

# Innovationsförderung in der GKV

VOLKER E. AMELUNG,  
SASCHA WOLF

Prof. Dr. Volker E. Amelung ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e.V. und Hochschullehrer am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover

Dr. Sascha Wolf ist Geschäftsführer des Bundesverbandes Managed Care e.V. in Berlin

**Seit 40 Jahren sind die Defizite im deutschen Gesundheitswesen hinlänglich bekannt, doch von einer spürbaren Veränderungsdynamik fehlt bis heute jede Spur. Es wird beharrlich an ineffizienten Strukturen festgehalten, obwohl nachweislich effizientere Alternativen zur Verfügung stehen. Was sind die Ursachen für diese absurde Situation? Wie kann der offensichtlich vorhandene Innovationsschirm in der Gesetzlichen Krankenversicherung durchbrochen und der Nährboden für eine Innovationskultur gelegt werden? Die Erfahrung lehrt eines: Ohne zusätzliche Impulse wird es nicht gehen. Benötigt werden wirkungsvolle Anreize für mehr Investitions- und Risikobereitschaft und niedrigschwellige Zugänge für Innovationen zum System.**

## 1. Einleitung

Der US-amerikanische Philosoph Ralph Waldo Emerson beklagte bereits 1841 die Unbeweglichkeit von Politik und politischen Systemen mit den Worten: „Eine törichte Beständigkeit ist der Kobold kleiner Geister“ (Emerson 1841). Doch wer die Ursachen für die offensichtlich mangelnde Veränderungsdynamik im deutschen Gesundheitswesen allein bei den Akteuren sucht, macht es sich zu einfach. Letztlich sind es nicht die einzelnen Ärzte, die einzelnen Krankenkassen oder die Patienten, die sich Veränderungen aus intrinsischen Motiven verweigern. Es sind die institutionellen Rahmenbedingungen, die entscheidend sind für die Starrheit eines solch komplexen Systems wie das der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eng vorgegebene Grenzen, verfestigte Entscheidungsprozesse und zahlreiche Fehlanreize führen ihrerseits dazu, dass kreative und innovative Manager das Gesundheitswesen eher meiden und die Branche an vielen Stellen von Verwaltungsjuristen geprägt wird. Für eine grundlegende Weiterentwicklung der

medizinischen Versorgungsstrukturen bedarf es mehr als das Anziehen vereinzelter Stellschrauben. Stattdessen müssen bestehende Pfade verlassen und Impulse gegeben werden, die den Nährboden für eine Innovationskultur legen.

Das Faszinierende ist das Janus-Gesicht des Gesundheitswesens. Während die Medizin unvorstellbar innovativ ist und das Wissen sich alle fünf Jahre verdoppelt (Krauth 2013), sind die Versorgungsstrukturen weitgehend verfestigt. Es muss daher sauber zwischen Produkt- und Prozessinnovationen getrennt werden. Und genau an Letzteren hapert es im deutschen Gesundheitswesen. Die Defizite der GKV sind seit nunmehr 40 Jahren bestens bekannt. Bereits 1975 beschrieb der damalige Direktor des Instituts für Sozialmedizin im Bundesgesundheitsamt, Prof. Dr. Erwin Jahn, exakt die Probleme, die wir noch heute beklagen: der mangelnde Informationsaustausch und die fehlende Koordinierung zwischen den Leistungserbringern (Jahn 1975). Das mittlerweile fast 15 Jahre zurückliegende, wegweisende Gutachten des Sachverständigenrates zur Über-, Unter- und Fehlversorgung

(SVR 2002) hat zwar viel Aufmerksamkeit erfahren, an der Versorgungsrealität jedoch leider zu wenig verändert.

Es wäre sicherlich unredlich zu behaupten, dass sich in den letzten Jahren gar nichts getan hat. Gerade die Krankenkassen haben sich von „Verwaltern“ von Mitgliedsbeiträgen zu oftmals

wirtschaftlich agierenden Institutionen gewandelt, die im stärker werdenden Wettbewerb um Versicherte patientenorientierte Versorgungsangebote entwickeln und umsetzen. Das Bewusstsein, dass unterschiedliche Patientengruppen differenzierte Versorgungsangebote benötigen und individuell angesprochen werden müssen, setzt sich zunehmend in der Breite durch (Amelung 2013).

Zur Wahrheit gehört aber auch, dass der Anteil der Ausgaben für Integrierte Versorgung an den GKV-Gesamtausgaben bei unter einem Prozent (SVR 2012, S. 349) stagniert. Selbst von allen Beteiligten akzeptierte, erfolgreiche Pilotprojekte, die nachweislich die Kosten senken und die Qualität steigern, bleiben regional begrenzt und werden nicht in die Breite getragen. Folglich ist die Versorgungsrealität noch immer geprägt von einer Fragmentierung der medizinischen Leistungen, diffusen Vergütungssystemen ohne ökonomische Steuerungsfunktion, mangelnder Transparenz und erheblichen Hemmnissen für die Ausbreitung moderner IT-Lösungen. Das deutsche Gesundheitswesen ist noch weit davon entfernt, für die effiziente Bewältigung der künftigen Herausforderungen gerüstet zu sein, die sich aus der Bevölkerungsalterung und der Zunahme chronischer Erkrankungen sowie vermehrter Multimorbidität ergeben.

