

Betriebs  
Kranken  
Kassen

Magazin für Politik, Recht und  
Gesundheit im Unternehmen

ONLINE  
AUSZUG

# Innovationsfonds II

## ■ HALBZEIT

7 Thesen zur Zukunft des  
Innovationsfonds von  
Professor Holger Pfaff.

## ■ UNTERNEHMEN

Der Kupferspezialist Wieland hat  
die Gesundheit der Mitarbeiter  
auf der Agenda.



**BKK**

Dachverband



DIE EVIDENZBASIERTE MODERNISIERUNG  
DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IM BLICK

# 7 THESEN ZUM INNOVATIONSFONDS

Von Prof. Dr. Holger Pfaff, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und  
Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen Fakultät und  
der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

**Halbzeit beim Innovationsfonds. Grund genug, kurz innezuhalten und zu-  
rückzublicken, aber vor allem auch vorauszublicken. Im Folgenden werden  
sieben Thesen zum Innovationsfonds zur Diskussion gestellt.**



» Der Innovationsfonds führt das Prinzip der systematischen Forschung und Entwicklung (F&E) in das Gesundheitswesen ein. «

Die Einführung und Fortführung des Innovationsfonds ist sehr zu begrüßen. Damit wird indirekt das industrielle Erfolgsprinzip der Forschung und Entwicklung (F&E) in das Gesundheitssystem eingeführt. Die Förderung durch den Innovationsfonds enthält die Elemente Forschung (eigenständige Versorgungsforschung) und Entwicklung (Entwicklung neuer Versorgungsformen mit Testung der Versorgungsform). Die Förderung leistet einen Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung des Gesundheitswesens, weil sie auf diese Weise empirisch gestützte Entscheidungsgrundlagen für eine rationale Gesundheitspolitik schafft. Es werden zwar nicht – wie in der Industrie – 3 % der Ausgaben für F&E aufgewandt, doch dies reicht zunächst, um die dringend notwendige Modernisierung des Versorgungssystems einzuleiten und den vorhandenen Innovationsstau im Bereich der Prozess- und Strukturinnovationen allmählich aufzulösen. Dass ein solcher Stau vorhanden war, zeigt die hohe Zahl an Anträge in den ersten beiden Jahren (2016/2017) und die dabei beantragte Gesamtsumme von über zwei Mrd. Euro.



