

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Abschlussbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung

Die an den Deutschen Bundestag übermittelte Ursprungsdatei ermöglichte keine Weiterverarbeitung zu einer barrierefreien Bundestagsdrucksache.

In den §§ 92a und 92b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hat der Gesetzgeber 2015 mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG) den Innovationsfonds rechtlich verankert. Zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und von Versorgungsforschung wurde ein Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem Volumen von 300 Mio. Euro jährlich – zunächst in den Jahren 2016 bis 2019 – eingerichtet. Nach § 92a Absatz 5 SGB V veranlasst das Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung. Einen Zwischenbericht über diese wissenschaftliche Auswertung hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2019 übersendet. Im Ergebnis wurde die rechtliche Grundlage des Innovationsfonds 2019 mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) modifiziert und der Innovationsfonds fortgeführt und weiterentwickelt: Der Innovationsfonds wird befristet bis 2024 fortgeführt, das jährlich zur Verfügung stehende Volumen wurde auf 200 Mio. Euro abgesenkt und die Mittelverteilung angepasst. Es wurde ein Verfahren zur Überführung von Ergebnissen und Erkenntnissen der geförderten Projekte in die Versorgung festgelegt und für neue Versorgungsformen ein zweistufiges Förderverfahren eingeführt. Vor der Festlegung von Themen und Kriterien für Förderbekanntmachungen wird seit 2020 ein Konsultationsverfahren durchgeführt und der 10-köpfige Expertenbeirat wurde durch einen breiter aufgestellten Expertenpool abgelöst. Der Zeitraum für die Evaluation der Förderung aus dem Innovationsfonds wurde um ein Jahr verlängert, so dass der abschließende Bericht über das Ergebnis der wissenschaftlichen Auswertung durch das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2022 vorzulegen ist.

Zum Zweck der Erfüllung der genannten Evaluationsverpflichtungen hat das Bundesministerium für Gesundheit die Prognos AG mit der wissenschaftlichen Auswertung der Förderung aus dem Innovationsfonds beauftragt. Gegenstand des jetzt vorgelegten Endberichts ist die bisherige Förderung (2016 bis Oktober 2021) und die Frage, ob der Innovationsfonds grundsätzlich ein geeignetes Instrument darstellt, um zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung beizutragen. Wenn diese Frage positiv beantwortet wird, soll die Evaluierung zusätzlich zusammenfassende Hinweise geben, ob und ggf. welchen Änderungsbedarf es gibt, um den Innovationsfonds als Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgung in der GKV zu optimieren, und entsprechende Empfehlungen und Lösungsvorschläge erarbeiten. Laut Begründung zum GKV-VSG ist im Einzelnen zu klären, ob die Förderstrukturen effektiv sind, der Innovationsfonds richtig organisiert ist, die Themenauswahl sinnvoll war, das Zusammenspiel der Gremien effektiv ist und ob es Änderungsbedarf gibt, um die Erreichung des Ziels der Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu optimieren.

Im Vordergrund der ersten Evaluationsphase 2016 bis 2018 standen die Aufbauphase des Innovationsfonds und die bis 2018 getroffenen Entscheidungen des Innovationsausschusses; der Fokus lag auf der Struktur- und Prozessqualität. In der zweiten Evaluationsphase 2019 bis 2021 rückte neben der Struktur- und Prozessqualität – auch nach der Weiterentwicklung des Innovationsfonds durch das DVG – die Ergebnisqualität in den Vordergrund. Im Zeitraum 2016 bis 2021 wurden 507 Projekte mit einem Projektvolumen von 1.408 Mio. Euro zur Förderung mit Mitteln des Innovationsfonds ausgewählt, davon 194 neue Versorgungsformen und 313 Vorhaben der Versorgungsforschung. Rund 300 Projekte sind in der Durchführungsphase, rund 160 Projekte haben die Durchführungsphase bereits abgeschlossen und bereiten die Abschlussberichte vor, für 45 Versorgungsforschungsprojekte und 18 Projekte der neuen Versorgungsformen hat der Innovationsausschuss bereits über die Abschlussberichte beraten und entsprechende Empfehlungen ausgesprochen.

Die wesentlichen Ergebnisse des Endberichts sind:

Zusammenfassung

Wie bereits im Zwischenbericht konstatiert, wurde mit dem Innovationsfonds ein in der Konzeption und Umsetzung völlig neues Instrument zur qualitativen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung geschaffen. Mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesundheitsfonds werden Vorhaben gefördert, die nahe an der Versorgungsrealität unter Einbeziehung einer großen Vielfalt von Beteiligten substantielle Beiträge zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland leisten können. Über die Förderung lassen sich evidenzbasierte Lösungen für neue Herausforderungen entwickeln. Im Kern zielt der Fonds darauf ab, Struktur- und Prozessinnovationen zu erforschen, zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Geförderte Projekte sollen konkrete Verbesserungen der Versorgungspraxis bewirken und die Gesundheitsversorgung zu einem lernenden, innovationsoffenen System fortentwickelt werden. Der Innovationsfonds ermöglicht eine unabhängige, interdisziplinäre und interprofessionelle Innovationsförderung und seit der Weiter-

entwicklung durch das DVG auch die Erstellung von Leitlinien. Über die konkreten patienten- und versorgungsnahen Projekte hinaus tragen die vielfältigen Formen der sektoren- und disziplinenübergreifenden Zusammenarbeit und Partnerschaften zu einer allgemeinen „Klimaveränderung“ in den Bereichen Kooperation und Zusammenarbeit im Gesundheitsversorgungssystem bei.

Die umfassende Analyse der bisher zur Förderung ausgewählten Projekte verdeutlicht die Vielfalt der Ideen und Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Die Evaluation zeigt, dass die durch den Innovationsfonds geschaffenen Strukturen und Prozesse generell geeignet sind, die mit dem Fonds verbundene Zielsetzung zu erreichen, und dass die Ergebnisse der Förderentscheidungen, d. h. die bisherige Auswahl von Themen und Projektnehmern (meist Konsortien), generell Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Versorgung erwarten lassen.

Die Untersuchung der Projektergebnisse abgeschlossener Projekte und der vom Innovationsausschuss ausgesprochenen Empfehlungen für die Überführung in die Regelversorgung zeigt das große Potenzial von Ergebnissen und Erkenntnissen. Auf vielfältige Art und Weise werden diese für die Verbesserung der Versorgung nutzbar gemacht, viele Akteure sind in diese Prozesse eingebunden und werden vom Innovationsausschuss konkret adressiert. Durch die hohe Transparenz der Ergebnisse und der Empfehlungen, die regelmäßig öffentlich zugänglich gemacht werden, können in den Projekten entwickelte Maßnahmen, Instrumente und Lösungen übernommen, nachgenutzt und weiterentwickelt werden. Der Bericht zeigt eine Vielzahl von Beispielen auf, wo Ansätze aus Projekten des Innovationsfonds bereits einen Niederschlag in der Versorgung gefunden haben.

Eine weiterreichende Untersuchung der Auswirkungen von Ergebnissen und Erkenntnissen in der Versorgung war durch die noch relativ geringe Anzahl abgeschlossener Projekte zum Zeitpunkt der Untersuchung und die entsprechend kurze Nachlaufzeit, d. h. die Zeitspanne für den Transfer in die reale Versorgung, nur eingeschränkt möglich.

Der Bericht bewertet die bisherige Entwicklung und den Stand des Innovationsfonds prinzipiell positiv, zeigt aber auch Ansatzpunkte für Optimierungen und Weiterentwicklung auf. Die Frage, ob der Innovationsfonds grundsätzlich ein geeignetes Instrument darstellt, um zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung beizutragen, wird positiv beantwortet. Es wird die Empfehlung ausgesprochen, den Innovationsfonds über das Jahr 2024 hinaus unbefristet fortzuführen und diese Fortführung weiterhin mit einer Evaluation zu begleiten. Dies korrespondiert mit der im Koalitionsvertrag getroffenen Vereinbarung, den Innovationsfonds zu verstetigen.

Organisation und Finanzierung des Innovationsfonds

(„Ist das Zusammenspiel der Gremien effektiv?“ und „Ist der Innovationsfonds richtig organisiert?“)

Für den Innovationsfonds wurde zu Beginn in relativ kurzer Zeit eine Organisationsstruktur geschaffen, die nach der ersten Phase der Evaluation und entsprechenden Regelungen im DVG angepasst wurde. Inzwischen zeichnet sich diese durch ein etabliertes Zusammenspiel und eine weitestgehend sachgerechte Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen Gremien des Fonds (Innovations-, Arbeits-, Finanzausschuss, Expertenpool) sowie zwischen diesen Gremien und der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses aus. Auch die zwischenzeitliche Schaffung eines Expertenpools von zurzeit ca. 120 Expertinnen und Experten und die damit verbundene Ausweitung der wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Expertise bei der Begutachtung von Ideenskizzen und Anträgen werden grundsätzlich positiv bewertet. Die geschaffenen Strukturen und Arbeitsbeziehungen tragen entscheidend zur Effektivität der Prozesse bei. Gleichwohl wird Optimierungspotenzial, z. B. bei der operativen Zusammenarbeit zwischen einzelnen Gremien (Aufgabenverteilung zwischen Arbeitsausschuss und Geschäftsstelle) und bei der Steuerung der Einbindung von Expertenwissen gesehen.

(Prüfung der wirtschaftlichen und sparsamen Verwendung der Mittel)

Die Mittel des Fonds werden durch den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die nach § 266 SGB V am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen jeweils zur Hälfte getragen. Das derzeit zur Verfügung stehende Fördervolumen in Höhe von 200 Mio. Euro jährlich und die Finanzierungsform des Fonds werden als angemessen bezeichnet. Die Absenkung des Volumens von 300 Mio. Euro jährlich durch das DVG wurde unterschiedlich aufgenommen, insgesamt wird aber nach wie vor der hohe Wert eines Fördervolumens von 200 Mio. Euro jährlich für sehr versorgungsnahen und praxisrelevante Projekte hervorgehoben. Der Evaluator empfiehlt eine regelmäßige Überprüfung des Fördervolumens vor dem Hintergrund des Innovationsgrades künftig eingehender Projektanträge im Verhältnis zu bereits erzielten Projektergebnissen.

Die Ausgaben entsprachen den gesetzten Rahmenbedingungen: Die in den Jahren 2016 und 2017 zur Verfügung stehenden Mittel wurden zu 96 Prozent verausgabt, in den Jahren 2018 und 2019 waren es noch 87 Prozent bzw. 81 Prozent. Ab 2020 wurde die Absenkung des Volumens auf 200 Mio. Euro umgesetzt. Die durchschnittliche Bewilligungsquote bei der Förderung neuer Versorgungsformen liegt bei 28 Prozent der eingereichten Anträge, bei der Förderung von Vorhaben der Versorgungsforschung beträgt sie durchschnittlich 27 Prozent. Auch die Verteilung der Fördermittel auf die Förderbereiche neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung, zu dem seit 2020 auch die Entwicklung oder Weiterentwicklung von Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, gehört, wurde ab 2020 entsprechend angepasst. Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie machten sich durch den Einfluss auf einzelne – insbesondere patientennahe – Projekte (z. B. Verschiebungen von Projektstarts und Interventionen, Laufzeitverlängerungen, Anpassungen in Finanzierungsplänen) auch im Finanz-/Fördergefüge des Innovationsfonds bemerkbar. Insbesondere unter diesen Bedingungen wurde die ab 2020 geregelte Übertragbarkeit nicht verausgabter Mittel als wertvolles Instrument in der flexiblen und effizienten Planung der Förderung sowie in der Projektsteuerung und -begleitung wahrgenommen. Die Prüfungen der Finanzierungsplanungen und Verwendungsnachweise der einzelnen geförderten Projekte erfolgen entsprechend der Förderbedingungen. In Bezug auf die Verwaltungskosten des Fonds wurde von der Tätigkeitsaufnahme des Fonds bis 2020 zwar eine stete Zunahme der Kosten beschrieben. Diese geht jedoch zurück auf die wachsende Anzahl an zu betreuenden Projekten, die Auswertung der Projekt-Abschlussberichte und die durch das DVG erfolgte Erweiterung der Aufgaben der Geschäftsstelle. Die Verwaltungskosten bewegen sich für 2020 mit einem Anteil von 4,8 Prozent am jährlichen Fördervolumen von 200 Mio. Euro im Bereich anderer Förderprogramme.

Förderstrukturen

(„Ist der Innovationsfonds richtig organisiert?“, „Sind die Förderstrukturen effektiv?“)

Die Förderstrukturen des Innovationfonds wurden umfassend untersucht. Seit Beginn des Innovationsfonds wurden 36 Förderbekanntmachungen erarbeitet und veröffentlicht, eine Vielzahl an Antragstellern und Fördernehmern beraten und Entscheidungen über insgesamt mehr als 2.000 Förderanträge getroffen, von denen über 500 positiv beschieden wurden. Auf Basis der Regelungen im DVG wurden Prozesse etabliert, um die Ergebnisse und Erkenntnisse aus den Projekten systematisch aufzubereiten, zu beraten und entsprechende Transferchancen, d. h. Möglichkeiten der Übertragbarkeit bzw. Nutzbarmachung, aufzuzeigen. Für alle Projekte werden die Ergebnisse und die vielfältigen erarbeiteten Lösungen und Instrumente veröffentlicht und können von den Akteuren des Gesundheitswesens aufgegriffen werden. Bisher wurden die Abschlussberichte von 45 Versorgungsforschungsprojekten und 18 Projekten der neuen Versorgungsformen durch den Innovationsausschuss beraten.

Trotz der vergleichsweise komplexen und in dieser Form neuartigen Entscheidungsstrukturen wurden innerhalb des Innovationsfonds Mechanismen und Arbeitsweisen etabliert, um einen möglichst reibungslosen Ablauf des Fördergeschehens vom Konsultationsverfahren und der Themenfindung bis zur Transferempfehlung zu gewährleisten. 2020 wurde mit dem DVG ein zweistufiges Förderverfahren für die neuen Versorgungsformen eingeführt. Nach einem ersten Auswahlritt erhalten Antragsteller Gelegenheit, in einer sechsmonatigen Konzeptionsphase ein detailliertes Projektkonzept auszuarbeiten und das Projekt entsprechend vorzubereiten. Die ausgearbeiteten Vollanträge bilden die Entscheidungsgrundlage für die Auswahl einer auf bis zu 20 begrenzten Anzahl von Projekten für die Umsetzung. Diese Anpassung des Verfahrens soll die Professionalisierung der Bildung von Konsortien und der Auswahl größerer komplexerer Vorhaben mit hohem Umsetzungspotenzial und großer Versorgungsrelevanz befördern.

Die Förderstrukturen und die administrative Umsetzung des Förderprozesses sowie die Beratung durch die Geschäftsstelle des Innovationsausschusses werden vom Evaluator grundsätzlich als effektiv bewertet und auch von den Förderempfängern überwiegend positiv eingeschätzt. Das zweistufige Auswahlverfahren für neue Versorgungsformen und die geförderte Konzeptionsphase wird vielfältig genutzt und überwiegend befürwortet. Optimierungspotenzial wird bei der Beratung von (potenziellen) Antragstellern – auch im Hinblick auf die noch breitere Einbeziehung von Akteuren – und Förderempfängern in verschiedenen Stufen des Prozesses gesehen. Die Effekte des zweistufigen Förderverfahrens für neue Versorgungsformen sollten weiter beobachtet werden.

Ergebnisse der Förderentscheidungen und geförderten Projekte

(„Ist eine sinnvolle Themenauswahl erfolgt?“)

Wesentlich für die Weiterentwicklungen der GKV-Versorgung durch den Innovationsfonds sind die Themensetzungen der Förderbekanntmachungen und die daraufhin geförderten Projekte. Seit Beginn der Förderung durch den Innovationsfonds wurden in Förderbekanntmachungen 33 Themenschwerpunkte für neue Versorgungsformen und 43 Themenschwerpunkte zur Versorgungsforschung adressiert. Daneben wurden regelmäßig themenoffene Förderbekanntmachungen veröffentlicht, um innovative Projektideen außerhalb der vorgegebenen Themenschwerpunkte zu identifizieren. Seit 2020 wird dem Förderprozess ein Konsultationsverfahren vorgelegt, das es Interessierten im Gesundheitswesen ermöglicht, Vorschläge für Förderthemen und ergänzende Förderkriterien einzubringen. Nach Analyse und Bewertung der Förderbekanntmachungen und der zur Förderung ausgewählten Projekte wird deutlich, dass eine sinnvolle Themenauswahl erfolgt ist und nur vereinzelt Versorgungsprobleme noch nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Das neue Konsultationsverfahren wird grundsätzlich positiv bewertet. Der Evaluator empfiehlt, zukünftig bei Themensetzungen die Anschlussfähigkeit an bereits bearbeitete Themenfelder und die dabei erzielten Ergebnisse stärker zu berücksichtigen. Er gibt konkrete Hinweise zum Nebeneinander von themenoffenen und themenspezifischen Förderbekanntmachungen und zur Weiterentwicklung der Förderkriterien (stärkere Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte, Bedarfe vulnerabler Gruppen und Intensivierung der Patientenbeteiligung). Sektoren- und berufsgruppenübergreifende Ansätze sollten durch die häufigere Einbeziehung von Akteuren außerhalb des Regelungsbereichs des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) gestärkt werden.

Der Bericht beinhaltet eine umfassende Analyse der Projektinhalte, von Interventionen und Schwerpunkten des Erkenntnisgewinns, regionaler Verteilung und Konsortienzusammensetzung. Innovationsgrad, Patientennähe und Umsetzungs- bzw. Verwertungspotenzial der geförderten Projekte werden diskutiert. Ergebnisse bereits abgeschlossener Projekte, in den Projekten entwickelte Instrumente und Maßnahmen und der Transfer in die Versorgung werden beschrieben und ausgewertet. Trotz der noch geringen Anzahl an abgeschlossenen Projekten lässt sich bereits jetzt erkennen, dass die Nutzung von Ergebnissen und Erkenntnissen aus Projekten und die Wege dorthin vielfältiger sind als antizipiert. Der für die Förderung durch den Innovationsfonds vorgegebene und vom Innovationsausschuss intensiv geführte Ergebnisbewertungsprozess, der in eine Empfehlung mündet, ist ein Alleinstellungsmerkmal der Innovationsfondsförderung. Hier liegt der Schlüssel zur Verbesserung der Versorgung. Der Evaluator empfiehlt auf der Basis einer grundsätzlich positiven Einschätzung, diesen Nutzungsprozess noch stärker zu fördern – durch systematische Nachverfolgung der ausgesprochenen Empfehlungen, ein Wissensmanagement, das die Vernetzung von Akteuren und eine entsprechende weitere Verbreitung von Ergebnissen fördert, und die Ableitung weiterer Forschungs-, Erprobungs- bzw. Implementierungsbedarfe.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des Berichts der Evaluation des Innovationsfonds zeigen, dass der Innovationsfonds als Instrument gut etabliert wurde und grundsätzlich geeignet ist, zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung beizutragen. Der Innovationsfonds ist – auch durch erste Anpassungen durch das DVG – sinnvoll organisiert und agiert mit seinen Gremien so, dass die zur Förderung ausgewählten Projekte Ergebnisse und Erkenntnisse zur Weiterentwicklung der Versorgung erbringen und damit ein großes Potenzial für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung entsteht. Die Umsetzung der Ergebnisse und Erkenntnisse aus den Projekten zur konkreten Verbesserung der Versorgung, der Transfer, erfolgt auf vielfältigen Wegen und erfordert das Zusammenwirken einer Vielzahl von Akteuren aus dem Gesundheitsversorgungssystem. Nach wie vor gibt es Möglichkeiten, das große Potenzial des Innovationsfonds weiter zu stärken. Der Bericht gibt dazu Hinweise zur Diskussion und unterbreitet konkrete Handlungsempfehlungen.

Da die gesetzliche Krankenversicherung Verantwortung für die Weiterentwicklung der Versorgung trägt und erfolversprechende Innovationen des Innovationsfonds im Rahmen der Regelversorgung umsetzt und finanziert, ist eine Finanzierung des Innovationsfonds aus GKV-Beitragsmitteln sachgerecht.

Die Erkenntnisse des Berichts können für die Umsetzung des gesetzgeberischen Handlungsbedarfs genutzt werden, dessen Notwendigkeit sich aus der befristeten Laufzeit des Innovationsfonds bis Ende 2024 und der im Koalitionsvertrag vereinbarten Verstetigung des Innovationsfonds ergibt. Zur Umsetzung muss die Rechtsgrundlage für den Innovationsfonds (§§ 92a und 92b SGB V) angepasst werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wird die Erkenntnisse aus der Evaluation in die Überlegungen zur Weiterentwicklung des Innovationsfonds einbeziehen.

prognos

Wir geben Orientierung.

Endbericht

Gesamtevaluation des Innovationsfonds

Wissenschaftliche Auswertung der Förderung aus dem
Innovationsfonds gem. § 92a Abs. 5 SGB V

Von

Janko Vollmer,
Dr. Wolfgang Riedel,
Dr. Stefanie Ettelt,
Anna Hornik,
Carsten Maday,
Jan-Felix Czichon,
Andreas Heimer,
Gesa Kröger

Im Auftrag des

Bundesministeriums für Gesundheit

Abschlussdatum

März 2022

Das Unternehmen im Überblick

Prognos – wir geben Orientierung.

Wer heute die richtigen Entscheidungen für morgen treffen will, benötigt gesicherte Grundlagen. Prognos liefert sie – unabhängig, wissenschaftlich fundiert und praxisnah. Seit 1959 erarbeiten wir Analysen für Unternehmen, Verbände, Stiftungen und öffentliche Auftraggeber. Nah an ihrer Seite verschaffen wir unseren Kunden den nötigen Gestaltungsspielraum für die Zukunft – durch Forschung, Beratung und Begleitung. Die bewährten Modelle der Prognos AG liefern die Basis für belastbare Prognosen und Szenarien. Mit rund 180 Expertinnen und Experten ist das Unternehmen an neun Standorten vertreten: Basel, Berlin, Bremen, Brüssel, Düsseldorf, Freiburg, Hamburg, München und Stuttgart. Die Projektteams arbeiten interdisziplinär, verbinden Theorie und Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik. Unser Ziel ist stets das eine: Ihnen einen Vorsprung zu verschaffen, im Wissen, im Wettbewerb, in der Zeit.

Geschäftsführer

Christian Böllhoff

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht; Sitz der Gesellschaft: Basel
Handelsregisternummer
CH-270.3.003.262-6

Präsident des Verwaltungsrates

Dr. Jan Giller

Handelsregisternummer

Berlin HRB 87447 B

Gründungsjahr

1959

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer

DE 122787052

Arbeitssprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz

Prognos AG

St. Alban-Vorstadt 24
4052 Basel | Schweiz
Tel.: +41 61 3273-310
Fax: +41 61 3273-300

Prognos AG

Résidence Palace, Block C
Rue de la Loi 155
1040 Brüssel | Belgien
Tel: +32 280 89-947

Prognos AG

Hermannstraße 13
(C/O WeWork)
20095 Hamburg | Deutschland
Tel.: +49 40 554 37 00-28

Weitere Standorte

Prognos AG

Goethestr. 85
10623 Berlin | Deutschland
Tel.: +49 30 5200 59-210
Fax: +49 30 5200 59-201

Prognos AG

Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf | Deutschland
Tel.: +49 211 913 16-110
Fax: +49 211 913 16-141

Prognos AG

Nymphenburger Str. 14
80335 München | Deutschland
Tel.: +49 89 954 1586-710
Fax: +49 89 954 1586-719

Prognos AG

Domshof 21
28195 Bremen | Deutschland
Tel.: +49 421 845 16-410
Fax: +49 421 845 16-428

Prognos AG

Heinrich-von-Stephan-Str. 17
79100 Freiburg | Deutschland
Tel.: +49 761 766 1164-810
Fax: +49 761 766 1164-820

Prognos AG

Eberhardstr. 12
70173 Stuttgart | Deutschland
Tel.: +49 711 3209-610
Fax: +49 711 3209-609

info@prognos.com | www.prognos.com | www.twitter.com/prognos_ag

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis	XI
1 Zusammenfassung	1
2 Einleitung	9
2.1 Evaluationsauftrag	9
2.2 Schwerpunkte der zwei Evaluationsphasen	9
2.3 Methoden der Evaluation	10
2.4 Aufbau des Berichts	11
3 Ziele und bisherige Weiterentwicklung des Innovationsfonds	12
3.1 Zielsystem des Innovationsfonds	12
3.2 Fortführung und Weiterentwicklung des Innovationsfonds durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)	15
4 Organisation, Fortführung und Finanzierung des Innovationsfonds	18
4.1 Aufbauorganisation	18
4.1.1 Innovationsausschuss, Arbeitsausschuss und Finanzausschuss	20
4.1.2 Geschäftsstelle	21
4.1.3 Expertenpool	23
4.2 Fortführung und Finanzierung	24
4.2.1 Fortführung des Fonds und Übertragbarkeit der Mittel	24
4.2.2 Fördervolumen	26
4.3 Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung	32
5 Förderprozess	35
5.1 Förderprozess im Überblick	35
5.2 Konsultationsverfahren und Förderbekanntmachungen	37

5.3	Ideenskizzen und Konzeptionsphase bei NVF	41
5.4	Förderanträge und -entscheidungen	49
5.5	Projektumsetzung und Berichtswesen	51
5.6	Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung	53
5.7	Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung	55
6	Themenfelder, Förderprojekte und Umsetzungsstand	58
6.1	Themenfelder, Antragsgeschehen und Förderentscheidungen im Überblick	58
6.1.1	Neue Versorgungsformen (NVF) im Überblick	58
6.1.2	Versorgungsforschung (VSF) im Überblick	62
6.1.3	Evaluation von Selektivverträgen im Rahmen der VSF	68
6.1.4	Evaluation von G-BA-Richtlinien im Rahmen der VSF	69
6.1.5	(Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien im Rahmen der VSF	70
6.1.6	Themenoffene Förderbekanntmachungen	71
6.1.7	Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung	75
6.2	Inhalte und Merkmale der Förderprojekte	76
6.2.1	Vorerfahrungen, Ziele, Interventionen und Endpunkte	77
6.2.2	Zielgruppen und Indikationen	85
6.2.3	Regionale Verteilung der NVF	90
6.2.4	Sektoren-, berufsgruppenübergreifende und interdisziplinäre Ansätze	91
6.2.5	Projektkonsortien	103
6.2.6	Patientennähe	108
6.2.7	Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung	111
6.3	Umsetzungsstand der Projekte	113
6.3.1	Mittelabfluss aus dem Innovationsfonds	113
6.3.2	Projektstart und -verlauf	115
6.3.3	Probleme im Projektverlauf und Auswirkungen der Covid-19-Pandemie	117
6.3.4	Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung	121
7	Ergebnisse der Projekte und Transfer in die GKV-Versorgung	122

7.1	Ergebnisse und Transferchancen im Überblick	123
7.1.1	Ergebnisse der Projekte	123
7.1.2	Überführung in die GKV-Versorgung	128
7.1.3	Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung	145
7.2	Transfer-Fokusthemen	146
7.2.1	Fokusthema 1: Flächendeckende Versorgung durch digitale und telemedizinische Unterstützung	147
7.2.2	Fokusthema 2: Sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen unter schwerpunktmäßiger Beteiligung von ambulanter und/oder stationärer Pflege	158
7.2.3	Fokusthema 3: Umfassende Koordinierung und Vernetzung von Versorgungsstrukturen	166
7.2.4	Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung	175
8	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	177
8.1	Bisherige Zielerreichung des Innovationsfonds	177
8.2	Organisation und Finanzierung	178
8.3	Förderprozess	181
8.4	Themenfelder, Förderprojekte und Umsetzungsstand	184
8.5	Ergebnisse der Projekte und Transfer in die GKV-Versorgung	187
9	Literatur und Quellen	190
10	Anhang	197
10.1	Erhebungen	197
10.1.1	Dokumentenanalyse, Literatur- und Online-Recherche	197
10.1.2	Förderdatenanalyse	199
10.1.3	Online-Befragungen	200
10.1.4	Interviews und Fokusgruppe	203
10.1.5	Validierungsworkshops	209
10.2	Indikatorenliste	209

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rechnungsergebnisse des Innovationsfonds 2016 bis 2020	28
Tabelle 2: Veröffentlichung von Förderbekanntmachungen	38
Tabelle 3: Übersicht Förderkriterien	39
Tabelle 4: Ideenskizzen und Förderungen in der NVF-Konzeptionsphase	43
Tabelle 5: Projektanträge und Bewilligungen für NVF nach Förderwellen	59
Tabelle 6: Projektanträge und Förderungen für NVF nach Förderwellen und Themenfeldern	60
Tabelle 7: Projektanträge und Bewilligungen für VSF nach Förderwellen	63
Tabelle 8: Projektanträge und Förderungen für VSF nach Förderwellen und Themenfeldern	65
Tabelle 9: Evaluation von G-BA-Richtlinien	69
Tabelle 10: Themenoffene Projektanträge und Förderungen für NVF nach Förderwellen	73
Tabelle 11: Themenoffene Projektanträge und Förderungen für VSF nach Förderwellen	74
Tabelle 12: Interventionen innerhalb der NVF	79
Tabelle 13: Häufigste Kombinationen primärer Endpunkte innerhalb der NVF	82
Tabelle 14: Schwerpunkte des Erkenntnisgewinns der VSF-Projekte	84
Tabelle 15: Indikationen der NVF	87
Tabelle 16: Indikationen der VSF-Projekte	89
Tabelle 17: Zusammenarbeit von Berufsgruppen in den NVF	97
Tabelle 18: Zusammenarbeit von ärztlichen Fachdisziplinen in den NVF	98
Tabelle 19: Konsortialführer der NVF	105
Tabelle 20: Konsortialführer der VSF-Projekte	108
Tabelle 21: Beschlüsse des Innovationsausschusses zu NVF	135
Tabelle 22: Beschlüsse des Innovationsausschusses zu VSF-Projekten	137

Tabelle 23: Flächendeckende Versorgung durch digitale und telemedizinische Unterstützung – Projektcluster	148
Tabelle 24: Flächendeckende Versorgung durch digitale und telemedizinische Unterstützung – Zielsetzungen, Interventionen und Zielgruppen im Projektcluster	150
Tabelle 25: Sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen unter schwerpunktmäßiger Beteiligung der Pflege – Projektcluster NVF	158
Tabelle 26: Sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen unter schwerpunktmäßiger Beteiligung der Pflege – Zielsetzungen, Interventionen und Zielgruppen der NVF im Projektcluster	159
Tabelle 27: Sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen unter schwerpunktmäßiger Beteiligung der Pflege – Projektcluster VSF	160
Tabelle 28: Sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen unter schwerpunktmäßiger Beteiligung der Pflege – Zielsetzungen, Interventionen und Zielgruppen der VSF im Projektcluster	161
Tabelle 29: Umfassende Koordinierung und Vernetzung von Versorgungsstrukturen – Projektcluster	167
Tabelle 30: Umfassende Koordinierung und Vernetzung von Versorgungsstrukturen – Zielsetzungen, Interventionen und Zielgruppen im Projektcluster	170
Tabelle 31: Anzahl der Interviews zu Transfer-Fokusthemen	208

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zielsystem des Innovationsfonds	13
Abbildung 2: Aufbauorganisation des Innovationsfonds	19
Abbildung 3: Fortführung des Innovationsfonds über das Jahr 2024 hinaus	25
Abbildung 4: Angemessenheit des Fördervolumens für NVF	30
Abbildung 5: Angemessenheit des Fördervolumens für VSF	32
Abbildung 6: Übersicht des Förderprozesses	36
Abbildung 7: Relevantere und vordringlichere Themen durch das neue Konsultationsverfahren	40
Abbildung 8: Aufgabenschwerpunkte in der Konzeptionsphase	44
Abbildung 9: Nutzung der Fördermittel in der Konzeptionsphase	45
Abbildung 10: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Konzeptionsphase	46
Abbildung 11: Zufriedenheit mit ausgesuchten Aspekten der Konzeptionsphase	47
Abbildung 12: Bedeutung der Konzeptionsphase für die Projektvorbereitung und Ausarbeitung des Förderantrags	48
Abbildung 13: Zufriedenheit mit der Beratung vor und während der Antragstellung	50
Abbildung 14: Bewertung der Beratung während der Projektförderung	52
Abbildung 15: Zufriedenheit mit den Zahlungsmodalitäten der Förderung	53
Abbildung 16: Vorerfahrungen der NVF	77
Abbildung 17: Interventionsziele der NVF	78
Abbildung 18: Digitale Lösungen und Instrumente der NVF	80
Abbildung 19: Primäre und sekundäre Endpunkte der NVF	81
Abbildung 20: Vorerfahrungen der VSF-Projekte	83
Abbildung 21: Primäre und sekundäre Endpunkte der VSF-Projekte	85
Abbildung 22: Durchführungsregionen der NVF nach Bundesländern	90

Abbildung 23: Durchführungsregionen der NVF nach ländlichen und städtischen Gebieten	91
Abbildung 24: Einbezogene Versorgungsbereiche innerhalb der NVF	92
Abbildung 25: Häufigste Kombinationen einbezogener Versorgungsbereiche der NVF	94
Abbildung 26: Einbezogene Berufsgruppen in den NVF	96
Abbildung 27: Einbezogene Versorgungsbereiche innerhalb der VSF-Projekte	99
Abbildung 28: Häufigste Kombinationen einbezogener Versorgungsbereiche der VSF-Projekte	100
Abbildung 29: Schnittstellen in NVF zu Versorgungsbereichen außerhalb der GKV	101
Abbildung 30: Schnittstellen in VSF-Projekten zu Versorgungsbereichen außerhalb der GKV	102
Abbildung 31: Konsortienzusammensetzung der NVF	104
Abbildung 32: Vorherige Zusammenarbeit der Konsortien der NVF	106
Abbildung 33: Konsortienzusammensetzung der VSF-Projekte	107
Abbildung 34: Vertretungen der Selbsthilfe oder Patientenorganisationen im Projektkonsortium	109
Abbildung 35: Patientenbeteiligung außerhalb von Konsortien in den Förderwellen 2018 bis 2020	110
Abbildung 36: Auszahlungs-Ist und noch auszahlende Fördermittel für NVF	114
Abbildung 37: Auszahlungs-Ist und noch auszahlende Fördermittel für VSF	115
Abbildung 38: Zeitraum zwischen Förderentscheidung im IA und Projektstart nach Förderwellen	116
Abbildung 39: Durchschnittliche Projektlaufzeiten inkl. genehmigte Verlängerungen nach Förderwellen	117
Abbildung 40: Probleme und Verzögerungen im Projektverlauf	119
Abbildung 41: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie	120
Abbildung 42: Anpassung der Projektziele laufender und abgeschlossener Projekte	123
Abbildung 43: Zielerreichung der Projekte	124
Abbildung 44: Bereitstellung digitaler Lösungen	126
Abbildung 45: Bereitstellung analoger Lösungen	127
Abbildung 46: Übertragbarkeit der Maßnahmen in die kollektivvertragliche Versorgung	129

Abbildung 47: Eignung für die Fortführung als Selektivvertrag	130
Abbildung 48: Anpassungen für eine Überführung in die kollektivvertragliche Versorgung	131
Abbildung 49: Maßnahmen für eine Verwertung der Ergebnisse in die kollektivvertragliche Versorgung	132
Abbildung 50: Überblick über die zu beteiligenden Versorgungsbereiche bei der Implementierung	142
Abbildung 51: Anzahl der kooperierenden Berufsgruppen bei der Implementierung	143
Abbildung 52: Abhängigkeit der Implementierung von technischen Voraussetzungen	144

Abkürzungsverzeichnis

AA	Arbeitsausschuss
AnBest-IF	Allgemeine Nebenbestimmungen (ANBest-IF) des Innovationsausschusses beim G-BA für Förderungen aus dem Innovationsfonds
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ASV	ambulante spezialärztliche Versorgung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DEWI	Determinanten bei der Versorgung von Patienten mit Wirbelsäulenoperation
DiGA	digitale Gesundheitsanwendung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease-Management-Programme
DRG	Diagnosis Related Groups (dt: diagnosebezogene Fallgruppen)
DVG	Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

GMK	Gesundheitsministerkonferenz der Länder
GO IA	Geschäftsordnung des Innovationsausschusses
GPVG	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz
GS	Geschäftsstelle des Innovationsausschusses
FAQ	Häufige gestellte Fragen (Frequently asked questions)
IA	Innovationsausschuss
ICD-10	Englisch für: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
IDV	intensivmedizinisch digitalgestützte Versorgungszentren
IKK	Innungskrankenkasse
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBS	Knappschaft-Bahn-See
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
NPPV	Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
NVF	Neue Versorgungsformen
PT	Projekträger (vom Innovationsausschuss beauftragt)
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
StäB	Stationsäquivalente Psychiatrische Behandlung
TF	Themenfeld
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.

VSF	Versorgungsforschung
VSG	Versorgungsgesetz
Zm-RL	Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren

1 Zusammenfassung

Ziel des Innovationsfonds

Der Innovationsfonds nach § 92a und b SGB V verfolgt seit 2016 – derzeit befristet bis 2024¹ – das Ziel, die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weiterzuentwickeln. Dazu werden jedes Jahr Mittel der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesundheitsfonds für die Förderung ausgewählter Projekte zur Verfügung gestellt. Gefördert werden neue Versorgungsformen (NVF), die über die Regelversorgung hinausgehen, und Vorhaben der Versorgungsforschung (VSF-Projekte). Die Projekte sollen belastbare Erkenntnisse generieren, auf deren Grundlage über eine mögliche dauerhafte Überführung in die GKV-Regelversorgung entschieden werden kann. Alle NVF-Projekte müssen deswegen eine unabhängige wissenschaftliche Evaluation beinhalten, damit die Effekte der geförderten Projekte auf die Versorgung bewertet werden können. NVF sollen dazu beitragen, Versorgungsdefizite zu beheben bzw. die Versorgungsqualität und -effizienz zu verbessern, zudem liegt ein Schwerpunkt auf der Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung. VSF-Projekte sollen Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgung liefern, die eine hohe praktische Relevanz und besondere Nähe zur Patientenversorgung aufweisen. Auch die (Weiter-)Entwicklung von medizinischen Leitlinien und die Evaluation von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) werden gefördert.

Auf Basis der Ergebnisse und Erkenntnisse der Projekte werden beim Innovationsfonds regelhaft Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung entwickelt, die auf einen Transfer erfolgreich erprobter Ansätze und die Nutzbarmachung von Erkenntnissen hinwirken. Über diesen Mechanismus wird über die Gewinnung von Erkenntnissen hinaus unmittelbar auf die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung gezielt und die Nachhaltigkeit der Förderung sichergestellt.

Gesamtevaluation des Förderinstruments

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) führte Prognos von 2018 bis 2021 die wissenschaftliche Begleitevaluation durch und untersuchte, ob der Innovationsfonds zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung geeignet ist und seine gesteckten Ziele erreicht. Ein Zwischenbericht wurde 2019 veröffentlicht. Nach Berichterstattung des BMG an den Bundestag über den Zwischenbericht der Evaluation wurden mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vom 09.12.2019 die Fortführung des Innovationsfonds bis 2024 und seine Weiterentwicklung beschlossen. Die Anpassungen durch das DVG wurden in die Evaluation einbezogen.

Die Evaluation verwendet einen umfassenden Methoden-Mix aus Dokumenten- und Förderdatenanalysen sowie Interviews und Online-Befragungen, um Informationen und Einschätzungen von allen an der Förderung Beteiligten sowie weiteren externen Akteuren einzuholen.

¹ Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vom 09.12.2019 wurde die befristete Fortführung des Innovationsfonds von 2020 bis 2024 sowie strukturelle und prozessuale Anpassungen beschlossen.

Diese Zusammenfassung enthält die wesentlichen Evaluationsbefunde, Schlussfolgerungen und ggf. Empfehlungen zur zukünftigen Entwicklung des Fonds. Sie schließt ab mit einem Gesamtfazit zur Eignung des Innovationsfonds zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und der Empfehlung für seine unbefristete Fortführung.

Aufbau des Innovationsfonds

Träger des Innovationsfonds ist der G-BA. Der Innovationsausschuss (IA) ist das zentrale Gremium für die Umsetzung des Innovationsfonds: Vertreter der GKV-Selbstverwaltung und der Bundesexekutive (Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Bildung und Forschung) treffen dort die Entscheidungen zu den Kernelementen des Fonds (Förderbekanntmachungen, Förderentscheidungen zu Projektanträgen, Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung nach Projektabschluss u. a. m.). Patientenvertreterinnen bzw. Patientenvertreter sind als nicht stimmberechtigte Mitglieder beteiligt. Daneben gibt es einen Arbeitsausschuss (AA), der die Beratungen und Beschlussfassungen des IA vorbereitet, und einen Finanzausschuss, der sich mit dem Haushaltsplan und der Jahresrechnung befasst.

Zur Vorbereitung und Umsetzung seiner Entscheidungen unterhält der IA eine Geschäftsstelle (GS) und hat zu deren Unterstützung einen Projektträger (PT) beauftragt. Sie unterstützen die Abwicklung des gesamten Förderprozesses, u. a. durch Entwürfe für Förderbekanntmachungen, Antragsprüfungen, die Beratung von Förderinteressenten und -empfängern, projektbegleitende Erfolgskontrollen, die Prüfung und Veröffentlichung von Projektberichten sowie durch Entwürfe für Empfehlungen des IA zur Überführung in die Regelversorgung. Aufgrund der wachsenden Anzahl geförderter und zum Abschluss kommender Projekte hat das Arbeitsvolumen der GS und des PT im Laufe der Zeit deutlich zugenommen. Durch das DVG wurden die Aufgaben der GS zusätzlich erweitert, wozu insbesondere eine intensivere fachliche Beratung und Unterstützung der Antragsteller und Förderempfänger zählt, die insgesamt positiv bewertet wird.