Andere Länder sind hier deutlich weiter: In den Niederlanden stellt die Hausarztzentrierte Versorgung längst die Regel dar, oftmals im Rahmen fachübergreifender Gesundheitszentren mit 20-30 Mitarbeitern aus den unterschiedlichsten Professionen. In der Schweiz sind die Hälfte aller Allgemeinmedizi-

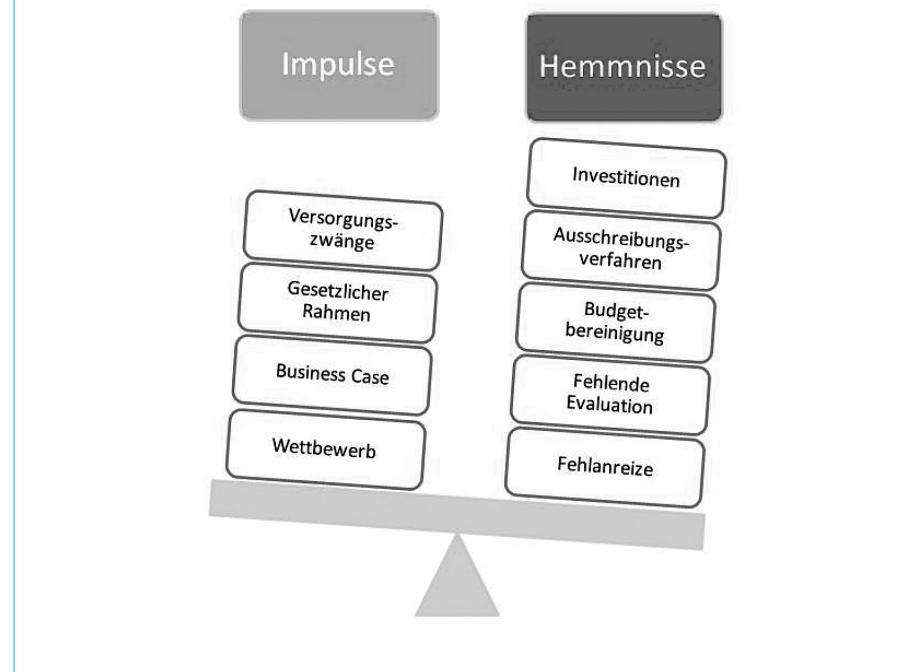
ner, Internisten und Pädiater in Ärztenetzen organisiert und dies ohne eine wirkliche gesetzliche Grundlage. Und das lange Zeit als zentralistisch und unbeweglich verschmähte Großbritannien macht uns vor, wie Delegationsmodelle funktionieren können. Dort erfreuen sich sogenannte Walk-in-Kliniken großer Beliebtheit, die von hochqualifiziertem medizinischen Fachpersonal ohne ärztliche Beteiligung geführt werden.

Was sind die Ursachen für die fehlende Veränderungsdynamik im deutschen Gesundheitswesen? Wie können wirkungsvolle Impulse für mehr Innovation und Investitionsbereitschaft gegeben werden? Fragen, auf die der vorliegende Artikel Antworten geben möchte.

## 2. Die Blockaden innovativer Versorgungsformen

Schon in den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber die Handlungsspielräume der Akteure im Gesundheitswesen für selektivvertragliche, kooperative und sektorenübergreifende Versorgungsformen erheblich erweitert, und das durchaus mit partiell Erfolg. Das Angebot an besonderen Versorgungsmodellen hat seinen festen Platz im Instrumentenkas-ten des Kassenwettbewerbs gefunden und erfolgreiche Pilotprojekte haben gezeigt, dass durchaus auch der „Business Case“ gegeben sein kann. Einen nennenswerten Anteil an der Gesamtversorgung haben solche Modelle bislang jedoch nicht erreichen können. Es wird immer schwieriger, neue Versorgungsformen zu fordern und zu fördern. Seit über zehn Jahren protestieren die Befürworter mit den gleichen Argumenten die Integrierte Versorgung. Und mit jedem weiteren Jahr, das ohne durchschlagenden Erfolg vergeht, haben die Kritiker leichteres Spiel.

Abbildung 1: Impulse und Hemmnisse innovativer Versorgungsformen



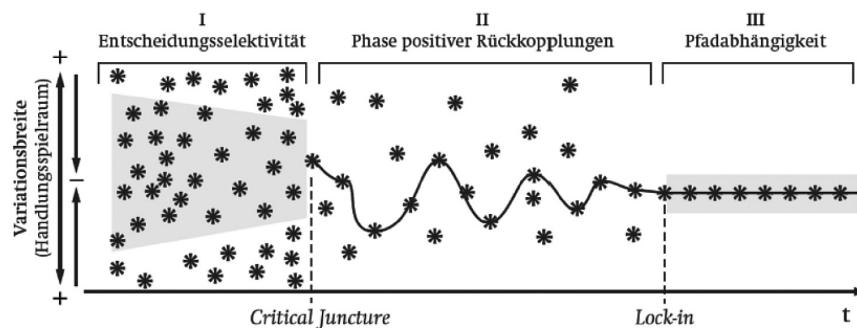
Den offensichtlichen Impulsen für die Ausbreitung neuer Versorgungsformen stehen erhebliche, oftmals auch technisch schwierige Hemmnisse gegenüber (vgl. Abbildung 1). Insbesondere die Krankenkassen tun sich schwer damit, ihre Potenziale als möglicher Motor einer Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen auszuschöpfen (ausführlich zu den Blockaden der Integrierten Versorgung: Amelung/Wolf 2012). Dreh- und Angelpunkt sind die mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit zu Investitionen. Hohe Anfangsaufwendungen bei mittel- bis langfristigem Return on Investment lassen sich nur schwerlich mit einem auf das Geschäftsjahr orientierten „Budgetdenken“ und der Systemlogik von Körperschaften des öffentlichen Rechts vereinbaren. Hinzu treten bürokratische Ausschreibungs- vorschriften und Genehmigungsverfahren mit ungewissem Ausgang. Je nachdem, welche Aufsichtsbehörde zuständig ist, werden Gesetzestexte unterschiedlich restriktiv ausgelegt. Die Tücken in der Umsetzung treten oftmals ganz am Ende des Projektprozesses auf, nämlich dann, wenn das Bundesversicherungsamt ins Spiel kommt.