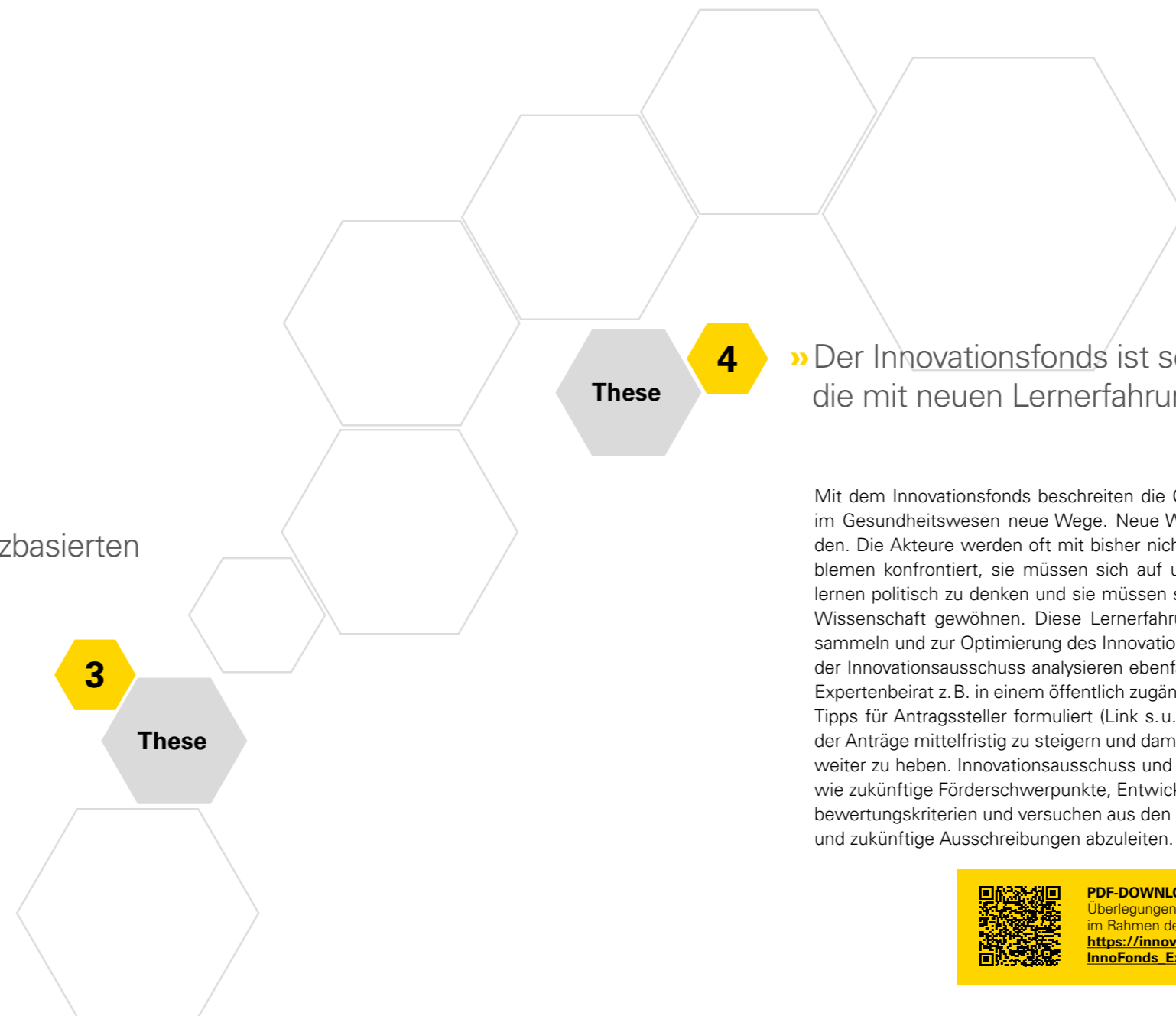
» Das deutsche Gesundheitswesen hat Nachholbedarf bei den Prozess- und Strukturinnovationen. «

Das deutsche Gesundheitswesen leidet bisher unter einem Ungleichgewicht zwischen den enormen Ausgaben für Produktinnovationen im Pharma- und Medizintechnikbereich einerseits und den zahlenmäßig geringen Prozess- und Strukturinnovationen im System andererseits. Der Innovationsfonds trägt zur Verringerung dieser Unwucht bei. Das Gesundheitssystem steht vor der Herausforderung, sich an die enormen technischen Entwicklungen zügig anzupassen, damit die zeitliche Lücke zwischen Produktinnovationen und Versorgungsinnovationen, oft als „cultural lag“ (kultureller Zeitrückstand) bezeichnet, nicht unüberwindbar groß wird und zu Verwerfungen führt.

Der Innovationsfonds in Deutschland hat im Kern das Ziel, diese kulturelle Lücke zu schließen, und die Versorgungsprozesse und -strukturen an die neuen technischen und kooperativen Möglichkeiten heranzuführen. Auch aus dieser grundsätzlichen Perspektive heraus muss der Innovationsfonds als kultureller Erfolg gewertet werden. Er hat eine Wende in der Innovationspolitik eingeleitet. Während im Bereich der Pharmaindustrie und der Medizintechnikindustrie jahrzehntelang erhebliche Aufwendungen zur Erforschung und Entwicklung neuer Produkte getätigt wurden, stellte die Organisation des Gesundheitswesens und seiner Versorgungssysteme ein F&E-Brachland dar. Innovative und patientenzentrierte Versorgungsstrukturen und -prozesse, die mit dem technischen Fortschritt mithalten können, sind Mangelware. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass die F&E-Ausgaben der Pharma- und Medizintechnikfirmen über hohe Produktkosten refinanziert werden konnten. Die Kosten für die Erforschung und Entwicklung im Bereich der infrastrukturellen Reorganisation der Versorgung in Deutschland hingegen konnten bisher nicht systematisch (vor-)finanziert werden. Dies führt dazu, dass notwendige Struktur- und Prozessinnovationen bisher weitgehend ausblieben. Dies beginnt sich durch den Innovationsfonds in Ansätzen zu ändern. Dadurch rücken wir in Deutschland dem Idealbild der Innovationsforschung näher, Produkt-, Prozess- und Strukturinnovationen gleichermaßen und zeitgleich voranzutreiben.