Seit 2020 unterstützt ein Expertenpool die Begutachtung der Förderanträge aus versorgungswissenschaftlicher und -praktischer Perspektive. Die Empfehlungen der Expertinnen und Experten werden in die Beschlussfassungen des IA einbezogen. Der Pool ist derzeit mit 120 Expertinnen und Experten aus der Forschung und aus dem Gesundheitswesen besetzt. Die Qualität der Begutachtungen wird von den Beteiligten allerdings als variabel wahrgenommen. Dementsprechend ist es sinnvoll, die Vermittlung der Anforderungen an die Begutachtung durch geeignete Informationsangebote zu intensivieren, z. B. durch bereits geplante Veranstaltungen mit den Expertinnen und Experten. Damit könnte außerdem eine Intensivierung des fachlichen Austauschs zwischen den Expertinnen und Experten unterstützt werden.

Finanzierung

Der Innovationsfonds wird aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesundheitsfonds finanziert. Im Vergleich zur Anfangsphase des Innovationsfonds sind die Gesamtausgaben für die Projektförderung in den letzten Jahren zurückgegangen. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die jährliche Fördersumme durch die Umsetzung des DVG von 300 auf 200 Mio. € reduziert wurde. Des Weiteren verringerte sich durch das DVG der vorgesehene VSF-Anteil von 25 auf 20 % der Fördersumme zugunsten der NVF. Insgesamt wurden bisher 507 Projekte mit einem

Volumen von rund 1.400 Mio. € zur Förderung ausgewählt. Auf 194 NVF entfallen 1.048 Mio. € (75 %) und auf 313 Projekte der VSF 352 Mio. € (25 %) des Fördervolumens. Der Innovationsfonds stellt damit ein wesentliches Förderinstrument im Bereich der Gesundheitsversorgung dar. Die Angemessenheit der jährlichen Fördervolumina sollte regelmäßig überprüft und diese ggf. angepasst werden.

Die Verwaltungskosten machten 2020 rund 4,8 % des jährlichen Fördervolumens aus. Die Ausgaben sind von ca. 6 Mio. € in den Jahren 2016 bis 2018 auf 7,8 Mio. € im Jahr 2019 und 9,6 Mio. € im Jahr 2020 gestiegen. Dieser Anstieg ist vor allem auf den zunehmenden Leistungsumfang der GS (inkl. PT) zurückzuführen und wird als angemessen bewertet. Dementsprechend ist auch der Anteil der Verwaltungskosten am – insgesamt geringeren – Fördervolumen gestiegen.

Förderprozess

Der Förderprozess im Innovationsfonds ist darauf ausgerichtet, dass zu ausgewählten Themen Projekte durchgeführt, ausgewertet und strukturiert dokumentiert werden, um Grundlagen für Empfehlungen des IA für eine Überführung von Erkenntnissen in die Regelversorgung zu liefern.

Die Entwicklung der Förderbekanntmachungen beginnt seit 2020 mit einem Konsultationsverfahren, das es allen interessierten Akteuren im Gesundheitswesen ermöglicht, Themenvorschläge und ergänzende Förderkriterien einzubringen. Das neue Verfahren wird vonseiten des IA und von Stakeholdern grundsätzlich positiv bewertet. Auch aus Sicht des Evaluationsteams wirkt es positiv auf die Offenheit und Transparenz des Themenfindungsprozesses. Daneben wäre es wichtig, auch die Erfahrungen zu bereits bearbeiteten Themen für die künftige Themenauswahl zu nutzen. Eine übergreifende Analyse bestehender Projekte und Ergebnisse wäre hierfür eine hilfreiche Grundlage.

Für NVF wurde 2020 ein zweistufiges Förderverfahren eingeführt. Antragsteller bewerben sich zunächst mit einer Ideenskizze für eine sechsmonatige Konzeptionsphase, die der Projektvorbereitung und der Ausarbeitung eines Vollertrags für die Projektförderung dient. Die Konzeptionsphase wird nach ersten Erfahrungen vielfältig genutzt und überwiegend befürwortet. Bei der abschließenden Bewertung des zweistufigen Verfahrens sollte jedoch auch die Projektdurchführung berücksichtigt werden, die zum Berichtszeitpunkt gerade erstmalig beginnt. Empfohlen wird, die Effekte des zweistufigen Förderverfahrens auf die Qualität der Antragstellung, Beschleunigung des Projektstarts und Erfolg der Projektdurchführung weiter zu beobachten.

Förderempfänger setzen die Projekte entsprechend des bewilligten Arbeitsplans um. Die GS, unterstützt vom PT, berät und begleitet die Förderempfänger bei der Projektdurchführung und prüft die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel im Verlauf und nach Abschluss des Projekts. Insgesamt wird die Betreuung der Fördernehmer durch die GS und den PT positiv bewertet. In der Befragung der Förderempfänger wurde der Wunsch nach mehr Flexibilität in der Verwendung der Mittel geäußert, um den Aufwand für Änderungsanträge zu Arbeitsplänen zu reduzieren. Außerdem wurde angeregt, Formate zum Erfahrungsaustausch zwischen Projektverantwortlichen zu schaffen, da sich viele Förderempfänger mit ähnlichen Herausforderungen bei der Durchführung konfrontiert sähen.

Durch die Covid-19-Pandemie kam es in vielen Projekten, z. B. bei der Patientenrekrutierung und Interventionen, zu Verzögerungen. Hier wurden zahlreiche Verlängerungen und auch Nachfinanzierungen ermöglicht, um die Erreichung der jeweiligen Projektziele zu ermöglichen.

Förderempfänger sind verpflichtet, sechs Monate nach Ablauf der Förderung einen Ergebnisbericht und einen fachlichen Schlussbericht einzureichen. Zu NVF muss zudem ein unabhängiger Evaluationsbericht vorgelegt werden. Die Berichte bilden die Grundlage für Empfehlungen des IA zur Überführung in die Regelversorgung, die innerhalb von drei Monaten getroffen werden müssen. Die IA-Empfehlungen werden gemeinsam mit den Ergebnis- und ggf. Evaluationsberichten sowie in Projekten erarbeiteten Instrumenten auf der Website des IA veröffentlicht. Dieser Umgang mit den Projektergebnissen – strukturierte Bewertung, Aussprechen von Empfehlungen zur Nutzbarmachung und zum Transfer sowie Veröffentlichung – ist ein Alleinstellungsmerkmal des Innovationsfonds im Gesundheitswesen und trägt maßgeblich zur Nachhaltigkeit der Förderung bei.

Themenfelder, Antragsgeschehen und Förderentscheidungen

Der Innovationsfonds setzt durch die themenspezifische Förderung Schwerpunkte mit Blick auf die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung. Eine große Themenvielfalt wurde bereits gezielt gefördert. Ergänzend können themenoffene Ausschreibungen zur Umsetzung besonders innovativer Ideen beitragen, die außerhalb dieser Schwerpunkte liegen, aber ebenfalls für die Verbesserung der Versorgung relevant sind.

In den acht NVF-Förderwellen seit Beginn des Innovationsfonds gab es sieben themenspezifische Förderbekanntmachungen, die insgesamt 33 Themenfelder abdeckten, und sieben themenoffene Förderbekanntmachungen. Aus insgesamt 810 Anträgen sind in den ersten sieben Wellen 194 Projekte für die Förderung ausgewählt worden. Die durchschnittliche Bewilligungsquote lag bei 28 %. In der achten Welle (2022) läuft zum Berichtszeitpunkt die Konzeptionsphase.

In den ersten sieben VSF-Förderwellen gab es sechs themenspezifische Förderbekanntmachungen zu 35 Themenfeldern. Hinzu kamen sechs themenoffene Bekanntmachungen, vier Bekanntmachungen zur Evaluation von Richtlinien des G-BA und vier Bekanntmachungen zur Evaluation von Selektivverträgen. Außerdem wurden bisher zwei Bekanntmachungen zu der durch das DVG geschaffenen Förderung der (Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien (mit insgesamt sieben Themenfeldern) veröffentlicht. Insgesamt gingen 1.374 VSF-Anträge ein, von denen 313 in den ersten sechs Wellen gefördert wurden. Die durchschnittliche Bewilligungsquote lag bei 27 %. Förderentscheidungen zur siebten Welle (2022) waren zum Berichtszeitpunkt noch nicht getroffen.

Die (Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien als Teil der VSF wird seit 2021 mit mindestens 5 Mio. € jährlich gefördert. Zurzeit werden in diesem VSF-Segment 23 Projekte gefördert. Die Anträge zur zweiten Bekanntmachung zur Leitlinienförderung durchlaufen zum Berichtszeitpunkt das Begutachtungsverfahren. Die unabhängige Finanzierung von medizinischen Leitlinien durch den Innovationsfonds kann zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.

In den ersten acht NVF-Wellen wurden 28 % der Anträge zu themenoffenen Bekanntmachungen eingereicht; im VSF-Bereich in den ersten sieben Wellen 38 % der Anträge. Das themenoffene Fördersegment bietet die Möglichkeit, innovative Projekte außerhalb der vorgegebenen Themenfelder zu fördern, hatte aber bereits 2017 einen Höchststand erreicht und ist seitdem rückläufig, insbesondere durch die mit dem DVG festgelegte Begrenzung der Förderung auf bis zu 20 % der verfügbaren Fördermittel. Die Flexibilität dieses Fördersegments könnte erhöht werden, indem diese Höchstgrenze von 20 % durch eine Spanne, etwa von 15 bis 25 %, ersetzt wird.

Inhalte und Merkmale der Förderprojekte

Die Auswertung der Projektdaten weist darauf hin, dass entsprechend der Ziele bzw. Erkenntnisinteressen der geförderten Projekte ein hohes Potenzial für die Weiterentwicklung der Versorgung besteht, es jedoch auch noch vereinzelt Möglichkeiten für Verbesserungen gibt. NVF und VSF-Projekte widmen sich analog zu den vielfältigen Förderbekanntmachungen einem breiten Spektrum an Themen und einer Vielzahl an individuellen Projektzielen. Maßnahmen der Digitalisierung und der Verbesserung der Koordination von Leistungen und Leistungserbringern sind besondere Schwerpunkte. Dies entspricht den Zielen des Innovationsfonds.

Rund zwei Drittel aller Projekte verfolgt einen sektorenübergreifenden Ansatz und setzt damit ebenfalls ein explizites Ziel des Innovationsfonds um. Dabei stellen die ambulante ärztliche Versorgung und die Versorgung im Krankenhaus die mit Abstand am häufigsten einbezogenen Versorgungsbereiche dar. Versorgungsbereiche wie die ambulante und stationäre Pflege, die Rehabilitation oder die Notfallversorgung sind ebenfalls vertreten, allerdings deutlich seltener. Damit adressiert die Mehrheit der Projekte Sektorengrenzen innerhalb der GKV-Versorgung. Ein Viertel der NVF und ein Drittel der VSF-Projekte erproben darüber hinaus Maßnahmen an den Schnittstellen zwischen GKV und anderen Versorgungsbereichen, insbesondere der Pflege (nach SGB XI). Allerdings sind Akteure aus diesen anderen Bereichen noch nicht in ausreichendem Maße an den Projekten beteiligt.

Auch bei der Einbindung aller relevanten Berufsgruppen gibt es noch Steigerungspotenzial. Bislang dominieren Ärzte und Ärztinnen deutlich, während nicht akademische Berufsgruppen, wie z. B. das Personal in der Pflege und in Heilberufen sowie Medizinische Fachangestellte, nicht entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung in den Projekten vertreten sind.

Projekte in beiden Förderlinien richten sich an eine Vielzahl an Zielgruppen und Indikationen. Damit wird über den Innovationsfonds mittlerweile ein Großteil der Gesundheitsversorgung einschließlich der Schnittstellen zu weiteren Versorgungsbereichen abgedeckt. Ebenso wird eine Vielzahl von wesentlichen Zielgruppen bereits berücksichtigt. Dabei werden ältere Menschen in den Projekten bislang deutlich häufiger adressiert als z. B. sozial Benachteiligte, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit Migrationshintergrund, obwohl es bereits entsprechende Förderbekanntmachungen gab. Die besonderen Bedarfe vulnerabler Zielgruppen sollte die Förderung demnach noch stärker in den Blick nehmen. Eine adressatengerechte Öffentlichkeitsarbeit zu relevanten Förderbekanntmachungen wird empfohlen.

Neuartig ist auch die Zusammensetzung vieler Projektkonsortien. Neben Universitätskliniken und Universitäten, die einen Großteil der Konsortialleitungen stellen, sind Krankenkassen und Leistungserbringer im Sinne des SGB V in Projekten häufig vertreten. Hier zeigt sich, dass der Innovationsfonds ein breites Spektrum an Akteuren anspricht und in die Erforschung und Erprobung innovativer Versorgungsformen einbezieht. Allerdings sind Akteure anderer Sozialleistungsträger nur in Einzelfällen als Konsortialpartner beteiligt. Die Ursachen für ihre seltenere Beteiligung sollten untersucht und durch passende Maßnahmen adressiert werden.

Patientenorganisationen sind in rund einem Viertel aller Projektkonsortien vertreten. Insgesamt hat sich die Einbindung von Patientenorganisationen bzw. der Patientenperspektive im weiteren Sinne seit der Anfangsphase des Innovationsfonds deutlich verbessert. Konkreten Vorgaben für die Ausgestaltung der Beteiligung, wie sie teilweise von Stakeholdern gefordert werden, steht die große Vielfalt der Projekte entgegen. Die Patientenorientierung des Innovationsfonds sollte weiter beobachtet und mithilfe angemessener Beteiligungsformen bestmöglich sichergestellt und weiter

ausgebaut werden. Hier bietet es sich an, die Erfahrungen und Gute-Praxis-Beispiele aus bisherigen Förderprojekten zu nutzen.

Positiv zu bewerten ist auch, dass patientenrelevante Endpunkte in der Regel in den Zielsetzungen der Projekte und bei ihrer Evaluation berücksichtigt werden. Mit Blick auf die angestrebte Weiterentwicklung der Versorgungseffizienz und den Transfer erprobter Interventionen in die GKV-Versorgung sollte eine stärkere Berücksichtigung von gesundheitsökonomischen Fragestellungen geprüft werden.

Ergebnisse der Projekte und Transfer in die GKV-Versorgung

Die mit dem Innovationsfonds beabsichtigte Weiterentwicklung der GKV-Versorgung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abschließend evaluierbar, da erst ein kleiner Teil der Projekte abgeschlossen ist und entsprechend wenige Empfehlungen des IA zur Überführung in die Regelversorgung vorliegen. Das Potenzial des Innovationsfonds zeigt sich jedoch bereits durch die vielfältigen erarbeiteten Lösungen und Instrumente, die vom IA veröffentlicht werden und von den Akteuren des Gesundheitswesens aufgegriffen werden können. Die Empfehlungen des IA setzen bereits Impulse für eine Berücksichtigung in der Versorgung. Ansätze aus den Projekten werden zum Teil in Form von Selektivverträgen weitergeführt, wenngleich dies nicht mit einer Übertragung in die flächendeckende Regelversorgung gleichzusetzen ist. Der Evaluationsbericht zeigt erste Beispiele auf, wie Ergebnisse aus dem Innovationsfonds bereits in der Versorgung umgesetzt werden.

Zum Zeitpunkt der Berichtslegung sind zehn NVF und 42 VSF-Projekte abgeschlossen. Die Evaluation untersuchte, inwieweit bisher Projekterkenntnisse in die GKV-Versorgung übertragen wurden bzw. wie die Aussichten für eine Übertragung zu bewerten sind. Für vier NVF und 19 VSF-Projekte hat der IA eine Empfehlung für die Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen und an die zuständigen Akteure im Gesundheitswesen weitergeleitet. Empfehlungen des IA bei NVF wurden durch überwiegend positive Evaluationsergebnisse gestützt. Die Ergebnisse von Projekten, die aufgrund mangelnder Wirksamkeitsnachweise keine Empfehlungen erhielten, wurden im Einzelfall trotzdem an relevante Akteure im Gesundheitswesen weitergeleitet, um positiven Tendenzen bei Teilergebnissen Rechnung zu tragen. Die Empfehlungen des IA richten sich häufig an mehrere Akteure im Gesundheitswesen. Neben dem G-BA und seinen Unterausschüssen werden z. B. auch die Gesundheitsministerien der Länder oder Organisationen der Selbstverwaltung, wie Kassenärztliche Vereinigungen oder Verbände der Krankenkassen, angesprochen. Bisher wird die Bearbeitung der Empfehlungen durch die Adressaten nicht systematisch durch den IA erhoben. Der IA sollte die Bearbeitung seiner Empfehlungen durch die von ihm adressierten Akteure systematisch erfassen und transparent machen, sodass Fortschritte bei der Umsetzung beobachtet und ausgewertet werden können. Voraussetzung dafür ist, dass die Adressaten den IA über die Befassung und ggf. Umsetzung informieren.

Ergänzend zur Auswertung der bisherigen IA-Empfehlungen wurden alle Förderempfänger im Rahmen der Evaluation befragt und eine qualitative Detailanalyse 27 ausgewählter Projekte durchgeführt. Die ausgewählten Projekte waren weit fortgeschritten oder abgeschlossen und gehörten zu drei Themenclustern. Sie widmeten sich entweder der flächendeckenden Versorgung durch digitale oder telemedizinische Anwendungen, der Koordinierung und Vernetzung von Versorgungsstrukturen (einschließlich sogenannter „Lotsenprojekte“) oder der sektorenübergreifenden Versorgung älterer Menschen (insbesondere unter Beteiligung der Pflege nach SGB XI). Auch die detaillierte Betrachtung in den Themenclustern zeigt, dass es den einen vorgezeichneten Übertragungspfad nicht gibt. Die untersuchten Projekte bestehen meist aus mehreren, miteinander verzahnten Maßnahmen und weisen Schnittstellen mit mehreren Sektoren (auch außerhalb der

GKV) auf. Die Vielfalt und Komplexität der Projekterkenntnisse und vor allem die unterschiedlichen zu beteiligenden Akteurskonstellationen müssen bei der Übertragung in die Fläche berücksichtigt werden. Zentral für eine Übertragung ist meist die Schaffung von Finanzierungs- und Abrechnungsmöglichkeiten. Bei sozialleistungsträgerübergreifenden Maßnahmen bedeutet dies, dass Finanzierungslösungen geschaffen werden müssen, die zumindest teilweise auch außerhalb der GKV liegen. Daneben werden häufig weitere regulatorische Anpassungen erforderlich, wie z. B. Änderungen in Berufsordnungen oder an Vorgaben für Aus-, Weiter- und Fortbildungen.

Hervorgehoben wurde, dass Maßnahmen, die in der Fläche umgesetzt werden sollen, von den Beteiligten akzeptiert und als sinnvoll angesehen werden müssen. Dafür braucht es neben der Evidenz für die Wirksamkeit eine ausreichende Informationsbasis. Daher ist es wichtig, dass die in den Projekten gewonnenen Erfahrungen weitergegeben werden, etwa mithilfe von Publikationen und durch konkrete Handreichungen oder Instrumente. Daneben sollten hinreichend Personal sowie Möglichkeiten zur Aus-, Weiter- und Fortbildung zur Verfügung stehen, um die neuen Maßnahmen kompetent umzusetzen und ggf. einen Kulturwandel zu ermöglichen. Zudem wurde eine Vielzahl an technischen Voraussetzungen genannt, die die Implementierung neuer Versorgungsformen unterstützen oder – durch ihr Fehlen – behindern können, wie Schnittstellen für digitale Lösungen, die die Kommunikation und den Datentransfer unterstützen (z. B. für Telekonsile oder Videosprechstunden). In diesem Zusammenhang werden Möglichkeiten zum themenspezifischen Austausch mit einem Fachpublikum sowie Auswertungen der gewonnenen Erkenntnisse in ausgewählten Themenfeldern angeregt, um das in den Projekten geschaffene Wissen weiter zu verbreiten und für die Implementierung zu nutzen.

Die Untersuchungen zum bisherigen Transfer der Projekterkenntnisse weisen darauf hin, dass die langfristige Wirkung des Innovationsfonds davon abhängen wird, inwiefern die Akteure im Gesundheitswesen die gewonnenen Erkenntnisse tatsächlich nutzen und inwiefern es gelingt, im Gesundheitssystem die Bedingungen für eine flächendeckende Umsetzung von Empfehlungen des IA zu schaffen.

Eignung des Innovationsfonds zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Empfehlung zur unbefristeten Fortführung

Mit dem Innovationsfonds wurde ein Förderinstrument geschaffen, das bislang im deutschen Gesundheitswesen einzigartig ist. Mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesundheitsfonds werden Projekte gefördert, die nahe an der Versorgungsrealität sind und substanzielle Beiträge zur Weiterentwicklung der Versorgung in der GKV in Deutschland leisten können. Insgesamt zeigen die Befunde der Evaluation ein positives Bild des Entwicklungsstandes des Innovationsfonds und ein hohes Potenzial des Fonds zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung. Die Förderstrukturen und die Zusammenarbeit der Gremien haben sich als leistungsfähig und effektiv bewährt. Die Verwendung der Mittel ist budgetkonform; die Steigerung der Verwaltungskosten ist durch die wachsende Zahl der laufenden Projekte begründet und angemessen. Die Förderangebote sind umfangreich, zielgerichtet und bilden wesentliche Versorgungsbedarfe im Gesundheitswesen ab. Zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens – darunter Leistungserbringer, Forschungseinrichtungen und Krankenkassen – arbeiten in neuen Konstellationen zusammen, um gemeinsam innovative Versorgungsformen zu erproben und wissenschaftliche Erkenntnisse zu erarbeiten. Nach Einschätzung des Evaluationsteams stärkt diese Zusammenarbeit auch das generelle Innovationsgeschehen im Gesundheitswesen. Die strukturierte Dokumentation, unabhängige Evaluation und Transparenz der Projektergebnisse sind wichtige Voraussetzungen dafür, dass die Ergebnisse in der Fläche eine Wirkung entfalten können. Neben dieser positiven Ge-

sambilanz lassen sich aus den Evaluationsbefunden konkrete Verbesserungsmöglichkeiten ableiten, um die Rolle des Innovationsfonds bei der Weiterentwicklung der GKV-Versorgung weiter zu stärken.

Auf Grundlage aller Befunde kann eine Fortführung des Innovationsfonds über das Jahr 2024 hinaus empfohlen werden. Für eine unbefristete Fortführung spricht darüber hinaus, dass davon auszugehen ist, dass sich das Gesundheitssystem in den kommenden Jahren fortgesetzt neuen Veränderungen stellen muss, etwa den Folgen der demografischen Entwicklung oder der fortschreitenden Digitalisierung. Die sich daraus ergebenden Herausforderungen und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung und Verbesserung sollten im Interesse des Patientenwohls und der Wirtschaftlichkeit genutzt werden. Der Innovationsfonds ermöglicht eine interdisziplinäre, interprofessionelle, herstellerunabhängige und strukturierte Innovationsförderung. Diese Innovationsförderung, die auf Priorisierung von Erkenntnisinteressen, umfassender Evidenzgenerierung und direktem Umsetzungsbezug beruht, ist in dieser Form und Größenordnung bislang einzigartig im deutschen Gesundheitswesen. Mit diesen Alleinstellungsmerkmalen kann der Fonds einen wichtigen Beitrag zur Zukunftsfestigkeit der GKV leisten. Sein Auftrag ist nicht auf eine aktuelle Problemlage oder einen abschließenden Erkenntnisgewinn gerichtet, sondern als permanente, langfristige Aufgabe und als kontinuierlicher Lernprozess angelegt. Bislang sind zwar nur wenige Projekte vollständig abgeschlossen und ihre Erkenntnisse für eine Überführung empfohlen worden. Allerdings haben erste Ansätze aus den Projekten zum Berichtszeitpunkt bereits einen Niederschlag in der Versorgung gefunden. Wichtig ist, die Umsetzung von Empfehlungen und ihre Auswirkungen auf die Versorgung weiter zu beobachten. Es wird daher empfohlen, die Fortführung des Innovationsfonds an eine kontinuierliche Überprüfung seiner Zielerfüllung zu knüpfen und als Instrument der Innovationsförderung an neue Entwicklungen und Bedarfe anzupassen.

2 Einleitung

2.1 Evaluationsauftrag

In den §§ 92a und 92b Sozialgesetzbuch (SGB) V hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) den Innovationsfonds rechtlich verankert.² In diesem Kontext hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in § 92a Abs. 5 SGB V den gesetzlichen Auftrag erhalten, eine wissenschaftliche Auswertung des Innovationsfonds zu veranlassen und dem Deutschen Bundestag zum 31.03.2019 einen Zwischenbericht³ und zum 31.03.2022 einen abschließenden Bericht⁴ über das Ergebnis der wissenschaftlichen Auswertung zu übersenden.

Mit der wissenschaftlichen Auswertung der Förderung aus dem Innovationsfonds wurde die Prognos AG beauftragt, die hiermit ihren Endbericht der Evaluation vorlegt. Als Leitfrage der Evaluation hat das BMG die Frage formuliert, „ob der Innovationsfonds grundsätzlich ein geeignetes Instrument darstellt, um zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung beizutragen. Wenn diese Frage positiv beantwortet wird, soll die Evaluierung zusätzlich zusammenfassende Hinweise geben, ob und ggf. welchen Änderungsbedarf es gibt, um den Innovationsfonds als Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgung in der GKV zu optimieren, und entsprechende Empfehlungen und Lösungsvorschläge erarbeiten.“⁵

Die Evaluation soll sich an den im Begründungstext zum GKV-VSG genannten Fragen orientieren:

1. Sind die Förderstrukturen effektiv?
2. Ist eine sinnvolle Themenauswahl erfolgt?
3. Ist das Zusammenspiel der Gremien effektiv?
4. Ist der Innovationsfonds richtig organisiert?
5. Die wissenschaftliche Auswertung umfasst auch die Prüfung der wirtschaftlichen und sparsamen Verwendung der Mittel durch den Innovationsfonds.⁶

2.2 Schwerpunkte der zwei Evaluationsphasen

Im Vordergrund der ersten Evaluationsphase 2016 bis 2018 standen die Fragen, ob der Innovationsfonds als Instrument grundsätzlich geeignet ist, zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung beizutragen, welcher Änderungsbedarf besteht und wie dieser ggf. realisiert werden kann. Der Fokus lag auf der Struktur- und Prozessqualität. Nach Berichterstattung des BMG an den Bundestag über den Zwischenbericht der Evaluation wurde mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vom 09.12.2019 die Fortführung bis 2024 und die Weiterentwicklung des Innovationsfonds beschlossen.

² Gesetz vom 16.07.2015 - Bundesgesetzblatt Teil I 2015 Nr. 30 22.07.2015 S. 1.211. In Kraft getreten am 23.07.2015.

³ Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung, BtDrs: 19/8500

⁴ Zeitpunkt des Endberichts wurde geändert durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vom 09.12.2019.

⁵ Bundesministerium für Gesundheit (2017): Leistungsbeschreibung für den Dienstleistungsauftrag: „Wissenschaftliche Auswertung der Förderung aus dem Innovationsfonds gem. § 92a Abs. 5 SGB V“, S. 4.

⁶ Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG), BtDrs: 18/4095.

In der zweiten Evaluationsphase 2019 bis 2021 rückte neben der Struktur- und Prozessqualität auch die Ergebnisqualität in den Vordergrund. Es wurde geprüft, ob und wie der Innovationsfonds als Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgung in der GKV seine Ziele erreicht bzw. weiter optimiert werden kann. Etwaige Änderungsbedarfe werden aufgezeigt sowie entsprechende Empfehlungen und Lösungsvorschläge gegeben. Ein Schwerpunkt ist die Evaluation der Änderungen durch das DVG. Einen zweiten Schwerpunkt bilden die Untersuchungen zu den Chancen für den Transfer von Maßnahmen und Erkenntnissen in die GKV-Versorgung. Im Bereich der neuen Versorgungsformen (NVF) wird, soweit zum Berichtszeitpunkt möglich, abgeschätzt, ob die Projekte grundsätzlich belastbare Ergebnisse zur Verbesserung der Versorgung liefern, die eine Überführung in die Regelversorgung ermöglichen. Die ersten Transferaktivitäten und diesbezügliche Erfolgsfaktoren und Voraussetzungen werden untersucht. Bei Projekten der Versorgungsforschung steht die Verwertbarkeit der Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung im Vordergrund. Die Ergebnisse der zweiten Phase sind im vorliegenden abschließenden Bericht der Evaluation dokumentiert.

Berichtszeitpunkt und Bewertungsmöglichkeit

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf den Stand des Innovationsfonds zum 31.10.2021.⁷

Da der Innovationsfonds ein aktuell noch laufendes Förderprogramm ist und zum gegenwärtigen Zeitpunkt erst ein geringer Anteil der Förderprojekte abgeschlossen ist, kann die Evaluation keine abschließende Bewertung des gesamten Förderinstruments Innovationsfonds vornehmen. Die Evaluationsbefunde ermöglichen zum Berichtszeitpunkt dennoch Schlussfolgerungen zum Innovationsfonds und weisen auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten hin.

2.3 Methoden der Evaluation

Die Evaluation stützt sich sowohl auf quantitative als auch qualitative Methoden der Datenerhebung.⁸ Grundlegend ist dabei eine 360°-Perspektive und der damit verbundene Ansatz der Methoden- und Datentriangulation; d. h., die gewählten Methoden und Daten sollen die evaluationsleitenden Fragen aus unterschiedlichen Perspektiven prüfen, sich gegenseitig ergänzen und somit eine umfassende Beurteilung ermöglichen.

Grundlage der Evaluation ist eine systematische Analyse von Dokumenten und Förderdaten sowie Interviews und Online-Befragungen. Gremienprotokolle und schriftliche Unterlagen zu Förderentscheidungen (z. B. Antragsbegutachtungen) konnten den Autorinnen und Autoren des Berichtes aus rechtlichen Gründen nicht zur Verfügung gestellt werden.

Experteninterviews sind ein wesentliches Element in der Gesamtevaluation des Innovationsfonds. Sie dienen insbesondere dazu, Informationen zu gewinnen, welche nur schwierig durch standardi-

⁷ Im Rahmen der Berichterstellung wurden zusätzlich ausgewählte Informationen bis zum 31.12.2021 ergänzt, beispielsweise zu aktuellen Förderentscheidungen und Beschlüssen des Innovationsausschusses zur Überführung in die Regelversorgung.

⁸ Das vollständige methodische Konzept der Evaluation findet sich im Anhang dieses Berichts.

sierte Formate erhoben werden können. In der Regel sind dies aus Erfahrung gewonnene Informationen und persönliche Einschätzungen zu Prozessen und ihren Auswirkungen. Sie ermöglichen insbesondere Informationen aus anderen Quellen (Dokumente, Förderdaten, Online-Befragungen) zu diskutieren sowie zu validieren und somit zusätzliches Wissen zur Einordnung und zum Verständnis zu erlangen. Befragt wurden in diesem Zusammenhang Mitglieder des Innovationsausschusses (IA), Mitarbeitende der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses (GS) sowie des Projektträgers (PT) (interne Akteure), externe Akteure des Gesundheitswesens und der versorgungsbezogenen Wissenschaft (Stakeholder) sowie Förderempfänger mit Verantwortung für NVF und VSF-Projekte des Innovationsfonds.

Des Weiteren wurden im Verlauf der Evaluierung mehrere Online-Befragungswellen mit Förderempfängern und Stakeholdern durchgeführt. Die Informationen aus diesen Befragungen ermöglichen eine Ableitung von Rückschlüssen zur Beantwortung zentraler Fragestellungen der Evaluation. Sie ergänzen und vertiefen zudem die Daten und Informationen aus der Dokumenten- und Förderdatenanalyse um zusätzliche quantitative Daten, qualitative Informationen und akteursbezogene (Selbst-)Einschätzungen. Schließlich bilden sie eine wichtige Quelle, um einzelne Fragen und Ergebnisse in den Interviews zu vertiefen. Somit wird eine größtmögliche Anschlussfähigkeit zwischen den Informationen aus den Online-Befragungen und den leitfadengestützten Interviews gewährleistet.

2.4 Aufbau des Berichts

Im folgenden Kapitel werden die Ziele und bisherigen Weiterentwicklungen des Innovationsfonds zusammengefasst (Kapitel 3). Im weiteren Verlauf werden die Ergebnisse der Datenerhebungen und -analysen, die im Rahmen dieser Evaluation durchgeführt wurden, vorgestellt. In Zwischenfazit werden die wesentlichen Evaluationsbefunde der einzelnen Kapitel zusammengefasst und bewertet. Kapitel 4 widmet sich der Organisation und Finanzierung und Kapitel 5 dem Förderprozess des Innovationsfonds. Kapitel 6 betrachtet die geförderten Themenfelder, zahlreiche Merkmale der Förderprojekte und deren Umsetzungsstand. Kapitel 7 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Projekte und ihre Transferchancen in die GKV-Versorgung sowie eine entsprechende Detailanalyse von Projekten in drei ausgewählten Fokusthemen. Der Bericht schließt ab mit den Schlussfolgerungen, die sich aus den Evaluationsbefunden ableiten lassen, und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Innovationsfonds (Kapitel 8).

3 Ziele und bisherige Weiterentwicklung des Innovationsfonds

3.1 Zielsystem des Innovationsfonds

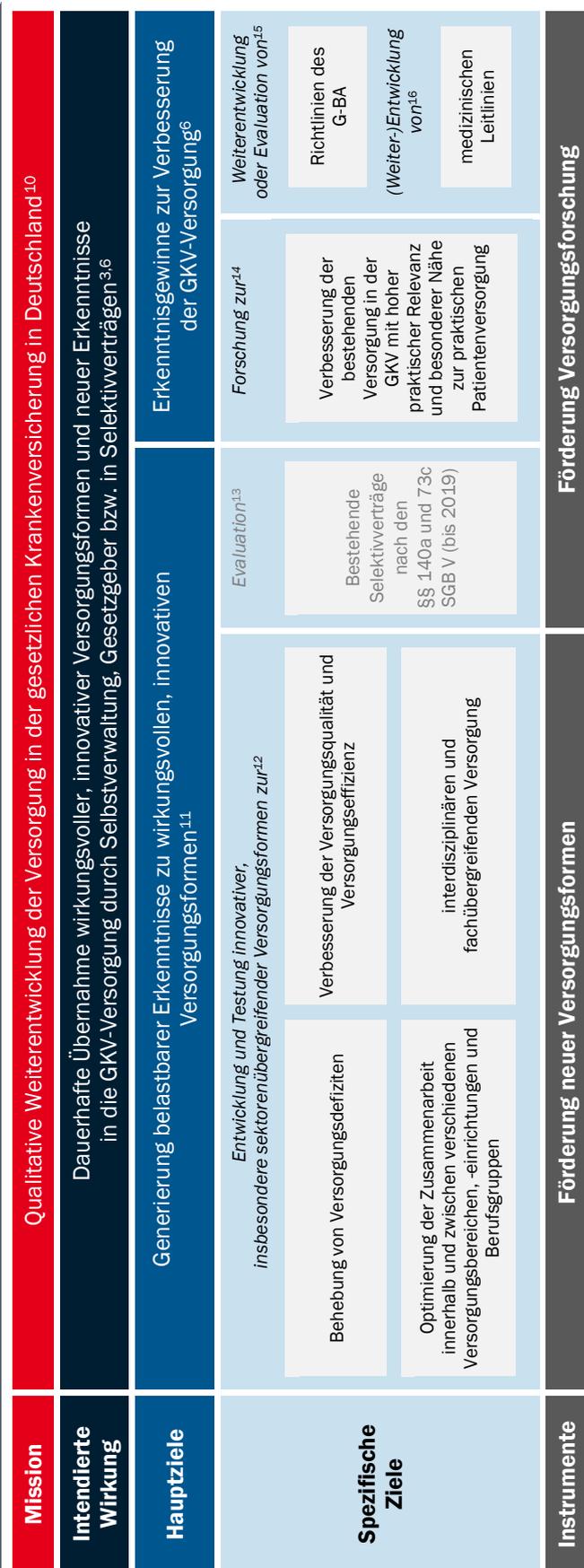
Für eine nachvollziehbare Evaluation des Innovationsfonds und die Akzeptanz der darauf basierenden Bewertungen ist es zunächst notwendig, die Ziele zu beschreiben, die mit dem Instrument Innovationsfonds angestrebt werden. Nur vor deren Hintergrund kann beurteilt werden, ob der Innovationsfonds in dieser Konzeption und Umsetzung sowie mit den erzielten Wirkungen tatsächlich erfolgreich ist.

Um die Ziele des Innovationsfonds zu beschreiben und in ein konsistentes Zielsystem zu überführen, wurden zunächst grundlegende Dokumente zum Innovationsfonds ausgewertet. Der Innovationsfonds wurde mit dem GKV-VSG vom 16.07.2015 ins Leben gerufen. Daher ist die erste Anlaufstelle zur Identifikation der vom Gesetzgeber intendierten Ziele des Innovationsfonds die damalige Gesetzesbegründung.⁹ Zudem wurde der Wortlaut der neu im SGB V eingeführten §§ 92a und 92b untersucht. Mit dem DVG vom 09.12.2019 wurden verschiedene Anpassungen an den Regelungen zum Innovationsfonds vorgenommen. Soweit hiervon die (spezifischen) Ziele betroffen waren, wurde auch dies berücksichtigt. Darüber hinaus wurden wesentliche Programmdokumente wie die Förderbekanntmachungen, allgemeine Hinweise für die Antragsteller sowie die Geschäfts- und Verfahrensordnung gesichtet. Diese Programmdokumente werden als dem Gesetzentwurf nachrangig angesehen, da sie bereits eine Interpretation der Ziele des Gesetzgebers darstellen. In erster Linie stützt sich somit das Zielsystem des Innovationsfonds auf dessen gesetzliche Grundlage und deren Begründung durch den Gesetzgeber.

Das zugrunde gelegte Zielsystem des Innovationsfonds kann Abbildung 1 entnommen werden. Es ist hierarchisch aufgebaut: Niedrigere Ebenen stellen Voraussetzungen bzw. Konkretisierungen der darüberliegenden Ebenen dar.

⁹ Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG), BtDrs: 18/4095.

Abbildung 1: Zielsystem des Innovationsfonds



Quelle: Dokumentenanalyse

© Prognos AG, 2021

¹⁰ Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG), BtDrs: 18/4095, S. 100.

¹¹ § 92a Abs. 1 S. 4 SGB V mit Entwurf GKV-VSG, BtDrs: 18/4095, S. 100.

¹² § 92a Abs. 1 S. 4 Nr. 1 bis 4 SGB V in Verbindung mit Entwurf GKV-VSG, BtDrs: 18/4095, S. 101 und Aussagen zum Förderzweck in den Förderbekanntmachungen (bspw. Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur themenoffenen Förderung von neuen Versorgungsformen gemäß § 92a Abs. 1 SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 8. April 2016, S. 2.

¹³ Bis 2019 gab es das Ziel, Selektivverträge zu evaluieren, die bereits vor Einführung des Innovationsfonds bestanden. Mit dem DVG wurde dieses Ziel ab 2020 abgeschafft.

¹⁴ § 92a Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit Entwurf GKV-VSG, BtDrs: 18/4095, S. 101.

¹⁵ § 92a Abs. 2 S. 4 SGB V in Verbindung mit Entwurf GKV-VSG, BtDrs: 18/4095, S. 102.

¹⁶ § 92a Abs. 2 S. 4 SGB V in Verbindung mit Entwurf DVG, BtDrs: 19/13438, S. 51.

Auf oberster Ebene steht die Mission des Innovationsfonds. Der Gesetzgeber bezeichnet die Mission auch als übergeordnetes Ziel. Dieses „ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland“. ¹⁷ Hierin drückt sich u. a. der Fokus des Innovationsfonds auf die GKV-Versorgung aus.

Dieses Ziel soll erreicht werden durch die dauerhafte Übernahme wirkungsvoller, innovativer Versorgungsformen und neuer Erkenntnisse in die GKV-Versorgung – sei es kollektivvertraglich durch die Selbstverwaltung, durch den Gesetzgeber oder in Selektivverträgen durch die Vertragspartner. Unter Innovationen werden hierbei Versorgungsformen verstanden, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Der Innovationsfonds soll Erkenntnisse liefern, auf deren Grundlage eine dauerhafte Übernahme in die Versorgung geprüft werden kann und auf dieser Basis Empfehlungen zur Überführung abgeben. Die rechtlichen und sonstigen Voraussetzungen für eine Überführung selbst können aber nur durch die genannten Akteure erfolgen. Die dauerhafte Überführung stellt somit eine intendierte Wirkung des Innovationsfonds dar.

Hauptziele des Innovationsfonds sind folglich die Generierung belastbarer Erkenntnisse zu wirkungsvollen, innovativen Versorgungsformen sowie Erkenntnisgewinne zur Verbesserung der GKV-Versorgung. Denn nur auf valider und gesicherter Datengrundlage sollen neue Erkenntnisse in die GKV-Versorgung dauerhaft überführt werden.