Ein weiteres Problem ist die nicht praxisgerechte Budgetbereinigung zwischen Regelversorgung und selektivvertraglicher Versorgung. Insgesamt gesehen führen sowohl der Verhandlungs- und Investitionsaufwand als auch die Wechselwirkungen zur Regelversorgung dazu,

### ***Es ist aber noch lange nicht gesagt, dass die in Teilbereichen erzielten Einsparungen auch zu einem Rückgang der kassenspezifischen Gesamtkosten führen.***

dass der für neue Versorgungsmodelle erforderliche Einsatz häufig als unangemessen hoch eingestuft wird. Zudem tappen die Kassen hinsichtlich der zu erwartenden Einsparungen weitestgehend im Dunkeln, da valide und vergleichbare Evaluationen alternativer Versorgungsmodelle oftmals fehlen. Die vorhandenen Studien werden meistens der Perspektive der Krankenkassen nicht gerecht. Diese sind allein an der Entwicklung ihrer Gesamtausgaben interessiert. Es ist aber noch lange nicht gesagt, dass Einsparungen, die in Teilbereichen erzielt werden,

Abbildung 2: Der Pfadbildungsprozess



Quelle: Schreyögg, Sydow, Eberl, 2008.

auch zu einem Rückgang der kassenspezifischen Gesamtkosten führen. Wenn beispielsweise durch einen Rückenschmerz-Vertrag Krankenhausaufenthalte reduziert werden können, ist den Krankenkassen nicht geholfen, wenn die frei werdenden stationären Ressourcen durch Patienten mit anderen Indikationen aufgebraucht werden. Sichere Ausgaben bei unvorhersehbaren Kostenreduktionen und Qualitätsgewinnen tragen wenig zur Investitionsbereitschaft der Kassen bei.

Für die Leistungserbringer, vor allem die niedergelassenen Ärzte, sind neue Versorgungsformen so ziemlich das Unattraktivste, was man ihnen anbieten kann. Einerseits besteht angesichts der heutigen Honorierungen in der GKV bei den meisten Ärzten kein wirtschaftlicher Handlungsdruck. Ohnehin lassen sich durch Selektivverträge keine hohen zusätzlichen Einkommen generieren, da in der Regel nur ein kleiner Anteil des Patientenstamms betroffen ist. Andererseits verbleiben den Leistungserbringern aufgrund der bereits vorhandenen hohen Arbeitsbelastung kaum Kapazitäten für zusätzliche Aufgaben. Selektivverträge sind jedoch durch eine hohe Komplexität geprägt und mit mehr Dokumentation, mehr einzuhaltenden Regeln sowie mehr Qualitätszirkeln und anderen Verpflichtungen verbunden. Stattdessen sollten die Verträge stärker auf die Bedürfnisse der Ärzte fokussieren. Qualitäts- und leistungsorientierte Vergütungselemente könnten hierzu einen Beitrag leisten, reichen aber nicht aus. Entscheidend ist, dass der Arzt durch seine Teilnahme eine Verbesserung seiner Arbeits- und Lebensqualität erzielt.

Die Versicherten wiederum fühlen sich mehrheitlich in der Regelversorgung gut aufgehoben und stehen neuen Versorgungsformen eher skeptisch gegenüber (Amelung 2009). Das Vertrauen in die vermeintlich vom Staat gewährleistete Qualität wiegt oft schwerer als die Versprechungen der Krankenkassen. Daher machen sich nur wenige die Mühe, Informationen zu unterschiedlichen Angeboten der Kassen zu sammeln und zu vergleichen, zumal der Mehrwert neuer Versorgungsformen im Vorfeld oft nur schwer erkennbar ist und erst bei Inanspruchnahme im konkreten Krankheitsfall zutage tritt. Die Hemmschwelle, sich freiwillig in ein Programm einzuschreiben, liegt entsprechend hoch.

### **3. Gefangen in der Pfadabhängigkeit**

Ergebnis dieser Gemengelage ist eine absurde Situation: Es wird beharrlich an ineffizienten Strukturen festgehalten, obwohl nachweislich effizientere Alternativen und Lösungen bekannt sind und zur Verfügung stehen. Ein möglicher Erklärungsansatz für diese scheinbare ökonomische Irrationalität bietet die betriebswirtschaftliche Theorie des Pfadbildungsprozesses.

