinsame Selbstverwaltung, die keinesfalls ungenutzt verstreichen sollte. ■

## Qualitätsverbesserung als Mittel der gesundheitspolitischen Steuerung



### Qualitätsverbesserung in europäischen Gesundheitssystemen

Ein deutsch-französischer Vergleich

Von Elina Weckert

2014, 399 S., brosch., 88,- €

ISBN 978-3-8487-1270-0

(Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd. 54)

[www.nomos-shop.de/22556](http://www.nomos-shop.de/22556)

Die Aufwertung des Themas der Versorgungsqualität in westlichen Gesundheitssystemen ging mit der Einführung neuer Institutionen und Instrumente einher. Ein deutsch-französischer Vergleich zeigt, wie die Steuerung der Gesundheitssektoren beider Länder durch das Programm der Qualitätsverbesserung verändert wurde und erklärt Konvergenzen und Divergenzen in der Entwicklung.

Neben der Herausbildung des Programms auf der politischen Agenda werden drei zentrale Instrumente der Qualitätsverbesserung im Detail untersucht: die Qualitätsindikatoren, die medizinischen Behandlungsleitlinien und die Primärärztkonzepte.

Für die Untersuchung wird die Vetospielertheorie mit dem Ansatz der programmatischen Akteure verbunden.

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37.  
Portofreie Buch-Bestellungen unter [www.nomos-shop.de](http://www.nomos-shop.de)



**Nomos**