Der Innovationsfonds fördert hierzu die Entwicklung und Testung neuer Versorgungsformen (NVF), wobei ein Schwerpunkt auf sektorenübergreifenden Versorgungsformen liegt. Allgemein sollen die Versorgungsformen dazu beitragen, Versorgungsdefizite zu beheben bzw. die Versorgungsqualität und -effizienz zu verbessern. Insbesondere soll die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen optimiert sowie die interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgung verbessert werden. Produktinnovationen werden explizit nicht vom Innovationsfonds gefördert.

Außerdem fördert der Innovationsfonds Vorhaben zur Versorgungsforschung (VSF) mit dem Ziel, Erkenntnisse zu gewinnen, die die bestehende Versorgung in der GKV verbessern und dabei eine hohe praktische Relevanz und besondere Nähe zur praktischen Patientenversorgung aufweisen. Auch die (Weiter-)Entwicklung von medizinischen Leitlinien (nachträglich eingeführt durch das DVG) und die Evaluation von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) können gefördert werden. Die Förderung der Evaluation von bestehenden Selektivverträgen nach den §§ 140a und 73c SGB V ¹⁸ wurde mit dem DVG abgeschafft, da in den Jahren 2018 und 2019 kaum Gebrauch davon gemacht wurde.

Zu Beginn der Evaluation im Jahr 2018 wurden Gespräche mit Mitgliedern des IA geführt, u. a. zur Einordnung und dem Verständnis der dokumentierten Ziele des Gesetzgebers. Innerhalb des IA bestand ein weitgehend einheitliches Verständnis über das Zielsystem des Innovationsfonds; es stimmt überein mit der Zieldefinition in § 92a SGB V und seiner Begründung im Entwurf des GKV-VSG. Von einigen Mitgliedern dieses Gremiums wurde im Zusammenhang mit dem Zielsystem auf die besondere Bedeutung der Digitalisierung und den hohen Stellenwert von Prozess- und Strukturinnovationen hingewiesen und angemerkt, dass mit „sektorenübergreifend“ auch die anderen Sozialversicherungszweige gemeint sind; all dies ist kompatibel mit den Zielen des Innovationsfonds. Meinungsunterschiede bestanden allerdings bezüglich der intendierten Wirkung des Innovationsfonds. Hierbei geht es um die Frage, ob die Überführung von positiv evaluierten Projektergebnissen in die kollektivvertragliche Versorgung den gleichen Rang besitzt wie die Übernahme

¹⁷ Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG), BtDrs: 18/4095, S. 100.

¹⁸ In der Fassung vom 22.07.2015, d. h. vor den Änderungen durch das GKV-VSG.

solcher Ergebnisse in die selektivvertragliche Versorgung. In der Begründung zu § 92a Abs. 1 heißt es:

Die geförderten „Vorhaben müssen [...] hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Dies bezieht sich zunächst auf eine Überführung in die Regelversorgung. Diese kann durch eine Änderung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss oder erforderlichenfalls auch durch eine Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfolgen. Vorhaben, die auf eine dauerhafte Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung abzielen, können ebenfalls gefördert werden.“¹⁹

Die Mehrheit der befragten Mitglieder des IA betrachteten den Transfer in die kollektivvertragliche Versorgung als die eigentliche Intention des Innovationsfonds. Die Übernahme von Projektergebnissen in Selektivverträge – so die Argumentation – sei auch schon ein Teilerfolg. Der wirkliche Erfolg des Innovationsfonds bemesse sich aber an der Weiterentwicklung der kollektivvertraglichen Versorgung. Daneben gab es allerdings auch Stimmen, die beides als gleichrangig betrachteten.

Der Innovationsbegriff kann unterschiedlich ausgelegt werden. Es besteht keine Definition sowie kein einheitliches Verständnis dessen, was allgemein oder auch im Rahmen des Innovationsfonds als innovativ zu bewerten ist. Der Fokus im Innovationsfonds liegt auf der Weiterentwicklung der GKV-Versorgung. Im Hinblick auf den Innovationsgrad von Neuerungen hat der Begriff „Weiterentwicklung der Versorgung“ keine Konkretisierung erfahren. So ist grundsätzlich unbestimmt bzw. interpretationsoffen, ob inkrementelle Innovationen im Vordergrund der Förderung stehen oder ob auch disruptive Neuerungen²⁰ in der GKV-Versorgung eingeschlossen sind. Im Verlauf der bisherigen Förderung haben sich mehrere Wege gezeigt, auf denen die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung durch den Innovationsfonds bzw. die Förderprojekte erzielt werden können (Kapitel 7).

3.2 Fortführung und Weiterentwicklung des Innovationsfonds durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)

Mit dem DVG vom 09.12.2019 wurde die befristete Fortführung des Innovationsfonds von 2020 bis 2024 beschlossen. Mit dem DVG wurden zudem Weiterentwicklungen des Innovationsfonds vorgenommen, die in der folgenden Übersicht zusammengefasst sind. Die Begründungen, die konkrete Umsetzung sowie die Bewertungen dieser Anpassungen werden in den folgenden Kapiteln des Evaluationsberichtes eingehend thematisiert.

Wesentliche Anpassungen und Weiterentwicklungen des Innovationsfonds durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vom 09.12.2019

Fortführung des Innovationsfonds sowie Reduktion und Verwendung der jährlich zur Verfügung stehenden Mittel (§ 92a Abs. 3) (Kapitel 4.2):

- Der Innovationsfonds wird befristet fortgeführt bis zum Jahr 2024.

¹⁹ Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG), BtDrs: 18/4095, S. 100.

²⁰ Mit disruptiven Neuerungen sind weitreichende Veränderungen bezüglich der Grundstruktur der GKV-Versorgung gemeint, beispielsweise eine Abschaffung der Einzelleistungsvergütung im ambulanten ärztlichen Bereich.

- Die Fördersumme beträgt ab dem Jahr 2020 200 Mio. € jährlich; in den Jahren 2016 bis 2019 waren dies jeweils 300 Mio. € gewesen.
- Von der Fördersumme sollen 80 % für die Förderung NVF und 20 % für die Förderung der VSF verwendet werden (bis 2019: 75 % zu 25 %).
- Für themenoffene Förderbekanntmachungen dürfen in den beiden Hauptförderlinien (NVF und VSF) jeweils höchstens 20 % der jährlich verfügbaren Fördersumme verwendet werden.
- Nicht verausgabte Mittel werden auf das folgende Haushaltsjahr übertragen, was nach bis 2019 geltender Rechtslage nicht möglich war.

Einführung eines zweistufigen Förderverfahrens für NVF (§ 92a Abs. 1) (Kapitel 5.3):

- In einer ersten Stufe wird auf Basis eingereicherter Ideenskizzen die Konzeptentwicklung ausgewählter Vorhaben zur Ausarbeitung qualifizierter Anträge für bis zu sechs Monate gefördert.
- In einer zweiten Stufe werden die nach Ablauf der Konzeptentwicklungsphase einzureichenden Anträge erneut bewertet und die Durchführung von in der Regel nicht mehr als 20 Vorhaben mit der jährlich verfügbaren Fördersumme gefördert.

Besondere Förderlinien in der VSF (§ 92a Abs. 2 und 3) (Kapitel 6.1.5):

- Die Fördermöglichkeit der Evaluation von Selektivverträgen, die nach den §§ 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung des SGB V geschlossen wurden, wird abgeschafft.
- Die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können künftig auch zur (Weiter-)Entwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, eingesetzt werden (mindestens 5 Mio. € jährlich). Die Förderschwerpunkte für die (Weiter-)Entwicklung von Leitlinien legt das Bundesministerium für Gesundheit unter Einbeziehung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften fest.

Einführung eines Konsultationsverfahrens vor Festlegung von Förderbekanntmachungen (§ 92b Abs. 2) (Kapitel 5.2):

- Der Festlegung von Förderbekanntmachungen durch den Innovationsausschuss soll künftig ein Konsultationsverfahren vorausgehen, im Rahmen dessen auch externe Expertise einbezogen wird.

Überführung in die Regelversorgung (§ 92b Abs. 3) (Kapitel 5.6):

- Bei geförderten Vorhaben zu neuen Versorgungsformen beschließt der Innovationsausschuss spätestens drei Monate nach Eingang des jeweiligen Evaluationsberichtes eine Empfehlung zur Überführung der neuen Versorgungsform oder wirksamer Teile aus einer neuen Versorgungsform in die Regelversorgung. Bei geförderten Vorhaben zur Versorgungsforschung berät er innerhalb dieser Frist die jeweiligen Ergebnisberichte und kann eine Empfehlung zur Überführung von Erkenntnissen in die Regelversorgung beschließen. In den Beschlüssen muss konkretisiert sein, wie die Überführung in die Regelversorgung erfolgen soll, und festgestellt werden, wel-

che Organisation der Selbstverwaltung oder welche andere Einrichtung für die Überführung zuständig ist. Wird empfohlen, eine neue Versorgungsform nicht in die Regelversorgung zu überführen, ist dies zu begründen. Die Beschlüsse werden veröffentlicht. Stellt der Innovationsausschuss die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses fest, hat dieser innerhalb von zwölf Monaten nach dem jeweiligen Beschluss der Empfehlung die Regelungen zur Aufnahme in die Versorgung zu beschließen.

Erweiterung der Aufgaben der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses (§ 92b Abs. 5) (Kapitel 4.1.2):

Die Aufgaben der Geschäftsstelle werden um folgende Punkte erweitert:

- administrative und fachliche Beratung von Förderinteressenten, Antragstellern und Zuwendungsempfängern,
- Unterstützung bei der Ausarbeitung qualifizierter Anträge
- administrative Bearbeitung und fachliche Begleitung von Vorhaben, die mit Mitteln des Innovationsfonds gefördert werden oder gefördert werden sollen,
- kontinuierliche projektbegleitende Erfolgskontrolle geförderter Vorhaben,
- Erarbeitung von Entwürfen für Empfehlungen des Innovationsausschusses zur Überführung von Wirkansätzen in die Regelversorgung,
- Veröffentlichung von Erkenntnissen und Ergebnissen aus den geförderten Vorhaben.

Klargestellt wird, dass die Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsleistungen keine weitergehenden Ansprüche z. B. auf Förderung auslöst.

Einrichtung eines Expertenpools (§ 92b Abs. 6) (Kapitel 4.1.2):

- Zur Einbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstands wird ein breit aufgestellter Expertenpool gebildet, der an die Stelle des bisherigen zehnköpfigen Expertenbeirates tritt. Die Benennung der Mitglieder des Expertenpools übernimmt der Innovationsausschuss. Die Geschäftsstelle beauftragt die einzelnen Mitglieder des Expertenpools entsprechend ihrer jeweiligen wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Expertise mit der Durchführung von Kurzbegutachtungen einzelner Anträge auf Förderung und mit der Abgabe von Empfehlungen zur Förderentscheidung. Die Empfehlungen der Mitglieder des Expertenpools sind vom Innovationsausschuss in seine Entscheidungen einzubeziehen. Abweichungen von den Empfehlungen der Mitglieder des Expertenpools sind vom Innovationsausschuss schriftlich zu begründen. Mitglieder des Expertenpools dürfen für den Zeitraum ihrer Benennung keine Anträge auf Förderung durch den Innovationsfonds stellen und auch nicht an einer Antragstellung beteiligt sein.

4 Organisation, Fortführung und Finanzierung des Innovationsfonds

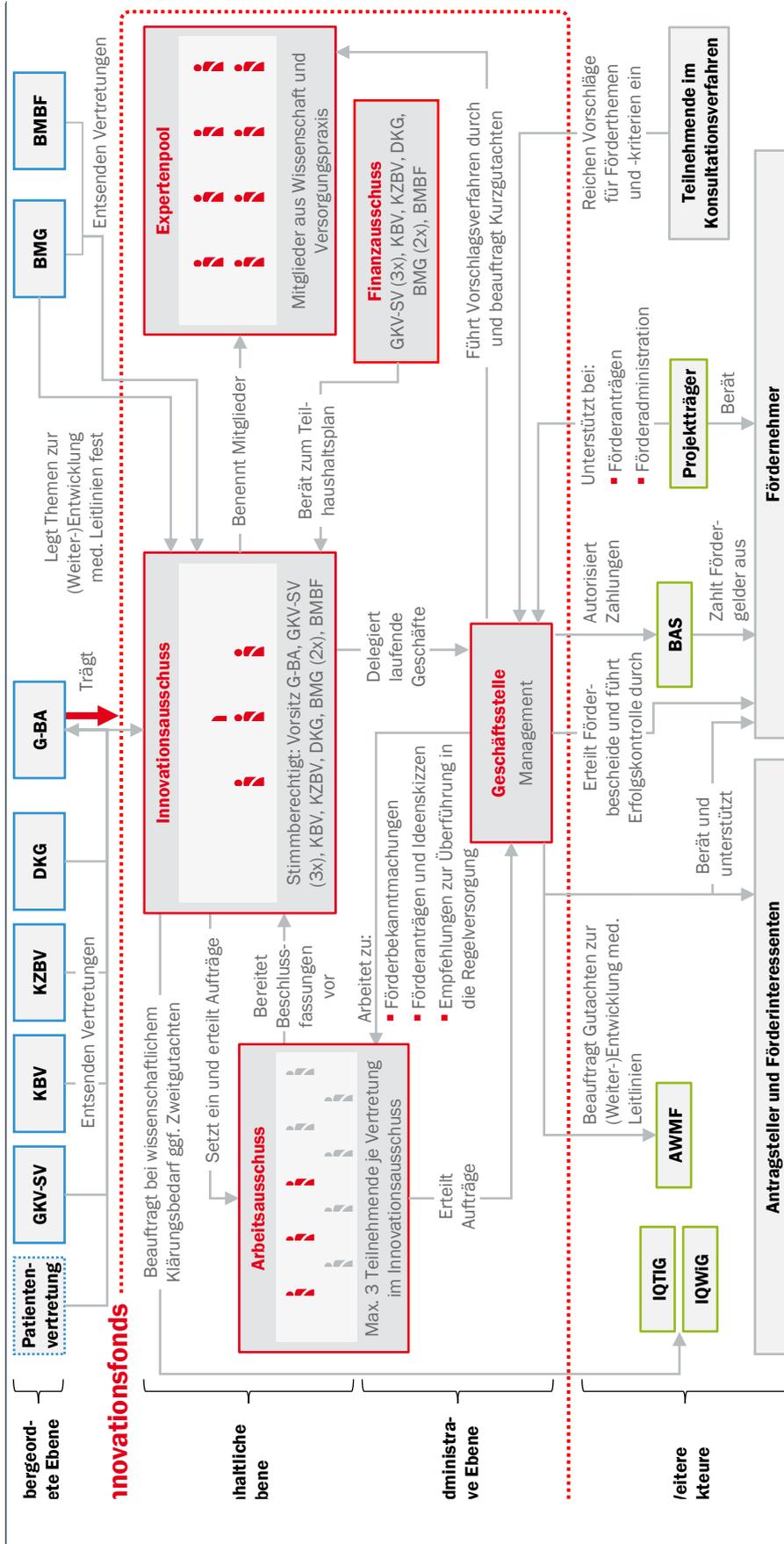
4.1 Aufbauorganisation

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Gesamtstruktur des Innovationsfonds, seine inhaltliche und administrative Ebene sowie die Einbindung von übergeordneten und dienstleistenden Akteuren. Die Darstellung basiert auf den gesetzlichen Regelungen zur Durchführung der Förderung (§ 92b SGB V), der Geschäftsordnung (GO IA)²¹ und der Verfahrensordnung²² des IA sowie auf den Ergebnissen zweier Fachgespräche mit Vertretern der GS.

²¹ Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Geschäftsordnung des Innovationsausschusses nach § 92b SGB V (GO IA) in der Fassung vom 15. Oktober 2015, in Kraft getreten am 26. November 2015, zuletzt geändert am 17. Februar 2020, in Kraft getreten am 8. April 2020, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/195/Geschaeftsordnung_Innovationsausschuss_2020-04-08.pdf, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

²² Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Verfahrensordnung des Innovationsausschusses nach § 92b SGB V (VerfO IA) in der Fassung vom 27. November 2015, in Kraft getreten am 14. Dezember 2015, zuletzt geändert am 17. Februar 2020, in Kraft getreten am 8. April 2020, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/196/Verfahrensordnung_Innovationsausschuss_2020-04-08.pdf, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

Abbildung 2: Aufbauorganisation des Innovationsfonds



© Prognos AG, 2021

Quelle: Interview mit der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses und Dokumentenanalysen

4.1.1 Innovationsausschuss, Arbeitsausschuss und Finanzausschuss

Der **Innovationsausschuss** (IA) ist das finale und damit zentrale Entscheidungsgremium des Innovationsfonds. Er trifft die Beschlüsse im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben nach §§ 92a und 92b SGB V. Zu seinen Hauptaufgaben gehören:

- die Beratung und der Beschluss der Förderbekanntmachungen (vorbereitet durch den AA),
- die Beratung und die Entscheidung über die Förderung von Projekten mit Mitteln des Innovationsfonds unter Einbeziehung der Gutachten aus dem Expertenpool und vorbereitet durch den AA sowie
- der Beschluss von Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung nach Abschluss der geförderten Vorhaben.

Der IA setzt sich aus zehn stimmberechtigten Mitgliedern zusammen (§ 92b Abs. 1 S. 2 SGB V):

- dem oder der unparteiischen Vorsitzenden des G-BA (gleichzeitig Vorsitz des IA)
- einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) benannten Mitglied,
- einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) benannten Mitglied,
- einem von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) benannten Mitglied,
- drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) benannten Mitgliedern,
- zwei Vertreterinnen bzw. Vertretern des BMG und
- einer Vertreterin bzw. einem Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF).

An den Entscheidungen des Fonds sind somit sowohl die Selbstverwaltung als auch die Exekutive des Bundes beteiligt. Entscheidungen des IA bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen (§ 92b Abs. 2 S. 12 SGB V).

Neben den zehn stimmberechtigten Mitgliedern nehmen Patientenvertreterinnen bzw. Patientenvertreter – analog zum G-BA ohne Stimmrecht – an den Beratungen des IA teil. Sie sollen die Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen in dem Gremium vertreten. Sie haben ein Mitberatungs- und Antragsrecht (§ 92b Abs. 1 S. 3 SGB V).

Der IA hat zur Vorbereitung seiner Beratungen und Beschlussfassungen einen **Arbeitsausschuss** (AA) gemäß § 13 Abs. 1 GO IA eingesetzt.

Für jedes stimmberechtigte Mitglied des IA sowie die teilnahmeberechtigten Patientenvertreterinnen bzw. Patientenvertreter werden bis zu drei Teilnehmende für den AA benannt; geleitet werden die Sitzungen von der GS (§ 13 Abs. 1 GO IA). Der AA kann einvernehmlich weiteren Akteuren ein Teilnahmerecht einräumen; dazu gehören Mitglieder des Expertenpools sowie Mitarbeitende der G-BA-Geschäftsstelle, des PT, des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) (§ 13 Abs. 2 GO IA).

Der AA soll bei seinen Beratungen Konsens anstreben. Er fasst das Ergebnis seiner Beratungen zusammen und legt es dem IA vor. Ergibt sich, dass wesentliche Meinungsdivergenzen nicht ausgeräumt werden können, sind diese im IA darzustellen (§ 14 Abs. 2 GO IA).

Der **Finanzausschuss** des Innovationsfonds hat die Aufgabe, einen Teilhaushaltsplan (Haushalt des IA ist Teilhaushalt des G-BA-Haushaltes, Haushaltsplanung und Rechnungslegung orientieren sich an Prozessen des G-BA) aufzustellen und die Jahresrechnung zu beraten (§ 20 GO IA). Er umfasst neun Mitglieder:

- je eine Vertreterin bzw. einen Vertreter der KBV, der KZBV und der DKG,
- drei Vertreterinnen bzw. Vertreter des GKV-SV sowie
- zwei Vertreterinnen bzw. Vertreter des BMG und eine Vertreterin bzw. einen Vertreter des BMBF.

Der Finanzausschuss entscheidet mit einer Mehrheit von sechs Stimmen. Der oder die Vorsitzende des Finanzausschusses legt dem IA den aufgestellten Teilhaushaltsplan zur Beschlussfassung vor.

Zur Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit innerhalb des Innovationsfonds wurden die Mitglieder des IA befragt. Hierzu wurde an jede vertretene Institution (inkl. Patientenvertretung) ein standardisierter Fragebogen verschickt und nach schriftlicher Beantwortung ein Interview je Institution geführt. Mit der gegenwärtigen Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen Gremien sind acht der befragten Institutionen sehr bzw. eher zufrieden. Von einer Institution wird Unzufriedenheit angemerkt: Die Aufgaben insbesondere des AA seien zu kleinteilig. So finde z. B. das Redigieren von Texten im AA unter Einbeziehung von ca. 30 Mitgliedern statt; das Gleiche gelte bezüglich der Abstimmungen über projektbezogene Änderungsanträge von Förderempfängern. Die Arbeitsweise sei zu zeitaufwendig und ineffizient. Es müssten mehr dieser Aufgaben an die GS delegiert werden.

Die Einbeziehung der Patientenvertretung wird von den befragten Institutionen als eher bzw. sehr zufriedenstellend bezeichnet.

4.1.2 Geschäftsstelle

Zur Vorbereitung und Umsetzung seiner Entscheidungen unterhält der IA eine Geschäftsstelle (GS) (§ 92b Abs. 4 SGB V). Zur Unterstützung der GS bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben hat der IA einen Projektträger (PT) beauftragt. Die GS ist zurzeit mit 13 Mitarbeitenden besetzt.

Die GS hatte bis 2019 insbesondere folgende Aufgaben (§ 92b Abs. 4 SGB V alt):

- Erarbeitung von Entwürfen für Förderbekanntmachungen,
- Einholung von Zweitgutachten,
- Erlass von Förderbescheiden,
- Veranlassung der Auszahlung der Fördermittel durch das Bundesversicherungsamt,
- Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel und eventuelle Rückforderung der Fördermittel,
- Veröffentlichung der aus dem Innovationsfonds geförderten Vorhaben.

Mit dem DVG vom 09.12.2019 wurde eine Erweiterung des Aufgabenkataloges vorgenommen.

Anpassung durch das DVG: Erweiterung der Aufgaben der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses (§ 92b Abs. 5):

Die Aufgaben der Geschäftsstelle werden um folgende Punkte erweitert:

- administrative und fachliche Beratung von Förderinteressenten, Antragstellern und Zuwendungsempfängern,
- Unterstützung bei der Ausarbeitung qualifizierter Anträge,
- administrative Bearbeitung und fachliche Begleitung von Vorhaben, die mit Mitteln des Innovationsfonds gefördert werden oder gefördert werden sollen,
- kontinuierliche projektbegleitende Erfolgskontrolle geförderter Vorhaben,
- Erarbeitung von Entwürfen für Empfehlungen des Innovationsausschusses zur Überführung von Wirkansätzen in die Regelversorgung,
- Veröffentlichung von Erkenntnissen und Ergebnissen aus den geförderten Vorhaben.

Klargestellt wird, dass die Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsleistungen keine weitergehenden Ansprüche z. B. auf Förderung auslöst.

Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucks. 19/13438, S. 55):

„Ziel ist ein stärkeres Engagement der Geschäftsstelle im gesamten Prozess der Projektberatung, -gestaltung, -auswahl, -genehmigung, -durchführung, -steuerung und -auswertung. Damit soll die Geschäftsstelle eine stärkere Verantwortung für die erfolgreiche Umsetzung von geförderten Vorhaben und damit bei der Gestaltung der Verbesserung der Versorgung durch den Innovationsfonds erhalten. Dies umfasst auch, dass Projektideen mit Potenzial zur Verbesserung der Versorgung in Zusammenarbeit mit potenziellen Fördernehmern zu machbaren Projekten entwickelt und ggf. in mehrstufigen Prozessen durchgeführt und evaluiert werden [...] Angestrebt wird die Durchführung eines bislang nicht stattfindenden operativen und proaktiven Projektmanagements.“

Festzuhalten ist, dass die Aufgabenwahrnehmung durch die GS und den PT deutlich zugenommen hat, und zwar nicht nur bedingt durch die Erweiterung des Aufgabenkataloges, sondern auch aufgrund der zunehmenden Anzahl von geförderten Vorhaben. Insbesondere die Vorbereitung, Leitung und Nachbereitung von Sitzungen, die Abstimmung zwischen GS und PT sowie Arbeiten im Zusammenhang mit dem Abschluss von Projekten haben spürbar zugenommen. Hinzu kam eine Vielzahl von Projektanpassungen (konzeptionelle Nachsteuerungen, Laufzeitverlängerungen, Aufstockungen) aufgrund von Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, die sich in einer Fülle von zu bearbeitenden Änderungsanträgen und -bescheiden niederschlugen.

Zusätzliche Aufgaben für die GS ergeben sich außerdem im Zusammenhang mit dem neu eingeführten Konsultationsverfahren (Kapitel 5.2) und dem neu geschaffenen Expertenpool (Kapitel 4.1.2).

Im Zuge der durch das DVG vorgenommenen Aufgabenerweiterung hat die fachliche Beratung durch die GS bzw. den PT zugenommen. Von den befragten Akteuren aus dem Gesundheitswesen

(Stakeholder-Befragung und IA-Befragung) wird dies mehrheitlich begrüßt, da die Qualität der Anträge oftmals unzureichend sei und vor allem für unerfahrene Antragsteller ohne breiten institutionellen Hintergrund die Beratung von erheblichem Nutzen sein könne. Zusätzlicher Bedarf wird im Hinblick auf eine Vernetzung der Projekte bzw. einen fachlichen Austausch zwischen Projekten mit ähnlicher Thematik gesehen.

4.1.3 Expertenpool

Anpassung durch das DVG: Einrichtung eines Expertenpools (§ 92b Abs. 6):

Zur Einbringung von wissenschaftlichem und versorgungspraktischem Sachverstand wird ein breit aufgestellter Expertenpool gebildet, der an die Stelle des bisherigen zehnköpfigen Expertenbeirates tritt. Die Benennung der Mitglieder des Expertenpools übernimmt der Innovationsausschuss. Die Geschäftsstelle beauftragt die einzelnen Mitglieder des Expertenpools entsprechend ihrer jeweiligen wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Expertise mit der Durchführung von Kurzbegutachtungen einzelner Anträge auf Förderung und mit der Abgabe von Empfehlungen zur Förderentscheidung. Die Empfehlungen der Mitglieder des Expertenpools sind vom Innovationsausschuss in seine Entscheidungen einzubeziehen. Abweichungen von den Empfehlungen der Mitglieder des Expertenpools sind vom Innovationsausschuss schriftlich zu begründen. Mitglieder des Expertenpools dürfen für den Zeitraum ihrer Benennung keine Anträge auf Förderung durch den Innovationsfonds stellen und auch nicht an einer Antragstellung beteiligt sein.

Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucks. 19/13438, S. 55 f.):

Mit der Regelung sollen „die Entscheidungen des Innovationsausschusses [...] auf eine breitere wissenschaftliche und versorgungspraktische Expertise gegründet werden. Die große Vielfalt an Themen und Versorgungsaspekten lässt sich in einem zahlenmäßig begrenzten Expertenbeirat nur unzureichend abbilden. Daher soll [...] ein Expertenpool gebildet werden. Dieser umfasst deutlich mehr Experten als bislang der Expertenbeirat, sodass neben wissenschaftlicher Expertise auch hinreichend versorgungspraktische Expertise darin vertreten sein wird [...] Der Benennung der Experten soll ein Vorschlagsverfahren vorausgehen, in dem sowohl die Mitglieder des Innovationsausschusses als auch weitere Akteure des Gesundheitswesens Experten vorschlagen können.“

In § 15 Abs. 1 GO IA ist geregelt, dass die Mitglieder des Expertenpools auf der Basis eines Vorschlagsverfahrens für einen Zeitraum von zwei Jahren benannt werden; eine Wiederbenennung ist möglich. Details des Vorschlagsverfahrens, insbesondere die formalen Anforderungen, sind in einer Bekanntmachung geregelt.²³ Laut § 9 Abs. 3 der Verfahrensordnung des IA beauftragt die GS in der Regel jeweils mindestens zwei Expertinnen bzw. Experten mit der Begutachtung einer

²³ Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (2020): Bekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss über die Einreichung von Vorschlägen für Mitglieder des Expertenpools gemäß § 92b Absatz 6 Satz 3 SGB V i. V. m. § 15 Absatz 3 GO IA. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/185/2020-02-17_Bekanntmachung_Einreichung_Expertenpool_2020.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

Ideenskizze oder eines Antrags auf Förderung. Um Ausfällen vorzubeugen, werden in der Praxis häufig drei Expertinnen bzw. Experten beauftragt.

Bei den befragten externen Akteuren des Gesundheitswesens und der versorgungsbezogenen Wissenschaft (Stakeholder) findet die Ausweitung der wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Expertise bei der Begutachtung von Ideenskizzen und Anträgen überwiegende Zustimmung. Durch die Schaffung des Expertenpools werde eine breitere fachliche Aufstellung erreicht und die Praxisorientierung gestärkt; die flexible Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus wechselnden Fachdisziplinen ermögliche eine angemessene Begutachtung der stark unterschiedlichen Förderanträge. Zudem besitze das Befangenheitsproblem, das bei Mitgliedern des früheren Beirats mehrfach auftrat, angesichts des großen Pools potenzieller Expertinnen und Experten keine ausschlaggebende Bedeutung mehr.

Von der Mehrheit der Mitglieder des IA wird die Ersetzung des Expertenbeirates durch einen Expertenpool von zurzeit ca. 120 Expertinnen und Experten allerdings kritisch gesehen. Der Pool sei zu heterogen besetzt, die Qualität der Begutachtungen sehr unterschiedlich; eine Qualitätssicherung finde nicht statt. Dies erschwere die Berücksichtigung der Expertisen im IA. Während im ehemaligen Beirat ein argumentativer Austausch zwischen den Expertinnen und Experten stattfand und der Beirat bestrebt war, auf dieser Basis ein gemeinsames Votum abzugeben, lägen dem IA nunmehr meist drei unterschiedliche Einzelgutachten zu einer Ideenskizze bzw. einem Antrag vor. Der Vorsitzende des IA fasst die Konsequenzen wie folgt zusammen: „Nur bei wenigen Förderanträgen kommen diejenigen Mitglieder des Expertenpools, die mit der Kurzbegutachtung eines bestimmten Förderantrags beauftragt worden sind, zur selben Empfehlung. Egal, ob sich der IA im Ergebnis für oder gegen die Förderung dieses Antrags entscheidet: Fast immer muss er zumindest von der Empfehlung eines der (meist drei) beauftragten Mitglieder des Expertenpools abweichen und dies intern schriftlich begründen (§ 92b Absatz 6 Satz 8 SGB V). Der dadurch verursachte Aufwand ist immens, wenn man bedenkt, dass bei beispielsweise 180 eingegangenen Förderanträgen in der Praxis 540 Kurzbegutachtungen beauftragt werden.“²⁴

Prioritär geplant ist allerdings, den benannten Expertinnen und Experten auf Veranstaltungen das standardisierte Bewertungssystem und Anforderungen an die Begutachtung besser zu vermitteln, was bislang aufgrund der Pandemievorgaben zurückgestellt wurde.

In einigen Interviews wurde der Vorschlag gemacht, einen reduzierten Expertenbeirat mit der Bündelung und Einordnung der Einzelgutachten zu beauftragen. Des Weiteren wurden qualitätssichernde Maßnahmen bei der Besetzung des Pools (Anpassung der Aufnahmevoraussetzungen) vorgeschlagen.

4.2 Fortführung und Finanzierung

4.2.1 Fortführung des Fonds und Übertragbarkeit der Mittel

Mit dem DVG vom 09.12.2019 wurde eine Fortführung des Fonds bis zum Jahr 2024 vorgenommen und die Übertragbarkeit nicht verausgabter Mittel geregelt.

²⁴ Hecken, Josef (2021): Der Innovationsfonds – Eine Zwischenbilanz aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses. Gesundheits- und Sozialpolitik, 75(3): 12.

Anpassung durch das DVG: Fortführung des Innovationsfonds sowie Verwendung der jährlich zur Verfügung stehenden Mittel (§ 92a Abs. 3):

- Der Innovationsfonds wird fortgeführt bis zum Jahr 2024.
- Nicht verausgabte Mittel werden auf das folgende Haushaltsjahr übertragen, was nach bis 2019 geltender Rechtslage nicht möglich war.

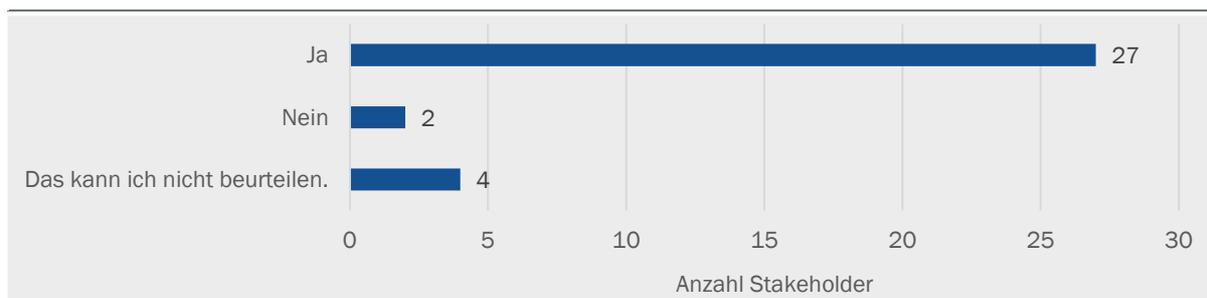
Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucks. 19/13438, S. 52):

- „Die vollständige Übertragbarkeit der Mittel soll zukünftig die flexiblere und effizientere Planung der Förderung sichern und die zweckmäßige Weiterverwendung zugunsten zukünftiger Vorhaben ermöglichen.“

Zur Fortführung des Fonds gaben die Mitglieder des IA folgende Beurteilung ab: Bis auf ein Mitglied waren alle der Meinung, dass der Fonds grundsätzlich über das Jahr 2024 hinaus fortgeführt werden sollte. Er stelle mit seinen zahlreichen beteiligten Akteuren eine wichtige Ergänzung zur üblichen Forschungsförderung dar; ein Großteil der eingereichten Anträge bewege sich nach wie vor sowohl formal als auch inhaltlich auf hohem Niveau. Einzelne Mitglieder befürworteten allerdings explizit eine Fortführung mit erneuter Befristung und begleitender Evaluation.

Zum Thema Fortführung wurden darüber hinaus weitere Akteure des Gesundheitswesens und der versorgungsbezogenen Wissenschaft (Stakeholder) befragt (Abbildung 3).

Abbildung 3: Fortführung des Innovationsfonds über das Jahr 2024 hinaus



n=35, keine Angabe n=2

Frage: Sollte der Innovationsfonds grundsätzlich über das Jahr 2024 hinaus weitergeführt werden?

Quelle: Online-Befragung der Stakeholder

© Prognos AG, 2021

82 % (27 von 33) der befragten Stakeholder vertreten die Meinung, dass der Innovationsfonds über das Jahr 2024 hinaus weitergeführt werden soll. Dafür werden folgende Begründungen angegeben:

- Da das deutsche Gesundheitssystem ständig neuen Herausforderungen ausgesetzt sei (z. B. als Folge von demografischen Entwicklungen, Covid-19-Pandemie), müssten seine Strukturen wandlungsfähig bleiben. Über die Förderung durch den Fonds ließen sich notwendige Struktur- und Prozessveränderungen erproben und evidenzbasierte Lösungen entwickeln.
- Im Bereich VSF bestünden in Deutschland nach wie vor Defizite, die ausgeglichen werden müssten.
- Die vielfältigen Konsortialpartnerschaften innerhalb der Projekte trügen zu einer allgemeinen „Klimaveränderung“ in den Bereichen Kooperation und Zusammenarbeit bei. Dieser Effekt sei nicht zu unterschätzen und spreche für eine Fortführung.
- Zahlreiche Projekte hätten sich bereits bewährt und Weiterentwicklungen in der Versorgung angestoßen.²⁵
- Der Innovationsfonds besitze ein Alleinstellungsmerkmal: Der Fonds ermögliche eine unabhängige, interdisziplinäre und interprofessionelle Innovationsförderung und Erstellung von Leitlinien. Hierzu würden anderweitig keine Mittel in dieser Größenordnung bereitgestellt.

6 % (2 von 33) sind nicht der Ansicht, dass der Innovationsfonds über das Jahr 2024 hinaus weitergeführt werden soll. Das Instrument wird von diesen insgesamt eher kritisch gesehen: Konstruktion und Verfahren seien bürokratisch und nicht flexibel sowie mit hohen administrativen Kosten verbunden.

Zur Übertragbarkeit nicht verausgabter Mittel auf das folgende Haushaltsjahr gaben die befragten Mitglieder des IA mehrheitlich folgende Einschätzung ab: Die Übertragbarkeit sei angemessen; sie erhöhe die Flexibilität der Förderung und erlaube Rückstellungen, z. B. für Projektrisiken und Projektlaufzeitverlängerungen.

4.2.2 Fördervolumen

§ 92a Abs. 3 und 4 SGB V regelt die Finanzierung und Verausgabung der Mittel des Innovationsfonds. Danach werden die Ausgaben des Innovationsfonds, verringert um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse²⁶, durch den Gesundheitsfonds und die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen jeweils zur Hälfte getragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) erhebt und verwaltet die Mittel und zahlt die Fördermittel auf der Grundlage der Entscheidungen des IA aus. Die dem BAS und dem G-BA im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds entstehenden Kosten für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung sollen aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt werden, ebenso die Aufwendungen für die wissenschaftliche Evaluation des Innovationsfonds im Hinblick auf seine Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung.

Die dem Innovationsfonds zufließenden Mittel betragen in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils bis zu 300 Mio. €. Mit dem DVG vom 09.12.2019 wurde eine Reduktion der jährlich zur Verfügung stehenden Mittel vorgenommen.

²⁵ Siehe hierzu auch die Ausführungen in Kapitel 7.1.2.

²⁶ Siehe hierzu auch § 221 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB V.

Anpassung durch das DVG: Reduktion und Verwendung der jährlich zur Verfügung stehenden Mittel (§ 92a Abs. 3):

- Die Fördersumme beträgt ab dem Jahr 2020 200 Mio. € jährlich.
- Von der Fördersumme sollen 80 % für die Förderung neuer Versorgungsformen und 20 % für die Förderung der Versorgungsforschung verwendet werden (bis 2019: 75 % zu 25 %).

Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucks. 19/13438, S. 52):

- „Die Absenkung der Finanzierung ... ist angemessen, da die Kapazitätsgrenzen bei potenziellen Antragstellern erreicht werden und sichergestellt werden soll, dass ausschließlich qualitativ hochwertige und erfolgsversprechende Projekte gefördert werden.“
- „Die Verschiebung der Anteile an der Fördersumme zugunsten der neuen Versorgungsformen ... ist durch deren besondere Relevanz für die Generierung von Erkenntnissen zur Überführung in die Regelversorgung begründet. Die Erprobung und Evaluierung neuer Versorgungsformen liefert die dafür notwendige Basis. Daher ist der Beitrag der neuen Versorgungsformen an der Weiterentwicklung der GKV-Versorgung als Kernelement des Innovationsfonds besonders zu betonen und entsprechend zu fördern. Der Förderung von praxisnaher Versorgungsforschung kommt nach wie vor ein hoher Stellenwert zur Verbesserung der Erkenntnislage zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung zu, allerdings existieren hier im Gegensatz zur Förderung neuer Versorgungsformen auch weitere Fördermöglichkeiten außerhalb des Innovationsfonds, sodass eine Verschiebung des Gewichts im Rahmen der Förderung des Innovationsfonds gerechtfertigt ist.“

In Tabelle 1 sind die Einnahmen und Ausgaben des Innovationsfonds für die Jahre 2016 bis 2020 zusammengefasst.

Tabelle 1: Rechnungsergebnisse des Innovationsfonds 2016 bis 2020

	2016		2017		2018		2019		2020	
	€	Anteil	€	Anteil	€	Anteil	€	Anteil	€	Anteil
Finanzierungsanteile der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen	143.342.615	49,5 %	142.794.874	49,5 %	129.936.147	49,6 %	120.527.945	49,6 %	99.169.170	49,6 %
Finanzierungsanteil der LKK	2.855.659	1,0 %	2.722.945	0,9 %	2.356.674	0,9 %	2.093.776	0,9 %	1.657.446	0,8 %
Finanzierungsanteil des Gesundheitsfonds	143.131.483	49,5 %	142.794.874	49,5 %	129.936.147	49,6 %	120.527.945	49,6 %	99.169.170	49,6 %
Sonstige Einnahmen	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	4.213	0,0 %
Einnahmen gesamt**	289.329.758	100,0 %	288.312.692	100,0 %	262.228.968	100,0 %	243.149.666	100,0 %	200.000.000	100,0 %
Aufwendungen für die Förderung NVF	212.535.382	73,8 %	212.758.570	73,8 %	185.785.881	70,8 %	166.567.132	68,5 %	138.353.098	78,8 %
Aufwendungen für die Förderung der VSF	70.479.047	24,4 %	69.353.832	24,1 %	70.009.092	26,7 %	68.726.003	28,3 %	27.516.004	15,7 %
Verwaltungskostenerstattung an das BAS	336.083	0,1 %	245.834	0,1 %	214.646	0,1 %	204.968	0,1 %	264.667	0,2 %
Verwaltungskostenerstattung an den G-BA	5.977.896	2,1 %	5.954.455	2,1 %	5.946.715	2,3 %	7.592.765	3,1 %	9.297.298	5,3 %
Kosten der wissenschaftlichen Evaluation	1.350	0,0 %	0	0,0 %	272.635	0,1 %	58.798	0,0 %	102.256	0,1 %
Ausgaben gesamt**	289.329.758	100,0 %	288.312.692	100,0 %	262.228.968	100,0 %	243.149.666	100,0 %	175.533.323*	100,0 %

* Die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben gesamt ist darauf zurückzuführen, dass nicht verausgabte Mittel seit 2020 auf Folgejahre übertragen werden können.
 ** Bei der Aufsummierung der Anteilswerte ergeben sich Rundungsdifferenzen.