Die Pfadbildungstheorie beruht auf der Annahme, dass in der Vergangenheit getroffene Entscheidungen nachfolgende Entscheidungen beeinflussen (ausführlich zur Theorie des Pfadbildungsprozesses: Schreyögg, Sydow, Koch 2003). Steht bei der Einführung eines Systems eine große Variationsbreite an Gestaltungsoptionen zur Verfügung, reduziert sich die Anzahl der möglichen Alternativen mit jeder „kritischen Gabelung“ (vgl. Abbildung 2). Ab einem bestimmten Zeitpunkt determinieren vergange-

ne Entscheidungen die zukünftigen so stark, dass das Unternehmen bzw. das System fast zwangsläufig immer wieder auf alte Muster zurückgreift. Die Organisation befindet sich in einer sogenannten Lock-in-Situation. Die „schöpferische Zerstörung“, nach der durch eine Neukombination der Produktionsfaktoren alte Strukturen verdrängt werden (Schumpeter 1942), ist außer Kraft gesetzt. Die Ursache der Unbeweglichkeit liegt somit nicht im einzelnen Akteur begründet, sondern in der spezifischen Dynamik des betreffenden Prozessgeschehens (Schreyögg, Sydow, Eberl 2008).

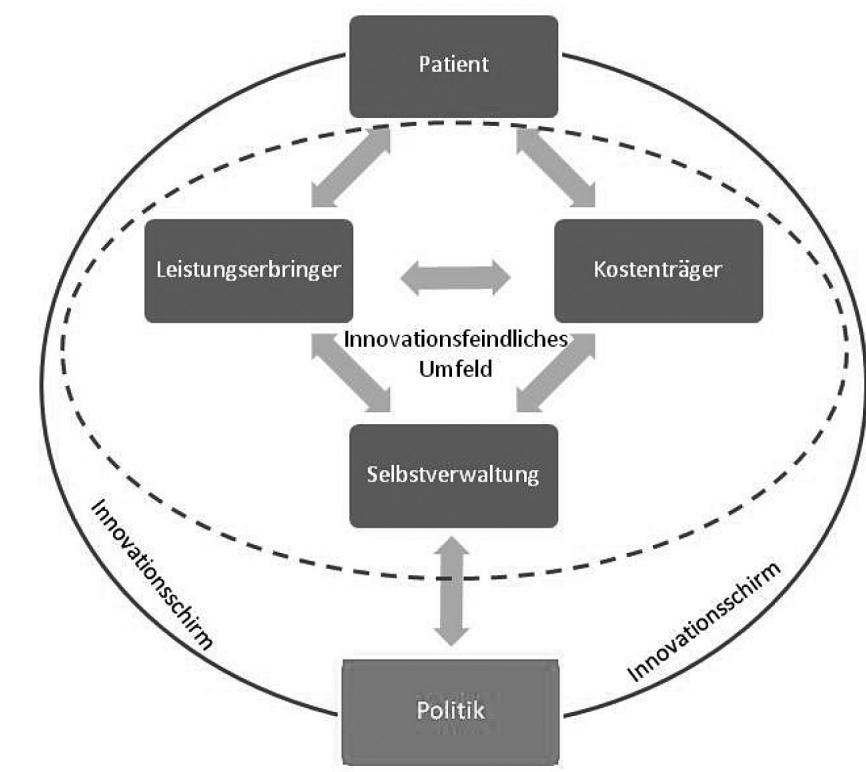
Die gesundheitsökonomische Versorgungsforschung nutzt viel zu wenig Konzepte aus anderen Bereichen und ist häufig allzu empirisch und studienlastig ausgerichtet. So wurde die Pfadtheorie nie auf das Gesundheitswesen übertragen. Dabei ist das ohne weiteres möglich: So stellte beispielsweise die Entwicklung getrennter Leistungssektoren eine kritische Gabelung dar. Durch nachfolgende sektorenspezifische Entscheidungen haben sich die Behandlungsbereiche immer weiter auseinanderentwickelt. Eigene Vergütungsformen, getrennte Budgets, unterschiedliche Bedarfsplanung, Genehmigungsverfahren, Entscheidungs- und Investitionsstrukturen haben die Grenzen zwischen den Sektoren sukzessive verfestigt. Inzwischen sind die Mauern derart undurchlässig geworden, dass eine Überwindung nur mit erheblichen Anstrengungen möglich ist. Die Sektoren befinden sich auf unterschiedlichen Pfaden, jeder eingegrenzt durch seine spezifischen Regelungen.

Das Ausbrechen aus den jeweiligen Pfaden ist nur möglich, wenn sektorenübergreifende Weichenstellungen vorgenommen werden, die eine Konvergenz oder zumindest Kompatibilität der Versorgungsbereiche herbeiführen. Dies gestaltet sich umso schwieriger, je restriktiver der Zugang von Innovationen ins System geregt ist. Die entscheidende Frage lautet somit, wie grundlegende und übergreifende Neuausrichtungen im System bewirkt werden können.