» Der Innovationsfonds trägt zu einer wettbewerbsorientierten und evidenzbasierten Versorgungsentwicklung bei. «

Man mag den Auswahlprozess der Projekte kritisieren, er weist jedoch gegenüber anderen Verfahren der Vergangenheit klare Fortschritte auf. Es findet ein Wettbewerb zwischen den Projekten statt (mit dem für viele Akteure neuen Risiko der Ablehnung), die Projekte werden aus verschiedenen Perspektiven (Expertenbeirat und Innovationsausschuss) begutachtet und die Bewertungskriterien werden durch das Gesetz und den Ausschreibungstext transparent gemacht. Besonders hervorzuheben ist, dass mit der Forderung, dass die neuen Versorgungsformen zwingend einer externen Evaluation unterzogen werden müssen, das Prinzip der evidenzbasierten Versorgungsentwicklung Einzug in die Gesundheitspolitik hält. Die Verpflichtung zur Evaluation hat bislang weitgehend gefehlt. Die separate Förderung eigenständiger Versorgungsforschungsprojekte durch den Innovationsfonds stellt ebenfalls einen Beitrag zur evidenzbasierten Versorgungsentwicklung dar, indem gewissermaßen innovationsvorbereitende Forschung finanziert wird.



» Der Innovationsfonds selbst ist eine Innovation, die mit neuen Lernerfahrungen einhergeht. «

Mit dem Innovationsfonds beschreiten die Gesundheitspolitik und mit ihr die Akteure im Gesundheitswesen neue Wege. Neue Wege sind mit neuen Erfahrungen verbunden. Die Akteure werden oft mit bisher nicht bekannten und unvorhergesehenen Problemen konfrontiert, sie müssen sich auf unterschiedliche Mitakteure einstellen, sie lernen politisch zu denken und sie müssen sich an die oft unbequemen Standards der Wissenschaft gewöhnen. Diese Lernerfahrungen gilt es in Zukunft systematisch zu sammeln und zur Optimierung des Innovationsfonds zu nutzen. Der Expertenbeirat und der Innovationsausschuss analysieren ebenfalls die auftretenden Probleme. So hat der Expertenbeirat z.B. in einem öffentlich zugänglichen Papier aus den Erfahrungen heraus Tipps für Antragsteller formuliert (Link s.u.). Dies geschah mit dem Ziel, die Qualität der Anträge mittelfristig zu steigern und damit die Qualität der Innovationsprojekte noch weiter zu heben. Innovationsausschuss und Expertenbeirat diskutieren zudem Themen wie zukünftige Förderschwerpunkte, Entwicklungstrends bei den Anträgen und Projektbewertungskriterien und versuchen aus den Ergebnissen Konsequenzen für die Abläufe und zukünftige Ausschreibungen abzuleiten.