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) eigene Berechnungen

© Prognos AG, 2021

²⁷ Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) (2021) Jährliche Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds. https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/2021.06.14UEbersicht_Endgueltige_RE2016-2020.pdf abgerufen am 13.01.2022.

Die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen und der Gesundheitsfonds sind mit jeweils 49,5 % (2020: 49,6 %) an der Finanzierung beteiligt; hinzu kommt der Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der zwischen 0,8 und 1,0 % der Einnahmen ausmacht. In den Jahren 2016 und 2017 verausgabte der Fonds Mittel in Höhe von nahezu 290 Mio. €; im Laufe der folgenden Jahre reduzierte sich diese Summe bis auf 176 Mio. € im Jahr 2020. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass seit dem Jahr 2020 nicht verausgabte Mittel auf das folgende Haushaltsjahr übertragen werden (Kapitel 4.2.2).

Für die Förderung der NVF wurden in den Jahren 2016 und 2017 213 Mio. € verausgabt. In den folgenden Jahren ging der Betrag kontinuierlich auf 138 Mio. € im Jahr 2020 zurück. Auf die Förderung der VSF entfielen in den Jahren 2016 bis 2018 jeweils ca. 70 Mio. €. Im Jahr 2020 lag der Betrag mit 28 Mio. € deutlich darunter.

Zwei auf das DVG zurückgehende Faktoren haben zu den genannten Entwicklungen wesentlich beigetragen: Zum einen reduzierte sich die insgesamt zur Verfügung stehende jährliche Fördersumme von 300 auf 200 Mio. €, zum anderen verringerte sich der Anteil, der aus diesem Topf auf Vorhaben der VSF entfallen soll, von 25 auf 20 % zugunsten der NVF, die gemäß DVG mit 80 statt wie früher mit 75 % beteiligt werden sollen.

Die Verwaltungskosten (BAS und G-BA zusammen) beliefen sich in den Jahren 2016 bis 2018 auf ca. 6 Mio. € und stiegen in der Folge auf 7,8 Mio. € im Jahr 2019 und 9,6 Mio. € im Jahr 2020 an. Dies entspricht 2020 einem Anteil von 4,8 % am jährlichen Fördervolumen von 200 Mio. €. Der Anstieg ist vor allem auf den wachsenden Leistungsumfang der GS (inkl. PT) zurückzuführen. Zu nennen sind in diesem Kontext insbesondere die zunehmende Anzahl der zu betreuenden Projekte, die Auswertung der Projekt-Abschlussberichte und die durch das DVG erfolgte Erweiterung der Aufgaben der GS. Darüber hinaus entstehen insbesondere im Zusammenhang mit der Gremienarbeit Verwaltungsaufwendungen bei den Verbänden der Leistungserbringer und Krankenkassen sowie den beteiligten Bundesministerien, welche hier nicht berücksichtigt sind.

Beim Vergleich von Verwaltungskosten für die Durchführung von Förderprogrammen ist zunächst der spezifische Zuschnitt der Förderung zu berücksichtigen. Unterschiede resultieren dabei aus der Ausrichtung als grundlagen- oder anwendungsorientiertes Forschungsprogramm oder aber hinsichtlich der Bewilligung einer Vielzahl von Kleinvorhaben gegenüber der Bewilligung weniger Großprojekte. In den Haushaltstiteln Gesundheitsforschung und Gesundheitswirtschaft sowie Methoden- und Strukturentwicklung für die Lebenswissenschaften des BMBF wurden für das Haushaltsjahr 2020 5,3 % bzw. 5,1 % des jeweiligen Fördervolumens für Projektträgerleistungen geplant.²⁸ Zu diesen Haushaltstiteln gehören vergleichbare Programmschwerpunkte, wie z. B. Prävention und Ernährung sowie die Versorgungsforschung. In einem Quervergleich zu berücksichtigen sind neben den genannten Aspekten das Aufgabenportfolio des PT bzw. der GS, die Komplexität der Antrags- und Bewilligungsverfahren sowie ggf. weitergehende Leistungen wie die fachliche Beratung von Antragstellern und Förderempfängern, die Durchführung von Statusseminaren und Tagungen oder die Übernahme von Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit.

²⁸ Bundesministerium der Finanzen (BMF). Bundeshaushaltsplan 2020. Einzelplan 30. Bundesministerium für Bildung und Forschung, S. 82–83, abrufbar unter https://www.bundeshaushalt.de/fileadmin/de.bundeshaushalt/content_de/dokumente/2020/soll/epl30.pdf, zuletzt abgerufen am 18.10.2021.

Für die Prüfung der wirtschaftlichen und sparsamen Mittelverwendung durch den Fonds ist auch von Bedeutung, dass alle Projektanträge explizit auf ihre Wirtschaftlichkeit und die Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen hin begutachtet werden.

Sowohl die Mitglieder des IA als auch externe Akteure des Gesundheitswesens und der versorgungsbezogenen Wissenschaft (Stakeholder) wurden zur Angemessenheit des Fördervolumens befragt. Die Ergebnisse der Befragungen werden im Folgenden für die beiden Förderbereiche getrennt dargestellt.

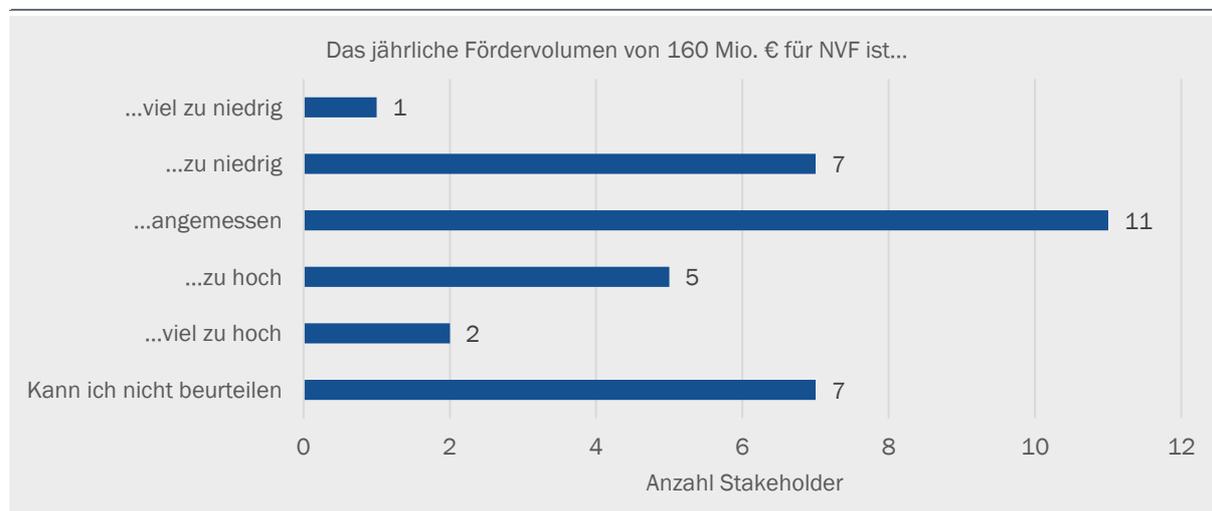
Neue Versorgungsformen

Bezogen auf den Bereich NVF gaben die befragten Mitglieder des IA folgende Einschätzungen ab:

- Fünf der acht befragten Mitglieder bezeichnen das jährliche Fördervolumen von 160 Mio. € als angemessen.
- Zwei Mitglieder halten das Fördervolumen von 160 Mio. € für zu hoch. Ihre Begründungen: Das Volumen sei in den zurückliegenden Jahren nicht voll ausgeschöpft worden bzw. das Fördervolumen im Bereich NVF solle zugunsten der VSF zurückgefahren werden, da in beiden Bereichen ähnlich hohe Antragszahlen vorlägen.
- Ein Mitglied gab auf die Frage keine Antwort.

Die Einschätzungen der Stakeholder zur Höhe des Fördervolumens im Bereich NVF sind der Abbildung 4 zu entnehmen.

Abbildung 4: Angemessenheit des Fördervolumens für NVF



n=35, keine Angabe n=2
Frage: Ist das aktuelle Fördervolumen des Innovationsfonds angemessen?

33 % (11 von 33) der befragten Stakeholder vertreten die Meinung, dass die Höhe des Fördervolumens angemessen sei.

24 % (8 von 33) der Stakeholder sind der Ansicht, dass das jährliche Fördervolumen (viel) zu niedrig sei. Begründet wird dies wie folgt:

- Das Potenzial an Projekten zur Erprobung neuer Versorgungsformen sei größer als das Fördervolumen.
- Für die Gestaltung einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik sei die Förderung neuer Versorgungsformen essenziell. Anderweitig ständen keine vergleichbaren Förderoptionen zur Verfügung.
- Es würden Mittel fehlen, um den Transfer zu gestalten und die Implementierung zu begleiten.
- Die Interventionsphase sei zu kurz.

21 % (7 von 33) der befragten Stakeholder vertreten die Meinung, dass das Fördervolumen (viel) zu hoch sei. Die Begründungen hierzu lauten wie folgt:

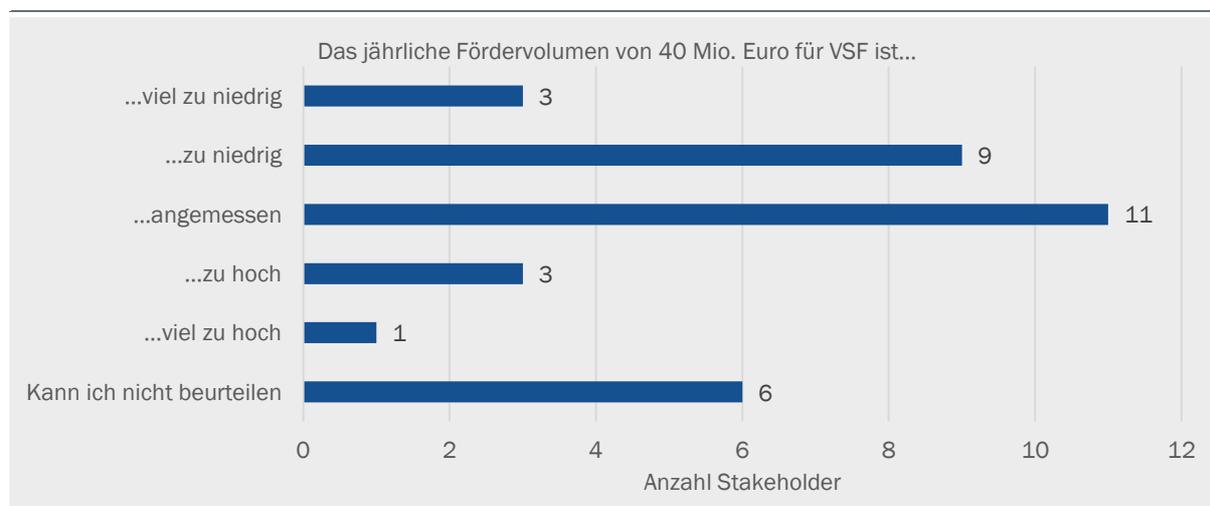
- Es sei eine gewisse Sättigung eingetreten und Kapazitätsgrenzen seien erreicht; daher solle das Fördervolumen abgesenkt werden.
- Ein relevanter Teil der Projekte werde sich nach Projektabschluss nicht dauerhaft in der Regelversorgung etablieren. Die Förderung solle sich daher auf Projekte beschränken, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Übertragung in die Regelversorgung zu erwarten ist.
- Das Fördervolumen wird als „viel zu hoch“ bewertet, da das Instrument „Innovationsfonds“ insgesamt kritisch gesehen wird.

Versorgungsforschung

Bezogen auf den Bereich VSF gaben die befragten Mitglieder des IA folgende Einschätzungen ab:

- Drei von acht Mitgliedern bezeichnen das jährliche Fördervolumen von 40 Mio. € als angemessen.
- Zwei Mitglieder halten das Fördervolumen für zu niedrig: Die Antragszahlen seien ähnlich hoch wie im Bereich NVF, die Projektauswahl daher deutlich schwieriger. Große VSF-Projekte seien aufgrund der Limitierung nur eingeschränkt möglich.
- Zwei weitere Mitglieder halten das Fördervolumen von 40 Mio. € für (viel) zu hoch. Die Begründungen lauten: Das VSF-Budget werde nicht vollständig ausgeschöpft bzw. VSF sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht vom Innovationsfonds, sondern über die öffentlichen Haushalte zu fördern sei.
- Ein Mitglied gab auf die Frage keine Antwort.

Die Einschätzungen der Stakeholder zur Höhe des Fördervolumens im Bereich VSF sind der Abbildung 5 zu entnehmen.

Abbildung 5: Angemessenheit des Fördervolumens für VSF

n=35, keine Angabe n=2

Frage: Ist das aktuelle Fördervolumen des Innovationsfonds angemessen?

Quelle: Online-Befragung der Stakeholder

© Prognos AG, 2021

33 % (11 von 33) der befragten Stakeholder vertreten die Meinung, dass die Höhe des Fördervolumens angemessen sei.

36 % (12 von 33) der Stakeholder sind der Ansicht, dass das jährliche Fördervolumen (viel) zu niedrig sei. Begründet wird dies hauptsächlich damit, dass angesichts anstehender Fragestellungen (z. B. in den Bereichen Vergütung, Qualitätsindikatoren, Covid-19-Pandemie) generell ein hoher Bedarf an Versorgungsforschung in Deutschland bestehe und dass eine Versorgungsforschung unabhängig von Kapitalinteressen und Sponsoren weiter ausgebaut werden solle.

12 % (4 von 33) der befragten Stakeholder vertreten die Meinung, dass das Fördervolumen (viel) zu hoch sei. U. a. wird in diesem Kontext die Meinung vertreten, VSF solle grundsätzlich nicht über GKV-Mittel finanziert werden; eine Förderung aus Steuermitteln sei hier das adäquatere Instrument. Insbesondere bezüglich der (Weiter-)Entwicklung von medizinischen Leitlinien wird eine Finanzierung über GKV-Mittel abgelehnt, da es sich um eine versicherungsfremde Aufgabe handle. Darüber hinaus wird bezweifelt, dass die vorhandenen Forschungskapazitäten das jährliche Fördervolumen dauerhaft werden bedienen können.

4.3 Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung

Aufbauorganisation

Der IA ist das zentrale Gremium des Innovationsfonds. Die GKV-Selbstverwaltung und Vertreter der Exekutive (BMG und BMBF) treffen dort die Entscheidungen zu den Kernelementen des Fonds (Förderbekanntmachungen, Förderentscheidungen zu Projektanträgen, Empfehlungen nach Projektabschluss u. a. m.). Patientenvertreterinnen bzw. Patientenvertreter sind als nicht stimmberechtigte Mitglieder beteiligt. Daneben gibt es einen AA, der die Beratungen und Be-

schlussfassungen des IA vorbereitet, und einen Finanzausschuss, der Haushaltsplan und Jahresrechnung berät. Die gegenwärtige Aufgabenverteilung zwischen den Ausschüssen des Fonds ist nach nunmehr fünf Jahren Förderung als eingespielt und als grundsätzlich sachgerecht zu betrachten. Optimierungsbedarf besteht im Hinblick auf die Aufgabenverteilung zwischen AA und GS, da die Arbeitsweise des Ausschusses zum Teil als zeitaufwendig empfunden wird und gleichzeitig die Arbeitsbelastung im Zeitverlauf aufgrund der wachsenden Anzahl laufender und zum Abschluss kommender Projekte erheblich zugenommen hat und weiter zunehmen wird.

Die Schaffung eines Expertenpools von zurzeit ca. 120 Expertinnen und Experten und die damit verbundene Ausweitung der wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Expertise bei der Begutachtung von Ideenskizzen und Anträgen sind ebenfalls grundsätzlich positiv zu bewerten. Der Pool ermöglicht eine adäquate Begutachtung der Förderanträge in ihrer gesamten fachlichen Breite und stärkt die Praxisorientierung der Förderung.

Kritisch zu hinterfragen ist die gegenwärtige Umsetzung der Regelung. Der Pool ist sehr heterogen besetzt, die Qualität der Begutachtungen wird von den Befragten als unterschiedlich wahrgenommen, und die Empfehlungen der Expertinnen und Experten weichen häufig voneinander ab, was bei Förderentscheidungen durchaus mit einem fachlichen Mehrwert verbunden sein kann, andererseits aber auch den Arbeitsaufwand erhöht. Vor diesem Hintergrund ist geplant, die Vermittlung des standardisierten Bewertungssystems und der Anforderungen an die Begutachtung von Ideenskizzen und Anträgen weiter zu verbessern. Dies ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Dafür könnten Veranstaltungen mit den Expertinnen und Experten ebenso genutzt werden wie weitere Informationsangebote in schriftlicher Form oder als Online-Material.

Aufgrund der vom DVG vorgenommenen Anpassungen und der wachsenden Anzahl von geförderten und zum Abschluss kommenden Projekten hat das Arbeitsvolumen der GS deutlich zugenommen, was durch die Schaffung von zusätzlichen Personalstellen ausgeglichen wurde. Insbesondere von der stärkeren fachlichen Beratung der Antragsteller und Förderempfänger sind positive Auswirkungen auf eine erfolgreiche Umsetzung der Projekte zu erwarten. In diesem Zusammenhang kann eine intensivere Vernetzung der Projekte sinnvoll sein. Hierauf wird weiter unten im Zusammenhang mit der Nutzung von Projektergebnissen zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung eingegangen (Kapitel 7).

Fortführung des Fonds

Eine deutliche Mehrheit der befragten IA-Mitglieder und Stakeholder sind der Meinung, dass der Fonds über das Jahr 2024 hinaus fortgeführt werden sollte. Der Fonds ermögliche eine unabhängige, interdisziplinäre und interprofessionelle Innovationsförderung und Erstellung von Leitlinien. Hierzu würden anderweitig keine Mittel in der Größenordnung bereitgestellt. Für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems sei der Fonds von besonderer Bedeutung. Über die Förderung ließen sich notwendige Struktur- und Prozessveränderungen erproben und evidenzbasierte Lösungen für neue Herausforderungen entwickeln. Die vielfältigen Konsortialpartnerschaften innerhalb der Projekte trügen zu einer allgemeinen „Klimaveränderung“ in den Bereichen Kooperation und Zusammenarbeit bei. Für den Innovationsfonds lässt sich aus all diesem ein Alleinstellungsmerkmal ableiten, das durch die Ausführungen in den folgenden Kapiteln untermauert wird.

Die rechtlich nicht mögliche Übertragung von Mitteln auf das folgende Haushaltsjahr war ein Konstruktionsfehler des Fonds. Das DVG hat diesen Mangel beseitigt und damit die Flexibilität der Förderung deutlich erhöht.

Die Form der Finanzierung überwiegend aus GKV-Beitragsmitteln sollte beibehalten werden. Dies wurde bereits im Zwischenbericht der Evaluation dargelegt. Dafür spricht insbesondere die Verantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Weiterentwicklung der Versorgung und die mit dem Innovationsfonds verbundene Erwartung, dass erfolgversprechende Innovationen von ihr im Rahmen der Regelversorgung umgesetzt und finanziert werden.

Finanzierung

Für die Förderung der NVF wurden in den Jahren 2016 und 2017 213 Mio. € verausgabt. In den folgenden Jahren ging der Betrag kontinuierlich auf 138 Mio. € im Jahr 2020 zurück. Auf die Förderung der VSF-Projekte entfielen in den Jahren 2016 bis 2018 jeweils ca. 70 Mio. €. Im Jahr 2020 lag der Betrag mit 28 Mio. € deutlich darunter. Zwei auf das DVG zurückgehende Faktoren haben zu den genannten Entwicklungen wesentlich beigetragen: Zum einen reduzierte sich die insgesamt zur Verfügung stehende jährliche Fördersumme von 300 auf 200 Mio. €. Zum anderen verringerte sich der vorgesehene VSF-Anteil in diesem Topf von 25 auf 20 % zugunsten der NVF, die gemäß DVG mit 80 statt wie früher mit 75 % der Mittel gefördert werden sollen.

Die Verwaltungskosten (BAS und G-BA zusammen) beliefen sich in den Jahren 2016 bis 2018 auf ca. 6 Mio. € und stiegen in der Folge auf 7,8 Mio. € im Jahr 2019 und 9,6 Mio. € im Jahr 2020 an. Dies entspricht 2020 einem Anteil von 4,8 % am jährlichen Fördervolumen von 200 Mio. €. Der Anstieg ist vor allem auf den wachsenden Leistungsumfang der GS (inkl. PT) zurückzuführen.

Für eine Aufstockung bzw. Absenkung des gegenwärtigen Fördervolumens wurden von den Befragten verschiedene Argumente angeführt.

Für eine Aufstockung sprächen etwa:

- hoher ungedeckter Versorgungsforschungsbedarf,
- Mangel an vergleichbaren Förderoptionen,
- fördevolumenübersteigendes Potenzial an innovativen Projekten sowie
- Bedarf an zusätzlichen Mitteln für längere Projektlaufzeiten und Implementierungsbegleitung.

Argumente für eine Absenkung wären z. B.:

- Erreichung von Sättigungs- und Kapazitätsgrenzen sowie
- mangelnder Beitrag der Projekte zur qualitativen Weiterentwicklung der GKV-Versorgung.

Eindeutige quantitative Rückschlüsse auf die angemessene Höhe des Fördervolumens lassen sich aus all diesem nicht ableiten. Es sollte allerdings in Betracht gezogen werden, das Fördervolumen (vorübergehend) etwas nach unten anzupassen, um das Augenmerk und die Kapazitäten stärker auf Wissensmanagement-Aufgaben zu lenken, d. h. auf die Einordnung, die Systematisierung, die Nutzung und den Transfer der vorliegenden und weiter anwachsenden Projektergebnisse. Sinnvoll ist zudem eine fortlaufende Beobachtung des Weiterentwicklungspotenzials der eingehenden Projektanträge für die GKV-Versorgung. Ist hier zukünftig eine Veränderung zu verzeichnen, sollte mittelfristig auch eine Anpassung der Fördervolumina ins Auge gefasst werden.

5 Förderprozess

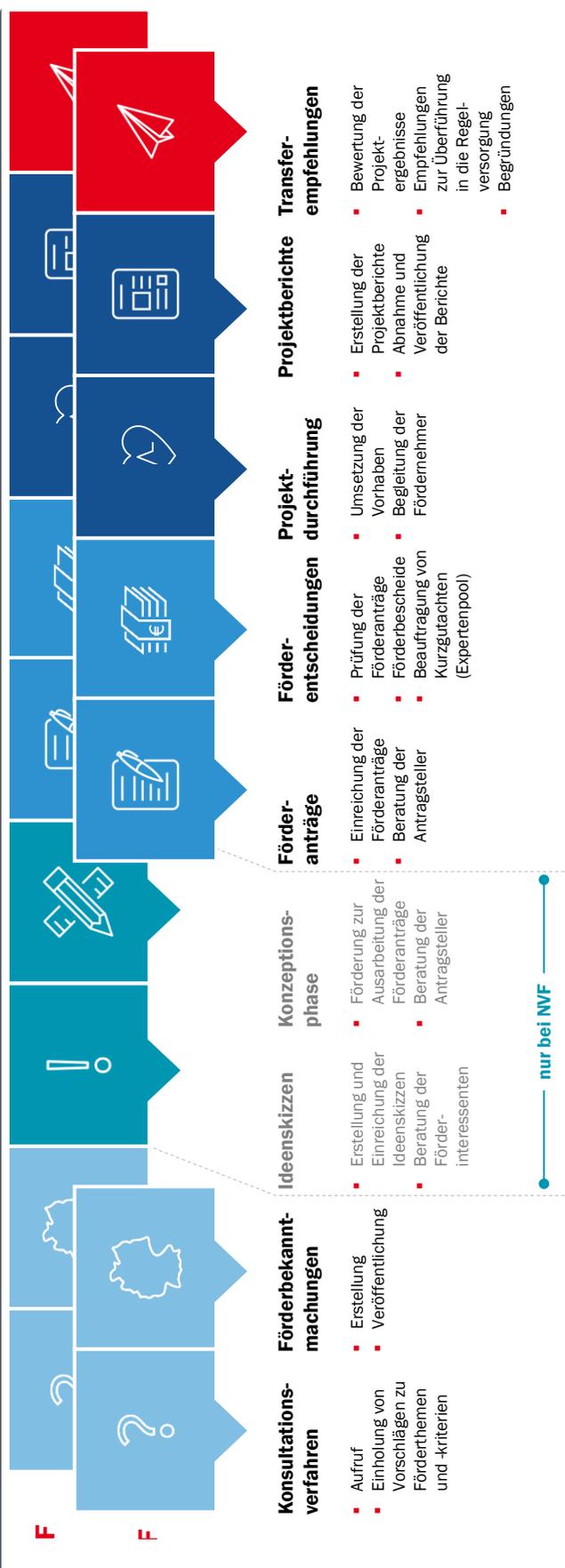
5.1 Förderprozess im Überblick

Die Prozesse des Innovationsfonds können in folgende Abschnitte gegliedert werden:

- 1.** Konsultationsverfahren zur Themenfindung, Erstellung und Veröffentlichung der Förderbekanntmachungen
- 2.** Antragstellung, Bewertungsverfahren und Förderentscheidung
- 3.** Projektumsetzung und Berichtswesen
- 4.** Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung

Eingebunden in diese Prozesse sind, neben den Antragstellern, die in Kapitel 4 beschriebenen Akteure, Gremien und Institutionen des Innovationsfonds: IA, Expertenpool, AA, GS und PT. Die der Förderung zugrunde liegenden Prozesse, administrativen Abläufe und Verantwortlichkeiten werden nachfolgend beschrieben und mit den Einschätzungen der Beteiligten abgeglichen.

Abbildung 6: Übersicht des Förderprozesses



Quelle: Dokumentenanalyse

© Prognos AG, 2021

5.2 Konsultationsverfahren und Förderbekanntmachungen

Anpassung durch das DVG: Einführung eines Konsultationsverfahrens vor Festlegung von Förderbekanntmachungen (§ 92b Abs. 2):

Der Festlegung von Förderbekanntmachungen durch den Innovationsausschuss soll künftig ein Konsultationsverfahren vorausgehen, im Rahmen dessen auch externe Expertise einbezogen wird.

Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucks. 19/13438, S. 53):

Mittels der Regelung „sollen weitere Akteure des Gesundheitswesens, die nicht im Innovationsausschuss bzw. im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten sind (z. B. nicht-ärztliche Leistungserbringer, Vertreter aus Wissenschaft, Forschung und Pflege), Vorschläge für Förderthemen und -kriterien einbringen können. Damit soll sichergestellt werden, dass bei der Identifikation von Themen eine systematische Erhebung von Prozessinnovationsbedarfen und eine fokussierte inhaltliche Steuerung erfolgen sowie ein Gesamtkonzept auf breiter fachlicher Basis erarbeitet werden kann. Ein solches Verfahren ermöglicht auch die Generierung von Themen auf der Basis von Ergebnissen abgeschlossener Projekte.“

Seit 2020 wird ein Konsultationsverfahren unter Einbeziehung externer Expertise durchgeführt, um die Förderungsschwerpunkte und Förderkriterien festzulegen. Eingeleitet wird das Konsultationsverfahren durch eine Bekanntmachung des IA, indem Akteure des Gesundheitswesens, die nicht dem IA angehören, gebeten werden, Anregungen hinsichtlich Förderthemen und (ergänzenden) -kriterien abzugeben. Zu diesen Akteuren zählen besonders Verbände ärztlicher und nicht-ärztlicher Leistungserbringer, Vertretungen der Krankenhäuser, der Krankenkassen sowie Wissenschaftsverbände, universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen und Patientenorganisationen. Im Rahmen der Bekanntmachung werden alle erforderlichen Voraussetzungen für die einzureichenden Vorschläge mitgeteilt (Einreichungsfrist, Begründung der Themenrelevanz, Förderthemazuordnung bzgl. der GKV, Darstellung des Versorgungs- und Verbesserungsbedarfs). Für die (Weiter-)Entwicklung von medizinischen Leitlinien legt das BMG unter Beteiligung der AWMF Themenschwerpunkte fest.

Vorschläge für die Inhalte der Förderbekanntmachungen (insbesondere die Themenfelder für themenspezifische Förderbekanntmachungen) werden im AA diskutiert und abgestimmt.

Die GS und der PT erarbeiten gemeinsam die Entwürfe der Förderbekanntmachungen. Eine Förderbekanntmachung umfasst einen formalen und einen inhaltlichen Teil. Dabei werden u. a. die Vorgaben aus der rechtlichen Grundlage des Innovationsfonds berücksichtigt. Die Entwürfe werden mit besonderem Schwerpunkt auf die Themenfelder im AA diskutiert, abgestimmt und überarbeitet. Die abschließende Diskussion und Entscheidung finden im IA statt. Dabei werden für jeden der beiden Bereiche NVF und VSF einmal jährlich (seit 2018) Förderbekanntmachungen erarbeitet und veröffentlicht. Die Förderbekanntmachungen werden anschließend von der GS auf der Internetseite des IA und im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Tabelle 2: Veröffentlichung von Förderbekanntmachungen

Förderwelle	Beschreibung	Veröffentlichung Förderbekanntmachung	Einreichungsfrist	Förderentscheidung Innovationsausschuss
2016	1. Welle NVF (themenoffen und themenspezifisch)	08.04.2016	05.07.2016	20.10.2016
2016	1. Welle VSF (zweistufiges Verfahren, themenoffen und themenspezifisch)	08.04.2016	zweistufig	24.11.2016
2016	1. Welle VSF (Evaluation von Selektivverträgen, Evaluation der SAPV-Richtlinie des G-BA)	08.04.2016	05.07.2016	24.11.2016
2017-1	2. Welle NVF (themenoffen und themenspezifisch)	11.05.2016	19.07.2016	16.03.2017
2017-2	3. Welle NVF (themenoffen)	20.02.2017	23.05.2017	19.10.2017
2017	2. Welle VSF (themenoffen, Evaluation von Selektivverträgen)	20.02.2017	23.05.2017	02.11.2017
2018	3. Welle VSF (themenspezifisch, Evaluation von Selektivverträgen, Evaluation der Hautkrebs-Screening-Richtlinie des G-BA)	20.10.2017	20.02.2018	16.08.2018
2018	4. Welle NVF (themenspezifisch)	20.10.2017	20.03.2018	18.10.2018
2019	4. Welle VSF (themenoffen und themenspezifisch, Evaluation von Selektivverträgen)	19.10.2018	19.02.2019	15.08.2019
2019	4. Welle VSF (Evaluation der ASV- und PT-Richtlinien des G-BA)	23.11.2018	19.02.2019	15.08.2019
2019	5. Welle NVF (themenoffen und themenspezifisch)	19.10.2018	19.03.2019	16.10.2019
2020	5. Welle VSF (themenoffen und themenspezifisch)	12.12.2019	31.03.2020	09.10.2020
2020	6. Welle NVF (themenoffen und themenspezifisch)	12.12.2019	28.04.2020	18.12.2020
2021	7. Welle NVF (themenoffen und themenspezifisch)	26.06.2020	Ideenskizzen: 25.08.2020 Vollanträge: 15.07.2021	Ideenskizzen: 04.01.2021 Vollanträge: 14.12.2021
2021	6. Welle VSF (medizinische Leitlinien)	12.10.2020	12.01.2021	20.08.2021
2021	6. Welle VSF (themenoffen und themenspezifisch)	12.10.2020	09.02.2021	20.08.2021
2022	8. Welle NVF (themenoffen und themenspezifisch)	17.03.2021	Ideenskizzen 01.06.2021 Vollanträge: 31.05.2022	Ideenskizzen: 11.11.2021 Vollanträge: -
2022	7. Welle VSF (medizinische Leitlinien)	07.06.2021	07.09.2021	-
2022	7. Welle VSF (themenoffen und themenspezifisch)	07.06.2021	05.10.2021	-

Quelle: Dokumentenanalyse

© Prognos AG, 2021

Die Förderbekanntmachungen beschreiben neben dem allgemeinen Förderzweck und den gesetzlichen Rahmenbedingungen (formaler Teil) die geförderten Inhalte (inhaltlicher Teil). In den themenspezifischen Bekanntmachungen werden neben der allgemeinen Zielsetzung des Programms in der Regel vier bis sechs Themenfelder festgelegt, in denen besonderer Handlungsbedarf zur Verbesserung der Versorgung besteht. In den themenoffenen Bekanntmachungen wird den Antragstellern die Möglichkeit gegeben, weitere relevante Themen zu adressieren, die nicht in den themenspezifischen Ausschreibungen berücksichtigt wurden.

Ebenfalls Teil der Förderbekanntmachungen sind die Förderkriterien, anhand derer über die Förderwürdigkeit der Projektanträge entschieden wird. Für Projekte der NVF hat der Gesetzgeber bereits Kriterien im Gesetzestext (§ 92a Abs. 1 SGB V) angelegt, die – in leicht abgewandelter Form – auch in der Verfahrensordnung des IA festgehalten sind. Hier finden sich ebenfalls die Kriterien für die Projekte der Versorgungsforschung. Gemeinsam mit den in den Förderbekanntmachungen dargestellten Förderkriterien lassen sich daraus folgende Kriterien ableiten:

Tabelle 3: Übersicht Förderkriterien

NVF	VSF
■ Relevanz	■ Relevanz
■ Verbesserung der Versorgung	■ Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der Versorgung
	■ Qualifikation und Vorerfahrungen der Antragsteller
	■ Methodische und wissenschaftliche Qualität
■ Umsetzungspotenzial	■ Verwertungspotenzial
■ Übertragbarkeit der Erkenntnisse	
■ Evaluierbarkeit	
■ Machbarkeit des Projekts in der Laufzeit	■ Machbarkeit des Projekts in der Laufzeit
■ Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen	■ Angemessenheit der Ressourcen- und Finanzplanung

Quelle: Dokumentenanalyse

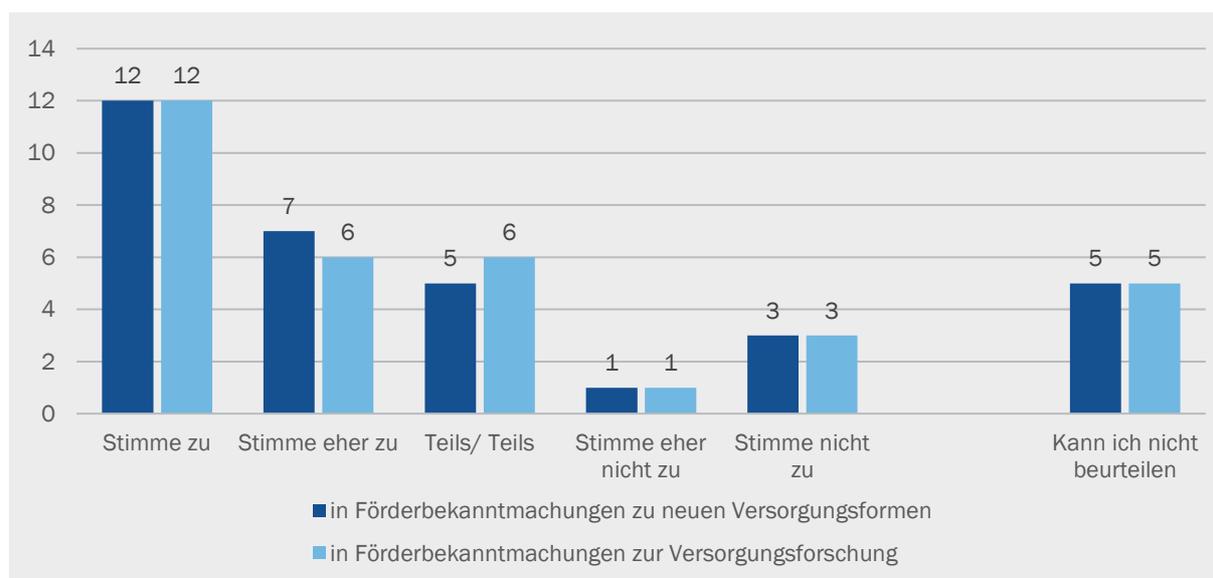
© Prognos AG, 2021

Die Kriterien sind Teil jeder Förderbekanntmachung und der dazugehörigen Leitfäden, wo sie außerdem kurz erläutert werden. Zusätzlich sind alle Antragsteller durch das verpflichtende Gliederungsschema für Projektanträge aufgefordert, zu jedem Förderkriterium darzulegen, auf welche Weise das Projekt die jeweiligen Förderkriterien erfüllen wird. Erläuterungen hierzu finden sich in den Leitfäden. Alle Maßnahmen tragen dazu bei, dass jeder Antragsteller die Möglichkeit hat, sich sowohl im Vorfeld als auch während der Antragstellung mit den Förderkriterien auseinanderzusetzen.

Das Konsultationsverfahren, das seit dem Bewilligungsjahr 2020 die Expertise des IA für die Festlegung von Förderschwerpunkten ergänzt, wird von den Beteiligten des IA, der GS und Stakeholdern überwiegend positiv bewertet. Das neue Verfahren öffnet sich auf diese Weise verstärkt für die Perspektive von Akteuren, die nicht im IA vertreten sind, kann dadurch ein breiteres Spektrum an Akteuren und Themen adressieren und betont gleichzeitig auch die Beteiligungsmöglichkeit bei der Themensetzung.

Inwieweit das neue Verfahren geeignet ist, relevantere und vordringlichere Themen hervorzubringen, wird zurückhaltender eingeschätzt – nicht zuletzt, weil der Prozess vergleichsweise neu ist und bisher nur wenig Erfahrungswerte vorliegen. Eine Online-Befragung von Stakeholdern 2021 ergab, dass deutlich mehr als die Hälfte der Befragten der Aussage zustimmen, dass die Auswahl relevanter und vordringlicher Themen durch das neu eingeführte Konsultationsverfahren verbessert werden könne (Abbildung 7). Gleichzeitig wird jedoch sowohl in Gesprächen mit Stakeholdern als auch von Mitgliedern des IA angemerkt, dass überwiegend interessensgeleitete Vorschläge eingereicht werden bzw. solche Vorschläge, für die bereits eine bestimmte Projektidee vorliegt. Darüber hinaus wird die Befürchtung geäußert, dass ein akteurszentriertes Verfahren zur Themenfindung weniger Themen generiert, die über Sektorengrenzen hinausreichen. Wie bereits 2018 von Mitgliedern des IA angeregt, wird auch 2021 in den Gesprächen mit Stakeholdern angeführt, dass es zielführend sein kann, die Weiterentwicklungsbedarfe der GKV-Versorgung systematisch z. B. mittels eines Horizon Scanning zu erheben und verstärkt Erfahrungen aus dem Ausland hinzuzuziehen. Ein Konsultationsverfahren kann hierfür vor allem eine Ergänzung sein.²⁹

Abbildung 7: Relevantere und vordringlichere Themen durch das neue Konsultationsverfahren



n=33

Frage: Bitte bewerten Sie folgende Aussage: „Die Auswahl relevanter und vordringlicher Themen kann durch das neu eingeführte Konsultationsverfahren verbessert werden.“

Quelle: Online-Befragung der Stakeholder

Prognos AG, 2021

Die Online-Befragung und Interviews mit Förderempfängern im Jahr 2018, 2020 und 2021 zeigen, dass an der Verständlichkeit der Förderbekanntmachungen und der Förderkriterien keine grundsätzliche Kritik geübt wird. Mit zunehmender Laufzeit des Innovationsfonds wird die Verständlichkeit der Ausschreibungsunterlagen tendenziell immer positiver bewertet. Lediglich die Formulierung der Förderkriterien wurden von Förderempfängern und Stakeholdern 2018 teilweise als zu offen bzw. unscharf wahrgenommen. Der Zwischenbericht stellte dazu fest, dass „[d]ie Gewichtung der einzelnen Kriterien [...] von Mitgliedern des IA und des Expertenbeirats sehr

²⁹ Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung, BtDrs: 19/8500, S. 38.

unterschiedlich dargestellt [wird], sodass sich kein klares Bild ergibt, welche Kriterien für die Bewertung von Anträgen tatsächlich ausschlaggebend und welche nachrangig waren. Ähnliche Äußerungen gibt es auch von Seiten der Förderempfänger und der Stakeholder: Zwar fehlten keine Kriterien, die Formulierungen seien allerdings so offen, dass die Interpretation eine Herausforderung darstelle. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass eine unterschiedliche Gewichtung zwischen Mitgliedern des IA und des Expertenbeirates sachgerecht sein kann, da unterschiedliche Perspektiven eingenommen werden (z. B. zur Verbesserung der Versorgung oder zur methodischen Qualität).³⁰ Die Gespräche mit Mitgliedern des IA 2021 zeigen, dass die Gewichtung der Förderkriterien bei Entscheidungsprozessen im IA weiterhin von einzelnen Mitgliedern unterschiedlich wahrgenommen werden.