## 4. Wie kommen Innovationen ins System?

Das Gesundheitssystem ist kein freier Markt, in dem die Hersteller ihre neu-

**Abbildung 3: Der „Innovationsschirm“ der GKV**



en Produkte anbieten und Konsumenten ihre Kaufentscheidungen treffen. Stattdessen existiert ein komplexes Gesamtgefüge aus einer Vielzahl von Regulierungen und Entscheidungsträgern. Aus Sicht externer Anbieter wie Arzneimittelhersteller oder Medizintechnikunternehmen wird der erste Gesundheitsmarkt gleichsam durch einen Schirm abgeschottet (vgl. Abbildung 3). Zwar stehen unterschiedliche Optionen zur Verfügung, diese zu durchdringen. Sie sind jedoch allesamt mit Erfolgsunsicherheiten, langwierigen Verfahren und bürokratischem Aufwand verbunden. Zudem gewährleistet die Durchdringung des „Innovationsschirms“ nicht unbedingt einen allgemeinen Marktzugang, sondern dieser kann beispielsweise auf einzelne

Versorgungsbereiche begrenzt sein. So können neue Medizintechnikprodukte aufgrund der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt (§ 137 c SGB V) im stationären Sektor zum Einsatz kommen, während der ambulante Sektor durch das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt (§ 135 SGB V) ausgrenzt ist (gilt nicht für den neuen Bereich der Ambulanten Spezialfach-

ärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V). Die unterschiedlichen Pfade, auf denen sich die Sektoren bewegen, können sich dadurch sogar noch weiter voneinander entfernen.

Im Zentrum des Innovationsschirms stehen die Krankenkassen als Finanzierer und die medizinischen Berufe als Erbringer der Leistungen, die über die gemeinsame Selbstverwaltung die

**Unter den gegebenen Rahmenbedingungen kann kaum erwartet werden, dass die Leistungserbringer oder Krankenkassen die Rolle des Innovationstreibers einnehmen werden.**

Versorgung gestalten. Aufgrund der in Abschnitt 2 beschriebenen Fehlanreize herrscht in diesem Beziehungsdreieck ein tendenziell innovationsfeindliches Umfeld. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen kann kaum erwartet werden, dass die Leistungserbringer oder die Krankenkassen die Rolle des Innovationstreibers einnehmen werden.

Ebenso wenig haben beide Seiten einen systematischen Anreiz, Innovationen zu befördern, die von außen in das System hineingetragen werden. Für die Krankenkassen sind neue Produkte oftmals mit der Befürchtung steigender Ausgaben verbunden. Aufgrund ihres gesetzlich erzwungenen Budgetdenkens stellt auch die Aussicht auf mittel- bis langfristige Kostenersparnisse durch Effizienzgewinne keinen hinreichenden Anreiz dar. Die Leistungserbringer befürchten ihrerseits Honorareinbußen, da mit jedem Markteintritt neuer Akteure, z.B. Telemonitoring-Anbietern, der gegebene Honorierungskuchen unter mehr „Essern“ aufgeteilt werden muss. Entsprechend schwer haben es externe Anbieter, neue Produkte von außen in den ersten Gesundheitsmarkt hineinzubekommen.

Fast ohne Einflussmöglichkeiten sind die Versicherten bzw. Patienten – und das, obwohl sie die eigentlichen Nutznießer und Zahler des Systems sind. Ihnen verbleibt nur die Option, durch Wahl der Krankenkasse und den damit verbundenen Satzungsleistungen oder durch die Einschreibung in angebotene Modelle ihren Präferenzen Ausdruck zu verleihen und somit indirekt auf das Versorgungsangebot einzuwirken.

Bleibt als möglicher Innovationsmotor die Politik. Über gesetzliche Vorgaben kann diese direkten oder indirekten Einfluss auf die medizinische Versorgung ausüben. Direkt erfolgte dies beispielsweise mit der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV, § 37b SGB V) oder den Disease Management Programmen (DMP, § 137 f-g SGB V). Die SAPV ist ein Musterbeispiel für einen gelungenen Gesetzgebungsprozess: Als erstes wurde der Versorgungsbedarf festgestellt. Zweitens wurden Pilotprojekte initiiert. Drittens erfolgte die Etablierung eines Rechtsanspruchs durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 und die Verabschiedung einer entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Leider endet hier jedoch die Erfolgsgeschichte. Bis heute konnten erhebliche Lücken in der Versorgung nicht geschlossen werden. Besser ist die Bilanz der DMPs, bei denen durch die gesetzliche Verpflichtung das Ziel der Flächendeckung innerhalb weniger Jahre erreicht werden konnte. So laufen aktuell über 10.000 DMPs mit mehr als sieben Millionen eingeschriebenen Patienten.

Die direkte Einflussnahme des Gesetzgebers auf das Versorgungsgeschehen stellt jedoch den Ausnahmefall dar. Gemäß der Logik der Selbstverwaltung, die auf dem Subsidiaritätsprinzip beruht, beschränkt sich die Politik in der Regel auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen. Darüber hinaus ist die Politik nur dann gefragt, wenn die Träger der Selbstverwaltung ihrer Aufgabe zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Versorgung nicht gerecht werden. Entsprechend hat der Gesetzgeber die selektivvertraglichen Handlungsspielräume der Gesundheitsakteure in den vergangenen Jahren sukzessive erweitert.

Doch so richtig der Ansatz der Stärkung eines selektivvertraglichen Kassenwettbewerbs auch ist, so sehr

onalität. Zum anderen geht es nicht zwangsläufig um eine Eins-zu-eins-Kopie, sondern die Strukturen können den spezifischen regionalen Besonderheiten jeweils angepasst werden.

