

# Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes: Zukunft des Innovationsfonds

## Ausgangslage

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber 2015 den auf vier Jahre angelegten Innovationsfonds geschaffen. Ziel des von 2016 bis 2019 laufenden Innovationsfonds ist die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten sowie Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingerichtete Innovationsausschuss hat die Aufgabe, mit jährlich bis zu 225 Mio. Euro innovative, insbesondere sektorenübergreifende Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, zu fördern. Zudem fördert der Innovationsausschuss mit jährlich bis zu 75 Mio. Euro patientennahe Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der GKV ausgerichtet ist.

Seit 2016 hat der Innovationsausschuss in vier Förderwellen insgesamt 22 Förderbekanntmachungen veröffentlicht. Das Interesse der Akteure im deutschen Gesundheitswesen war wie zu erwarten ausgesprochen groß, sodass in jeder Förderwelle weit mehr Projektanträge eingereicht wurden, als aus den verfügbaren Förderbudgets hätten finanziert werden können. Nach einer stringent an den in den Förderbekanntmachungen definierten Förderkriterien ausgerichteten Bewertung aller Projektanträge wurden im Ergebnis 119 Projekte im Bereich „Neue Versorgungsformen“ und 171 Projekte im Bereich „Versorgungsforschung“ zur Förderung ausgewählt. Während die in den Jahren 2016 und 2017 zur Förderung ausgewählten Projekte in Teilen schon weit fortgeschritten sind, befinden sich die erst jüngst ausgewählten Projekte noch in der Startphase.

Der Innovationsfonds hat wichtige Impulse für die Initiierung innovativer Versorgungsansätze gesetzt. Allerdings liegen aktuell noch keine Ergebnisberichte der Projektnehmerinnen und -nehmer bzw. Evaluationsberichte der mit der wissenschaftlichen Begleitung beauftragten Institute vor, sodass über die Wirkungen des Innovationsfonds auf die GKV-Versorgung bisher keine belastbaren Erkenntnisse vorliegen.

Dessen ungeachtet haben die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag vereinbart, dass der Innovationsfonds über das Jahr 2019 hinaus mit einem auf jährlich 200 Mio. Euro reduzierten Förderbudget fortgesetzt werden soll. Eine Fortführung des Innovationsfonds erfordert eine Anpassung der Gestaltungsregeln des Fonds und der Förderprozesse.

---

## Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Innovationsfonds

### a) Befristete Fortsetzung des Innovationsfonds

Die von der Großen Koalition intendierte Verlängerung des Innovationsfonds sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes auf zunächst zwei Jahre begrenzt werden. Hintergrund ist, dass bis Ende März 2021 das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragte Gutachten zur Wirkung des Innovationsfonds vorliegen wird. Das Ergebnis dieser wissenschaftlichen Auswertung ist abzuwarten, bevor längerfristig wirkende Entscheidungen zur Zukunft des Innovationsfonds getroffen werden. Bei der befristeten Fortsetzung des Innovationsfonds ist zudem zu berücksichtigen, dass die weit überwiegende Zahl der gegenwärtig laufenden Projekte erst in den Jahren 2020 und 2021 enden wird. Nach Vorlage und Auswertung der jeweiligen Ergebnis- und Evaluationsberichte dieser Projekte kann bewertet werden, ob die geförderten Projekte erfolgreich abgeschlossen wurden und in die GKV-Versorgung überführt werden können.

### b) Anpassungen im Förderbereich Versorgungsforschung

Die Förderung von Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des G-BA ist aus der finanziellen Förderung herauszunehmen. Es ist schon heute nicht nur möglich, sondern in vielen Fällen auch rechtlich geboten, dass der G-BA seine Richtlinien in eigener Verantwortung überprüft und bei Bedarf weiterentwickelt. Ein Nebeneinander von Forschungsaufträgen, die der Innovationsfonds fördert, und Evaluationen, die der G-BA selbst durchführt oder extern vergibt, ist weder wirtschaftlich noch zielführend.

Die Evaluation bestehender Selektivverträge, die Krankenkassen mit Leistungserbringern außerhalb des Innovationsfonds geschlossen haben, sollte hingegen weiterhin über den Innovationsfonds finanziert werden können. Denn hier ist der Bezug zur Versorgungspraxis gegeben. Wichtig ist, dass der Gesetzgeber die Evaluation von Selektivverträgen auch für Verträge nach neuem Recht öffnet und hierbei die Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V einbezieht. Die Entscheidung über eine Evaluation von Selektivverträgen muss dabei in den Händen der Vertragspartner verbleiben.