5.3 Ideenskizzen und Konzeptionsphase bei NVF

Anpassung durch das DVG: Einführung eines zweistufigen Förderverfahrens für neue Versorgungsformen (§ 92a Abs. 1):

- In einer ersten Stufe wird auf Basis eingereicherter Ideenskizzen die Konzeptentwicklung ausgewählter Vorhaben zur Ausarbeitung qualifizierter Anträge für bis zu sechs Monate gefördert.
- In einer zweiten Stufe werden die nach Ablauf der Konzeptentwicklungsphase einzureichenden Anträge erneut bewertet und die Durchführung von in der Regel nicht mehr als 20 Vorhaben mit der jährlich verfügbaren Fördersumme gefördert.

Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucks. 19/13438, S. 51):

„Die Einführung eines zweistufigen Förderverfahrens dient der Professionalisierung der Bildung von Konsortien und der Auswahl größerer komplexerer Vorhaben mit hohem Umsetzungspotenzial und großer Versorgungsrelevanz. Da die Antragstellung für große komplexe Vorhaben mit einem erhöhten Aufwand verbunden ist, soll auf Basis eingereicherter Ideenskizzen bereits die Konzeptentwicklung ausgewählter Vorhaben für bis zu sechs Monate gefördert werden. Hierbei soll die Geschäftsstelle des Innovationsausschusses professionelle Unterstützung leisten. Dabei soll auch die Bildung neuer Partnerschaften und die Zusammenführung ähnlicher Projektansätze befördert werden.“

Mit der Umsetzung des DVG wurde die Antragstellung für NVF in ein zweistufiges Verfahren überführt. In der **ersten Phase** reichen die Antragsteller eine Ideenskizze ein, jedoch noch keinen vollständigen Förderantrag. Die eingereichten Skizzen werden von Mitgliedern des Expertenpools im Rahmen von Kurzgutachten bewertet. Die Entscheidung über eine Förderung trifft der IA. Die Kurzgutachten werden bei der Auswahl der Ideenskizzen für eine Förderung der Konzeptionsphase einbezogen. Die auf Grundlage der Skizzen und Kurzgutachten ausgewählten Antragsteller erhalten einen Förderbetrag von maximal 75.000 € über sechs Monate. Die Zeit soll dazu genutzt

³⁰ Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung, BtDrs: 19/8500, S. 77.

werden, qualifizierte Vollarträge auszuarbeiten und Vorbereitungen für das Projekt zu treffen. Hierzu gehören gemäß dem Leitfaden für die Erstellung von NVF-Vollarträgen³¹:

- Verbindliche Gewinnung von Konsortial- und Kooperationspartnern,
- Etablierung einer Kooperationsstrategie (inkl. Ziele und Aufgaben),
- Ausarbeitung eines Arbeits- und Finanzplans,
- Ausarbeitung eines Evaluationskonzepts (inkl. Fallzahlplanung und Rekrutierungsstrategie),
- Vorbereitung vertraglicher Grundlagen der Durchführung sowie
- Vorbereitung von Implementierungsstrukturen und -prozessen für das Projekt.

Zum Abschluss der Konzeptionsphase werden die Vollarträge eingereicht. Die Begutachtung der Vollarträge und die Förderentscheidungen für die **zweite Stufe** der Förderung – die eigentliche Projektdurchführung – erfolgt unverändert, wie für VSF-Projekte (Kapitel 5.4). Vollarträge für NVF können nur eingereicht werden, wenn eine Ideenskizze positiv beschieden wurde. Ein Quereinstieg ist nicht möglich.

Das Förderverfahren für VSF-Projekte ist unverändert einstufig. Antragsteller sind aufgefordert, einmalig einen vollständigen Antrag einzureichen.

Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Themenfelder, Anträge und Förderentscheidungen der beiden ersten zweistufigen NVF-Förderwellen. In der siebten Förderwelle (2021) gingen insgesamt 136 Ideenskizzen ein, von denen 33 in der Konzeptionsphase gefördert wurden. Die Förderentscheidungen für die Durchführungsphase sind in Kapitel 6.1.1 dargestellt. Zu allen sechs Themenfeldern und dem themenoffenen Feld gingen Anträge ein und wurden gefördert. Der Schwerpunkt lag eindeutig auf der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen (TF1) mit 67 Ideenskizzen und 17 Förderungen in der Konzeptionsphase. In der achten Förderwelle (2022) wurden insgesamt 123 Ideenskizzen eingereicht, von denen 30 derzeit in der Konzeptionsphase gefördert werden. Es gingen Skizzen zu allen fünf Themenfeldern und dem themenoffenen Feld ein. Die meisten Skizzen (40) wurden zum Thema interdisziplinäre oder sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke und -pfade (TF2) eingereicht. Die Förderentscheidungen für die Durchführungsphase der achten NVF-Welle sind zum Berichtszeitpunkt noch nicht getroffen.

³¹ G-BA 04.01.2021. Leitfaden für die Erstellung von Vollarträgen zu der Förderbekanntmachung zur themenspezifischen und themenoffenen Förderung von neuen Versorgungsformen gemäß § 92a Absatz 1 SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Anlage LF K zum Förderbescheid. S. 2.

Tabelle 4: Ideenskizzen und Förderungen in der NVF-Konzeptionsphase

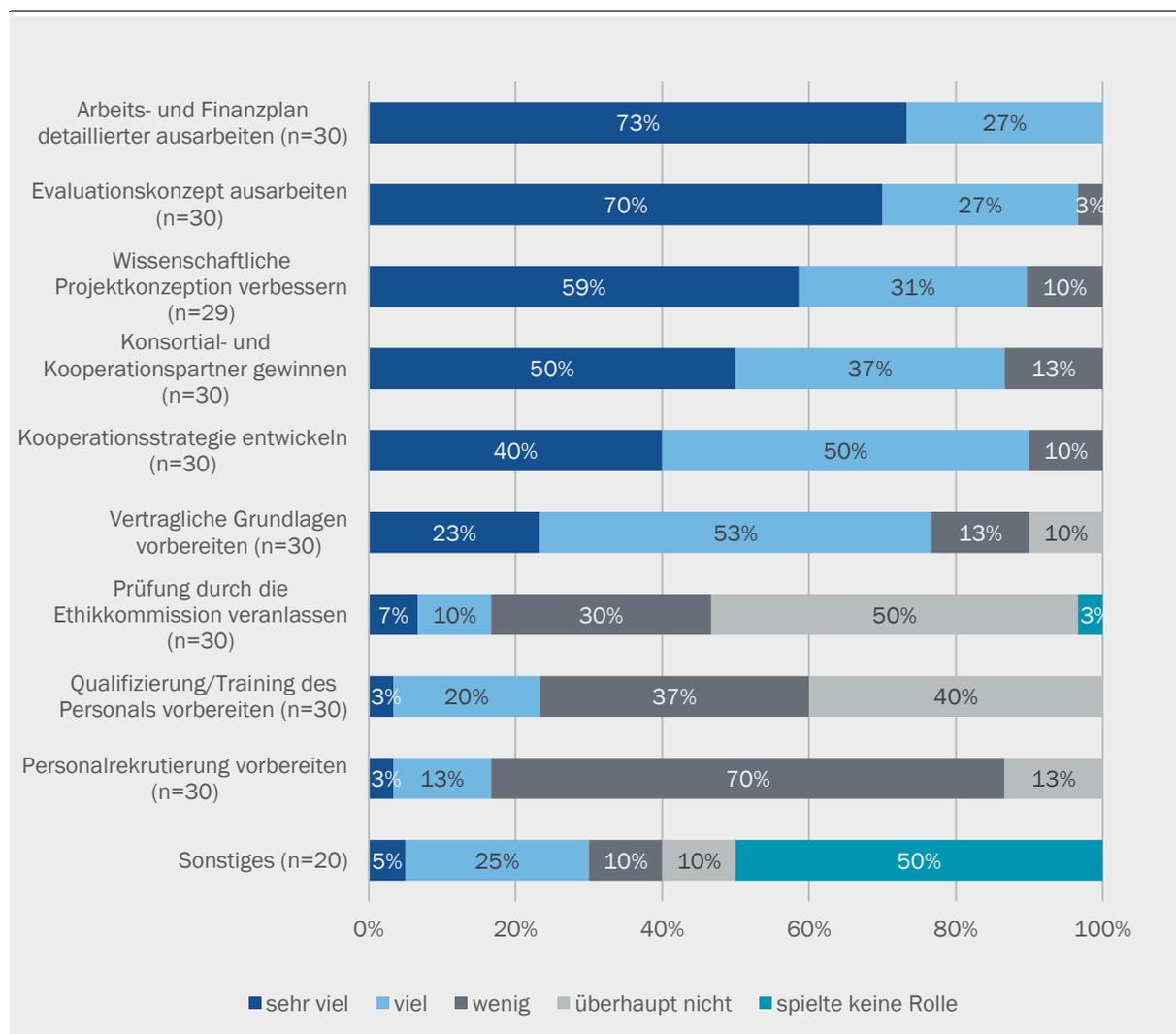
Förderwelle	Themenfeld der Förderbekanntmachung	Anzahl eingereichte Ideenskizzen	Anzahl geförderte Konzeptionsphasen	Bewilligungsquote
7. Förderwelle, Konzeptionsphase (2021)	TF1: Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen	67	17	25 %
	TF2: Versorgungsmodelle für Regionen mit besonderen Strukturanforderungen	10	2	20 %
	TF3: Integration und Vernetzung rehabilitativer Maßnahmen zur Steigerung des Behandlungserfolgs von GKV-Leistungen	10	3	30 %
	TF4: Versorgungsmodelle zu Patientenpfaden	15	5	33 %
	TF5: Datengestützte Versorgungsmodelle für Menschen mit chronischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung	10	3	30 %
	Themenoffen	24	3	13 %
8. Förderwelle, Konzeptionsphase (2022)	TF1: Weiterentwicklung der Versorgung durch Digitalisierung	25	6	24 %
	TF2: Interdisziplinäre oder sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke und -pfade	40	12	30 %
	TF3: Psychotherapeutische Versorgung vulnerabler Gruppen	15	5	33 %
	TF4: Prävention und Versorgung von schweren psychischen Erkrankungen	7	2	29 %
	TF5: Lehren aus der Covid-19-Pandemie für die Weiterentwicklung der Versorgung	5	1	20 %
	TF6: Ein guter Start ins Leben durch eine vernetzte Versorgung	12	2	17 %
Themenoffen	19	2	11 %	
Gesamt (7. und 8. Förderwelle Konzeptionsphase)		259	63	24 %

Quelle: Förderdatenanalyse siebte und achte Förderwelle NVF (2021 und 2022)

© Prognos AG, 2021

Aus der Konzeptionsphase der siebten Förderwelle (2021) wurden 30 Förderempfänger befragt. Abbildung 8 zeigt, dass die Konzeptionsphase von ihnen in vielfältiger Weise genutzt wurde. Fast alle Förderempfänger haben sich viel bzw. sehr viel mit dem Arbeits- und Finanzplan, dem Evaluationskonzept, der wissenschaftlichen Projektkonzeption sowie der Gewinnung von Konsortial- und Kooperationspartnern (inkl. Kooperationsstrategie) beschäftigt. Den vertraglichen Grundlagen widmeten sich rund drei Viertel der Förderempfänger intensiver. Deutlich weniger Aufmerksamkeit wurde dagegen auf Prüfungen durch Ethikkommissionen sowie auf vorbereitende Personalqualifizierung und -rekrutierung gerichtet.

Abbildung 8: Aufgabenschwerpunkte in der Konzeptionsphase



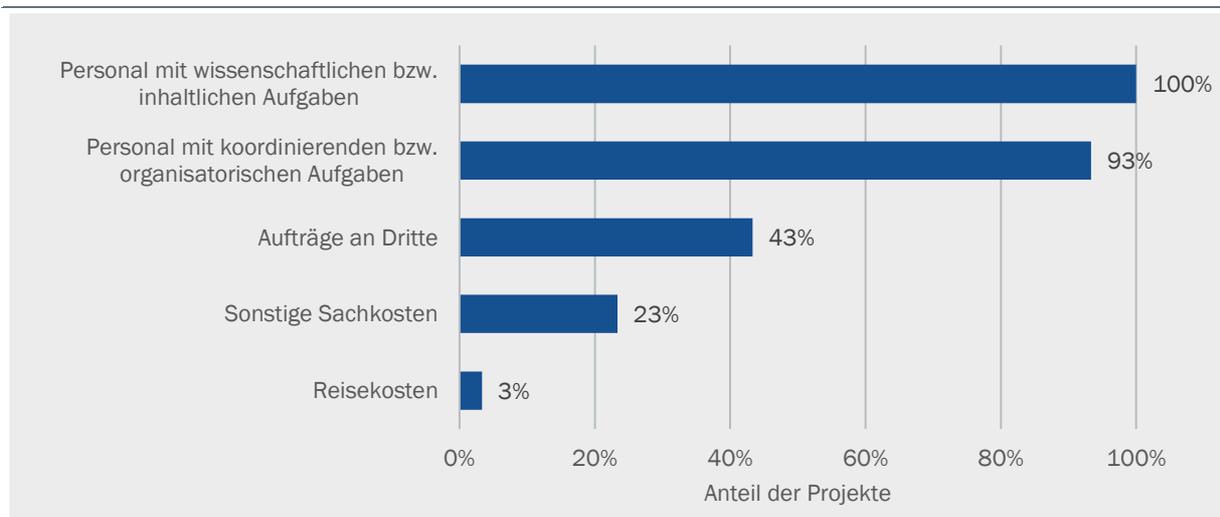
n=30 NVF in der Konzeptionsphase der siebten Förderwelle (2021), zu drei NVF liegen keine Angaben vor
Frage: Für welche Aufgaben haben Sie die Konzeptionsphase genutzt?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Genutzt wurden die Fördermittel (Abbildung 9) hauptsächlich für die Begleichung von Ausgaben für Personal mit wissenschaftlichen bzw. inhaltlichen Aufgaben (100 % der Befragten) und für Personal mit koordinierenden bzw. organisatorischen Aufgaben (93 % der Befragten). Immerhin 43 % der Befragten gaben an, die Fördermittel auch für Aufträge an Dritte genutzt zu haben. Für eine deutlich geringere Anzahl von Förderempfängern war die Finanzierung von Sach- und Reisekosten von Bedeutung. Unter Sonstiges wurden andere koordinative Aufgaben, z. B. Vorarbeiten zur technischen Umsetzung aufgeführt.

Abbildung 9: Nutzung der Fördermittel in der Konzeptionsphase



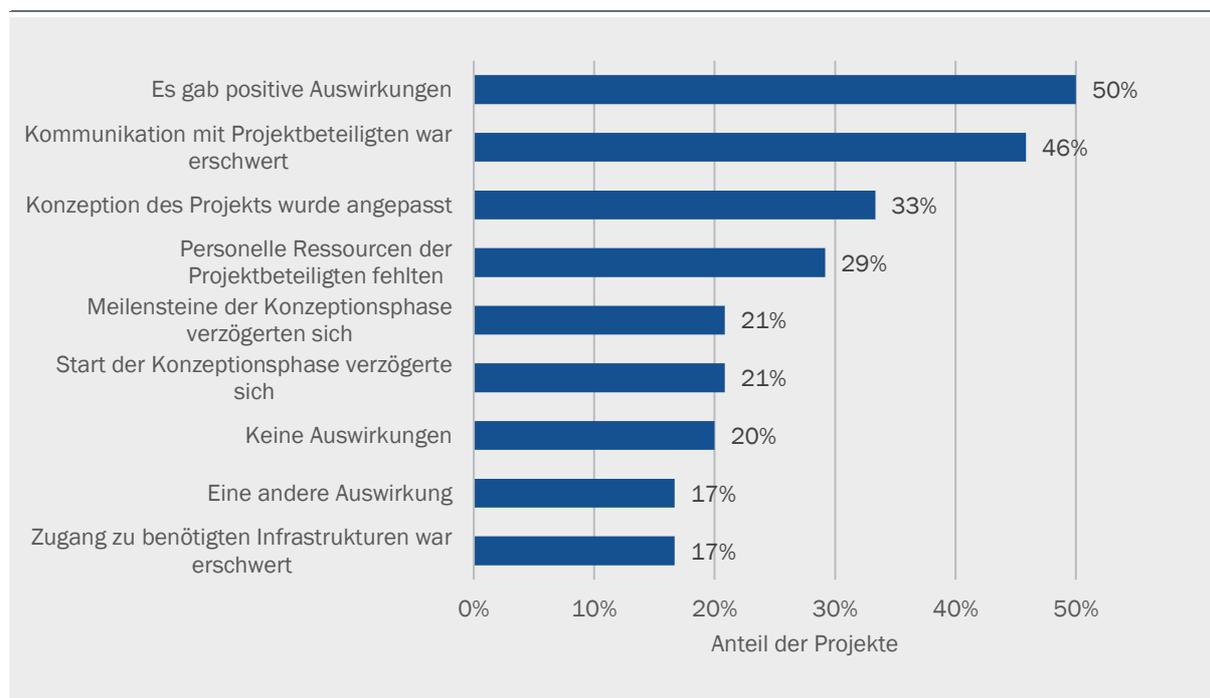
n=30

Frage: Wofür haben Sie die Fördermittel der Konzeptionsphase genutzt? Mehrfachnennungen sind möglich

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

21 % der befragten Förderempfänger berichten von größeren Problemen und 10 % von Verzögerungen im Verlauf der Konzeptionsphase. Im Vordergrund standen hierbei die Gewinnung von Konsortialpartnern (insbesondere Krankenkassen), aber auch die inhaltliche Abstimmung zwischen den Partnern.

Zu den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie wurden folgende Angaben gemacht (Abbildung 10): 37 % der befragten Förderempfänger berichten von einer erschwerten Kommunikation mit Projektbeteiligten (z. B. durch rein digitale Kommunikationsmittel). Andererseits bewerten 40 % den vermehrten zeitsparenden digitalen Austausch (z. B. über Videokonferenzen) positiv und sprechen in diesem Zusammenhang von positiven Effekten. Die Auswirkungen der Pandemie wurden also sehr unterschiedlich wahrgenommen. Bei etwa einem Viertel der Projekte musste die Konzeption des Projekts angepasst werden, und/oder die personellen Ressourcen der Projektbeteiligten standen nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Von 20 % der Befragten wurden keine Auswirkungen wahrgenommen.

Abbildung 10: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Konzeptionsphase

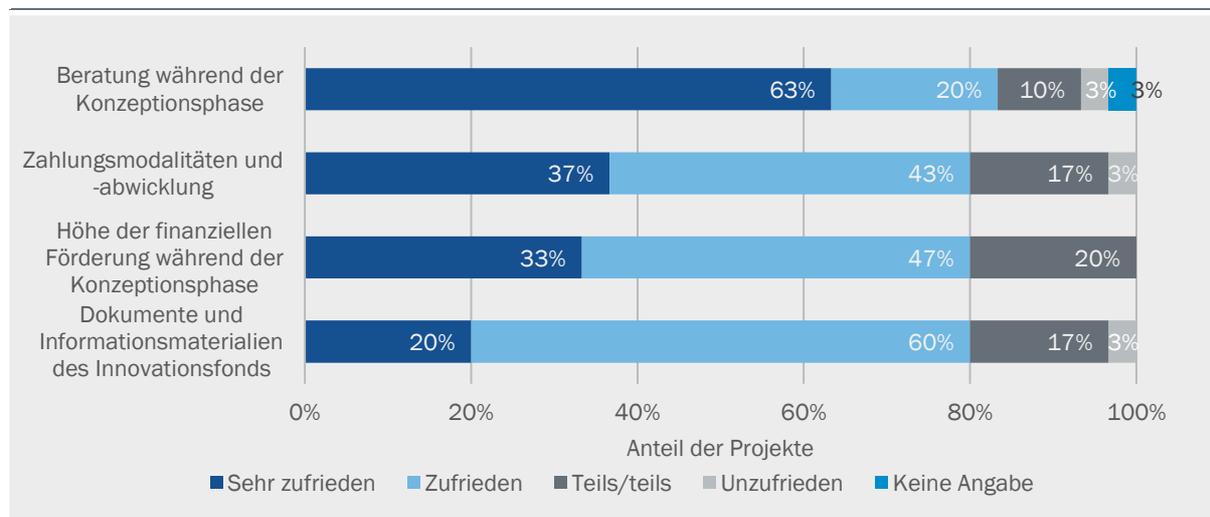
n=30

Frage: Wie wirkte sich die Corona-Pandemie auf die Konzeptionsphase Ihres Projekts aus? Mehrfachnennungen sind möglich.

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

Während der Konzeptionsphase wurden die Zahlungsmodalitäten und -abwicklung, die Höhe der finanziellen Förderung sowie Dokumente und Informationsmaterialien, die vom Innovationsfonds zur Verfügung gestellt wurden, sehr positiv wahrgenommen (Abbildung 11). Die Zufriedenheitswerte (zufrieden bzw. sehr zufrieden) liegen für diese Aspekte bei 80 %. Die Beratung während der Konzeptionsphase erreicht einen Zufriedenheitswert von 86 %; in diesem Kontext wurde insbesondere auf die telefonische Beratung durch den PT hingewiesen.

Abbildung 11: Zufriedenheit mit ausgesuchten Aspekten der Konzeptionsphase



n=30

Frage: Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit folgenden Aspekten während der Förderung in der Konzeptionsphase (6 Monate zur Ausarbeitung des Förderantrags)?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

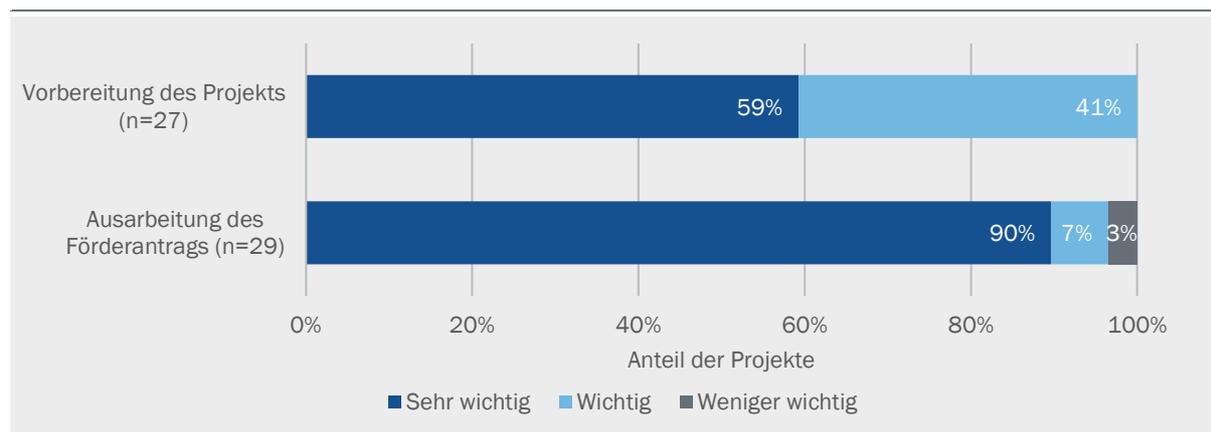
97 % der befragten Förderempfänger geben an, sie hätten sich auch ohne Konzeptionsphase beim Innovationsfonds beworben (mit direkter Einreichung eines Vollertrages). Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass 40 % aller Befragten bereits über Vorerfahrungen mit der Innovationsfonds-Förderung verfügen, entweder als Konsortialführer oder als Konsortialpartner.

Von denjenigen, die sich auch ohne Konzeptionsphase beim Innovationsfonds beworben hätten, sehen dennoch etwa 80 % die Konzeptionsphase als vorteilhaft an, weil

- „wesentliche Barrieren schon identifiziert und beseitigt werden“ könnten;
- „koordinierendes Personal für die teils sehr aufwendige Konsortialplanung“ bereitgestellt werden könne;
- „die Entwicklung eines stringenten methodischen Konzeptes möglich“ gemacht werde;
- „wesentliche Probleme, die eine Durchführung behindern, ... im Vorfeld identifiziert und behoben“ würden;
- „Probleme ... bereits in der Konzeptionsphase adressiert werden und ... daher nicht mehr bei der Durchführung“ aufträten;
- „für den Projektbeginn eine Ausgangsbasis gelegt ist“;
- mehr Zeit zur Verfügung stünde, „um intensiv Netzwerke auszubauen“;
- „eine viel bessere Vorbereitung der vertraglichen Aspekte gewährleistet werden“ könne;
- „die Konzeptionsphase ... zur Stärkung des Konsortiums“ beitrage;
- „Kooperationen ... deutlich besser gefestigt werden“ könnten;
- „mögliche organisatorische Schwächen im Projekt frühzeitig zu identifizieren“ seien;
- Projekte mit hoher „Komplexität und vielen notwendigen Partnern ... einer entsprechenden Vorbereitung“ bedürften.

Entsprechend dieser Aussagen wird die hohe Bedeutung der Konzeptionsphase in der Ausarbeitung des Förderantrages und etwas abgeschwächt in der Vorbereitung des Projekts gesehen (Abbildung 12).

Abbildung 12: Bedeutung der Konzeptionsphase für die Projektvorbereitung und Ausarbeitung des Förderantrags



Frage: Wie wichtig war die Konzeptionsphase?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

Die Auswirkungen des zweistufigen Förderverfahrens für NVF werden unterschiedlich bewertet. In den durchgeführten Befragungen³² wird zum einen die - auch vom Gesetzgeber ausgesprochene - Erwartung geäußert, dass die vom Fonds geförderte Konzeptionsphase die Qualität, den Reifegrad und die Umsetzbarkeit der Vollerträge erhöht. Nicht erfolgversprechende Projektideen könnten zudem in einem frühen Stadium abgelehnt werden. Gleichzeitig sei auch aufgrund der vorgeschalteten Ideenskizzen der Zugang zum Innovationsfonds niedrighschwelliger geworden, was u. a. die Vielfalt der eingereichten Ideen erhöhe. Hinzu komme, dass man über die Förderung der Konzeptionsphase auch kleinere Organisationen einbinden könne, die mit der Ausarbeitung eines Vollertrages allein aufgrund ihrer unzureichenden finanziellen und/oder personellen Ressourcen überfordert seien. So scheint sich bereits ein verstärkter Einbezug von Selbsthilfeorganisationen und Patientenorganisationen in der Konzeptionsphase abzuzeichnen (Kapitel 6.2.6).

Gegenstimmen merken hierzu an, dass trotz der Erleichterungen der Aufwand für die Erstellung einer Ideenskizze aufgrund der Komplexität der Projekte hoch bliebe und dadurch weiterhin nach Antragstellern selektiert werde, die in der Lage seien, bereits vor dem eigentlichen Projektbeginn größere personelle Ressourcen für die Koordination innerhalb des Konsortiums freizustellen. Einzelstimmen aus dem IA stellen fest, dass eingereichte Skizzen zum Teil schon so weit ausgearbeitet gewesen seien, dass die Einreichung eines Vollertrages auch ohne die vorgeschriebene zwischengeschaltete Konzeptionsphase möglich gewesen wäre. Dieser Argumentation schließt sich die Einschätzung an, dass die zusätzliche Bewertungsrunde für die in der ersten Runde erfolgreichen Projekte einen hohen Mehraufwand produziere und den gesamten Antrags- und Bewilli-

³² Befragt wurden hierzu die Mitglieder des Innovationsausschusses sowie externe Akteure des Gesundheitswesens und der versorgungsbezogenen Wissenschaft (Stakeholder).

gungsprozess verlangsame. Hierbei bliebe jedoch abzuwarten, ob sich die insgesamt längere Antragsphase verkürzend auf die Dauer der eigentlichen Projektförderung auswirkt – ob also vorbereitende Arbeiten, die ehemals während des Projekts stattfanden, in die Konzeptionsphase verlegt werden würden. Mit einer längeren Vorlaufphase ist auch die Sorge verbunden, dass eine längere Phase ohne sichere Projektfinanzierung es insgesamt schwieriger macht, potenzielle Projektpartner an das Projekt zu binden.

5.4 Förderanträge und -entscheidungen

Einreichung und Prüfung der Förderanträge

Mit Veröffentlichung der Förderbekanntmachungen können potenzielle Förderempfänger³³ über ein zentrales Portal (pt-outline) Anträge auf Förderung stellen. Eingereichte Anträge für NVF und VSF-Projekte werden durch den PT und die GS auf Vollständigkeit und die Erfüllung formaler Voraussetzungen (z. B. Bezug zum Gegenstand der Förderung, Einhaltung des maximal möglichen Förderzeitraums) geprüft.

Die Mitglieder des AA bewerten die eingereichten Anträge in ihrer Gesamtheit und geben eine Empfehlung für oder gegen eine Förderung zu jedem einzelnen Antrag ab. Für jeden Antrag werden mindestens zwei Empfehlungen von Mitgliedern des Expertenpools in Form von Kurzgutachten eingeholt. Diese werden in die Bewertungen einbezogen. Bei der Beratung von Anträgen zur (Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien wird die AWMF durch den IA beteiligt.

Der AA diskutiert die einzelnen Anträge und erstellt Beschlussvorschläge für den IA.³⁴ Die finale Förderentscheidung wird durch den IA gefällt. Dabei kann der IA auch Auflagen als Bedingung einer Förderung beschließen. Abweichungen von den Empfehlungen der Expertinnen und Experten werden schriftlich begründet.

Der IA gibt die Förderentscheidungen per Pressemitteilung öffentlich bekannt. Antragsteller, deren Antrag abgelehnt wird, erhalten einen Ablehnungsbescheid. Antragsteller, über deren Antrag positiv entschieden wurde, erhalten ein Benachrichtigungsschreiben. Dieses kann weitere Bedingungen der Förderung (Auflagen)³⁵ enthalten. Der Antragsteller wird aufgefordert, diesen Auflagen zuzustimmen bzw. diese zu erfüllen. Wird das Einverständnis erklärt sowie die entsprechenden Unterlagen überarbeitet, erhält der Antragsteller einen Förderbescheid.

Beratung und Aufwand in der Antragsphase

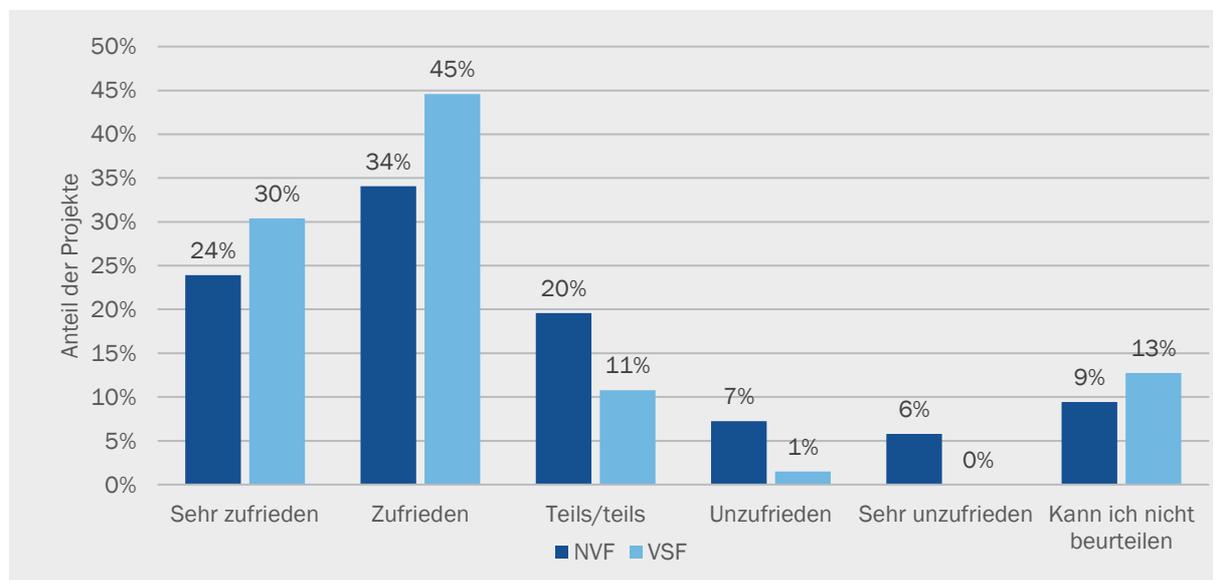
Gemeinsam mit jeder Förderbekanntmachung wird ein dazugehöriger Leitfaden zur Antragstellung veröffentlicht. Er enthält Definitionen zu zentralen Konzepten der Bekanntmachung und ein Gliederungsschema des Antrags mit Erläuterungen zur inhaltlichen Darstellung. Darüber hinaus werden regelmäßig aktualisierte Frequently-Asked-Questions(FAQ)-Listen und Webinare angeboten. Eine Telefonhotline und eine E-Mail-Adresse stehen zur individuellen Kontaktaufnahme zur Verfügung. Zuständig für die Bearbeitung und Beantwortung von Fragen ist der PT, welcher bei Bedarf durch die GS unterstützt wird.

³³ Die Begriffe Förderempfänger und Antragsteller werden im Folgenden gleichbedeutend mit einer geförderten bzw. antragstellenden Institution verwendet. Da kein Bezug zu einer Privatperson besteht, wird auf eine geschlechterneutrale Formulierung verzichtet.

³⁴ Kommt es nicht zu einem konsentierten Vorschlag, wird der betroffene Antrag abschließend im Innovationsausschuss diskutiert.

³⁵ z. B. detailliertere Planung zur Fallzahlerreichung, überarbeiteter Finanzierungsplan, Überarbeitung des Evaluationskonzeptes, Überarbeitung des Studiendesigns oder der Methodik

Abbildung 13: Zufriedenheit mit der Beratung vor und während der Antragstellung



NVF: n=138, VSF: n=204

Frage: Wie zufrieden waren Sie mit dem Antrags- und Bewilligungsprozess? Beratung vor und während Erstellung des Antrags

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

Prognos AG, 2021

Die Online-Befragung der Förderempfänger zeigte insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit der Beratung während der Antragstellung (Abbildung 13). Gleichzeitig ist eine positive Entwicklung über den Zeitraum der Evaluation erkennbar. Waren im Jahr 2018 noch 65 % der Befragten mit der Beratung (sehr zufrieden), steigerte sich deren Anteil auf 80 % im Jahr 2021. Diese positive Entwicklung ist im Zusammenhang mit der Aufgabenerweiterung der GS im Zuge des DVG zu sehen, wozu auch ein Ausbau der Beratungs- und Unterstützungsangebote für Förderinteressenten und Antragsteller gehört (Kapitel 4.1.2). Ebenfalls positiv bewertet wird die Verständlichkeit der inhaltlichen und formalen Anforderungen an einen Projektantrag. Auch hier zeigen sich 76 % bzw. 70 % der Befragten (sehr) zufrieden.

Einen großen Anteil an der hohen Zufriedenheit im Rahmen des Antragsprozesses scheint auf die verschiedenen Informationsangebote zurückzuführen zu sein. Vor allem der direkte Kontakt mit dem PT – per E-Mail oder telefonisch – wird als gewinnbringend bewertet. Den direkten Austausch empfinden nur weniger als 10 % der Förderempfänger als (eher) nicht hilfreich. Die Leitfäden zur Antragsstellung empfinden mehr als 80 % als (sehr) hilfreich.

Deutlich gemischerter werden zeitliche Aspekte bzw. der Aufwand der Antragsstellung bewertet. Knapp die Hälfte der befragten Projekte empfindet den zeitlichen Aufwand für die Antragsstellung und weitere Arbeiten im nachfolgenden Bewilligungsprozess als sehr hoch. Während die Hälfte der Förderempfänger angibt, für die Erstellung des Förderantrags bis zu dessen Einreichung bis zu 55 Personentage aufgewendet zu haben (VSF: 40 NVF: 90), werden für die Aufwände bis zur Erteilung des finalen Förderbescheids weitere 20 Personentage (VSF: 15; NVF: 30) gearbeitet.³⁶

³⁶ Online-Befragung der Förderempfänger, angegeben ist hier der Median aufgrund von Ausreißern; „Personentage“ meint die Summe aller aufgewendeten Arbeitstage unabhängig von der Anzahl der arbeitenden Personen. 55 Personentage können also sowohl bedeuten, dass eine Person 55 volle Arbeitstage aufgewendet hat, als auch, dass fünf Personen jeweils elf volle Tage gearbeitet haben.

Rund ein Drittel der Personentage in der Antragsphase fällt nach den Angaben der Förderempfänger also erst nach der ersten Einreichung des Förderantrags an, denn oft sind umfangreiche Überarbeitungen notwendig, um den Förderrichtlinien zu entsprechen. Dies wird durch Auflagen und Nachforderungen durch den PT sichergestellt. Aus Perspektive einiger Förderempfänger führen dabei vor allem lange Bearbeitungszeiten durch den PT zu Verzögerungen beim Projektstart (Kapitel 6.3.2).

Sowohl in der Bewertung der Beratungsstrukturen als auch in Bezug auf den Aufwand der Antragstellung wird sichtbar, dass VSF-Projekte die Prozesse und Unterstützungsangebote deutlich positiver bewerten als die NVF.

5.5 Projektumsetzung und Berichtswesen

Die Fördermittelauszahlung ist einmal im Quartal möglich. Für die Beantragung ist der Förderempfänger aufgefordert, die Zahlungsanforderungen sowie einen Statusbericht beim PT einzureichen. Sind die Auszahlungsvoraussetzungen erfüllt, wird der Auszahlungsprozess eingeleitet. Der Förderempfänger leitet die entsprechenden Fördermittel an eventuelle Konsortialpartner weiter.

Die Förderempfänger setzen die Projekte entsprechend des bewilligten Arbeitsplans um. Ergibt sich im Projektverlauf grundsätzliche Veränderungen am Arbeitsplan, ist der Förderempfänger gemäß der Allgemeinen Nebenbestimmungen³⁷ verpflichtet, einen Änderungsantrag zu erstellen und einzureichen.

Ein Effekt der Covid-19-Pandemie war, dass die Rekrutierung von Patientinnen und Patienten in vielen Projekten erschwert wurde und es dadurch zu Verzögerungen bei der Projektumsetzung kam. Hier wurden Verlängerungen und teilweise Nachfinanzierungen ermöglicht, um sicherzustellen, dass die Projekte weiterhin durchgeführt und Ergebnisse berichtet werden konnten.

Die GS prüft die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel nach Abschluss des Projekts. Entsprechend der Förderbestimmungen ist der Förderempfänger verpflichtet, die Zweckbindung der Fördermittel nachzuweisen.

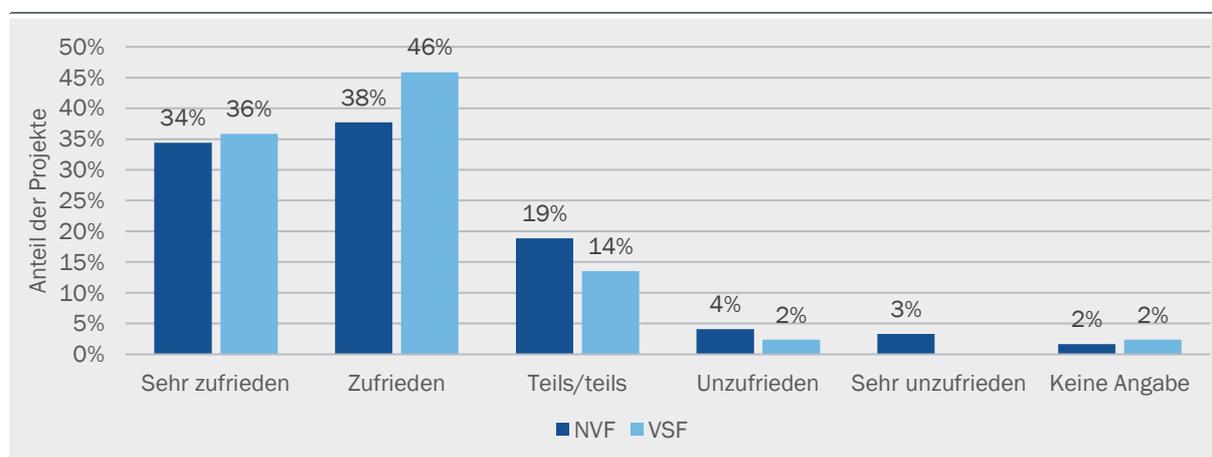
Die abschließenden Verwendungsnachweise sind spätestens sechs Monate nach Ablauf des Förderzeitraumes in Form eines Abschlussberichts vorzulegen. Bestandteil ist ein rechnerischer Verwendungsnachweis, der alle Einnahmen (z. B. Leistungen Dritter, eigene Mittel) und Ausgaben entsprechend des Finanzierungsplans des gesamten Förderzeitraums summarisch ausweist. Des Weiteren sind ein fachlicher Schlussbericht und ein Ergebnisbericht einzureichen. Projekte der NVF sind zudem aufgefordert, einen Evaluationsbericht anzufügen. Die GS prüft die Berichte und Verwendungsnachweise. Fördermittel, die nicht belegbar sind oder nicht gemäß den Auflagen und Voraussetzungen des Förderbescheids genutzt werden, können zurückgefordert werden (Verf O § 11 Abs. 2).