## 5. Der Innovationsfonds – Impuls für mehr Investitionen

Umso wichtiger ist es, den Innovationsschirm aufzubrechen und ein innovations- und investitionsfreundliches Umfeld zu schaffen. Eine angemessene, zeitlich begrenzte Anschub- oder Überbrückungsfinanzierung über einen Innovationsfonds könnte den Ausweg aus dieser Zwickmühle weisen. Für liberal denkende Ökonomen ist das Konzept eines Fonds auf den ersten Blick ein Graus. Der Königsweg wäre sicherlich die Etablierung eines echten Wettbewerbs mit Krankenkassen, die unternehmerische Handlungsfreiraume besitzen, volle Beitragssouveränität genießen und Leistungsangebote auf einem möglichst freien Markt gestalten.

Da ein solcher Versicherungsmarkt zumindest in näherer Zukunft wohl kaum in realistische Reichweite kommen wird, müssen alternative Lösungsmechanismen gefunden werden. Insofern stellt der Innovationsfonds als Second-best-Lösung unter den gegebenen Umständen die First-best-Lösung dar.

Das Modell des Innovationsfonds basiert auf einer Empfehlung des Bundesverbands Managed Care e.V. (das Positionspapier des BMC kann unter [www.bmcev.de](http://www.bmcev.de) abgerufen werden). Der Innovationsfonds fördert die Entwicklung und Ausbreitung hochinnovativer Versorgungsformen und Prozesse wie beispielsweise Chronic-Care-Modelle oder Arztnetze (auch im Folgenden BMC 2011). Dabei kann es darum gehen, bestehende Dienstleistungen, Produkte und Strukturen zusammenzuführen oder neu zu entwickeln, innovative Behandlungsprozesse zu implementieren oder an regionale Besonderheiten anzupassen und zu testen, wie technische oder pharmazeutische Innovationen diese Prozesse unterstützen können. Hauptaugenmerk liegt auf der Steigerung der Versorgungsqualität, aber auch auf der Hebung von Sparpotenzialen und der Erhöhung der Patientenzufriedenheit. Um sicherzustellen, dass die Gelder sachgerecht verwendet werden, sollten die geförderten Pro-

### *Der Innovationsfonds stellt als Second-best-Lösung unter den gegebenen Umständen die First-best-Lösung dar.*

hat die Politik dabei das Beharrungsvermögen des Systems unterschätzt. Zwar existieren rund 6.000 Selektivverträge, spätestens seit Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende 2008 ist die Entwicklung jedoch weitestgehend stehengeblieben. Entscheidend ist dabei weniger die Anzahl der Verträge als vielmehr das Problem, dass es gerade bei den vielversprechenden populationsorientierten Ansätzen zu meist bei Pilotprojekten bleibt. Selbst erfolgreiche Modelle haben es schwer, Vertragspartner für eine überregionale Ausbreitung oder Multiplikation zu finden. Doch wenn es etwas gibt, was das deutsche Gesundheitswesen nicht benötigt, dann sind es weitere Pilot- oder Vorzeigeprojekte. Stattdessen müssen Wege gefunden werden, wie die in den vergangenen Jahren gewonnenen Erkenntnisse zu effizienten und qualitätsorientierten Versorgungsstrukturen in die Fläche getragen werden können. Das häufig vorgebrachte Argument, Versorgung sei regional und Pilotprojekte daher nicht multiplizierbar, greift zu kurz. Zum einen entbehrt die Vorstellung, effiziente Versorgungsprozesse verlösen ihre Wirkung, nur weil sie in einer anderen Region angewendet werden, jedwede ökonomische Rati-

ekte einer standardisierten Evaluation unterzogen werden. Denn solange keine belastbaren Evaluationen existieren, werden Selektivverträge immer zur Disposition stehen und ihre Ausbreitung immer begrenzt bleiben.

Die Fördermittel können als klassische Anschubfinanzierung gewährt werden. Denkbar wäre auch ein zinsfreies und im Erfolgsfall rückzahlbares Überbrückungsdarlehen, ähnlich wie es der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt (SVR 2012). Die zweite Variante hätte den Vorteil, dass hierdurch das Interesse an wirtschaftlichem Erfolg und wirtschaftlicher Tragfähigkeit des geförderten Projektes deutlich zunehmen würde. Das finanzielle Risiko für die Allgemeinheit würde minimiert, risikoloses Experimentieren und vor allem das reine Abschöpfen von Fördermitteln verhindert. Der Förderkreis sollte dabei keineswegs auf die Krankenkassen beschränkt bleiben. Grundsätzlich sollten alle Akteure in und um das Gesundheitswesen (z.B. Management-Gesellschaften oder die Industrie) das Recht besitzen, Mittel aus dem Innovationsfonds zu beantragen. Wer sich in der Lage sieht, durch seinen Beitrag Versorgungsprozesse und -produkte zu entwickeln oder zu optimieren, sollte dies tun können.

Da es sich bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, muss die Finanzierung des Innovationsfonds nicht auf die GKV beschränkt bleiben. Ebenso wäre es denkbar, die private Versicherungswirtschaft, die Gesamtbevölkerung über das Steuersystem oder die

## **Die Finanzierung des Innovationsfonds muss nicht auf die GKV beschränkt bleiben.**

Kommunen zu beteiligen. Insgesamt ist von einer benötigten Finanzausstattung in Höhe von nur zwei Prozent des derzeitigen Volumens des Gesundheitsfonds auszugehen.