In der öffentlichen Debatte um eine mögliche Erweiterung des Förderspektrums wird zuweilen vorgeschlagen, auch die (Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien zu fördern. Es ist nicht Aufgabe des aus Beitragsmitteln der GKV gespeisten Innovationsfonds, klinische Studien und/oder systematische Reviews zu finanzieren, um daraus die medizinische Evidenz für wissenschaftliche Leitlinien abzuleiten. Diese Aufgabe fällt in die Zuständigkeit der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften. Sofern die Versorgungsforschung im Sinne einer Anwendungsforschung auch nach 2019 im Förderbereich des Innovationsfonds verbleibt, sollten allenfalls Projekte gefördert werden, die beispielsweise die Leitlinien-

---

verbreitung und -adhärenz bzw. förderliche und hinderliche Faktoren der Implementierung von Leitlinien untersuchen.

### **c) Absenkung des Fördervolumens**

Nach geltender Rechtslage stehen zur Förderung der Innovationsfondsprojekte jährlich 300 Mio. Euro zur Verfügung, wobei 225 Mio. Euro für „Neue Versorgungsformen“ und 75 Mio. Euro für „Versorgungsforschung“ (einschließlich der Evaluation von G-BA-Richtlinien und der wissenschaftlichen Begleitung bestehender Selektivverträge) eingesetzt werden können. Das Fördervolumen wird zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und zur anderen Hälfte direkt von den Krankenkassen und somit vollständig von der GKV finanziert.

Bei einer Fortsetzung des Innovationsfonds ist das jährliche Förderbudget deutlich zu reduzieren. Die im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD angelegte Reduzierung des jährlichen Fördervolumens auf 200 Mio. Euro geht in die richtige Richtung. Viele relevante Fragestellungen aus dem Versorgungsalltag sind bereits durch zahlreiche Förderprojekte mit unterschiedlichen Lösungsansätzen adressiert, es kommt ansteigend zu Parallelitäten von Versorgungsansätzen. Die Kapazitäten der Antragstellenden bzw. Beteiligten sind zunehmend ausgelastet. Während in den Jahren 2016 und 2017 die Förderbudgets - nach Abzug der Verwaltungskosten und notwendiger Rückstellungen - noch in voller Höhe eingesetzt wurden, gilt dies bei leicht rückläufigen Antragszahlen für 2018 nicht mehr. Es kann insgesamt von einem Abbau des Innovationsstaus ausgegangen werden. Eine Halbierung des Fördervolumens auf jährlich 150 Mio. Euro ist daher angezeigt.

### **d) Anpassungen in der Besetzung des Innovationsausschusses und Expertenbeirats**

Die Entscheidungsstruktur im Innovationsausschuss mit zwei Stimmen des BMG und einer Stimme des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) - gleichrangig mit der Stimmenzahl der Leistungserbringer und der Krankenkassen (jeweils drei Stimmen) bei einer erforderlichen Zweidrittelmehrheit - entspricht nicht der selbstverwaltenden Organisationsstruktur des G-BA. Eine mit Stimmrechten versehene Vertretung der Exekutive in einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung wird weiterhin abgelehnt.

Sollte die mit Stimmrechten versehene Vertretung der Exekutive (BMG, BMBF) im Innovationsausschuss beibehalten werden, ist ein Steuerzuschuss zum Förderbereich Versorgungsforschung angezeigt.

Die derzeitigen Anforderungen an die Besetzung des Expertenbeirats nach § 92b Abs. 5 SGB V sehen vor, dass Expertise sowohl aus der Wissenschaft als auch aus der Versorgungspraxis im Expertenbeirat vertreten sein soll. Der im Jahr 2016 vom BMG berufene Expertenbeirat verkörpert in seiner rein professoralen Besetzung deutlich stärker den

---

wissenschaftlich-methodischen als den versorgungspraktischen Bereich. Der Expertenbeirat sollte deshalb jeweils hälftig mit Versorgungspraktikerinnen und -praktikern sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern besetzt werden. Zudem sollte die Berufung der Mitglieder des Expertenbeirats durch das BMG mit einer Befristung – auf die Dauer von bspw. vier Jahren mit der Möglichkeit der Wiederberufung – versehen werden. Diese Änderungen ermöglichen eine Neujustierung in gewissen Abständen sowie die Stärkung des Sachverständes in Themen- und Methodenbereichen, die ggf. bislang eine schwächere Vertretung im Expertenbeirat erfahren haben.