³⁷ Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Allgemeine Nebenbestimmungen (ANBest-IF) (Stand: Dezember 2019), https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/206/2020-06-26_ANBest-IF.pdf, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

Beratung während der Projektförderung

Auch nach dem Beginn der Förderung stehen den Förderempfängern Beratungsangebote der GS und des PT zur Verfügung. Neben der persönlichen Beratung durch den PT gibt es weiterhin Webinare und FAQs für laufende Projekte. Unabhängig von einem spezifischen Beratungsangebot waren gut drei Viertel der Förderempfänger mit der Beratung während der Projektförderung zufrieden oder sehr zufrieden. Auch hier ist eine positive Tendenz ablesbar: Mehr als ein Viertel der NVF gaben an, dass sich die Beratung durch den PT im Projektverlauf verbessert habe. Die positive Entwicklung ist zum einen im Zusammenhang mit der Aufgabenerweiterung der GS im Zuge des DVG zu sehen, wozu ein Ausbau der Beratungs- und Unterstützungsangebote für Förderempfänger gehört (Kapitel 4.1.2). Zum anderen hat aus Perspektive der Fördernehmer auch mit zunehmender Erfahrung des PT die Qualität der Beratung zugenommen

Abbildung 14: Bewertung der Beratung während der Projektförderung



n=292, VSF: n=170, NVF: n=122

Frage: Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit folgenden Aspekten während der Projektförderung? Beratung während der Projektförderung (durch den Projektträger und ggf. die Geschäftsstelle des Innovationsausschusses)

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Administrativer Aufwand im Zusammenhang mit der Abwicklung der Förderung

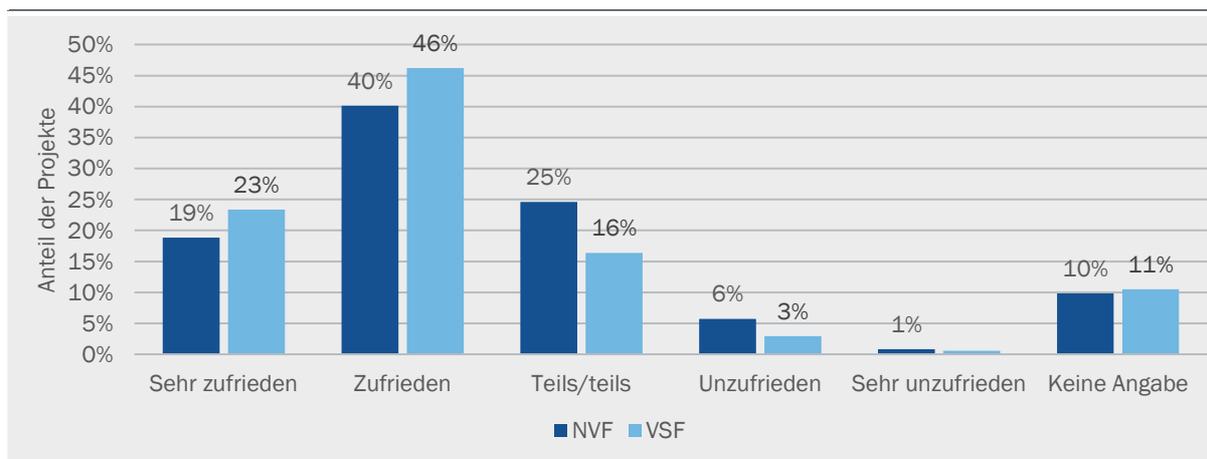
Ebenso wie im Antragsprozess wird auch bei laufender Förderung der zeitliche Aufwand für die Abwicklung der Förderung vom größten Teil der Befragten als sehr hoch eingeschätzt. Nur knapp 20 % der Befragten empfinden den zeitlichen Aufwand als angemessen. Recht deutlich zeigen sich hier Unterschiede zwischen den Förderempfängern aus den VSF-Projekten und den NVF: Während unter den NVF nur 12 % den Aufwand für angemessen halten, sind es unter den VSF-Projekten mehr als ein Viertel (26 %).

Im Schnitt schätzen die Förderempfänger, knapp 26 Stunden im Monat für die Kommunikation mit der GS und dem PT, Dokumentation und Ähnliches aufwenden zu müssen. In der Regel können hierfür jedoch auch eigene Mittel beantragt werden. Dabei korreliert die angegebene Stundenzahl mit der subjektiven Einschätzung des Aufwands: So geben diejenigen, die den Aufwand für angemessen halten, an, gut elf Stunden für administrative Pflichten aufzuwenden, während

diejenigen, die den Aufwand für sehr hoch halten, gut 37 Stunden im Monat für Administratives veranschlagen.

Obwohl ein Großteil der Befragten den zeitlichen Aufwand für die Administration eines laufenden Projekts als sehr hoch empfindet, geben die Förderempfänger dennoch überwiegend an, mit den bestehenden Zahlungsmodalitäten zufrieden zu sein. Genauer nach ihrer Einschätzung gefragt, wird deutlich, dass – vergleichbar mit anderen Förderprogrammen - vor allem Änderungsanträge als sehr zeitaufwendig und „überbürokratisiert“ empfunden werden.

Abbildung 15: Zufriedenheit mit den Zahlungsmodalitäten der Förderung



n=293, NVF: n=122, VSF: n=171

Frage: Wie zufrieden waren Sie bisher insgesamt mit folgenden Aspekten während der Projektförderung? Zahlungsmodalitäten

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

5.6 Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung

Anpassung durch das DVG: Überführung in die Regelversorgung (§ 92b Abs. 3):

Bei geförderten Vorhaben zu NVF beschließt der IA spätestens drei Monate nach Eingang des jeweiligen Evaluationsberichtes eine Empfehlung zur Überführung der neuen Versorgungsform oder wirksamer Teile aus einer neuen Versorgungsform in die Regelversorgung. Bei geförderten Vorhaben zur VSF berät er innerhalb dieser Frist die jeweiligen Ergebnisberichte und kann eine Empfehlung zur Überführung von Erkenntnissen in die Regelversorgung beschließen. In den Beschlüssen muss konkretisiert sein, wie die Überführung in die Regelversorgung erfolgen soll, und festgestellt werden, welche Organisation der Selbstverwaltung oder welche andere Einrichtung für die Überführung zuständig ist. Wird empfohlen, eine neue Versorgungsform nicht in die Regelversorgung zu überführen, ist dies zu begründen. Die Beschlüsse werden veröffentlicht. Stellt der IA

die Zuständigkeit des G-BA fest, hat dieser innerhalb von zwölf Monaten nach dem jeweiligen Beschluss der Empfehlung die Regelungen zur Aufnahme in die Versorgung zu beschließen.

Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucks. 19/13438, S. 54 f.):

Mit den Regelungen „soll sichergestellt werden, dass erfolgreich erprobte Versorgungsansätze zügig allen gesetzlich Versicherten zugänglich gemacht werden und die Erkenntnisse der Versorgungsforschung für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung genutzt werden ... Im Fall einer positiven Empfehlung [durch den IA, Anm. d. Autoren] geht diese mit einem konkreten Vorschlag einher, wie die Überführung oder Nutzbarmachung erfolgen soll und wer (insbesondere welche Organisation der Selbstverwaltung) dafür zuständig ist.

Bei Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses muss dieser innerhalb von zwölf Monaten nach Beschluss der Empfehlung des Innovationsausschusses einen Beschluss fassen, wie die Aufnahme in die Versorgung erfolgt... Die Verpflichtung des G-BA ist sachgerecht, da dieser ... die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien beschließt und damit den Leistungsumfang der gesetzlich Krankenversicherten maßgeblich bestimmt. Das mit der Schaffung des Innovationsausschusses übergeordnet verfolgte Ziel, die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland qualitativ weiterzuentwickeln, kann damit erreicht werden.“

Die Mitglieder des IA sowie online befragte Stakeholder des Gesundheitswesens und der versorgungsbezogenen Wissenschaft sind mehrheitlich (75 % bzw. 52 %) der Meinung, dass die nunmehr festgelegte Vorgehensweise zur Überführung von Projektergebnissen in die Regelversorgung die Rolle des Fonds zur qualitativen Weiterentwicklung der GKV-Versorgung stärkt. Kritisch wird hierzu angemerkt, dass die 3-Monats-Frist vom Eingang des jeweiligen Evaluationsberichtes (NVF) bzw. des jeweiligen Ergebnisberichtes (VSF-Projekte) bis zum Beschluss einer Transferempfehlung zu knapp bemessen sei – dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Anzahl der zum Abschluss kommenden Projekte weiter zunimmt. Dies führe insbesondere auch dazu, dass das Verfahren und die damit verbundenen Empfehlungen stark auf die Ergebnisse von Einzelprojekten fokussieren, anstatt eine integrierte Betrachtung aller Projekte eines Themenfeldes oder eines Lösungsansatzes (z. B. Lotsenlösungen) vorzunehmen und ggf. in eine Priorisierung einzusteigen. Weiterhin zeigen die Gespräche, dass nicht immer Klarheit darüber herrscht, wem die Verantwortung für die einzelnen Schritte der Überführung in die Regelversorgung obliegt, wer beispielsweise die im Rahmen eines Projekts gewonnenen Expertisen und die erarbeiteten Instrumente für eine Überführung in die Regelversorgung aufbereitet oder Implementierungsprozesse antizipiert. Unbenommen von der Einschätzung der Vorgehensweise bleibt vonseiten einiger Mitglieder des IA der grundsätzliche Einwand bestehen, dass die gesetzliche Verpflichtung des G-BA, Empfehlungen des IA umzusetzen, ordnungspolitisch fragwürdig sei, da der Ausschuss kein Gremium der Selbstverwaltung sei. Gleichzeitig wird jedoch von anderer Seite auf einen verbindlichen Charakter der IA-Empfehlungen gedrungen.

Bei allem ist zu berücksichtigen, dass es für eine abschließende Bewertung des gesetzlich geregelten Transferverfahrens und seiner Ergebnisse noch zu früh ist. Gegenwärtig ist noch nicht abzusehen, welchen Verbindlichkeitsgrad die Empfehlungen des IA entwickeln und in welchem Ausmaß angeratene Maßnahmen von den Adressaten auch tatsächlich zeitnah umgesetzt werden.

5.7 Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung

Themenfindung und Konsultationsverfahren

Durch das im Jahr 2020 neu eingeführte Konsultationsverfahren wurde die Themenfindung zum Teil nach außen geöffnet. Themenvorschläge und ergänzende Förderkriterien werden nun nicht mehr nur von den Strukturen des Innovationsfonds selbst generiert, sondern können auch von Akteuren des Gesundheitswesens, die nicht dem IA angehören, eingebracht werden. Durch das vorgeschaltete Verfahren soll sichergestellt werden, dass auch die Erfahrungen von externen Akteuren strukturiert Eingang in die Themenfindung findet. Das Konsultationsverfahren bildet die Grundlage für die weitere Entscheidungsfindung über Themen der Förderbekanntmachungen innerhalb des Innovationsfonds und wird sowohl vonseiten des IA als auch von externen Stakeholdern grundsätzlich begrüßt.

Eine partizipativere Gestaltung des Prozesses ist aus Perspektive des Evaluationsteams insgesamt als hilfreiche ergänzende Perspektive positiv zu bewerten, da sie nicht nur zu einer größeren Bandbreite an Themen beitragen kann, die auch aus Sicht der Community relevant sind, sondern weil auf diese Weise auch größere Transparenz im Themenfindungsprozess hergestellt wird. Beides kann sich positiv auf die Akzeptanz und Wirkung des Instruments in der Versorgungslandschaft auswirken. Es bleibt jedoch weiterhin zu beachten, dass auch ein Konsultationsverfahren keine strukturierte Grundlage zur Ermittlung von Handlungsbedarfen (z. B. im Sinne eines Horizon Scanning) in der Gesundheitsversorgung darstellt. Eingebrachte Vorschläge müssen daher auch immer vor dem Hintergrund von einzelnen Akteursinteressen bewertet werden.

Zweistufiges Förderverfahren bei NVF

Durch das DVG wurde der Förderprozess für NVF auf ein zweistufiges Verfahren mit vorgeschalteter Ideenskizze umgestellt. Für die VSF-Projekte wurde das einstufige Verfahren beibehalten.

Im Rahmen der ersten zweistufigen NVF-Förderwelle (2021) gingen insgesamt 136 Ideenskizzen ein, von denen 33 eine Förderung zur Konzeptentwicklung erhielten. Bei der darauffolgenden Förderwelle waren es insgesamt 123 Ideenskizzen, von denen 30 eine Förderung zur Konzeptentwicklung erhalten werden. Die Anzahl der geförderten Vollarträge ist auf in der Regel 20 Projekte begrenzt. Im Rahmen der ersten zweistufigen NVF-Förderwelle (2021) wurden 17 Projekte zur Durchführung ausgewählt.

Die Konzeptionsphase wird von den Förderempfängern in vielfältiger Weise genutzt, insbesondere zur detaillierten Ausarbeitung von Arbeits- und Finanzplänen und wissenschaftlichen Projektkonzeptionen (inkl. Evaluationskonzepten) sowie zur Gewinnung von Konsortial- und Kooperationspartnern (inkl. Kooperationsstrategie). In einigen Projekten werden auch die Prüfungen durch Ethikkommissionen sowie Personalqualifizierung und -rekrutierung vorbereitet. Sehr positiv werden die Beratung und die administrative Begleitung wahrgenommen. Generell wird von den Förderempfängern die Vorteilhaftigkeit der Konzeptionsphase hervorgehoben.

Mit der Entgegennahme von Ideenskizzen und einer sich anschließenden geförderten Konzeptionsphase ist die Erwartung verbunden, dass sich die Qualität, der Reifegrad und die Umsetzbarkeit der Vollarträge erhöht. Gleichzeitig sollte den Antragstellern Zeit für die Vorbereitung von komplexen Projekten mit mehreren Konsortial- und Praxispartnern eingeräumt werden und damit auch der Zugang für kleinere Organisationen verbessert werden, die mit der Ausarbeitung eines Vollartrages (ohne Förderung) allein aufgrund ihrer finanziellen und/oder personellen Ressourcen überfordert wären. Eine abschließende Bewertung des zweistufigen Verfahrens ist zum Berichtszeitpunkt nicht möglich, da insbesondere seine Auswirkung auf die Qualität der Vollarträge in Relation zur Gesamtdauer der Antragsstellung noch nicht valide überprüft werden kann. Es zeigt sich jedoch, dass die Konzeptionsphase bisher überwiegend für die konzeptionellen und organisatorischen Vorarbeiten genutzt wird, für die sie angedacht war. Inwieweit dies eine Verschiebung von Arbeiten darstellt, die im einstufigen Verfahren erst während der eigentlichen Förderung stattfinden konnten und die Projektförderung dadurch verkürzt wird, muss die Praxis zeigen. Da die Erstellung einer Ideenskizze weiterhin aufwendig bleibt, ist aus Sicht des Evaluationsteams nicht zu erwarten, dass die Barrieren für unerfahrenere, kleinere Antragsteller deutlich gesenkt wurden. Hierzu sollte berücksichtigt werden, dass durch die (neue) Vorgabe, nicht mehr als 20 NVF in der Durchführung zu fördern, absehbar nur großvolumigere Vorhaben in der Förderung berücksichtigt werden. Eine Vorselektion nach Antragstellern, die in der Lage sind, größere Projekte zu koordinieren und durchzuführen, ist daher nicht unbedingt als negativ zu bewerten.

Administrative Abwicklung der Antragsstellung und Förderung

Administrative Anforderungen für die Antragstellung und während der Projektdurchführung werden beratend vom PT und ergänzend von der GS unterstützt. Den (potenziellen) Förderempfängern wird sowohl während der Antragstellung als auch in der eigentlichen Förderung ein großes Spektrum an Informations- und Beratungsangeboten zur Verfügung gestellt. Besonders der direkte Kontakt zum PT wird in diesem Zusammenhang von den Förderempfängern als besonders hilfreich eingeschätzt. Aus Perspektive der Evaluation ist ebenfalls positiv, dass die Zufriedenheit von Antragstellern und Förderempfängern in den vergangenen Jahren gesteigert werden konnte, was zum einen auf die Aufgabenerweiterung der GS, auch in Bezug auf die Bereitstellung von Beratungsangeboten, durch das DVG zurückzuführen ist. Zum anderen ist vor allem in Bezug auf die neuartigen Projektkonsortien der NVF – also Konsortien, die sich aus Akteuren aus der Forschungslandschaft, Krankenkassen und anderen Akteursgruppen zusammensetzen – davon auszugehen, dass hier das gewachsene Erfahrungswissen aufseiten des PT positive Auswirkungen zeigt.

Weiterhin zeigt sich, dass über alle Punkte des Förderprozesses hinweg das Fördergeschehen von den Antragstellern der VSF als deutlich positiver bewertet wird als von Förderempfängern der NVF. Ursächlich hierfür sind zum einen die größere Komplexität der NVF – vor allem in Projekt- und Konsortialstruktur, sodass mehr Aufwand für Abstimmungsprozesse im Konsortium und mit weiteren Kooperationspartnern zu erwarten ist, aber ebenso mit dem PT. Zum anderen setzt sich die Konsortialführung in den einzelnen Förderlinien unterschiedlich zusammen. Während in der VSF erfahrene Antragsteller – Forschungseinrichtungen und Universitätskliniken – als Konsortialführer überwiegen, sind es in den Projekten zu NVF zumeist Leistungserbringer, die die Konsortien anführen, die aber auf weniger Infrastruktur und Erfahrung in Bezug auf das Schreiben und Umsetzen von Förderanträgen zurückgreifen können. Auch dies kann sich in einer unterschiedlichen Bewertung des Förderprozesses niederschlagen.

Der größte Kritikpunkt der Förderempfänger an der Abwicklung der Förderung liegt in der mangelnden Flexibilität während der Förderung und dem Aufwand, der sich aus administrativen Abläufen ergibt. Der als sehr groß empfundene Aufwand, der mit Änderungsanträgen in laufenden

Projekten einhergeht, und die teils langen Bearbeitungsfristen erschweren zuweilen die Projektdurchführung. In einigen Fällen wurde daher von Projekten berichtet, dass sie notwendige Änderungen im Projekt nicht implementiert hätten, weil der Aufwand für einen Änderungsantrag nicht mit den Projektabläufen vereinbar gewesen sei.

Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung

Das DVG regelt, dass der IA drei Monate nach Vorlage des Abschlussberichts über eine Übernahme der Erkenntnisse aus der VSF bzw. der Übernahme der NVF in die Regelversorgung Beschluss fassen muss. Diese Regelung wird zwar mehrheitlich begrüßt, birgt aber auch einen Zielkonflikt: Einerseits ist mit drei Monaten eine kurze Bearbeitungsfrist gesetzt, die u. a. sicherstellen soll, dass ein zügiger Transfer gewährleistet werden kann. Gleichzeitig befördert dieses Vorgehen eine sehr projektspezifische Perspektive auf die Lösung adressierter Versorgungsprobleme – auf diese Weise kann eine vergleichende oder Meta-Perspektive zu Projekten mit ähnlichem Fokus nicht in Betracht gezogen werden. Obwohl ein übergreifender und abwägender Blick auf verschiedene Lösungsansätze zu ähnlichen Herausforderungen langfristig wünschenswert ist, ist das aktuelle Vorgehen im Sinne einer zügigen Verwertung der Projektergebnisse nachvollziehbar. Längere Zeitabstände von mehreren Monaten oder Jahren, die zwischen dem Abschluss mehrerer vergleichbarer Projekte liegen können, würden einem schnellen Transferprozess im Weg stehen.

6 Themenfelder, Förderprojekte und Umsetzungsstand

6.1 Themenfelder, Antragsgeschehen und Förderentscheidungen im Überblick

6.1.1 Neue Versorgungsformen (NVF) im Überblick

Projektanträge und Bewilligungen der NVF

Von 2016 bis 2021 wurden sieben Förderwellen im Bereich der NVF und 2022 wird über die achte Förderwelle entschieden (Tabelle 5). Nach einer hohen Anzahl eingereicherter Projektanträge zu den ersten beiden Förderbekanntmachungen ging die Zahl der Anträge mit der dritten Förderwelle zurück. Der Rückgang der Anträge erklärt sich ggf. dadurch, dass die ersten beiden Förderbekanntmachungen kurz nacheinander veröffentlicht wurden und gemeinsam den Auftakt der Förderung durch den Innovationsfonds darstellten. Auf den Beginn der Förderung hatten sich viele Projektkonsortien bereits seit geraumer Zeit vorbereitet, was die besonders hohe Zahl an Anträgen binnen kurzer Zeit erklärt. Zur dritten Förderwelle wurden dann deutlich weniger Anträge eingereicht als in der Startphase des Innovationsfonds. Zudem wurden in der dritten Förderwelle keine themenspezifischen, sondern lediglich eine themenoffene Bekanntmachung veröffentlicht. In der vierten bis sechsten Förderwelle wurden wieder mehr Anträge verzeichnet. Seit der siebten Förderwelle (2021) werden NVF im zweistufigen Verfahren gefördert (Kapitel 5.3). Die Anzahl der Ideenskizzen in der ersten Verfahrensstufe übertraf sowohl in der siebten als auch in der achten Welle die jeweilige Anzahl der direkten Vollanträge in den bisherigen Wellen.

Die Anzahl der bewilligten Anträge blieb über die ersten drei Förderwellen hinweg annähernd konstant, es wurde also jeweils eine ähnliche Anzahl an NVF in die Förderung aufgenommen (Tabelle 5). Allerdings sollte die Bewilligung der Anträge bezogen auf das Haushaltsjahr betrachtet werden, da die Förderung mithilfe eines fixen jährlichen Budgets realisiert wird. Es fällt auf, dass 2016 (erste Förderwelle) absolut gesehen deutlich weniger NVF beantragt und auch bewilligt wurden als 2017 (zweite und dritte Förderwelle). Für das Haushaltsjahr 2017 lagen insgesamt mehr Anträge vor und gleichzeitig stieg die Bewilligungsquote³⁸ von 2016 zu 2017 von 24 % auf 30 %. Eine Erklärung hierfür ist: Im Jahr 2016 wurden mehr Projekte mit hohem Fördervolumen bewilligt (durchschnittlich 7,1 Mio. €), das Jahresbudget des Innovationsfonds also auf weniger Projekte verteilt. In beiden Wellen im Jahr 2017 überwogen hingegen NVF mit kleinem Fördervolumen (durchschnittlich 4,0 Mio. €) bei der Bewilligung, sodass mehr Projekte berücksichtigt werden konnten. In der vierten und fünften Förderwelle (2018 und 2019) wurden auf das Jahr betrachtet weniger Anträge eingereicht als zuvor. Gleichzeitig wurden erneut mehr Anträge als 2016 bewilligt, aber weniger als noch 2017. Dadurch stieg die Bewilligungsquote abermals. In der sechsten Förderwelle (2020) erreichte die Zahl der bewilligten Anträge und Fördermittel den niedrigsten Stand. Seit 2020 sind allerdings die Anpassungen durch das DVG zu berücksichtigen: Dem Innovationsfonds stehen pro Jahr weniger Mittel zur Verfügung, der Mittelanteil für NVF wurde hingegen von 75 % auf 80 % erhöht und die Bewilligung von in der Regel 20 NVF jährlich sind das Ziel (Kapitel 4.2). In den Wellen von 2018 bis 2020 lag jeweils ein ausgewogenes Verhältnis von großen und kleinen Fördervolumen vor. In der siebten Förderwelle (2021) wurde erst-

³⁸ Die Bewilligungsquote zeigt, wie viele der eingegangenen Anträge bewilligt wurden.

mals das zweistufige Verfahren angewendet. Aus 136 Ideenskizzen wurden 33 in der Konzeptionsphase und schließlich 17 NVF in der Durchführungsphase gefördert. Die reduzierte Projektanzahl geht mit einem höheren durchschnittlichen Projektvolumen von rund 7,7 Mio. € einher.

Die durchschnittliche Fördersumme für NVF der ersten bis zur sechsten Welle (2016 bis 2020) beträgt 5,2 Mio. €. Die Fördersummen der Einzelprojekte reichen dabei von 0,3 Mio. bis 21,8 Mio. €.

Tabelle 5: Projektanträge und Bewilligungen für NVF nach Förderwellen

Förderwelle	Anzahl eingereichte Anträge	Anzahl geförderte Projekte	Anzahl formal abgeschlossene Anträge	Bewilligungsquote	Beantragte Fördermittel in Mio. €	Bewilligte Fördermittel in Mio. €	Anteil der bewilligten an den beantragten Mitteln	Durchschnittl. Fördersumme je Projekt in Mio. €
1. Förderwelle (2016)	120	29	5	24 %	868	206,7	24 %	7,1
2. Förderwelle (2017-1)	107	26	11	24 %*	485	111,1	23 %*	4,3
3. Förderwelle (2017-2)	69	26	7	38 %*	260	97,6	39 %*	3,8
4. Förderwelle (2018)	93	37	2	41 %	440	183,3	43 %	5,0
5. Förderwelle (2019)	89	31	1	35 %	500	167,9	34 %	5,4
6. Förderwelle (2020)	73	28	2	38 %	422	146,9	35 %	5,3
7. Förderwelle (2021)	136 Ideen- skizzen	17 (33 Konzep- tionsphase)	1 (21 Ideen- skizzen)	13 %	248	130,2	53 %	7,7
Gesamt 1. bis 7. Welle	687	194	29	28 %	3.223	1.043,7	32 %	5,4
8. Förderwelle (2022)**	123 Ideen- skizzen	(30 Konzep- tionsphase)	(8 Ideen- skizzen)					
Gesamt 1. bis 8. Welle	810							

* In der 2. und 3. Förderwelle wurde über das Gesamtbudget des Haushaltsjahres 2017 beschieden, daher ist zur Bewertung die gesamte Bewilligungsquote von 30 % für das Haushaltsjahr 2017 heranzuziehen. Gleiches gilt für den Anteil der bewilligten an den beantragten Mitteln, der für das Haushaltsjahr 2017 insgesamt bei 28 % liegt. Siehe dazu auch Erläuterungen im Text.

** Vollarträge nach der Konzeptionsphase wurden zum Berichtszeitpunkt noch nicht eingereicht.

Quelle: Förderdatenanalyse erste bis achte Förderwelle NVF (2016 bis 2022)

© Prognos AG, 2021

Bisherige Themenfelder der NVF

Innerhalb der ersten sieben Förderwellen gab es insgesamt vier themenspezifische (mit insgesamt 26 Themenfeldern) und fünf themenoffene Förderbekanntmachungen für NVF (Tabelle 6).

Das Themenfeld 4 der ersten Förderwelle wurde zusätzlich nach Patientengruppen unterteilt. Zu allen bisher ausgeschriebenen Themenfeldern gingen Anträge ein, wobei die Anzahl der Anträge zwischen zwei und 40 variiert. Pro Themenfeld wurden ein bis 15 eingereichte Projektanträge gefördert; nur in der 5. Welle (2019) wurde im „TF4: Versorgungsmodelle unter Nutzung der Telemedizininfrastruktur“ kein Antrag bewilligt. Daraus ergeben sich unterschiedliche Bewilligungsquoten je Themenfeld zwischen 10 % und 62 %. Die Unterschiede zwischen den Themenfeldern sind jedoch nicht nur anhand der Antragszahlen zu erklären, sondern werden auch durch die jeweilige inhaltliche Qualität der Projektanträge beeinflusst.

Tabelle 6: Projektanträge und Förderungen für NVF nach Förderwellen und Themenfeldern

Förderwelle	Themenfeld der Förderbekanntmachung	Anzahl eingereichte Anträge	Anzahl geförderte Projekte	Bewilligungsquote	Förder-summe gesamt in Mio. €	
1. Förderwelle (2016)	TF1 – Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten	12	4	33 %	31,6	
	TF2 – Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie sowie Arzneimitteltherapiesicherheit	17	4	24 %	43,4	
	TF3 – Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health	34	6	18 %	40,9	
	TF4 – Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen	Ältere Menschen	8	2	25 %	14,0
		Kinder und Jugendliche	10	4	40 %	9,7
		Psychische Erkrankungen	10	1	10 %	6,8
		Seltene Erkrankungen	7	1	14 %	13,4
	Pflegebedürftige Menschen	5	2	40 %	21,3	
Themenoffen	17	5	29 %	25,8		
2. Förderwelle (2017-1)	TF1 – Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen	19	4	21 %	7,7	
	TF2 – Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung	20	4	20 %	20,5	
	TF3 – Verbesserung der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und Förderung der Gesundheitskompetenz	31	9	29 %	42,2	
	TF4 – Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen	10	4	40 %	6,5	
	Themenoffen	27	5	19 %	34,2	
3. Förderwelle (2017-2)	Themenoffen	69	26	38 %	97,6	
4. Förderwelle (2018)	TF1 – Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle	13	8	62 %	35,0	
	TF2 – Krankheitsübergreifende Versorgungsmodelle	5	1	20 %	6,1	
	TF3 – Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	39	15	38 %	69,3	

Förderwelle	Themenfeld der Förderbekanntmachung	Anzahl eingereichte Anträge	Anzahl geförderte Projekte	Bewilligungsquote	Förder-summe gesamt in Mio. €
	TF4 – Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen	12	4	33 %	25,2
	TF5 – Versorgungsmodelle mit übergreifender und messbarer Ergebnis- und Prozessverantwortung	5	2	40 %	7,4
	TF6 – Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen	19	7	37 %	40,4
5. Förderwelle (2019)	TF1 – Versorgungsformen zur Weiterentwicklung einer sektorenunabhängigen Versorgung	14	5	36 %	27,6
	TF2 – Innovative Modelle zur Stärkung der regionalen Gesundheitsversorgung	8	4	50 %	17,4
	TF3 – Telemedizinische Kooperationsnetzwerke von stationären und ambulanten Einrichtungen	12	7	58 %	41,7
	TF4 – Versorgungsmodelle unter Nutzung der Telematikinfrastruktur	2	-	-	-
	Themenoffen	53	15	28 %	81,2
6. Förderwelle (2020)	TF1 Altersmedizin – Neue Wege und Strukturen für die Versorgung der Zukunft	7	3	43 %	14,2
	TF2: Innovative Ansätze der Kooperation zwischen den Versorgungsebenen für strukturschwache Regionen	5	1	20 %	2,5
	TF3: Digitale Transformation – Lösungen zur Weiterentwicklung der Versorgung	28	15	54 %	93,2
	TF4: Innovative Präventionsansätze für Menschen mit Behinderung	5	2	40 %	7,5
	Themenoffen	28	7	25 %	29,4
7. Förderwelle (2021)	TF1: Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen	67 Ideenskizzen	5 (17 Konzeptionsphase)	8 %	36,0
	TF2: Versorgungsmodelle für Regionen mit besonderen Strukturansforderungen	10 Ideenskizzen	2 (2 Konzeptionsphase)	20 %	10,3
	TF3: Integration und Vernetzung rehabilitativer Maßnahmen zur Steigerung des Behandlungserfolgs von GKV-Leistungen	10 Ideenskizzen	2 (3 Konzeptionsphase)	20 %	10,9
	TF4: Versorgungsmodelle zu Patientenpfaden	15 Ideenskizzen	5 (5 Konzeptionsphase)	33 %	48,2
	TF5: Datengestützte Versorgungsmodelle für Menschen mit chronischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung	10 Ideenskizzen	2 (3 Konzeptionsphase)	20 %	11,2

Förderwelle	Themenfeld der Förderbekanntmachung	Anzahl eingereichte Anträge	Anzahl geförderte Projekte	Bewilligungsquote	Förder-summe gesamt in Mio. €
	Themenoffen	24 Ideenskizzen	1 (3 Konzeptionsphase)	4 %	13,6
	TF1: Weiterentwicklung der Versorgung durch Digitalisierung	25 Ideenskizzen	(6 Konzeptionsphase)		
	TF2: Interdisziplinäre oder sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke und -pfade	40 Ideenskizzen	(12 Konzeptionsphase)		
	TF3: Psychotherapeutische Versorgung vulnerabler Gruppen	15 Ideenskizzen	(5 Konzeptionsphase)		
8. Förderwelle (2022)*	TF4: Prävention und Versorgung von schweren psychischen Erkrankungen	7 Ideenskizzen	(2 Konzeptionsphase)		
	TF5: Lehren aus der Covid-19-Pandemie für die Weiterentwicklung der Versorgung	5 Ideenskizzen	(1 Konzeptionsphase)		
	TF6: Ein guter Start ins Leben durch eine vernetzte Versorgung	12 Ideenskizzen	(2 Konzeptionsphase)		
	Themenoffen	19 Ideenskizzen	(2 Konzeptionsphase)		

* Vollanträge nach der Konzeptionsphase wurden zum Berichtszeitpunkt noch nicht eingereicht

Quellen: Förderdatenanalyse erste bis achte Förderwelle NVF (2016 bis 2022)

© Prognos AG, 2021

6.1.2 Versorgungsforschung (VSF) im Überblick

Projektanträge und Bewilligungen der VSF

Bei den VSF-Projekten wurde das jährliche Budget des Innovationsfonds in allen Förderwellen ausgeschöpft (Tabelle 7). Insgesamt erscheint die Entwicklung hier gegenläufig zu der bei den NVF.³⁹ Die Bewilligungsquoten der VSF-Projekte gingen dabei von der ersten zur sechsten Welle von 39 % auf 12 % zurück. Von der ersten bis vierten Förderwelle war dies bedingt durch eine Zunahme eingereichter Anträge bei insgesamt vergleichbarer Anzahl geförderter Anträge. Der Anstieg der Anträge zur dritten Förderwelle erklärt sich teilweise durch die Wiedereinreichung abgelehnter und überarbeiteter Anträge. Der Planungsaufwand ist bei VSF-Projekten im Vergleich zu NVF geringer. In der ersten Welle (2016) wurde bisher die größte Anzahl an Projekten gefördert. In der fünften und sechsten Welle (2020 und 2021) wurden deutlich weniger Anträge bewilligt, trotz vergleichbarer bzw. höherer Antragszahlen. Ausschlaggebend hierfür sind die Anpassungen

³⁹ In der ersten Förderwelle war das Verfahren grundsätzlich zweistufig. Es wurden 296 Projektskizzen für VSF-Projekte eingereicht, von denen 142 und damit rund die Hälfte aufgefordert wurden, einen Projektantrag einzureichen. Zehn Projektskizzen wurden in der ersten Förderwelle aus formalen Gründen abgelehnt. Für die Evaluation von Selektivverträgen und Richtlinien konnten hingegen auch direkt Vollanträge eingereicht werden.

durch das DVG: Dem Innovationsfonds stehen jährlich weniger Mittel zur Verfügung und der Mittelanteil für VSF wurde zusätzlich von 25 % auf 20 % verringert (Kapitel 4.2). Die sechste Förderwelle zur (Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien wurde als neue Fördermöglichkeit mit dem DVG eingeführt. Rund drei Viertel der eingereichten Anträge wurden gefördert; das ist eine sehr hohe Bewilligungsquote.

Die durchschnittliche Fördersumme für VSF-Projekte der ersten bis zur fünften Welle (2016 bis 2020) beträgt 1,2 Mio. €. Die Fördersummen der Einzelprojekte reichen dabei von 0,2 Mio. bis 5,6 Mio. €.

Tabelle 7: Projektanträge und Bewilligungen für VSF nach Förderwellen

Förderwelle	Anzahl eingereichte Anträge	Anzahl geförderte Projekte	Anzahl formal abgeschlossene Anträge	Bewilligungsquote	Beantragte Fördermittel in Mio. €	Bewilligte Fördermittel in Mio. €	Anteil der bewilligten an den beantragten Mitteln	Durchschnittl. Fördersumme je Projekt in Mio. €
1. Förderwelle (2016)	161*	61	2	39 %	169	62,2	37 %	1,0
2. Förderwelle (2017)	164	54	4	33 %	247	69,5	28 %	1,3
3. Förderwelle (2018)	205	55	5	27 %	303	70,0	23 %	1,3
4. Förderwelle (2019)	197	58	2	29 %	294	67,5	23 %	1,2
5. Förderwelle (2020)	186	33	1	18 %	248	37,3	15 %	1,1
6. Förderwelle (2021)	238	29	4	12 %	311	38,2	12 %	1,3
6. Förderwelle – medizinische Leitlinien (2021)	31	23	3	74 %	12	7,7	64 %	0,3
Gesamt 1. bis 6. Welle	1.182	313	21	27 %	1.584	352,3	22 %	1,1
7. Förderwelle (2022)**	161				194			
7. Förderwelle – medizinische Leitlinien (2022)**	31				14			
Gesamt 1. bis 7. Welle	1.374				1.792			

*nur Vollerträge, ohne Projektskizzen

** Förderentscheidungen zur 7. Förderwelle (2022) wurden zum Berichtszeitpunkt noch nicht getroffen

Bisherige Themenfelder der VSF-Projekte

In den ersten sechs Förderwellen der VSF wurden 28 spezifische Themenfelder, viermal die Weiterentwicklung und Evaluation von G-BA-Richtlinien, dreimal die Evaluation von Selektivverträgen und fünf themenoffene Förderbekanntmachungen veröffentlicht (Tabelle 8). Drei der spezifischen Themenfelder der sechsten Welle (2021) beziehen sich auf die (Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien, die mit dem DVG eingeführt wurde (Kapitel 6.1.5). Mehrere Themenfelder der dritten und vierten Förderwelle (2018 und 2019) sind zusätzlich in Teilbereiche unterteilt. Die Anzahl der Antragseingänge und auch die Bewilligungsquoten der Themenfelder fallen ausgesprochen unterschiedlich aus. Besonders viele Anträge wurden eingereicht zu den Themenfeldern

- „Qualitätssicherung und bzw. oder Patientensicherheit in der Versorgung“ (2016 TF1),
- „Patientensicherheit, Qualitätssicherung und -förderung – Bedarfsgerechte Versorgung“ (2018 TF3c),
- „Patient Journey in der Versorgung“ (2021 TF2) sowie
- „Prävention stärken“ (2021 TF6).

Zu anderen Themenfeldern wurden teilweise sehr wenige oder gar keine Anträge eingereicht, z. B.

- zu den ersten zwei Pflgethemen „Innovative Konzepte patientenorientierter Pflege“ (2016 TF3) und „Modelle zur Stärkung der Krankenpflege“ (2018 TF2b),
- zu Administrationsfragen „Administrative und bürokratische Anforderungen im Gesundheitswesen“ (2016 TF5), „Umsetzung und Evaluation der Akten nach § 291a SGB V (ePA)“ (2019 TF5) und „Komplexitätsreduktion administrativer Aufgaben in der Versorgung“ (2021 TF5) sowie
- zu „Hygienemaßnahmen in der ambulanten Versorgung“ (2021 TF7).

Dies zeigt, dass die Themen der Förderbekanntmachungen in sehr unterschiedlichem Maße durch die Antragsteller wahrgenommen werden. In mehreren Themenfeldern der fünften und sechsten Welle (2020 bis 2021) fiel die Bewilligungsquote ausgesprochen niedrig aus, was mit der generellen Mittelkürzung für den VSF-Bereich seit 2020 zusammenfällt (Kapitel 4.2.1). In der sechsten Welle (2021) wurden beispielsweise allein im TF6 „Prävention stärken“ 49 Anträge nicht gefördert.

Für die themenoffene Förderung gingen in jeder Förderwelle viele Anträge ein. In der ersten bis zur vierten Welle (2016 bis 2019) bewegte sich die Bewilligungsquote hier zwischen 26 % und 31 %. In der fünften und sechsten Welle (2020 bis 2021) wurden nur noch 9 % bzw. 6 % der Anträge bewilligt, wobei seit 2020 insgesamt weniger Fördermittel für VSF zur Verfügung standen.