**PDF-DOWNLOAD**  
Überlegungen des Expertenbeirats zu Anträgen  
im Rahmen des Innovationsfonds  
[https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/95/  
InnoFonds\\_ExpB\\_methodische-Ausgestaltung-Antraege.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/95/InnoFonds_ExpB_methodische-Ausgestaltung-Antraege.pdf)

» Nachjustierungen sind zur Erhöhung der Machbarkeits- und Erfolgsquote im Innovationsfonds nötig. «

5

These

Eine Nachjustierung beim Innovationsfonds ist vor allem bei der Projektlaufzeit nötig. Es ist aus Sicht der Innovations- und Versorgungsforschung zu erwarten, dass einige der komplexen Projekte mit der normalen Projektlaufzeit von drei Jahren nur bedingt zurecht kommen werden. Denn Innovationsfondsprojekte beinhalten mindestens vier Phasen: Die Aufbauphase (Infrastrukturphase), die Phase des Probetriebs (Anlaufphase), die Phase des Normalbetriebs (Phase des Wirkbetriebs) und die Phase der Evaluation. Jede dieser Phasen benötigt Zeit und ist in der Regel aufgrund unvorhergesehener Ereignisse auch aufwendiger als zunächst angenommen. Zudem steigt die notwendige Projektlaufzeit mit der Komplexität der Projekte an. Projekte werden in der Regel komplexer, je mehr Akteure, Strukturkomponenten, politische Widerstände, Partizipationsoptionen und Wissenschaftsstandards vorhanden sind. Hinzu kommt, dass die wünschenswerten Effekte einer Innovation oft erst mittel- oder langfristig (zwei bis vier Jahre) eintreten. Diese Effekte miterfassen zu wollen, verlängert die Laufzeit automatisch. Es ist daher eine Überlegung wert, in Zukunft die Laufzeiten an die Komplexität der Projekte und die Effektwirkzeiten anzupassen. Bei einfachen Projekten genügen die bisherigen Zeiten. Bei komplexen Projekten dürfte eine Laufzeit von vier Jahren angemessen sein und bei hochkomplexen Projekten wird man um eine Laufzeit von fünf bis sechs Jahren nicht umhinkommen. Dies muss nicht zwangsläufig mit einer linearen Verteuerung der Projekte einhergehen.

Es sind viele Klagen über die langwierigen Abläufe zu vernehmen, die das oben skizzierte Problem der kurzen Laufzeiten noch verschärfen. Langsame Abläufe stellen dabei oftmals ein systemisches Problem dar und können daher ein Ergebnis des suboptimalen Zusammenspiels vieler Akteure sein. Es ist daher ratsam, in Zukunft alle Beteiligten – Antragssteller, Kooperationspartner, Innovationsausschuss, Expertenbeirat, Ethikkommissionen und

Projektträger – zusammenzubringen, um möglichst gemeinsam zu überlegen, wie die Abläufe in Zukunft insgesamt beschleunigt werden können, ohne wichtige Rechtsgüter zu beschädigen. Günstig wird sich bei diesem kollektiven kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) auswirken, dass die nun gemachten Lernerfahrungen in die Projekte eingebracht werden können. Die Lernkurve des Innovationsfonds führt auf Dauer zu einer Beschleunigung der Abläufe. Im Moment zahlen viele Akteure – wie man so schön sagt – Lehrgeld. Durch den KVP-Prozess der Akteure und der Akteurgemeinschaften wird das Lehrgeld auf Dauer sicher geringer ausfallen. Hinsichtlich der Inhalte des Innovationsfonds wurde bisher ein ausgewogener Kompromiss zwischen Themensetzung und Offenheit für neue Themen gefunden. Innovationsausschuss und Expertenbeirat haben jedoch erkannt, dass bestimmte Themen noch stärker als bisher in den Fokus rücken sollten und entsprechend die Themen für 2018 gesetzt. Dies betrifft die Förderung sozialversicherungsübergreifender Projekte und die Förderung indikationsübergreifender Lösungen (z. B. Lotse für alle Krankheiten statt ein Lotse für jede Spezialkrankheit), um nur ein Beispiel zu nennen. Wir benötigen auf Dauer übergreifende, generelle Lösungen, damit wir die Versorgungspraxis am Schluss nicht mit vielen Einzelmaßnahmen überfordern. Aus diesem Grund ist es auch wichtig, es verpflichtend zu machen, dass sich Projekte, die denselben Inhalt zum Gegenstand haben (z. B. Pflegeheimprojekte), sich koordinieren und eine gemeinsame Grundstrategie für die Herangehensweise an die Versorgungspraxis entwickeln. Erste Ansätze zur Selbstabstimmung sind bei den Innovationsfondsprojekten schon zu finden. Ein Flickenteppich von Innovationen ist unbedingt zu vermeiden. Der aus dem Innovationsfonds entstehende „Blumengarten“ an Innovationen sollte für die Versorgungspraxis ein möglichst geordnetes Bild ergeben, das Orientierung ermöglicht statt Orientierung zu erschweren.