Von zentraler Bedeutung ist die Frage, wer über die Vergabe der Mittel entscheidet. Da die Akteure des Gesundheitswesens die potenziellen Nutznieder darstellen, sollten sie nicht in den

Entscheidungsprozess eingebunden sein. Größtmögliche Transparenz würde ein Beschlussgremium gewährleisten, dessen Struktur sich an der einer Stiftung orientiert. Das Kuratorium wäre entsprechend seiner gesellschaftlichen Querschnittsaufgabe nicht nur aus Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, sondern gleichberechtigt auch aus anderen Ministerien wie Wirtschaft, Forschung und Bildung, Arbeit und Soziales, Verbraucherschutz, Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu besetzen. Darüber hinaus bietet es sich an, gesellschaftlich anerkannte Persönlichkeiten mit einzubeziehen. Um der Regionalität der Versorgung Rechnung zu tragen, kann nicht nur die Einrichtung eines zentralen Fördertopfes, sondern mehrerer regionaler Fördertöpfe in Erwägung gezogen werden. Entsprechend müssten über die Verteilung regionaler Mittel dann auch regionale Gremien entscheiden. Der Zuschnitt der Förderregionen sollte nicht zu kleingliedrig ausfallen. Der BMC schlägt deshalb vor, die Bundesländer in vier oder fünf Einheiten zusammenzufassen.

## **6. „Missbrauch“ der Integrierten Versorgung durch Innovationsparagraphen beenden**

Anreize für mehr Investitionen sind die eine Seite der Medaille – der Wettbewerbsdruck für innovatives Handeln die andere. Wettbewerbsdruck kann nur entstehen, wenn die Akteure sich über den Preis und/oder das Produkt unterscheiden können. Als Einkäufer und Finanzierer der Leistungen stehen im Gesundheitswesen die Krankenkassen im Wettbewerbszentrum. Aufgrund des einheitlichen prozentualen Beitragssatzes spielt der Preiswettbewerb unter den Krankenkassen nur eine untergeordnete Rolle. Die Zusatzbeiträge bzw. die Möglichkeit zu Erstattungen haben ihre Wirkungen zumindest bislang noch nicht entfalten können. Bleibt demnach allein der Produktwettbewerb.

Um sich trotz eines umfassenden einheitlichen Regelleistungskatalogs differenzieren zu können, stehen den

Krankenkassen zahlreiche Optionen zur Verfügung: Integrierte Versorgung (§§ 140ff SGB V), Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V), besondere

## **Um der Regionalität der Versorgung Rechnung zu tragen, kann die Einrichtung mehrerer regionaler Fördertöpfe in Erwägung gezogen werden.**

ambulante ärztliche Versorgung (§73c SGB V), Modellvorhaben (§ 63ff SGB V) etc. bieten eine Fülle an vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten. Aus Kassensicht sind besondere Versorgungsangebote immer dann attraktiv, wenn sie mit einem geringen wirtschaftlichen Risiko verbunden sind und auch für Marketingzwecke genutzt werden können. Es ist daher wenig erstaunlich, dass sie sich vor allem auf indikationsorientierte Modelle zu Volkskrankheiten wie Depression oder häufig in Anspruch genommene Behandlungsformen wie Schmerztherapie oder Endoprothetik konzentrieren. Auch Versorgungsformen wie beispielsweise Naturheilverfahren, mit denen vermeintlich „gute Risiken“ angezogen werden können, erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Überall dort, wo die Attraktivität der Krankenkassen für große Versichertenkreise gesteigert werden kann, findet Wettbewerb somit durchaus statt.

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen hat jedoch noch ein zweites, nicht minder wichtiges Ziel: ein Experimentierfeld für Innovationen zu schaffen, durch die die Qualität und Effizienz der Versorgung zunächst partiell, im Idealfall sukzessive auch in der Breite erhöht werden kann. Neue Versorgungsformen tun sich jedoch schwer, wenn es den Krankenkassen nicht von vornherein gelingt, Patientenkollektive in relevanter Größe anzusprechen, z.B. wenn das Versorgungskonzept lokal begrenzt oder der Marktanteil des jeweiligen Versicherers zu klein ist. Der Gesetzgeber hat es bislang versäumt, einen niedrigschwelligen und unbürokratischen Zugang für solche Innovationen zur Verfügung zu stellen. Größere Krankenkassen behelfen sich zumeist damit, dass sie die Integrierte Versorgung nach §§ 140ff SGB V als Vertrags-