Tabelle 8: Projektanträge und Förderungen für VSF nach Förderwellen und Themenfeldern

Förderwelle	Themenfeld der Förderbekanntmachung	Anzahl eingereichte Anträge	Anzahl geförderte Projekte	Bewilligungsquote	Förder-summe des Themenfeldes in Mio. €	
1. Förderwelle - nur Vollerträge (2016)	TF1 – Qualitätssicherung und bzw. oder Patientensicherheit in der Versorgung	47	14	30 %	19,5	
	TF2 – Instrumente zur Messung von Lebensqualität	8	5	63 %	2,9	
	TF3 – Innovative Konzepte patientenorientierter Pflege	4	2	50 %	2,5	
	TF4 – Bedarfsgerechtigkeit und bzw. oder Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung	17	10	59 %	7,7	
	TF5 – Administrative und bürokratische Anforderungen im Gesundheitswesen	1	1	100 %	0,4	
	TF6 – Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten zur Verbesserung der Versorgung	27	12	44 %	14,3	
	Evaluation G-BA-Richtlinie Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)	9	3	33 %	2,5	
	Evaluation Selektivverträge	9	4	44 %	3,6	
	Themenoffen	38	10	26 %	8,8	
2. Förderwelle (2017)	Evaluation Selektivverträge	5	4	80 %	3,2	
	Themenoffen	159	50	31 %	66,3	
3. Förderwelle (2018)	TF1 – Besondere Versorgungssituationen	a) Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Multimorbidität	26	4	15 %	4,4
		b) Versorgung von geriatrischen Patienten	17	5	29 %	5,3
		c) Versorgung von Menschen mit Behinderungen	7	2	29 %	2,7
	TF2 – Entwicklung von Versorgungsstrukturen und -konzepten	a) Zusammenarbeit von ärztlichem und nichtärztlichem Gesundheitspersonal	11	2	18 %	3,0
		b) Modelle zur Stärkung der Krankenpflege	3	1	33 %	1,2
		c) Nutzbarkeit lernender Algorithmen	13	3	23 %	3,1
		d) Behandlungsoptionen bei Resistenzen	5	3	60 %	6,0
	TF3 – Patientensicherheit,	a) Verbesserung der Patientensicherheit	23	7	30 %	6,7
		b) Nachhaltige Qualitätsförderung	12	3	25 %	2,5

Förderwelle	Themenfeld der Förderbekanntmachung	Anzahl eingereichte Anträge	Anzahl geförderte Projekte	Bewilligungsquote	Förder-summe des Themenfeldes in Mio. €	
4. Förderwelle (2019)	Qualitätssicherung und -förderung	c) Bedarfsgerechte Versorgung	55	18	33 %	27,8
		d) Transfer neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, Diffusion des medizinischen Fortschritts in die Regelversorgung	10	2	20 %	3,5
	TF4 – Messung der Ergebnisqualität		18	3	17 %	3,1
	Evaluation G-BA-Richtlinie Krebsfrüherkennung (KFE-RL)		4	2	50 %	0,9
	Evaluation Selektivverträge		1	-	-	-
	TF1 – Stärkung der gesundheitlichen Versorgung in der Pflege und Transparenz über die pflegerische Versorgungsqualität		11	2	18 %	3,0
	TF2 – Barrierefreiheit und Verbesserung der Situation von Menschen mit Assistenzbedarf und deren Angehörigen		6	3	50 %	1,7
	TF3 – Aufbereitung und Verknüpfung von Gesundheitsdaten aus verschiedenen Quellen zur Verbesserung der Patientenversorgung	a) Verknüpfung von Gesundheitsdaten auf Ebene der Patientin/des Patienten	9	2	22 %	3,3
		b) Verknüpfung von Gesundheitsdaten auf Populationsebene	17	6	35 %	6,8
	TF4 – Einfluss evidenzbasierter Gesundheitsinformationen für Patientinnen und Patienten auf die Versorgung		23	6	26 %	7,5
	TF5 – Umsetzung und Evaluation der Akten nach § 291a SGB V (ePA)		-	-	-	-
	Evaluation G-BA-Richtlinie Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL)		4	1	25 %	0,8
	Evaluation G-BA-Richtlinie Psychotherapie (PT-RL)		6	3	50 %	3,3
	Evaluation Selektivverträge		1	1	100 %	0,7
Themenoffen		120	34	28 %	40,3	
5. Förderwelle (2020)	TF1 – Weiterentwicklung der Versorgung in wesentlichen nichtärztlichen Versorgungssettings		23	6	26 %	11,6
	TF2 – Möglichkeiten der Qualitätssicherung digitaler Versorgungsangebote		7	1	14 %	0,8
	TF3 – Veränderungen der Versorgungspraxis infolge digitaler Angebote		20	5	25 %	5,8

Förderwelle	Themenfeld der Förderbekanntmachung	Anzahl eingereichte Anträge	Anzahl geförderte Projekte	Bewilligungsquote	Förder-summe des Themenfeldes in Mio. €
	TF4 – Perspektiven und Potenziale des Einsatzes künstlicher Intelligenz (KI) in der Versorgung	17	6	35 %	6,3
	TF5 – Versorgungsforschung zu Leitlinien	23	6	26 %	3,9
	Themenoffen	96	9	9 %	8,9
	TF1 – Versorgungsforschung zu Erkenntnissen im Umgang mit Pandemien	15	2	13 %	2,1
	TF2 – Patient Journey in der Versorgung	37	7	19 %	8,2
	TF3 – Sektorenübergreifende und ambulante PROMs/PREMs	23	5	22 %	8,6
	TF4 – Altersmedizin	22	3	14 %	4,4
6. Förderwelle (2021)	TF5 – Komplexitätsreduktion administrativer Aufgaben in der Versorgung	3	1	33 %	1,0
	TF6 – Prävention stärken	54	5	9 %	7,3
	TF7 – Hygienemaßnahmen in der ambulanten Versorgung	2	-	-	-
	TF8 – Nutzung und Vertrauenswürdigkeit von KI-Anwendungen in der Versorgung	17	2	12 %	2,6
	Themenoffen	65	4	6 %	3,9
	TF1 – Versorgung bei seltenen Krankheiten	17	11	65 %	3,4
6. Förderwelle – medizinische Leitlinien (2021)	TF2 – Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf	10	8	80 %	3,0
	TF3 – Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten, insbesondere zur Stärkung der sachgerechten Antibiotikatherapie und zur Eindämmung antimikrobieller Resistenzen	4	4	100 %	1,2
	TF1 – Patientenversorgung und Gesundheitspersonal als Gegenstand von Versorgungsforschung	20			
7. Förderwelle (2022)*	TF2 – Evaluation digitaler Gesundheitsversorgung	25			
	TF3 – Sektorenübergreifende Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen bzw. mit Multimorbidität	19			
	TF4 – Geschlechterspezifische Versorgung	9			

Förderwelle	Themenfeld der Förderbekanntmachung	Anzahl eingereichte Anträge	Anzahl geförderte Projekte	Bewilligungsquote	Förder-summe des Themenfeldes in Mio. €
	TF5 – Verhaltensorientierte Ansätze zur Verbesserung der medizinischen Versorgung	19			
	TF6 – Schwerpunkt: Regionale Gesundheitsversorgung	9			
	TF7 – Datengestützte Entscheidungsfindung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung	15			
	Themenoffen	45			
	TF1 – Versorgung bei seltenen Erkrankungen	7			
7. Förderwelle – medizinische Leitlinien (2022)*	TF2 – Versorgung bei häufigeren Erkrankungen, Behandlung von Risikofaktoren für nicht übertragbare Krankheiten, Multimorbidität und Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in der Versorgung	12			
	TF3 – Versorgung von Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen (z. B. Kinder, Jugendliche, ältere und/oder pflegebedürftige Menschen)	8			
	TF4 – Operative Eingriffe am Skelettsystem/Bewegungsapparat	4			

* Förderentscheidungen zur 7. Förderwelle (2022) wurden zum Berichtszeitpunkt noch nicht getroffen

Quelle: Förderdatenanalyse erste bis siebte Förderwelle VSF (2016 bis 2022)

© Prognos AG, 2021

6.1.3 Evaluation von Selektivverträgen im Rahmen der VSF

Anpassung durch das DVG: Besondere Förderlinien in der Versorgungsforschung (§ 92a Abs. 2 und 3):

Die Fördermöglichkeit der Evaluation von Selektivverträgen, die nach den §§ 73c und 140a in der am 22.07.2015 geltenden Fassung des SGB V geschlossen wurden, wird abgeschafft.

Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucks. 19/13438, S. 51):

„Von der bisherigen Fördermöglichkeit wurde zunehmend weniger Gebrauch gemacht. Zu den entsprechenden Förderbekanntmachungen gab es in den Jahren 2018 und 2019 jeweils nur einen einzigen Antrag.“

Zu den Förderbekanntmachungen zur Evaluation von Selektivverträgen wurden in den ersten beiden Förderwellen (2016 und 2017) neun bzw. fünf Anträge eingereicht. In der dritten und vierten Welle (2018 und 2019) ging jeweils nur ein Förderantrag ein. Insgesamt wurden neun bestehende Selektivverträge im Rahmen des Innovationsfonds evaluiert, bis diese Fördermöglichkeit

durch das DVG abgeschafft wurde. Zum Berichtszeitpunkt sind davon fünf Projekte noch laufend und vier abgeschlossen. In einem Fall wurde eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung durch den IA ausgesprochen, in drei Fällen wurde keine Empfehlung gegeben.

Im Zwischenbericht der Prognos AG über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds wurde hierzu bereits Folgendes ausgeführt: „Für die Evaluation von Selektivverträgen ist entscheidend, ob sich daraus Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Versorgung gewinnen lassen. Die diesbezüglichen Anträge sollten daher insbesondere dahingehend geprüft werden, ob die Ergebnisse der Evaluation einen relevanten Beitrag für die Weiterentwicklung der kollektivvertraglichen Versorgung erwarten lassen, ob die Inhalte des Selektivvertrages einen hohen Innovationsgehalt aufweisen und ob methodische Bedenken (z. B. aufgrund einer Ex-post-Evaluation) bestehen. Sollte die Zahl der Anträge auf Förderung der Evaluation von Selektivverträgen im weiteren Zeitverlauf zurückgehen, ist eine Einstellung dieses Förderzweiges in Betracht zu ziehen.“⁴⁰

6.1.4 Evaluation von G-BA-Richtlinien im Rahmen der VSF

Tabelle 9 gibt einen Überblick über die bisherigen Förderbekanntmachungen und Projekte in diesem Segment. Im Rahmen der jüngsten Förderwellen (2020 und 2021) wurden keine entsprechenden Förderbekanntmachungen veröffentlicht. Insgesamt wurden bisher neun VSF-Projekte zur Evaluation von vier unterschiedlichen G-BA-Richtlinien bewilligt. Zum Berichtszeitpunkt sind davon sechs Projekte noch laufend und drei abgeschlossen. In allen drei Fällen wurden Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung durch den IA gegeben.

Tabelle 9: Evaluation von G-BA-Richtlinien

Förderwelle/Richtlinie	Anzahl eingereichte Anträge	Anzahl geförderte Projekte	Bewilligungsquote	Fördersumme gesamt in Mio. €
1. Förderwelle (2016): Evaluation G-BA-Richtlinie Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)	9	3	33 %	2,5
3. Förderwelle (2018): Evaluation G-BA-Richtlinie Krebsfrüherkennung (KFE-RL) Abschnitt D Nummer II (Hautkrebs-Screening)	4	2	50 %	0,9
4. Förderwelle (2019): Evaluation G-BA-Richtlinie Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL)	4	1	25 %	0,8
4. Förderwelle (2019): Evaluation G-BA-Richtlinie Psychotherapie (PT-RL)	6	3	50 %	3,3
Gesamt	23	9	39 %	7,5

Quelle: Förderdatenanalyse erste bis siebte Förderwelle VSF (2016 bis 2022)

© Prognos AG, 2021

⁴⁰ Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung, BtDrs: 19/8500, S. 25.

Bezüglich der Evaluation von G-BA-Richtlinien wurden bereits im Rahmen der ersten Evaluationsphase verschiedene Argumente sowohl für als auch gegen eine Fortführung dieser Fördermöglichkeit diskutiert: „Dagegen spreche z. B., dass G-BA-Richtlinien auch im Auftrag des G-BA selbst evaluiert werden können. Die Richtlinien selbst können solche Evaluationen vorschreiben, was in dieser Form auch vereinzelt praktiziert wird. Für eine Evaluation im Rahmen des Innovationsfonds spreche vor allem, dass eine Förderung durch den Fonds eine wesentlich umfangreichere und unabhängigere Evaluation ermögliche und damit Weiterentwicklungspotenziale für die GKV-Versorgung erschlossen werden können. Unter der Annahme, dass die Richtlinien-Evaluationen des Innovationsfonds tatsächlich die skizzierten Mehrwerte liefern können, spricht wenig gegen eine Beibehaltung dieser Förderoption. Gesetzlich wird die Möglichkeit eröffnet, die Fördermittel auch für solche Vorhaben verwenden zu können; gleichzeitig besteht keine Verpflichtung, diesbezügliche Förderbekanntmachungen zu veröffentlichen, sollten sich z. B. die erwarteten Mehrwerte nicht erzielen lassen.“⁴¹ Diese Einschätzung ist auch zum aktuellen Berichtszeitpunkt abzugeben.

6.1.5 (Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien im Rahmen der VSF

Anpassung durch das DVG: Besondere Förderlinien in der VSF (§ 92a Abs. 2 und 3):

Die für VSF zur Verfügung stehenden Mittel können künftig auch zur (Weiter-)Entwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, eingesetzt werden (mindestens 5 Mio. € jährlich). Die Förderschwerpunkte für die (Weiter-)Entwicklung von Leitlinien legt das Bundesministerium für Gesundheit unter Einbeziehung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften fest.

Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucks. 19/13438, S. 51):

„Durch die Regelung soll die Entwicklung von Leitlinien auf Basis der besten verfügbaren Evidenz vor allem in den Bereichen unterstützt werden, in denen z. B. wegen Besonderheiten in der Versorgung, der Dynamik der medizinischen Entwicklung oder der Komplexität der Anforderungen an die Erstellung hochwertiger Leitlinien nicht erarbeitet oder nicht überarbeitet werden konnten [...] Die Regelung ermöglicht damit eine zielgerichtete Unterstützung der Leitlinienentwicklung in eingegrenzten Fällen mit hoher Bedeutung für die Versorgung.“

Die Entwicklung oder Weiterentwicklung von medizinischen Leitlinien wird seit dem Jahr 2021 gefördert. Die bewilligten Projekte zur ersten Förderbekanntmachung der sechsten VSF-Welle beziehen sich auf folgende Themenfelder:

- Versorgung bei seltenen Krankheiten
- Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf
- Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten, insbesondere zur Stärkung der sachgerechten Antibiotikatherapie und zur Eindämmung antimikrobieller Resistenzen

⁴¹ Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung, BtDrs: 19/8500, S. 25.

Bezogen auf diese Themenfelder wurden 31 Anträge eingereicht; davon wurden 23 Anträge mit einer Fördersumme von insgesamt 7,6 Mio. € bewilligt.

Die zweite Förderbekanntmachung der siebten VSF-Welle (Haushaltsjahr 2022) fokussiert die folgenden vier Themenfelder:

- Versorgung bei seltenen Erkrankungen
- Versorgung bei häufigeren Erkrankungen, Behandlung von Risikofaktoren für nicht übertragbare Krankheiten, Multimorbidität und Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in der Versorgung
- Versorgung von Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen (z. B. Kinder, Jugendliche, ältere und/oder pflegebedürftige Menschen)
- operative Eingriffe am Skelettsystem/Bewegungsapparat

Die insgesamt 31 hierzu eingereichten Anträge durchlaufen zum Berichtszeitpunkt das Begutachtungsverfahren.

Zur Förderung der Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien wurden die Mitglieder des IA befragt. Ob das Förderverfahren zu einer sinnvollen Auswahl geförderter Leitlinien-Projekte führt, konnten drei Befragte zum Interviewzeitpunkt 2021 noch nicht bewerten (die Förderentscheidungen waren noch nicht gefallen), vier stimmten dem (eher) zu und eine bzw. einer stimmte dem nicht zu. Grundsätzlich wird von den Befürwortern dieser Förderung darauf hingewiesen, dass Leitlinien zum Teil veraltet sind, andererseits aber eine hohe Versorgungsrelevanz besitzen. Eine unabhängige Finanzierung von Leitlinien könne in bestimmten Bereichen zu einer deutlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung beitragen. Auch die Einbindung der Arbeitsgemeinschaft der AWMF wird ausdrücklich befürwortet. Die Gegenargumentation lautet, dass die Entwicklung von Leitlinien keine GKV-Aufgabe sei und daher auch nicht mit GKV-Mitteln aus dem Innovationsfonds zu finanzieren sei.

6.1.6 Themenoffene Förderbekanntmachungen

Anpassung durch das DVG: Verwendung der jährlich zur Verfügung stehenden Mittel (§ 92a Abs. 3):

Für themenoffene Förderbekanntmachungen dürfen in den beiden Hauptförderlinien (NVF und VSF) jeweils höchstens 20 % der jährlich verfügbaren Fördersumme verwendet werden.

Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucks. 19/13438, S. 52):

„Neben den themenspezifischen Förderbekanntmachungen bieten die themenoffenen Bekanntmachungen die Möglichkeit Projekte einzubeziehen, die sich innovativen Versorgungsansätzen oder relevanten Versorgungsfragen widmen, die bisher noch wenig Aufmerksamkeit erhalten. Der Vorteil einer themenoffenen Förderung ist, dass Projektideen eingebracht werden können, die von den themenspezifischen Förderbekanntma-

chungen nicht abgedeckt werden, aber aus Versorgungsgesichtspunkten von besonderer Relevanz sein können. Daher soll ein Teil der Fördersumme für solche Projekte vorgesehen sein (höchstens 20 %). Die Regel soll aber die Förderung von Vorhaben im themenspezifischen Bereich sein, für die der Großteil der zur Verfügung stehenden Fördersumme (mindestens 80 %) aufgewendet werden soll, da dabei Themenfelder festgelegt werden, in denen besonderer Handlungsbedarf zur Verbesserung der Versorgung besteht.“

Tabelle 10 gibt einen Überblick über die themenoffenen Projektanträge und Förderungen im Bereich der NVF. Bislang wurden zu themenoffenen Bekanntmachungen in diesem Bereich 237 Anträge eingereicht, was 29 % aller NVF-Anträge entspricht. 59 dieser Anträge wurden bewilligt.⁴² Von 2016 bis 2019 nahm der Anteil der themenoffen eingereichten Anträge an allen Anträgen deutlich zu (von 14 % auf 60 %); mit einem Höchststand 2017 bei der ausschließlich themenoffenen Bekanntmachung. Gleiches gilt für die Entwicklung der Fördersummen. Weiterhin zeigt sich, dass der themenoffene Förderbereich im Jahr 2020 deutlich zurückgegangen ist; dies gilt sowohl für den Anteil der eingereichten Anträge (18 %) als auch für die Bewilligungen und die Fördersumme. Dies ist auf die durch das DVG eingeführte Höchstgrenze von 20 % der Mittel für themenoffene Förderung zurückzuführen.

⁴² Die Vollanträge nach der Konzeptionsphase der achten NVF-Förderwelle (2022) wurden zum Berichtszeitpunkt noch nicht eingereicht und es wurden noch keine Förderentscheidungen über die Durchführungsphase getroffen.

Tabelle 10: Themenoffene Projektanträge und Förderungen für NVF nach Förderwellen

Förderwelle	Anzahl themenoffen eingereichte Anträge	Anteil themenoffene Anträge an allen Anträgen	Anzahl themenoffen geförderte Projekte	themenoffene Bewilligungsquote	themenoffene Fördersumme gesamt in Mio. €
1. Förderwelle (2016)	17	14 %	5	29 %	25,8
2. Förderwelle (2017-1)	27	25 %	5	19 %	34,2
3. Förderwelle (2017-2)*	69	100 %	26	38 %	97,6
4. Förderwelle (2018)	keine themenoffene Förderbekanntmachung				
5. Förderwelle (2019)	53	60 %	15	28 %	81,2
6. Förderwelle (2020)	28	38 %	7	25 %	29,4
7. Förderwelle (2021)	24 Ideenskizzen	18 %	1 (3 Konzeptionsphase)	4 %	13,6
Gesamt 1. bis 7. Welle	218	32 %	59	27 %	281,8
8. Förderwelle (2022)**	19 Ideen-skizzen	16 %	(2 Konzeptionsphase)		
Gesamt 1. bis 8. Welle	237	29 %			

* ausschließlich themenoffene Förderbekanntmachung

** Vollarträge nach der Konzeptionsphase wurden zum Berichtszeitpunkt noch nicht eingereicht

Quelle: Förderdatenanalyse erste bis sechste Förderwelle NVF (2016 bis 2020)

© Prognos AG, 2021

Tabelle 11 gibt einen Überblick über die themenoffenen Projektanträge und Förderungen im Bereich der VSF. Bislang wurden zu themenoffenen Bekanntmachungen in diesem Bereich 523 Anträge eingereicht, was 38 % aller VSF-Anträge entspricht. 107 dieser Anträge wurden bewilligt.⁴³ Auffällig sind die im Jahresvergleich hohen Antragszahlen und Fördersummen in der zweiten und vierten Förderwelle (2017 und 2019). Die Antragszahlen sind seit der fast ausschließlich themenoffenen Bekanntmachung zur zweiten Förderwelle (2017) stetig rückläufig. Die Bewilligungsquote lag 2016 bis 2019 auf ähnlichem Niveau und reduzierte sich deutlich seit dem Jahr 2020, ebenso wie die Fördersumme – auch dies ein Ergebnis der neu eingeführten Höchstgrenze für die themenoffene Förderung.

⁴³ Die Förderentscheidungen zur siebten VSF-Förderwelle (2022) wurden zum Berichtszeitpunkt noch nicht getroffen.

Tabelle 11: Themenoffene Projektanträge und Förderungen für VSF nach Förderwellen

Förderwelle	Anzahl themenoffen eingereichte Anträge	Anteil themenoffene Anträge an allen Anträgen	Anzahl themenoffen geförderte Projekte	themenoffene Bewilligungsquote	themenoffene Fördersumme gesamt in Mio. €
1. Förderwelle (2016)	38*	24 %	10	26 %	8,8
2. Förderwelle (2017)**	159	97 %	50	31 %	66,3
3. Förderwelle (2018)	keine themenoffene Förderbekanntmachung				
4. Förderwelle (2019)	120	61 %	34	28 %	40,3
5. Förderwelle (2020)	96	52 %	9	9 %	8,9
6. Förderwelle (2021)	65	27 %	4	6 %	3,9
Gesamt 1. bis 6. Welle	478	40 %	107	22 %	128,2
7. Förderwelle (2022)***	45	28 %			
Gesamt 1. bis 7. Welle	523	38 %			

* nur Vollanträge, keine Projektskizzen

** ausschließlich themenoffene Förderbekanntmachung sowie zur Evaluation von Selektivverträgen

*** Förderentscheidungen zur 7. Förderwelle (2022) wurden zum Berichtszeitpunkt noch nicht getroffen

Quelle: Förderdatenanalyse erste bis sechste Förderwelle VSF (2016 bis 2021)

© Prognos AG, 2021

Im Rahmen der Evaluation wurden die Mitglieder des IA gefragt, wie sie die Begrenzung von 20 % der Fördermittel für themenoffene Förderbekanntmachungen bewerten. Keines der befragten Mitglieder des IA ist der Ansicht, dass die Begrenzung für die themenoffene Förderung weiter herabgesetzt werden sollte; das gilt für beide Förderbereiche. Drei (NVF) bzw. vier (VSF) Mitglieder des IA halten die 20 %-Grenze für angemessen. Vier (NVF) bzw. drei (VSF) Mitglieder des IA plädieren für eine Ausweitung der themenoffenen Förderung. Einzelne sind der Meinung in diesem Fördersegment würden regelmäßig hochwertige Anträge außerhalb der vorgegebenen Themenfelder und insbesondere zu Randbereichen der Versorgung eingereicht.

Bei den online befragten Stakeholdern fällt die Einschätzung zur Angemessenheit der Begrenzung von 20 % der Fördermittel für themenoffene Förderbekanntmachungen vergleichbar aus: Bezogen auf den NVF-Bereich halten 13 Stakeholder (37 %) die Grenze für angemessen; 12 (34 %) plädieren für eine Anhebung. Eine ähnliche Verteilung ergibt sich für den VSF-Bereich: Hier halten 12 Stakeholder (34 %) die Grenze für angemessen; 13 (37 %) plädieren für eine Anhebung.

Darüber hinaus wird von einzelnen Mitgliedern beider Gruppen (IA-Mitglieder und Stakeholder) die starre Begrenzung der themenoffenen Förderung auf max. 20 % infrage gestellt; sie schränke die Flexibilität bei Förderentscheidungen insofern ein, dass die Budgetgrenze zu viel Gewicht bei den Förderentscheidungen bekäme.

6.1.7 Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung

Anträge und Förderentscheidungen im Bereich NVF

Innerhalb der ersten acht Förderwellen (2016 bis 2022) gab es sieben themenspezifische (mit insgesamt 33 Themenfeldern) und sieben themenoffene Förderbekanntmachungen für NVF. In Summe gingen in den ersten acht Wellen 810 Anträge bzw. Ideenskizzen zu diesem Förderbereich ein; 194 davon wurden in den ersten sieben Förderwellen für die Förderung ausgewählt. Aus den 123 Ideenskizzen der achten Welle (2022) werden zum Berichtszeitpunkt 30 in der Konzeptionsphase gefördert, während über die Durchführungsphase noch nicht entschieden ist. 2017 ist das Jahr mit der höchsten Anzahl eingegangener (176) und geförderter (52) Anträge; in das Jahr 2020 fällt die niedrigste Anzahl eingegangener (73) und geförderter (28) Anträge im einstufigen Förderverfahren. Die Bewilligungsquote lag in diesen Jahren zwischen 24 % (2016) und 41 % (2018); über die ersten sieben Förderwellen hinweg ergibt sich eine durchschnittliche Bewilligungsquote von 32 %. Ab 2021 wird ein zweistufiges Förderverfahren umgesetzt, sodass nur bereits in der Konzeptionsphase geförderte Anträge eingereicht werden können. Von 32 Vollanträgen wurden in diesem Jahr 17 für die Förderung ausgewählt. Die durchschnittliche Fördersumme je Projekt beträgt in den ersten sieben Förderwellen 2016 bis 2021 5,4 Mio. €. Insgesamt gibt es seit 2016 eine fortwährende Resonanz auf die Förderbekanntmachungen und es wird eine breite Themenvielfalt gefördert, wobei die Zahlen der Anträge und Förderprojekte zwischen den Themenfeldern variieren.

Anträge und Förderentscheidungen im Bereich VSF

In den ersten sieben Förderwellen (2016 bis 2022) gab es sechs themenspezifische Förderbekanntmachungen zu insgesamt 35 Themenfeldern. Zudem wurden sechs themenoffene Förderbekanntmachungen, vier zur Weiterentwicklung und Evaluation von G-BA-Richtlinien sowie vier zur Evaluation von Selektivverträgen. Hinzu kamen zwei Bekanntmachungen zur (Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien (mit insgesamt sieben Themenfeldern). Zudem wurden sechs themenoffene Förderbekanntmachungen veröffentlicht. Insgesamt gingen 1.374 Anträge zu diesem Förderbereich ein; 313 davon wurden gefördert, wobei die Förderentscheidungen zu 192 Anträgen der siebten Welle (2022) zum Berichtszeitpunkt noch nicht getroffen wurden. Die Anzahl der jährlich eingegangenen Anträge erhöhte sich im Verlauf der Förderwellen von 161 (2016) auf 269 (2021); 2022 ist ein Rückgang auf 192 zu verzeichnen. Die Anzahl der pro Jahr geförderten Anträge lag zwischen 33 (2020) und 61 (2016). Die Bewilligungsquote bewegte sich zwischen 18 % (2020) und 39 % (2016); über alle sechs bisher entschiedenen Förderwellen hinweg ergibt sich eine durchschnittliche Bewilligungsquote von 27 %. Die durchschnittliche Fördersumme je Projekt beträgt 1,1 Mio. €. Insgesamt wird ein breites Themenspektrum gefördert, wobei die Antrags- und Projektzahlen zwischen den Themenfeldern variieren.

Besondere Fördersegmente im Bereich VSF

Die Fördermöglichkeit der Evaluation von Selektivverträgen, die bereits vor Einführung des Innovationsfonds bestanden, wurde durch das DVG abgeschafft, da hiervon kaum noch Gebrauch gemacht wurde.

Zur Evaluation von vier unterschiedlichen G-BA-Richtlinien (spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, Krebsfrüherkennung/Hautkrebs-Screening, ambulante spezialfachärztliche Versorgung und Psychotherapie) wurden bisher neun Projekte bewilligt. Obwohl die Richtlinien Evaluationen ihrer selbst vorschreiben und diese vom G-BA unmittelbar beauftragt werden können, ermöglicht

eine Förderung durch den Innovationsfonds eine wesentlich umfangreichere Evaluation, wodurch wesentliche Weiterentwicklungspotenziale für die GKV-Versorgung erschlossen werden können.

Die Entwicklung oder Weiterentwicklung von medizinischen Leitlinien wird seit dem Jahr 2021 mit mindestens 5 Mio. € jährlich gefördert. Die Förderschwerpunkte legt das BMG unter Einbeziehung der AWMF fest. Zurzeit werden in diesem Segment 23 Projekte mit einer Fördersumme von insgesamt 7,6 Mio. € gefördert. 31 Anträge zu vier neuen Themenfeldern durchlaufen zum Berichtszeitpunkt das Begutachtungsverfahren. Leitlinien besitzen eine hohe Versorgungsrelevanz. Ihre unabhängige Finanzierung kann in bestimmten sich dynamisch entwickelnden oder komplexen Versorgungsbereichen zu einer deutlichen Qualitätsverbesserung beitragen.

Themenoffene Förderbekanntmachungen

Das themenoffene Fördersegment bietet die Möglichkeit, innovative Projektanträge außerhalb der vorgegebenen Themenfelder zu entwickeln und zu fördern, die aus Versorgungsgesichtspunkten von besonderer Relevanz sind. In den ersten acht NVF-Förderwellen (2016 bis 2022) wurden zu themenoffenen Bekanntmachungen 237 Anträge eingereicht, was 28 % aller VSF-Anträge entspricht. Bewilligt wurden 59 (27 %) dieser Anträge⁴⁴. Im VSF-Bereich wurden in den ersten sieben Wellen (2016 bis 2022) 523 Anträge zu themenoffenen Bekanntmachungen eingereicht, was 38 % aller VSF-Anträge sind. Bewilligt wurden 107 (22 %) dieser Anträge⁴⁵. Weiterhin zeigt sich, dass die themenoffene Förderung sowohl bei NVF als auch in der VSF im Jahr 2017 einen Höchststand erreichte und anschließend rückläufig war; beschleunigt seit dem Jahr 2020. Dies ist seit 2020 im Zusammenhang mit der durch das DVG eingeführten Höchstgrenze von 20 % der Mittel für themenoffene Förderung sowie der generellen Reduktion der Mittel des Fonds von 300 auf 200 Mio. € jährlich zu sehen. Insgesamt ist im Bereich der themenoffenen Förderung zwar eine stetige Aktivität der Antragsteller feststellbar, die sich jedoch seit 2017 sukzessive verringerte. Der Rückgang bei den Bewilligungen und Fördersummen folgt dieser abnehmenden Tendenz bzw. zeichnet sie seit 2020 vor.

6.2 Inhalte und Merkmale der Förderprojekte

Dieses Kapitel charakterisiert die geförderten Projekte nach deskriptiven Merkmalen (u. a. Zielgruppen und Indikationen, Interventionen und Schwerpunkte des Erkenntnisgewinns sowie Intersektoralität). Diesbezüglich dargestellte Untersuchungsergebnisse beziehen sich ausschließlich auf Projekte der ersten sechs (NVF) bzw. fünf (VSF) Förderwellen (2016 bis 2020).

Die Kategorien der einzelnen Merkmale (z. B. Interventionen, Schwerpunkte des Erkenntnisgewinns) wurden teilweise anhand der verfügbaren Daten in den Projektbeschreibungen sowie auf Grundlage der ersten Befragungswelle unter Förderempfängern gebildet. Aufgrund der Vielfalt und Vielschichtigkeit der Projekte sind die Kategorien nicht immer trennscharf zu verstehen und bilden teilweise die Schwerpunktsetzungen der Projekte ab. Mithilfe dieser Kategorisierung werden die Projekte jeweils nach Anzahl, Anteil, gesamter Fördersumme je Kategorie und/oder durchschnittlicher Fördersumme je Projekt innerhalb einer Kategorie betrachtet und relevante Befunde dargestellt. Eine Bewertung der Merkmale und Auffälligkeiten erfolgt im Zwischenfazit (Kapitel 6.2.7).

⁴⁴ Die Förderentscheidungen für die achte NVF-Welle und die siebte VSF-Welle wurden zum Berichtszeitpunkt noch nicht getroffen.

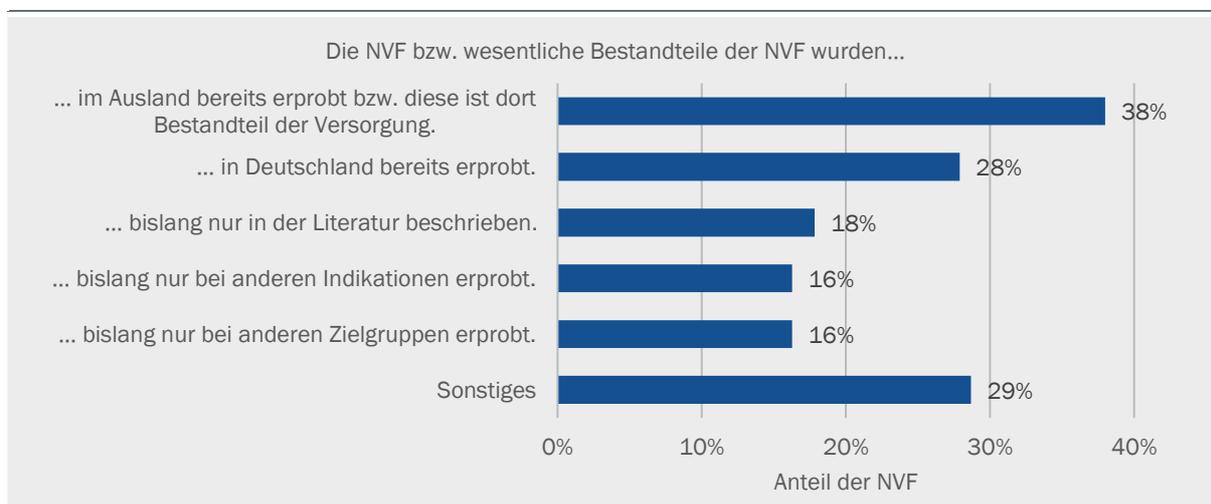
⁴⁵ Die Förderentscheidungen für die achte NVF-Welle und die siebte VSF-Welle wurden zum Berichtszeitpunkt noch nicht getroffen.

6.2.1 Vorerfahrungen, Ziele, Interventionen und Endpunkte

Vorerfahrungen bezüglich der NVF

Die Vorerfahrungen bezüglich der NVF geben Hinweise auf die wissenschaftlichen Grundlagen, auf die die Projekte aufbauen können und welche Forschungslücken noch bestehen. Die geförderten NVF wurden der Befragung nach häufig bereits im Ausland (38 %) oder in Deutschland (28 %) erprobt (Abbildung 20). Seltener wird angegeben, dass die NVF bislang nur in der Literatur beschrieben (18 %) oder nur für andere Indikationen (16 %) oder Zielgruppen (16 %) erprobt wurde. Als sonstige Hinweise zu den Vorerfahrungen mit der NVF wurden u. a. genannt, dass die NVF bisher nur in anderer Form, nur in Teilaspekten oder Pilotstudien erprobt wurde.

Abbildung 16: Vorerfahrungen der NVF



n=129 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), zu 48 NVF liegen keine Angaben vor, mehrfache Zuordnung der Projekte möglich

Frage: Welche Vorerfahrungen bestehen zu der von Ihnen innerhalb des geförderten Projekts untersuchten Versorgungsform?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Ziele der Interventionen der NVF

Die Ziele der NVF liefern Hinweise dafür, auf welche Weise die Projekte anstreben, die GKV-Versorgung zu verbessern. Die Zielsetzungen der Projekte sind zum Teil mehrdimensional. Sie lassen sich anhand der Ziele der jeweiligen Interventionen charakterisieren. Während einige Förderempfänger spezifische Ziele (z. B. Vermeidung von Krankenhausaufhalten) angeben, werden die Ziele in anderen Projekten allgemeiner umschrieben (z. B. Kostenreduktion oder Senkung der Morbidität). Daher ergeben sich aus der Empirie Kategorien mit unterschiedlicher Spezifität, die teilweise Überschneidungen aufweisen können.

Abbildung 17 zeigt in welchem Umfang die verschiedenen Kategorien der Interventionsziele in den NVF verfolgt werden. Ein konkreter für die Patientinnen und Patienten spürbarer Nutzen (in Form von höherer Zufriedenheit, mehr Lebensqualität, erhöhter Gesundheitskompetenz und Etablierung von Shared Decision Making) ist mit 68 % in besonders vielen Projekten ein Ziel der

Intervention(en). Kostenreduktion und Effizienz stehen mit 51 % an zweiter Stelle. An dritter bis fünfter Stelle folgen in jeweils ähnlichem Umfang die Reduktion von krankheitsbedingter Morbidität und Mortalität (46 %), die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten (45 %) sowie eine schnellere, leitliniengerechtere oder bedarfsgerechtere Diagnose- und Therapie (43 %). Alle weiteren Ziele werden durch rund ein Viertel der NVF verfolgt; nur die Vermeidung von stationärer Pflege bzw. Aufnahme in ein Pflegeheim ist mit 14 % nochmals seltener als Ziel vertreten.

Abbildung 17: Interventionsziele der NVF



n=164 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), zu 13 NVF liegen keine Angaben vor, mehrfache Zuordnung der Projekte möglich

Frage: Welche Ziele sollen durch Ihr Projekt bezüglich der Gesundheit von Patientinnen und Patienten bzw. der Gesundheitsversorgung erreicht werden?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger und Dokumentenanalyse

© Prognos AG, 2021

Interventionen sowie digitale und technologische Lösungen in den NVF

Die NVF lassen sich zudem nach der Art der Intervention(en) kategorisieren, mithilfe derer das Versorgungsproblem gelöst bzw. die Ziele erreicht werden sollen. In der Regel handelt es sich um komplexe Interventionen, die aus mehreren Komponenten bestehen. Die NVF werden im Rahmen

der Evaluation auf Basis der Empirie acht verschiedenen Interventionsarten zugeordnet. Eine Übersicht der Interventionen ist in Tabelle 12 zusammengefasst.

In den Häufigkeiten der Interventionen zeigt sich: Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist ein Schwerpunkt innerhalb des Innovationsfonds, denn in 115 NVF (69 %) kommen digitale oder technologische Komponenten zum Einsatz. Gleichzeitig beinhalten viele Förderprojekte Interventionen zur Netzwerkbildung, Kooperation und Koordination von Leistungserbringern (67 %) sowie zur Qualifikation und zum fachlichen und interdisziplinären Austausch von Leistungserbringern (47 %). Ein weiterer Schwerpunkt innerhalb der geförderten NVF bilden Interventionen mit Bezug zur Patientenzentrierung: Entwicklung bzw. Einsatz von Maßnahmen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz bzw. der Fähigkeiten zur Krankheitsbewältigung von Patientinnen und Patienten (51 %) sowie Fallmanagement, Coaching und Übernahme einer Lotsenfunktion (42 %) sind ebenfalls häufiger Bestandteil. Die Einführung von zusätzlichen Leistungen und die Entwicklung bzw. der Einsatz von Assessments wird jeweils in über einem Drittel der NVF umgesetzt (40 % bzw. 37 %). Die Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen ist mit 23 Projekten (14 %) weniger häufig vertreten.

Tabelle 12: Interventionen innerhalb der NVF

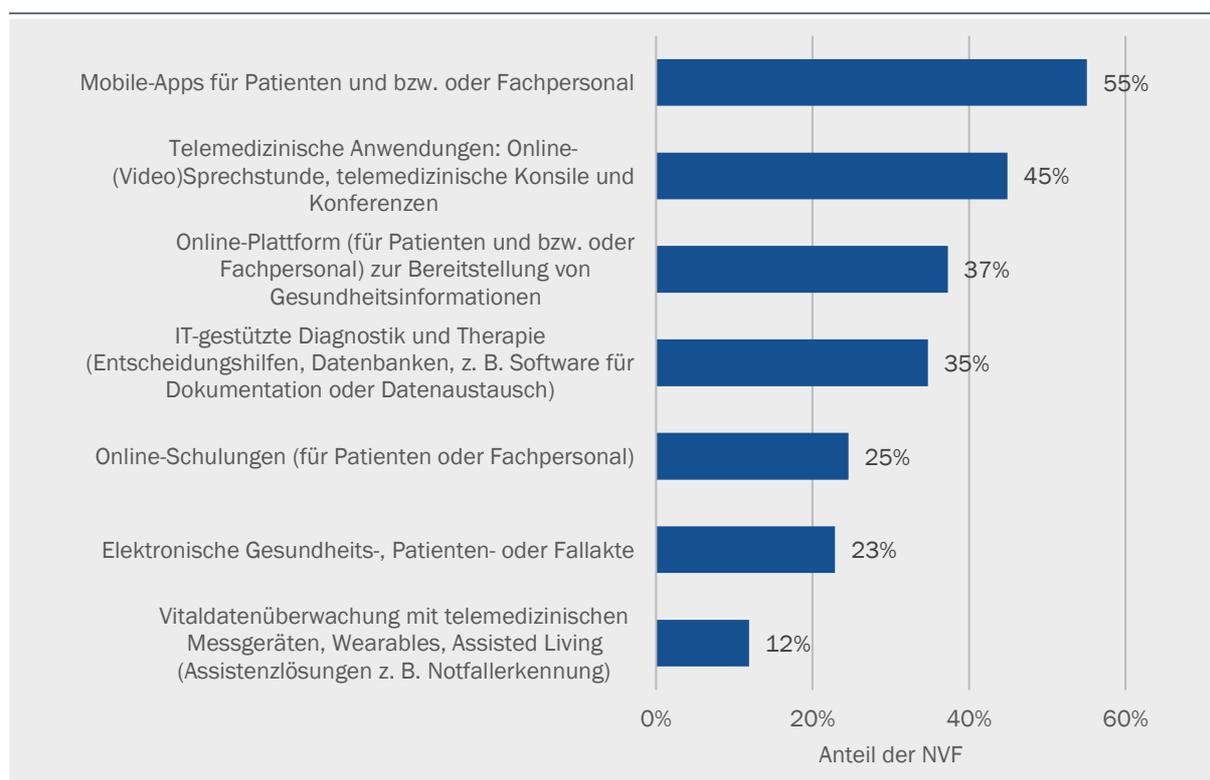
Art der Intervention	Anzahl Projekte	Anteil der Projekte	Durchschnittl. Fördersumme der Projekte in Mio. €
Einsatz digitaler und technologischer Komponenten im Versorgungsprozess	115	69 %	5,7
Netzwerkbildung, Kooperation und Koordination von Leistungserbringern (z. B. Aufbau eines Care Centers oder einer Koordinationsstelle, Vernetzung über eine Online-Plattform)	111	67 %	5,8
Entwicklung bzw. Einsatz von Maßnahmen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz bzw. der Fähigkeiten zur Krankheitsbewältigung von Patienten (z. B. Transitionsschulungen für Jugendliche)	84	51 %	5,1
Maßnahmen zur Qualifikation und zum fachlichen und interdisziplinären Austausch von Leistungserbringern (z. B. Qualitätszirkel, Schulungen)	78	47 %	5,8
Fallmanagement, Coaching und Übernahme einer Lotsenfunktion (durch speziell geschulte Gesundheitsprofessionen, Fachkräfte oder Ärzte)	70	42 %	4,9
Einführung zusätzlicher Leistungen (z. B. zusätzliche Intensivprophylaxe bei Hochrisikopatienten, Leberwertscreening im Rahmen des Gesundheits-Check-Up)	66	40 %	5,1
Entwicklung bzw. Einsatz von Assessments (z. B. Screening-Instrumente, Checklisten)	62	37 %	5,3
Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen	23	14 %	4,1

n=166 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), zu 11 NVF liegen keine Angaben vor, mehrfache Zuordnung der Projekte möglich

Frage: Mit welchen Interventionsarten sollen die Ziele Ihres Projekts erreicht werden?