» Der Innovationsfonds ist nur die halbe Miete. «

These

6

Die Innovationsforschung ist sich weitgehend einig: Von einer Innovation kann und darf erst dann gesprochen werden, wenn die Neuerung beim Patienten in der Fläche angekommen ist. Mit der erfolgreichen Evaluierung eines Innovationsfondsprojektes ist die Arbeit deshalb noch längst nicht getan. Bildlich gesprochen, ist dann erst die Hälfte der Wegstrecke zurückgelegt. Es kommt danach darauf an, die Innovation auf der „letzten Meile“ zum Patienten zu bringen. Da der Innovationsfonds „nur“ den Test der Innovation in den Fokus stellt, deckt er die erste Hälfte der Wegstrecke zur endgültigen Innovation ab. Die zweite Hälfte der Wegstrecke beinhaltet die Umsetzung der getesteten Innovation in die Fläche. Dieser Teil des Weges muss nach dem Auslaufen der Förderung durch den Innovationsfonds erst noch zusätzlich beschriftet werden. Daraus ergeben sich folgende einfachen Fragen: Was macht man mit den erfolgreich evaluierten Projekten? Was ist für eine erfolgreiche Umsetzung in die Fläche notwendig?

Eine erste Bedingung für die erfolgreiche Umsetzung einer neuen Versorgungsform ist die Verankerung der neuen Versorgungsstrukturen und -prozessen in Gesetzen, G-BA-Beschlüssen, Anreizprogrammen und/oder in „zu missionierenden“ Selektivverträgen. In Deutschland funktioniert die Implementierung in aller Regel besser, wenn Gesetze oder Rechtsverordnungen die Innovation vorschreiben oder monetäre Anreize bestehen bzw. Sanktionen bei Nichtanwendung drohen. Aber selbst in diesen Fällen müssen die Bedingungen erfüllt sein, um eine 1:1-Umsetzung der getesteten Innovation zu ermöglichen.

Erstens sollte ein „How-to-do-it“-Handbuch angefertigt werden. Dieses sollte nicht nur die Vorgehensweise bei der Projektdurchführung und den Aufbau der Innovation beschreiben und die dazu notwendigen Hilfsmittel auflisten. Man sollte auch ein „Kochbuch“ für die Gesamtinnovation, das einzelne „Kochrezepte“ für die Innovationskomponenten und Innovationsphasen enthält. Erst auf dieser Basis kann das geförderte Projekt in anderen Teilen Deutschlands (Bundesländer, Krankenhäuser, Arztpraxen und Betrieben) problemlos durch Vervielfältigung zu installieren und zu verbreiten. Ein einfacher Abschlussbericht – wie bisher in Forschungsprojekten üblich – reicht dazu nicht aus.

Zweitens sollten erfahrene Multiplikatoren (Coaches, Berater) vorhanden sein, die möglichst selbst an dem erfolgreichen Innovationsfondsprojekt mitgearbeitet haben und das dabei gewonnene Erfahrungs- und Geheimwissen problemlos weitergeben können. Aus eigenen Organisationsentwicklungsprojekten wissen wir, dass eine erfolgreiche Umsetzung eines Konzepts – auch bei Vorhandensein eines detaillierten Handbuchs – durchaus bis zu drei Jahre dauern kann, bis es wirklich gelebt wird.