## Literatur

- Amelung, V.E. (2009):** Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement. In: Amelung, V.E., Deimel, D., Reuter, W., van Rooij, N., Weatherly, J.N. (Hrsg.): Managed Care in Europa. Berlin: MWV, S. 3-30.
- Amelung, V.E. (2013):** Es fehlt noch die notwendige Dynamik. Titelinterview, Monitor Versorgungsforschung 01/2013, S. 6-10.
- Amelung, V.E., Wolf, S. (2012):** Integrierte Versorgung – Vom Hoffnungsträger zum Ladenhüter der deutschen Gesundheitspolitik? In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Vol. 66, Ausgabe 1, 2012, S. 16-22.
- Bundesverband Managed Care (2011):** Impulsgeber Innovationsfonds. In: Bundesverband Managed Care e.V., Geschäftsbericht 2010, Berlin 2011.
- Emerson, R.W. (1841):** Essays & Lectures, New York 1843, S. 265, zitiert nach Thomä, D. (2002): Der bewegliche Mensch. Moderne Identität aus philosophischer Sicht, Vortrag am 14. April 2002 im Rahmen der 52. Linauer Psychotherapiewochen.
- Jahn, E. (1975):** Systemanalyse der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik. In: Integrierte medizinische Versorgung: Notwendigkeiten – Möglichkeiten – Grenzen, WSI-Forum am 25. und 26. April 1975. WSI-Studie Nr. 32, Bund-Verlag Köln, S. 42.
- Krauth, C. (2013):** Evidenzbasierte Medizin. In: Springer Gabler Verlag (Hrsg.): Gabler Wirtschaftslexikon, <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/17994/evidenzbasierte-medizin-v9.html>, abgerufen im Juli 2013.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2002):** Gutachten 2000/2001 – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012):** Sondergutachten 2012 – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Verlag Hans Huber Hogrefe.
- Scherer, J., Brügger, C. (2008):** Innovationsmanagement für Dienstleistungsunternehmen, Books on Demand GmbH Norderstedt, S. 13.
- Schreyögg, G., Sydow, J., Eberl, M. (2008):** Vom Innovationsvorsprung zur Kompetenzfalle: Strategische Pfade in Unternehmen, Innovationsforum der Gottlieb Daimler- und Karl Benz-Stiftung, 26. Mai.
- Schreyögg, G., Sydow, J., Koch, J. (2003):** Organisatorische Pfade – Von der Pfadabhängigkeit zur Pfadkreation? In: Schreyögg, G., Sydow, J. (Hrsg.): Managementforschung 13., Gabler Wiesbaden, S. 257-294.
- Schumpeter, J.A. (1942):** Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie, UTB Stuttgart 8. Auflage 2005.

basis nutzen, obwohl die Projekte in ihrem Kern nicht sektorenübergreifend oder interdisziplinär-fachübergreifend ausgerichtet sind. Folgen sind eine unnötige Verkomplizierung der Projekte und die Gefahr, dass die Aufsichtsbehörden ihre Zustimmung verweigern. So entzog beispielsweise das Bundessozialgericht am 6. Februar 2008 dem Hausarzt- und Hausapothenmodell der Barmer den Status der Integrierten Versorgung, obwohl es den Nutzen des Vertrags nicht infrage stellte. Einem der größten Versorgungsprojekte mit 18.000 beteiligten Apotheken und 38.000 Hausärzten wurde eine Abfuhr erteilt, nur weil es das Kriterium der sektorenübergreifenden oder interdisziplinär-fachübergreifenden Ausrichtung nicht erfüllte.

Aus juristischer Sicht ist gegen die restriktive Auslegung des Gesetzestextes durch die Aufsichtsbehörden nichts einzuwenden. Die Akteure des Gesundheitswesens „missbrauchen“ die Integrierte Versorgung jedoch nur aus einem Grund: Es fehlt an einer alternativen rechtlichen Grundlage. Abhilfe schaffen könnte die Einführung eines Innovationsparagraphen. Im Sinne einer Generalklausel sollte dieser den Abschluss von Selektivverträgen erlauben, die im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots auf eine Verbesserung der Versorgung zielen. Die Zulassung sollte temporär und unter Auflage einer Evaluation erteilt werden. Auf diese Weise würden die Vertragsanbahnungskosten erheblich gesenkt, Genehmigungsverfahren entschlackt und die Flexibilität der beteiligten Partner erhöht. Statt dem Vermeiden juristischer Fallstricke stünden allein die Verbesserung der Versorgungsqualität und das Ausschöpfen von Effizienzpotenzialen im Zentrum des selektivvertraglichen Geschehens. Eine Generalklausel besitzt systemveränderndes Potenzial und wirft sicherlich viele offene Fragen auf. Es handelt sich somit um ein dickes Brett, das mit Bedacht und der notwendigen Vorsicht gebohrt werden sollte.

## 7. Fazit

Die Defizite der GKV sind seit fast 40 Jahren hinlänglich bekannt. Die Erfahrung lehrt, dass für die dringend not-

wendige Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zusätzliche Impulse benötigt werden. Zwar lässt sich Innovation nicht verordnen, es ist jedoch möglich, den Nährboden dafür zu bereiten. Oder wie es der Unternehmensberater Robert Waterman bei der Entwicklung des 7-S-Modells von McKinsey auf den Punkt brachte: „Spitzenunternehmen sind ständig innovierende Unternehmen. Dass sie das sind, liegt an ihrer organisatorischen Beschaffenheit.“ (Zitiert nach Scherer/Brügger 2008)

Die Schuld für eine mangelnde Veränderungsdynamik ist somit nicht bei den einzelnen Akteuren des Gesundheitswesens zu suchen, sondern die Ursachen liegen vielmehr in den institutionellen Rahmenbedingungen begründet. Wir brauchen Anreize für mehr Investitionen und Risikobereitschaft sowie einen niedrigschwelligeren Zugang für neue Ideen und Produkte ins System. Nur so

## Ein Innovationsparagraph im Sinne einer Generalklausel besitzt systemveränderndes Potenzial.

kann der „Innovationsschirm“ der GKV durchbrochen werden. Die Kombination aus Innovationsfonds und Innovationsparagraph bietet einen möglichen Lösungsweg. Die Akteure der GKV sind innovativ. Nur muss man ihnen auch die Chance geben, das zu beweisen. ■