

Wie wird der Innovationsfonds innovativ?

Ein gesundheitspolitischer Eckpunkt der Koalitionsvereinbarung ist der sogenannte Innovationsfonds. Danach sollen von den Krankenkassen aus dem um 150 Mio. Euro erhöhten Gesundheitsfonds 300 Mio. Euro für einen Innovationsfonds bereitgestellt werden. Daraus sollen mit 225 Mio. Euro auf der Grundlage von Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Innovationen im Rahmen sektorenübergreifender Versorgungsformen gefördert werden und die Versorgungsforschung mit 75 Mio. Euro. Gefördert werden sollen nicht rechtlich bereinigungsfähige (Leistungs-) Ausgaben, sondern zusätzliche Aufwendungen zur Integration der Versorgung. Dies stärkt den originären Impuls für sektorenübergreifende Versorgungsformen, nachdem die erleichterte Budgetbereinigung bis zu 1 Prozent der Gesamtvergütungen gemäß der gesetzlichen Vorläuferregelung bis 2008 allein auf Leistungsausgaben abgestellt hatte. Zumindest hatte sich das BSG diese Auslegung zu Eigen gemacht. Inzwischen ist die jeweilige Bereinigung wieder vertraglich zu regeln. Um mit dem Innovationsfonds dennoch möglichst hohe Versorgungsanteile hebeln zu können, werden von der Koalition rechtliche Fortschritte bei den selektivvertraglichen Regelungen in Aussicht gestellt. Als ersten Schritt dazu führt die Koalitionsvereinbarung an, dass eine Frist für den Nachweis der Beitragssatzstabilität besonderer Versorgungsverträge von vier Jahren eingeräumt werden soll. Und nicht zuletzt darf erwartet werden, dass auch die 75 Mio. Euro für die Versorgungsforschung weithin der Begleitforschung der Projekte zugutekommen. Kurzum: Hier geht die Koalition entschieden voran.

Nach der ausführlichen Kommentierung des Vorhabens auch in dieser Zeitschrift hatte man einer sachgerechten Diskussion entgegensehen dürfen. Stattdessen war aus dem Bundesausschuss zunächst zu hören, er würde gerne das Cochrane-Zentrum fördern wollen. Das Zentrum befasst sich gerade nicht mit der Qualitätsoptimierung konkreter Versorgungsprozesse, sondern mit der wissenschaftlichen Methodenbewertung, der bis heute traditionellen Baustelle des Bundesausschusses. Ebenso ließen Verlautbarungen, die Fördermittel schlicht nach dem „Königsteiner Schlüssel“ auf die Länder auszukehren, zunächst wenig Gestaltungswillen zugunsten der Integrierten Versorgung erkennen. Und ohne Beratung im G-BA anberaumte Termine mit den führenden Vertretern der deutschen Gesundheits-Forschungsszene wurden erst aufgrund von Trägerinterventionen abgesagt. Dabei zirkulierten in der Koalition bereits Satzungsentwürfe aus dem Bundesausschuss mit bemerkenswerten, für die Trägerorganisationen unerwarteten Stimmrechtsvarianten.

In der Tat ist der Bundesausschuss beim Innovationsfonds in heikler Mission. Wenn er Vergabekriterien für die Förderung sektorenübergreifender Innovationen bestimmen soll, müssen die Sektorenvertreter als einigermaßen befangen gelten. Die Mandatsträger der Sektoren sind in ihrem Hauptamt rechtlich gebunden, ihre Sektoreninteressen zu vertreten. Entscheidungen

zur Überwindung von Sektorengrenzen gehören nicht zu den Aufgaben und widersprechen ihren ökonomischen Interessen. Auch dass der GKV-Spitzenverband über seine gesetzlichen Aufgaben hinaus besondere „Leidenschaft“ für sektorenübergreifende Innovationen entwickelt hätte, wäre bemerkt worden. Aber zweifellos ist ein strategisch-intelligentes Förderinstrumentarium unverzichtbar, sollen neue Versorgungsformen vorangebracht werden. Die erleichterte Budgetbereinigung – auch als Anschubfinanzierung bezeichnet – hatte sich isoliert als wenig innovationstreibend erwiesen. Kaum jemand trauert ihr nach. Nach ihrem Auslaufen wurden drohende Zusatzbeiträge der Versicherten als Grund angeführt, warum die Krankenkassen sich teils innovativ zurückhalten. Aber wann fände sich dafür kein Anlass? Und auch die Bundesverbände der Krankenkassenarten – gelegentlich als Wettbewerbsverbände angesprochen – haben sich bisher für diese Aufgabe kaum ausgezeichnet. Unter den gegebenen gesetzlichen Voraussetzungen sind sie kaum in der Lage, die Innovationen durch die Krankenkassen in geeigneter Weise zu fördern, zu bündeln oder auch nur qualitätssichernd zu begleiten. Dass die Politik da auf den G-BA guckt, verwundert kaum und ist doch allein noch nicht die Lösung.

Für sektorenübergreifende Innovationen braucht es eine Innovationskultur. Sorgfältig evaluierte Pilotprojekte bilden dafür eine gute Grundlage. Doch sollen sie eine selbsttragende Entwicklung einleiten, so brauchen sie einen Ort, an dem sie sich über eine Förderphase hinaus dauerhaft(er) bewähren können. Sollen mit Innovationen die Anreize in der Versorgung überwunden werden, die aus abgeschotteten Sektoren erwachsen, kann für die „Integrationsversorgung“ nicht wieder nur auf die Sektoren verwiesen werden. Die politische Formel, Erfolge der Integrierten Versorgung würden in die Sektoren übernommen, ist halbherzig, wenn nicht zynisch. Es braucht zumindest perspektivisch ein ordnungspolitisches Gerüst von Regeln für eine „sektorenunabhängige“ Versorgung. Der Sachverständigenrat Gesundheit hat dazu in seinem Sondergutachten 2012 auf die Schnittstelle „ambulant-stationär“ verwiesen. Die Schnittstellen zwischen Reha und Pflege wären ebenso einzubeziehen wie die innerhalb der Versorgungsnetze chronisch Kranker.

In der Tat kann, wie Norbert Schmacke betont, etwa für ein stabiles Netzwerk in der psychiatrischen Versorgung nicht auf kassenwettbewerbliche Initiativen gesetzt werden. Zwar wird z.B. der Vertragsansatz der AOK in Niedersachsen als ambitioniert gelten müssen; er hätte aber eines in vieler Hinsicht breiteren Fundaments bedurft. Angesichts der seit den siebziger Jahren geführten Psychiatriedebatte fragt sich nicht nur Schmacke, warum viele Reformthemen so „unerträglich zeitlos“ sind. Aber ein Füllhorn fondsfinanzierter Langzeitstudien schafft allein ebenso wenig Abhilfe wie der bohrende Verweis auf ökonomische Anreizstrukturen, wenn die Gesundheitspolitik sich allzu gerne auf Rechtsaufsicht beschränkt. Solange die Politik sich nicht selbst zu zentralen Gesundheits- und Versorgungszielen bekennt und ambulant dem Mantra der Freiberuflichkeit folgt, werden es tragfähige ambulante Zentren und Netzwerke schwer haben, in die Versorgungsrealität zu wachsen. Da hilft dann auch kein Innovationsfonds. Mag für eine dynamische, in weltweiter Konkurrenz stehende Wirtschaft darauf verwiesen werden, „Wirtschaft wird in der Wirtschaft gemacht“: Für eine selbstverwaltete Gesundheitswirtschaft können Reformthemen auf diese Weise „zeitlos“ werden.

Die Herausgeber