**e) Erhöhung der Förderdauer in Einzelfällen auf maximal fünf Jahre**

Die derzeitige Förderdauer von Projekten, die in der Regel bis zu 36 Monaten laufen sollen, ist nach § 92a Abs. 3 Satz 6 SGB V auf maximal vier Jahre begrenzt. Für die Beantwortung bestimmter Fragestellungen lässt dies keine ausreichend langen Interventions- und Evaluationszeiten zu, insbesondere für die Erfassung mittel- und langfristiger Effekte. Deshalb ist eine Erhöhung der maximalen Förderdauer auf fünf Jahre in begründeten Einzelfällen angezeigt.

**f) Krankenkassenbeteiligung als Muss-Vorschrift**

Gemäß § 92a Abs. 1 Satz 6 SGB V ist an einem Vorhaben zum Förderbereich „Neue Versorgungsformen“ „in der Regel“ eine Krankenkasse zu beteiligen. Eine Beteiligung liegt laut dem Leitfaden für Antragstellende vor, wenn es sich um mehr als eine ideelle Unterstützung handelt. Ein entscheidendes Kriterium bei der Förderentscheidung des Innovationsausschusses ist das Potenzial zur Überführung in die GKV-Versorgung nach Ende der Förderung. Für ein hinreichendes Umsetzungspotenzial ist die Beteiligung einer oder mehrerer Krankenkassen als Vertragspartner und Vertreter der Kostenträgerseite essenziell, um Qualität, Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit im Interesse der Patientinnen und Patienten in den Vordergrund zu stellen. Auf Basis von Selektivverträgen mit Krankenkassen ist die lückenlose Fortführung der Versorgungsinnovationen nach Projektende möglich. Vor diesem Hintergrund ist die Beteiligung einer Krankenkasse als Muss-Vorschrift zu verankern.

**g) Überleitung erfolgreicher Projekte in die GKV-Versorgung**

Der GKV-Spitzenverband unterstützt das im Koalitionsvertrag formulierte Ziel, erfolgreiche Versorgungsansätze zügig in die GKV-Versorgung zu überführen. Die Transmission von Innovationen aus den Projekten in die Versorgung kann über das Kollektivvertragsrecht oder alternativ über Selektivverträge erfolgen. Eine selektivvertragliche Verbreitung ist insbesondere dann geeignet, wenn sich die strukturell-organisatorischen Rahmenbedingungen, wie z. B. spezifische Versorgungspartner und Settings vor Ort, von denen des Pilotprojekts unterscheiden. Bei der selektivvertraglichen Fortführung nach erfolgreichem Projektabschluss soll für neue Versorgungsmodelle ein Beitritt anderer Krankenkassen zu den zugrunde liegenden Selektivverträgen möglich sein.

---

Bei einer Überführung der Innovation in das Kollektivvertragsrecht sprechen wir uns dafür aus, ausschließlich die im SGB V bestehenden Transformationswege zu nutzen. Zu den Möglichkeiten, die die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung hierfür nutzen können, gehören insbesondere die Richtlinien des G-BA. Ferner kann der Bewertungsausschuss etwaige Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab festsetzen, um eine neue Leistung in die vertragsärztliche Versorgung einzuführen. Zudem haben die Vertragspartner der Bundesmantelverträge weitreichende Gestaltungskompetenzen, um neue Versorgungsmodelle in die GKV-Versorgung zu implementieren. Die Projekte können außerdem schon während der Förderung die Grundlage für die Überführung legen, indem besonderes Augenmerk auf die Evaluation der Wirtschaftlichkeit gelegt wird. Soweit der Transfer der Projektergebnisse eine Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen erfordert, ist der Gesetz- oder Verordnungsgeber gefordert.

Eine Innovationstransmission über eingespielte und in den jeweiligen Verfahrensordnungen definierte Prozesse beispielsweise im G-BA hat den Vorteil, dass hier konsequent nach wissenschaftlichen Standards evidenzbasiert gearbeitet wird. Jedwede Aufgabenverlagerung auf andere Gremien und Entscheidungsprozesse birgt die Gefahr in sich, dass die genannten Prinzipien unterlaufen bzw. herabgesetzt werden könnten und Innovationen in die GKV-Versorgung überführt würden, die im „konventionellen“ Verfahren nicht aufnahmefähig wären. Für alle Innovationen – unabhängig davon, ob vorher vom Innovationsfonds gefördert oder nicht – müssen die gleichen Zugangsvoraussetzungen gelten.