Zur Erfüllung dieser Bedingungen ist es nötig, zentrale Mitarbeiter der erfolgreichen Innovationsfondsprojekte über das Ende des Innovationsfondszeitraums hinaus für eine definierte Übergangszeit weiter zu beschäftigen, damit diese Transferleistungen (Handbuch und Beratung) erbracht werden können.

» Die (Vor-)Finanzierung des Transfers der erfolgreich getesteten Versorgungsformen in die Fläche über einen Transferfonds verbessert die Implementierung. «

These

7

Es ist nützlich, bei Innovationen drei Kostenformen zu unterscheiden: erstens F&E-Kosten, zweitens Transfer- und Implementierungskosten sowie drittens Routinekosten. Die F&E-Kosten werden vom Innovationsfonds abgedeckt. Die Routinekosten werden von der GKV (Gesundheitsfonds) im Rahmen der „normalen“ Vergütung der Versorgung bezahlt. Für die Transfer- und Implementierungskosten gibt es jedoch bisher kein systematisches Budget. Bei Produktinnovationen zahlt diese zunächst die Industrie (Pharmafirmen, Medizintechnikfirmen) und letztendlich – über höhere Produktkosten – die GKV und PKV. Für die Prozess- und Strukturinnovationen, wie sie im Innovationsfonds die Regel sind, fehlen Akteure, die sich für die Umsetzung finanziell verantwortlich fühlen. Da der Transfer, die Diffusion und die Implementierung der erfolgreich getesteten Versorgungsformen mit erheblichen Transfer- und Implementierungskosten verbunden sein werden, könnten diese, wie staatliche Infrastrukturmaßnahmen, aus dem Gesundheitsfonds oder direkt aus Steuermitteln bezahlt oder zumindest „vorfinanziert“ werden. Falls eine Vorfinanzierung mit Refinanzierung in Betracht gezogen wird, könnte die Refinanzierung über einen „Transferzuschlag“ (oder Implementierungszuschlag) im Rahmen der Routineversorgung erfolgen. Die Forderung nach einem Transferfonds (oder Implementierungsfonds) mag abenteuerlich klingen. Das Fehlen einer solchen Finanzierung könnte jedoch in der Vergangenheit dafür mitverantwortlich gewesen sein, dass gute Modelle innerhalb der Integrierten Versorgung nicht den Weg in die Fläche gefunden haben. Sollen die gut getesteten neuen Versorgungsformen nicht das selbe Schicksal erleiden, so ist es eine Überlegung wert, sich über die systematische Förderung der flächigen Umsetzung von neuen Versorgungsformen vorzeitig Gedanken zu machen. Auf diese Weise würde ein Dreieck aus Deckung der F&E-Kosten (Innovationsfonds), (Vor-)Finanzierung der Transfer- und Implementierungskosten (z. B. durch Gesundheitsfonds) und Finanzierung der Routinekosten entstehen. Dieses Dreieck würde es ermöglichen, das Gesundheitswesen zu modernisieren, indem neben den Produkten auch die Strukturen und Prozesse des Gesundheitssystems von Grund auf patientenzentriert erneuert würden. ■

BETRIEBSKRANKENKASSEN

# SIE HABEN INTERESSE AN DIESEM MAGAZIN?

---

Alle zwei Monate erscheint unser Magazin für Politik, Recht und Gesundheit im Unternehmen in gedruckter Form. Auf unserer Online Plattform [www.bkk-dachverband.de](http://www.bkk-dachverband.de) finden Sie ausgewählte Artikel der einzelnen Ausgaben.

Sollten Sie Interesse an der vollständigen Printausgabe haben, können Sie diese kostenlos bei uns anfordern.



**VOLLSTÄNDIGE AUSGABE KOSTENLOS ANFORDERN:**

[www.bkk-dachverband.de/bkkmagazinkontakt](http://www.bkk-dachverband.de/bkkmagazinkontakt)

Stefan Lummer  
stefan.lummer@bkk-dv.de  
+49 30 2700 406 303

---