Daraus ergibt sich, dass der Innovationsausschuss keine erweiterten Kompetenzen in dieser Frage erhalten sollte, sondern die Zuständigkeit bei den bestehenden Gremien bzw. den im Gesetz benannten Vertragspartnern bleiben sollte. Für den Innovationsausschuss heißt dies, dass eigene Bewertungen von Projektergebnissen entbehrlich sind. Es genügt, wenn der Innovationsausschuss nach Projektabschluss feststellt, ob das geförderte Projekt ordnungs- und auftragsgemäß durchgeführt wurde und den Schluss- und Ergebnisbericht des Projektnehmers sowie den Evaluationsbericht des Evaluators prüft und formal abnimmt. Eigene Überführungskompetenzen sind weder sinnvoll noch erforderlich.

#### **h) Förderung der Translation**

Die Translation erfolgreicher Projekte in die GKV-Versorgung ist der erfolgsentscheidende Prozessschritt beim Innovationsfonds. Das in Projekten generierte Wissen muss konserviert und in einer Weise verfügbar gemacht werden, dass Interessierte in die Lage versetzt werden, eine neue Versorgungsform in andere Regionen zu implementieren oder sie auf andere Indikationen zu übertragen. Dazu sind die Projektbeschreibungen, die Ergebnis- und Evaluationsberichte sowie alle weiteren umsetzungsrelevanten Materialien zielgruppengerecht öffentlich verfügbar zu machen.

---

#### **i) Keine Notwendigkeit einer Zwischenfinanzierung**

Im Gegensatz zu einer Förderung der Translation besteht keine Notwendigkeit einer Zwischenfinanzierung. Geförderte Versorgungsprojekte werden während ihrer Laufzeit durch Zuwendungen des Innovationsfonds voll finanziert. In der öffentlichen Diskussion um die Überführung der Projektergebnisse nach Projektabschluss wird gelegentlich gefordert, dass eine Übergangsfinanzierung erfolgreicher Projekte geboten ist, um sicherzustellen, dass die erprobte Intervention bis zu einer möglichen Übernahme in die GKV-Versorgung fortgesetzt werden kann. Eine Übergangsfinanzierung jedes tatsächlich oder vermeintlich erfolgreichen Projektes mit Mitteln des Innovationsfonds ist jedoch kein geeigneter Ansatz.

Nahezu alle Versorgungsmodelle im Förderbereich „Neue Versorgungsformen“ beruhen auf Selektivverträgen. Dadurch besteht zum einen bereits die Möglichkeit zur lückenlosen Weiterfinanzierung der innovativen Versorgungsformen nach dem jeweiligen Projektende. Zum anderen würde auch eine mögliche Zwischenfinanzierung erfolgreicher Innovationsfondsprojekte nicht dazu führen, dass die im Projekt erprobten Interventionen ohne vorausgehende Auswahl- und Förderprozesse und somit ohne Zeitverzug und Friktionen nach Projektende fortgesetzt werden könnten.

#### **j) Förderung eigener Modellprojekte des BMG nur über Steuermittel**

Der Koalitionsvertrag führt aus, dass dem BMG eigene Modellprojekte ermöglicht werden sollen. Nähere Aussagen hierzu fehlen, sodass unklar bleibt, wodurch sich „BMG-eigene“ Projekte von jenen unterscheiden sollen, die nach aktuellem Recht über den Innovationsfonds gefördert werden können. Wenn das BMG eigene Projekte durchführen können soll, dann darf dies nicht aus Beitragsgeldern der GKV finanziert werden, sondern ist aus Steuermitteln zu finanzieren.

#### **k) Mehr Transparenz zu Förderentscheidungen**

Die Verfahrensordnung des Innovationsausschusses gewährleistet, dass die Förderentscheidungen unbefangen und nach den vorgegebenen Förderkriterien und -bestimmungen getroffen werden. Der in der öffentlichen Diskussion vielfach geforderten verstärkten Transparenz bzgl. der Förderentscheidungen des Innovationsausschusses sollte Rechnung getragen werden. Es sind rechtssichere und datenschutzkonforme Möglichkeiten der Ablehnungsbegründung zu prüfen. Ein möglicher Lösungsansatz könnte eine projektindividuelle Rückmeldung im Sinne einer Empfehlung zur Wiedereinreichung sein. Die individuelle Benennung der Kriterien mit nicht für eine Förderung ausreichender Bewertung wäre eine weitere Möglichkeit. Auch von einer Veröffentlichung häufiger Ablehnungsgründe könnten alle Antragstellenden profitieren.