In insgesamt 115 NVF (69 %) werden im Rahmen der Interventionen digitale und telemedizinische Lösungen und Instrumente verwendet. In über der Hälfte (57 %) dieser Fälle werden Mobile-Apps genutzt, gefolgt von telemedizinischen Anwendungen (46 %), Online-Plattformen (38 %) und IT-gestützter Diagnostik oder Therapie (36 %). Weitere Komponenten waren seltener vertreten. Eine Übersicht der Projekte nach Art der verwendeten digitalen und technologischen Komponenten befindet sich in Abbildung 18.

Abbildung 18: Digitale Lösungen und Instrumente der NVF



n=115 NVF mit digitalen Lösungen oder Instrumenten der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), 49 NVF beinhalten keine entsprechenden Lösungen, zu 13 NVF liegen keine Angaben vor, mehrfache Zuordnung der Projekte möglich
Frage: Welche digitalen oder telemedizinischen Lösungen werden in Ihrem Projekt eingesetzt?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger und Dokumentenanalyse

© Prognos AG, 2021

Endpunkte der NVF

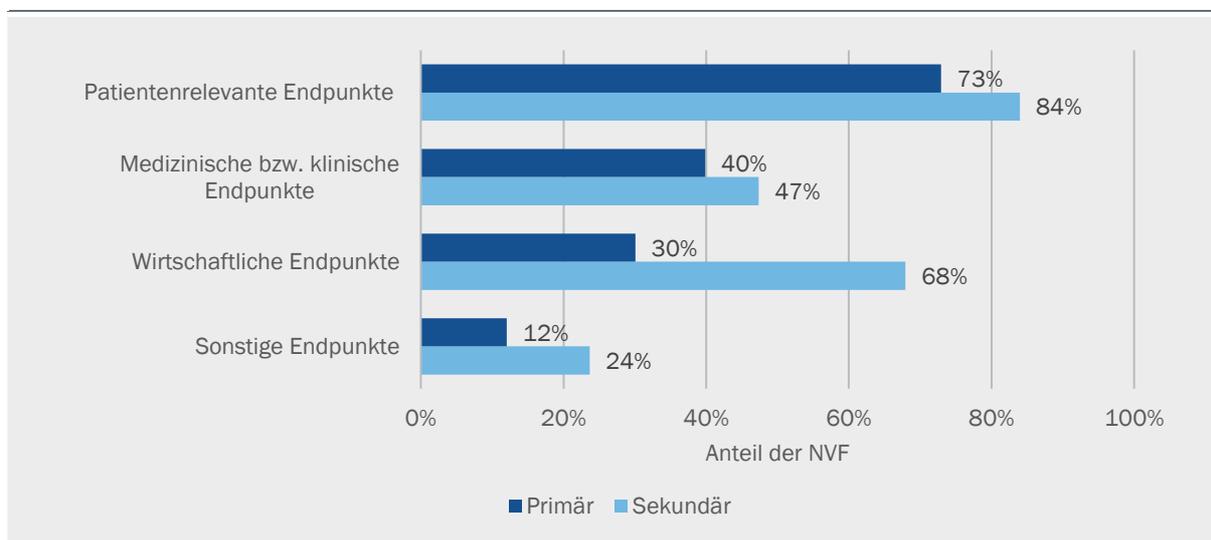
Primäre und sekundäre Endpunkte⁴⁶ bieten erste Anhaltspunkte für das Umsetzungspotenzial und die Relevanz der Projektergebnisse für die Patientenversorgung sowie die Orientierung an den Zielen des Innovationsfonds. Sie geben Hinweise dafür, inwiefern die Projekte bspw. auf eine

⁴⁶ Zur Einteilung vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Allgemeine Methoden: Version 6.0, Köln 2020, abrufbar unter https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_version-6-0.pdf, zuletzt abgerufen am 24.11.2021.

Steigerung der Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten abzielen oder die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die Auswertung differenziert zwischen patientenrelevanten⁴⁷, medizinischen bzw. klinischen⁴⁸, wirtschaftlichen⁴⁹ und sonstigen Endpunkten⁵⁰.

Abbildung 19 zeigt welche Endpunkte in den NVF berücksichtigt werden. In 97 von 133 (73 %) NVF⁵¹ gibt es patientenrelevante primäre Endpunkte und in 84 % der NVF patientenrelevante sekundäre Endpunkte. Mit deutlichem Abstand folgen an zweiter Stelle medizinische bzw. klinische Endpunkte, die in 40 % der NVF als primäre Endpunkte und in 47 % der NVF als sekundäre Endpunkte berücksichtigt werden. Wirtschaftliche Endpunkte sind nur in 30 % der NVF ein primärer Endpunkt, spielen allerdings in 68 % der Projekte als sekundäre Endpunkte eine Rolle. 18 % der NVF betrachten keine wirtschaftlichen Endpunkte.

Abbildung 19: Primäre und sekundäre Endpunkte der NVF



n=133 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), zu 44 NVF liegen keine Angaben vor, mehrfache Zuordnung der Projekte möglich

Frage: Welche primären und sekundären Endpunkte werden in Ihrem Projekt zur Messung der Effekte für die Versorgung verwendet?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Tabelle 13 zeigt, dass mit Blick allein auf die primären Endpunkte über die Hälfte der NVF nur eine Kategorie von Endpunkten fokussiert. Bei 43 NVF (32 %) sind die primären Endpunkte ausschließlich patientenrelevante, bei 21 NVF (16 %) ausschließlich medizinische bzw. klinische und

⁴⁷ Patientenrelevante Endpunkte dienen der Nutzenbewertung auf Grundlage von patientenseitigem Nutzen. Dazu gehören Mortalität, Morbidität (Beschwerden und Komplikationen, Verbesserung der Prognose oder Symptomatik), gesundheitsbezogene Lebensqualität (wird meist über die Auswirkungen der Therapien auf die Lebensqualität erfasst), interventions- und erkrankungsbezogener Aufwand und Patientenzufriedenheit.

⁴⁸ Hierzu zählen z. B. Laborparameter oder Vitalwerte.

⁴⁹ Endpunkte, mit denen Effizienz und Kosteneinsparung gemessen werden, z. B. Behandlungskosten oder Arbeitsunfähigkeitstage.

⁵⁰ Unter sonstigen Endpunkten werden als Qualitätskriterium festgelegte, messbare Endpunkte zusammengefasst, die nicht in die anderen Kategorien fallen (z. B. Inanspruchnahme der kollegialen Beratung, Grad der Umsetzung von Leitlinien und Standards etc. (betreffen überwiegend Messungen zu Prozessen und Organisation), Nutzen aus Sicht der Leistungserbringer). Hier handelt es sich überwiegend um auf Prozesse und Leistungserbringer bezogene Endpunkte.

⁵¹ Zu 44 NVF der ersten fünf Förderwellen (2016 bis 2020) liegen keine Angaben vor, da diese nicht dazu befragt wurden.

bei sieben NVF (5 %) ausschließlich wirtschaftliche. Werden unterschiedliche Arten von primären Endpunkten genutzt, beinhaltet die Kombination meistens patientenrelevante Endpunkte.

Tabelle 13: Häufigste Kombinationen primärer Endpunkte innerhalb der NVF

Primäre Endpunkte	Anzahl Projekte	Anteil der Projekte	Durchschnittliche Fördersumme der Projekte in Mio. €
Patientenrelevante Endpunkte (ausschließlich)	43	32 %	4,7
Medizinische bzw. klinische Endpunkte (ausschließlich)	21	16 %	5,4
Patientenrelevante und medizinische bzw. klinische Endpunkte	19	14 %	4,4
Patientenrelevante und wirtschaftliche Endpunkte	15	11 %	7,2
Patientenrelevante, medizinische bzw. klinische und wirtschaftliche Endpunkte	10	8 %	4,8
Wirtschaftliche Endpunkte (ausschließlich)	7	5 %	5,6
Sonstige Kombinationen der Endpunkte	18	14 %	6,4

n=133 NVF der ersten bis fünften Förderwelle (2016 bis 2020), zu 44 NVF liegen keine Angaben vor, einfache Zuordnung der Projekte

Frage: Welche primären Endpunkte werden in Ihrem Projekt zur Messung der Effekte für die Versorgung verwendet?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Vorerfahrungen bezüglich der VSF-Projekte

Die Angaben der Förderempfänger zu den Vorerfahrungen bezüglich ihrer VSF-Projekte sind in Abbildung 20 dargestellt. Diese geben Hinweise auf die wissenschaftlichen Grundlagen, auf die die Projekte aufbauen können und welche Erkenntnislücken noch geschlossen werden müssen. Am häufigsten wurde die Fragestellung bisher nicht beforscht (32 %) bzw. nur im Ausland bereits bearbeitet (31 %). 24 % der Fragestellungen wurde bereits für andere Zielgruppen untersucht, 19 % bereits in Deutschland bearbeitet und 17 % bislang für andere Indikationen erforscht. Als sonstige Hinweise zu den Vorerfahrungen wurden u. a. genannt, dass die Fragestellung bisher nur in Teilaspekten, mit einem anderen Fokus oder mithilfe anderer Methoden bearbeitet wurde.

Abbildung 20: Vorerfahrungen der VSF-Projekte



n=186 VSF-Projekte der ersten bis fünften Förderwelle (2016 bis 2020), ohne Projekte zur Evaluation von Selektivverträgen oder Weiterentwicklung von G-BA-Richtlinien, mehrfache Zuordnung der Projekte möglich
Frage: Welche Vorerfahrungen bestehen zu dem von Ihnen innerhalb des geförderten Projekts bearbeiteten Fragenkomplex oder Themengebiet?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Ziele des Erkenntnisgewinns der VSF-Projekte

Die einzelnen VSF-Projekte widmen sich in der Regel mehreren zentralen Forschungsfragen, die in mehreren Projektschritten beantwortet werden, wie etwa Bestandsaufnahmen, die Entwicklung von Maßnahmen oder Instrumenten, deren Implementierung und Evaluation sowie die Ableitung von Handlungsempfehlungen. Entsprechend vielschichtig ist oftmals der Bereich des Erkenntnisgewinns einzelner VSF-Projekte. Um einen Überblick über die Erkenntnisinteressen der geförderten VSF-Projekte zu erhalten, wird deshalb nur der jeweilige Schwerpunkt des Erkenntnisgewinns in einem Projekt betrachtet.

Tabelle 14 enthält diese Schwerpunkte des Erkenntnisgewinns der VSF-Projekte. Insgesamt zeigt sich eine große Bandbreite bearbeiteter Themen. Zu beachten ist, dass die dargestellten Kategorien aus dem Spektrum der geförderten VSF-Projekte resultieren und in den Projekten neben den genannten Schwerpunkten noch weitere Bereiche des Erkenntnisgewinns eine Rolle spielen können. Bezüglich der durchschnittlichen Fördersummen der Projekte nach Schwerpunkt des Erkenntnisgewinns sind keine Auffälligkeiten erkennbar.

Tabelle 14: Schwerpunkte des Erkenntnisgewinns der VSF-Projekte

Bereich des Erkenntnisgewinns	Anzahl Projekte	Anteil der Projekte	Durchschnittliche Förder-summe der Projekte in Mio. €
Steuerung von Behandlung und Versorgung (z. B. Evaluation von Selektivvertrag, Fallsteuerung bei Notfällen, Case-Management-Instrument)	46	20 %	1,2
Qualitätsmanagement und -sicherung (z. B. Entwicklung Qualitätsindikator, Evaluation Qualitätsinstrument oder -richtlinie)	38	16 %	1,0
Diagnose-, Behandlungs- und Rehabilitationsverfahren (z. B. Ärzteschulung zur Früherkennung, Wirksamkeit einer Therapieform, Entwicklung Nachsorgemaßnahme)	36	15 %	1,4
Prävalenzen, Versorgungsbedarfe und -situationen (z. B. Bestandsaufnahme für bestimmte Indikation, Zielgruppe, Region)	30	13 %	1,2
Kooperation von Fachbereichen und Sektoren (z. B. Evaluation von Arztnetzwerk, IV-Vertrag, Selektivvertrag, Instrument zum Entlassmanagement)	23	10 %	1,2
Patienteninformation und Selbsthilfe (z. B. Evaluation von App als Entscheidungshilfe, Online-Selbsthilfeprogramm)	22	9 %	1,2
Präventionsmaßnahmen (z. B. Instrument zur Früherkennung oder Vorsorge, Maßnahmen des Infektionsschutzes)	19	8 %	1,1
Arzneimittelversorgung und -sicherheit (z. B. Instrumentenentwicklung für Multimedikation, Erkenntnisse zur Verschreibungspraxis)	18	8 %	0,9
Sonstige	2	1 %	0,9

n=234 VSF-Projekte der ersten fünf Förderwellen (2016 bis 2020), einfache Zuordnung der Projekte
Frage: In welchem Bereich sollen durch Ihr Projekt neue Erkenntnisse für die GKV-Versorgung gewonnen werden?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger sowie Förderdaten- und Dokumentenanalyse

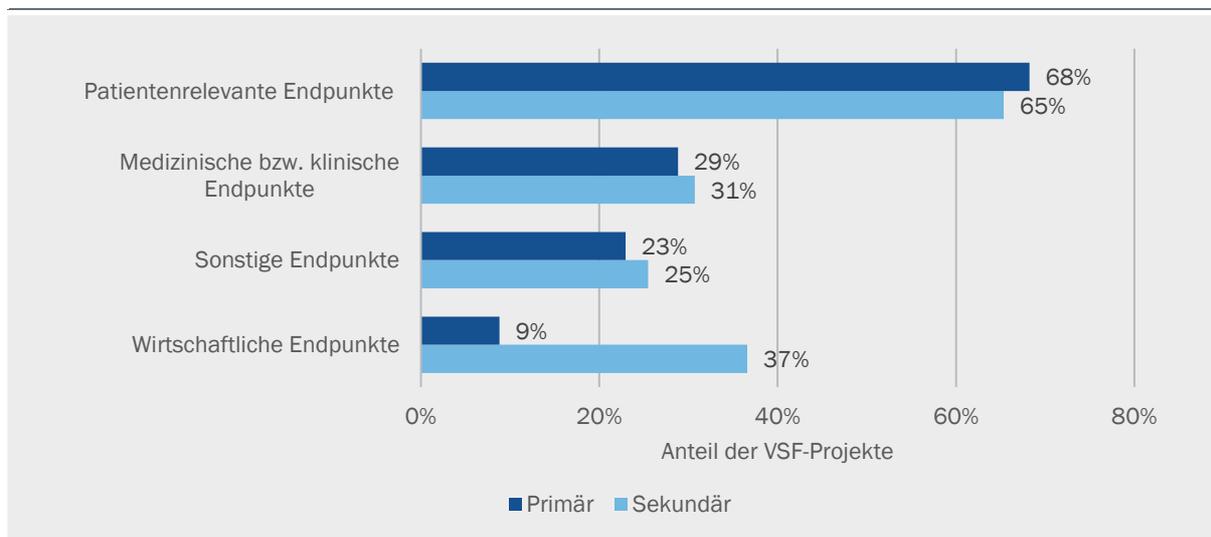
© Prognos AG, 2021

Endpunkte der VSF-Projekte

Abbildung 21 zeigt die Endpunkte der VSF-Projekte. Die primären Endpunkte sind bei 116 von 170 (68 %) VSF-Projekten⁵² patientenrelevant. Außerdem werden in 29 % der Projekte medizinische primäre Endpunkte gemessen und sonstige primäre Endpunkte in 23 % der Projekte. Wirtschaftliche primäre Endpunkte werden lediglich in 9 % der VSF-Projekte berücksichtigt und in 37 % der Projekte als sekundäre Endpunkte. 62 % der VSF-Projekte betrachten keine wirtschaftlichen Endpunkte. Die Verteilung der sekundären Endpunkte ist ansonsten vergleichbar mit den primären Endpunkten.

⁵² Zu 91 (primäre Endpunkte) bzw. 108 (sekundäre Endpunkte) VSF-Projekten liegen keine Angaben vor, da es sich bei den VSF-Projekten nur zum Teil um Evaluationen handelt und nicht alle Projekte zu den Endpunkten befragt wurden.

Abbildung 21: Primäre und sekundäre Endpunkte der VSF-Projekte



n=170 VSF-Projekte (primäre Endpunkte) bzw. N=153 VSF-Projekte (sekundäre Endpunkte) der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), zu 91 bzw. 108 VSF-Projekten liegen keine Angaben vor, mehrfache Zuordnung der Projekte möglich
Frage: Welche primären und sekundären Endpunkte werden in Ihrem Versorgungsforschungsprojekt verwendet, um die Effekte für die Versorgung zu messen?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

6.2.2 Zielgruppen und Indikationen

Zielgruppen der NVF

Die NVF (erste bis sechste Förderwelle, 2016 bis 2020) sind zu 44 % auf bestimmte Altersgruppen ausgerichtet. 33 der 177 (19 %) Projekte konzentrieren sich speziell auf die Versorgung älterer Menschen. Die Zielgruppenkategorie ältere Menschen umfasst insbesondere Projekte, die sich der Versorgung von Menschen im Rentenalter widmen, vorwiegend mit der Versorgung bei Krankheiten des Alters oder der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. Die durchschnittliche Fördersumme der Projekte für ältere Menschen (6,4 Mio. €) ist höher als bei Projekten, die sich anderen oder keinen spezifischen Altersgruppen widmen. Eine mögliche Erklärung hierfür können die hohen und komplexen Versorgungsbedarfe älterer Menschen, etwa bei Multimorbidität oder Multimedikation, liefern.

In der Kategorie Erwachsene sind Projekte zusammengefasst, die sich explizit mit der Versorgung von Erwachsenen aller Altersgruppen beschäftigen. 25 (14 %) der Projekte können dieser Kategorie zugeordnet werden. Sie werden durchschnittlich mit 4,6 Mio. € gefördert.

Die Kategorie Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene umfasst Projekte, die sich spezifischer Versorgungsprobleme dieser Altersgruppe annehmen (bspw. der Transition). Sowohl die Anzahl dieser Projekte ist mit 20 (11 %) im Vergleich zu den anderen Alterskategorien geringer als auch die durchschnittliche Fördersumme (4,3 Mio. €).

Unter unspezifische Altersgruppe werden 99 (56 %) Projekte zusammengefasst, die nicht den bisher genannten Alterskategorien zuordenbar sind. Sie behandeln bspw. die Versorgung bei bestimmten Indikationen ohne Altersbezug oder beziehen sich auf alle Patientinnen und Patienten allgemein. Die durchschnittliche Fördersumme dieser Projekte liegt bei 5,1 Mio. €.

Neben den Merkmalen Alter und Indikation (siehe nächster Abschnitt) definieren einige NVF ihre Zielgruppen auch anhand anderer Merkmale. So richten sich etwa sechs NVF spezifisch an Frauen, Frauen im gebärfähigen Alter oder Schwangere. Sieben Projekte widmen sich der Zielgruppe Menschen mit Behinderung. Zwei weitere Projekte sind explizit auf die Verbesserung der Versorgung von sozial benachteiligten Menschen ausgerichtet. Zwei Projekte richten sich gezielt an Beschäftigte bzw. Erwerbstätige.

Indikationen der NVF

In Tabelle 15 sind die geförderten NVF der ersten sechs Wellen (2016 bis 2020) nach Indikationen⁵³ dargestellt, wobei sich insgesamt ein breites Spektrum zeigt. In gewissem Umfang ist ein Schwerpunkt bei Indikationen zu erkennen, die häufig altersbedingt sind, wie z. B. geriatrische Erkrankungen und Multimorbidität, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Krebserkrankungen. Dieser Befund ist im Zusammenhang mit der häufigen Fokussierung der Projekte auf die Zielgruppe älterer Menschen zu sehen. Auch zeigt sich eine erhöhte Anzahl von Indikationen, die mit den themenspezifischen Förderbekanntmachungen adressiert wurden, wie z. B. psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen.

Überdurchschnittlich hohe Fördersummen erhalten im Schnitt NVF, die sich indikationsübergreifend mit chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit, seltenen (angeborenen) Erkrankungen oder Gesundheits- und Krankheitsthemen allgemein beschäftigen. Als Ursache hierfür ist die hohe Komplexität und Vielfalt innerhalb dieser Indikationsbereiche zu sehen. NVF zu bestimmten infektiösen und parasitären Krankheiten erhalten ebenfalls vergleichsweise hohe Fördersummen.

⁵³ Zur Kategorisierung sind die Anmerkungen unterhalb der Tabelle zu beachten.

Tabelle 15: Indikationen der NVF

Indikationen	Anzahl Projekte	Anteil der Projekte	Förder-summe gesamt in Mio. €	Durchschnittl. Fördersumme der Projekte in Mio. €
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen (Kap. V)	25	14 %	122,8	4,9
Neubildungen, insb. Krebs (Kap. II)	20	11 %	114,8	5,7
Krankheiten des Nervensystems (Kap. VI)	16	9 %	74,0	4,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Kap. XIII)	15	8 %	56,8	3,8
Notfälle, akute und stationäre Behandlungsanlässe allgemein	13	7 %	55,2	4,2
Geriatrische Erkrankungskomplexe und Multimorbidität allgemein	12	7 %	62,4	5,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (Kap. IX)	10	6 %	50,0	5,0
Chronische Erkrankungen allgemein	10	6 %	74,1	7,4
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (Kap. I)	8	5 %	61,7	7,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Kap. IV)	8	5 %	34,6	4,3
Pflegebedürftigkeit allgemein	6	3 %	48,0	8,0
Unspezifische Indikation – Gesundheits- und Krankheitsthemen allgemein	4	2 %	32,8	8,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Kap. XV)	4	2 %	17,8	4,4
Seltene (angeborene) Erkrankungen allgemein	4	2 %	30,1	7,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Kap. XXI), z. B. Z. n. Organtransplantation, Dialyse, Palliativbehandlung	4	2 %	13,0	3,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (Kap. XII)	3	2 %	8,3	2,8
Krankheiten des Verdauungssystems (Kap. XI)	3	2 %	8,4	2,8
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (Kap. XVIII)	3	2 %	10,5	3,5
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (Kap. XIX)	3	2 %	16,1	5,4
Sonstige	6	3 %	21,8	3,6

n=177 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), einfache Zuordnung der Projekte.

Die Bildung der Kategorien aus der Empirie ist an den Kapiteln des ICD-10 orientiert.⁵⁴ Weitere Kategorien enthalten den Zusatz allgemein. Die Kategorie Sonstiges enthält Projekte, die nicht auf eine spezifische Indikation ausgerichtet sind bzw. Kategorien des ICD-10, die nur einfach vorkommen. Bei mehreren zutreffenden Indikationen wird der aus der Befragung oder Dokumentenanalyse hervorgehende Schwerpunkt gewählt (so z. B. bei Kombination psychischer und neurologischer Erkrankungen).

Quellen: Förderdaten- und Dokumentenanalyse

© Prognos AG, 2021

⁵⁴ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hrsg.). ICD-10-GM Version 2020. Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, German Modification), <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

Zielgruppen der VSF-Projekte

Im Bereich der VSF-Projekte (erste fünf Förderwellen, 2016 bis 2020) beziehen sich 56 % der Projekte (145 von 261) nicht auf eine bestimmte Altersgruppe.⁵⁵ Ältere Menschen stehen in 17 % der VSF-Projekte (45 von 261) im Fokus. Weitere 17 % der VSF-Projekte (45 von 261) sind auf die Zielgruppe Erwachsene ausgerichtet. Auf die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zielen 10 % der VSF-Projekte ab (26 von 261). Die durchschnittliche Fördersumme je VSF-Projekt variiert nicht in Abhängigkeit der Altersgruppen (1,1 bis 1,2 Mio. €).

Neben den Altersgruppen und Indikationen (siehe nächster Abschnitt) definieren einige VSF-Projekte ihre Zielgruppen anhand weiterer Merkmale. So gibt es zwölf frauenspezifische Projekte und ein männerspezifisches Projekt. Menschen mit Behinderungen stehen im Mittelpunkt von elf VSF-Projekten. Fünf Projekte richten sich an Eltern bzw. Familien. Fünf Projekte sind auf die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund oder geflüchteten Menschen ausgerichtet.

Indikationen der VSF-Projekte

Das Spektrum der Indikationen in den VSF-Projekten ist ähnlich breit wie bei den NVF (Tabelle 16). Eine Ausnahme bilden die psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen, die mit 20 % (51 von 261) vergleichsweise häufig adressiert werden. 16 % der Projekte konzentrieren sich nicht auf eine spezifische Indikation, sondern auf Gesundheit oder Krankheit allgemein (z. B. einige Routinedatenanalysen). Auch im Bereich der Indikationen zeigt sich ein Schwerpunkt bei der Versorgung älterer Menschen mit mehreren Projekten zu geriatrischen Erkrankungskomplexen und Multimorbidität sowie Pflegebedürftigkeit allgemein, die zwar nicht ausschließlich, aber zu hohem Anteil, ältere Menschen betreffen.

Ein höheres durchschnittliches Fördervolumen je Projekt zeigt sich nur bei Erkrankungen des Kreislaufsystems. Insgesamt ist die Diversität bei den Fördersummen vergleichsweise gering.

⁵⁵ Für Erläuterungen zu den Alterskategorien siehe Abschnitt oben zu Zielgruppen der NVF.

Tabelle 16: Indikationen der VSF-Projekte

Indikationen	Anzahl Projekte	Anteil der Projekte	Förder-summe gesamt in Mio. €	Durchschnittl. Fördersumme der Projekte in Mio. €
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen (Kap. V)	51	20 %	54,0	1,1
Unspezifische Indikation - Gesundheits- und Krankheitsthemen allgemein	43	16 %	48,4	1,1
Neubildungen, insb. Krebs (Kap. II)	22	8 %	20,3	0,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Kap. XXI), z. B. Z. n. Organtransplantation, Dialyse, Palliativbehandlung	19	7 %	19,5	1,0
Pflegebedürftigkeit allgemein	15	6 %	17,2	1,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (Kap. IX)	14	5 %	23,2	1,7
Notfälle, akute und stationäre Behandlungsanlässe allgemein	14	5 %	18,6	1,3
Geriatrische Erkrankungskomplexe und Multimorbidität allgemein	14	5 %	19,0	1,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Kap. XIII)	12	5 %	12,4	1,0
Krankheiten des Nervensystems (Kap. VI)	11	4 %	13,5	1,2
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (Kap. I)	9	3 %	12,3	1,4
Chronische Erkrankungen allgemein	8	3 %	11,2	1,4
Krankheiten des Verdauungssystems (Kap. XI)	7	3 %	7,7	1,1
Krankheiten des Atmungssystems (Kap. X)	5	2 %	4,2	0,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Kap. XV)	4	2 %	7,5	1,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Kap. IV)	3	1 %	2,4	0,8
Schlüsselnummern für besondere Zwecke (Kap. XXII), z. B. Infektionserreger mit Resistenzen	3	1 %	6,0	2,0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Kap. XVII)	3	1 %	6,0	2,0
Sonstige	4	2 %	3,3	0,8

n=261 VSF-Projekte der ersten fünf Förderwellen (2016 bis 2020), einfache Zuordnung der Projekte
 Die Bildung der Kategorien aus der Empirie ist an den Kapiteln des ICD-10 orientiert.⁵⁶ Weitere Kategorien enthalten den Zusatz allgemein. Die Kategorie Sonstiges enthält Projekte, die nicht auf eine spezifische Indikation ausgerichtet sind bzw. Kategorien des ICD-10, die nur einfach vorkommen. Bei mehreren zutreffenden Indikationen wird der aus der Befragung oder Dokumentenanalyse hervorgehende Schwerpunkt gewählt (so z. B. bei Kombination psychischer und neurologischer Erkrankungen).

Quelle: Dokumentenanalyse

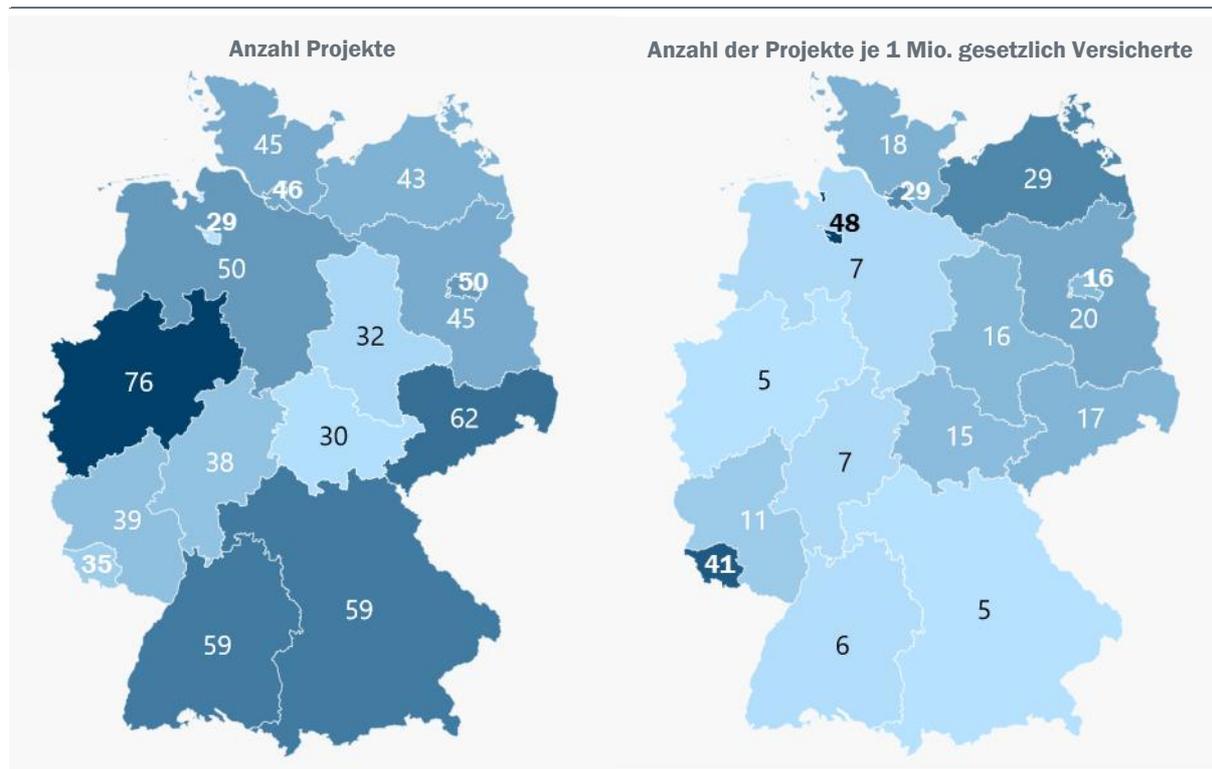
© Prognos AG, 2021

⁵⁶ Ebd.

6.2.3 Regionale Verteilung der NVF

Die Durchführungsregionen der NVF sind vielfältig. Die Anwendung findet mitunter in einzelnen Bundesländern oder kleineren Regionen statt, oder auch in mehreren Bundesländern oder in ganz Deutschland. Abbildung 22 zeigt, wie viele NVF in den einzelnen Bundesländern durchgeführt werden. Um die Verteilung der Bevölkerung zu berücksichtigen, ist zusätzlich die Anzahl der NVF pro eine Million gesetzlich Versicherter dargestellt. Im Durchschnitt werden je Bundesland 46 NVF umgesetzt und zehn NVF pro eine Million Versicherte. Grundsätzlich werden in Bundesländern mit vielen gesetzlich Versicherten (z. B. Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg) absolut auch mehr NVF umgesetzt als in anderen Bundesländern. Unter Berücksichtigung der Versichertenzahlen zeigt sich allerdings ein gegenteiliges Bild. In Bundesländern mit weniger gesetzlich Versicherten werden überproportional viele NVF erprobt – darunter das Saarland, Hamburg, Bremen und Mecklenburg-Vorpommern. Eindeutige Nord-Süd-, Ost-West- oder Stadtstaat-Flächenland-Gefälle sind hingegen nicht erkennbar.

Abbildung 22: Durchführungsregionen der NVF nach Bundesländern



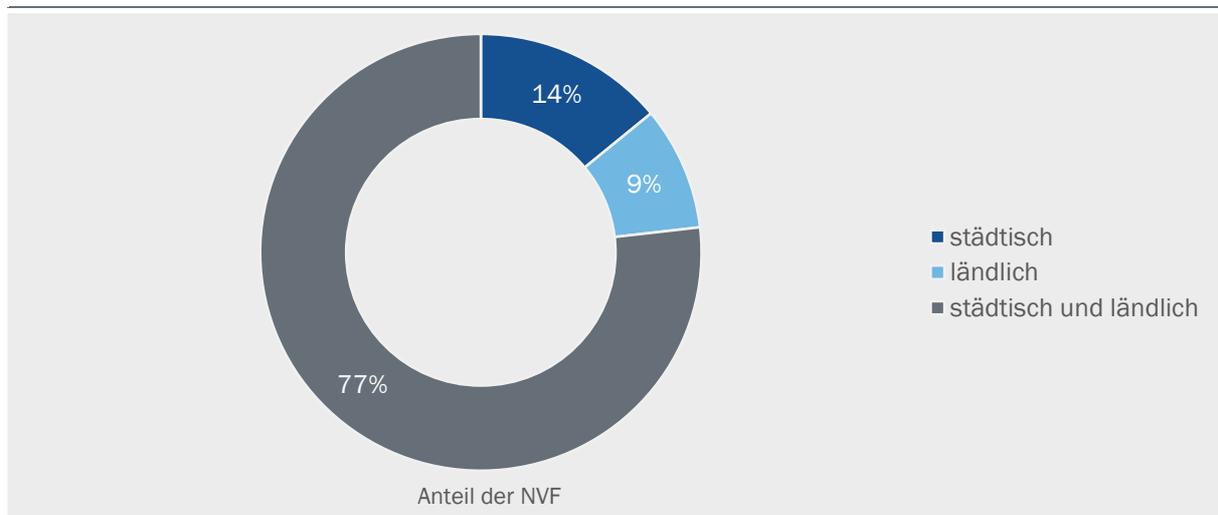
n= 177 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), darunter 22 NVF mit bundesweiter Durchführungsregion bzw. ohne regionalen Bezug (in allen Bundesländern berücksichtigt), mehrfache Zuordnung der Projekte möglich
Frage: In welchem Bundesland bzw. welchen Bundesländern liegt die Durchführungsregion (Orte der Patientenbehandlung) des geförderten Projekts?

Quellen: Online-Befragung der Förderempfänger, BMG Mitgliederstatistik KM6, Stichtag 01.07.2021

© Prognos, 2021

Die Durchführungsregionen umfassen in 77 % der NVF sowohl städtische als auch ländliche Gebiete (**Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.**). 14 % der NVF werden nur in Städten umgesetzt und 9 % fokussieren sich auf ländliche Räume.

Abbildung 23: Durchführungsregionen der NVF nach ländlichen und städtischen Gebieten



n=164 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2021), zu 13 NVF liegen keine Angaben vor, mehrfache Zuordnung der Projekte möglich

Frage: Bitte geben Sie für die ausgewählten Bundesländer an, ob das Projekt dort im ländlichen oder städtischen Raum durchgeführt wird.

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

6.2.4 Sektoren-, berufsgruppenübergreifende und interdisziplinäre Ansätze

Grundsätzlich ist zu bedenken, dass sich sektorenübergreifende Versorgungsformen besonders anspruchsvoll gestalten: Die Organisation verschiedener Leistungserbringer, der Patientenversorgung, der Bedarfsplanung und der Vergütungsregelungen über Sektorengrenzen hinweg sind hier Herausforderungen.

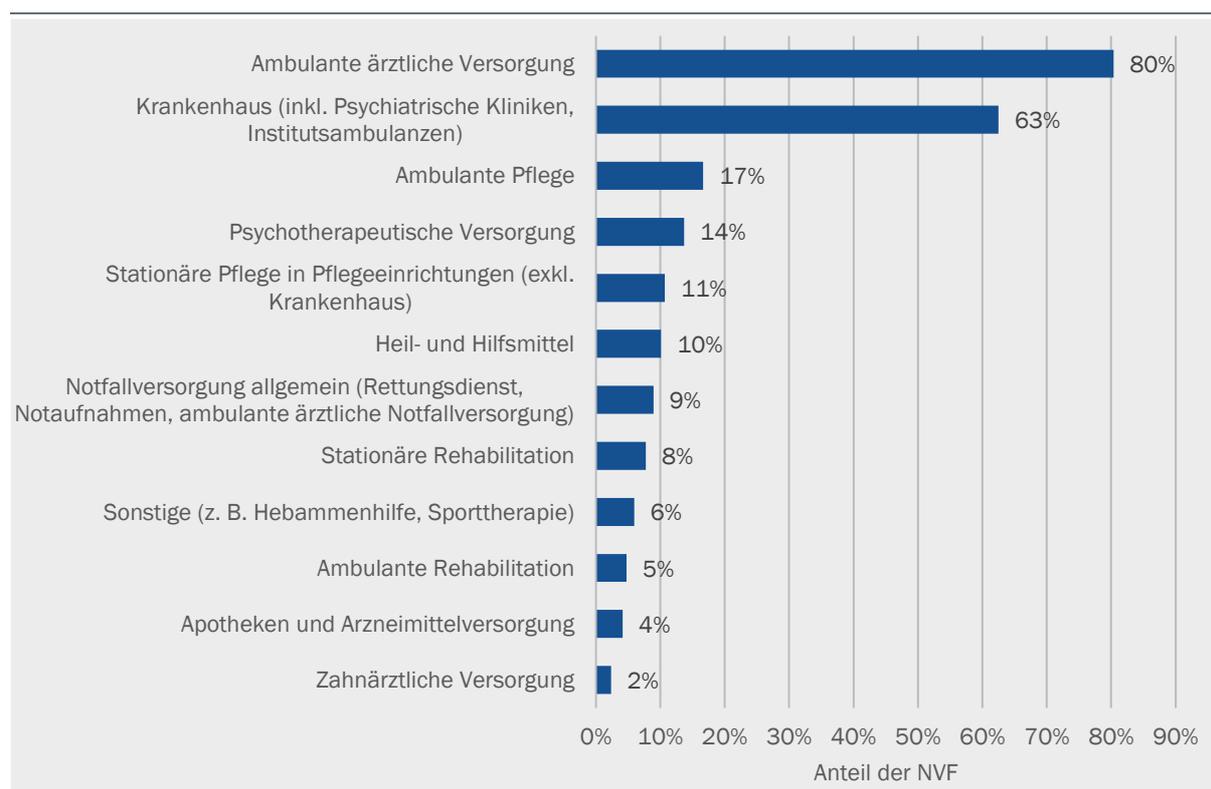
Aus der Beteiligung verschiedener Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens, die unterschiedlichen Sektoren angehören (z. B. ambulante ärztliche Versorgung und Krankenhausversorgung), lässt sich ableiten, dass intersektorale Schnittstellen innerhalb der Projekte bestehen. Nicht nur Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie der Rehabilitation werden im Rahmen der Untersuchung berücksichtigt. Es erfolgt ebenfalls eine differenzierte Betrachtung der beteiligten Versorgungsbereiche innerhalb dieser Sektoren, bspw. der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Heil- und Hilfsmittelversorgung.

Stakeholder bestätigen 2021 in den Interviews, dass sektoren- und berufsgruppenübergreifende Themen nach wie vor zentral für die Weiterentwicklung der Versorgung sind und der Innovationsfonds hier einen wesentlichen Beitrag leistet. In früheren Interviews (2018) wurde dagegen häufig Skepsis formuliert, ob der Innovationsfonds dieses Ziel erreichen kann. Damals nahmen die Befragten die Berücksichtigung sektorenübergreifender Ansätze innerhalb der Projekte als eher schwach ausgeprägt wahr.

Sektoren- und berufsgruppenübergreifende und interdisziplinäre Ansätze in den NVF

Abbildung 24 zeigt, wie häufig die einzelnen Versorgungsbereiche jeweils in den NVF einbezogen sind. Die mit deutlichem Abstand am häufigsten einbezogenen Versorgungsbereiche sind die ambulante ärztliche Versorgung (80 % der NVF), gefolgt von der Krankenhausversorgung (63 %). Alle weiteren Versorgungsbereiche sind jeweils nur in weniger als einem Fünftel aller NVF einbezogen.

Abbildung 24: Einbezogene Versorgungsbereiche innerhalb der NVF



n=168 NVF der ersten bis fünften Förderwelle (2016 bis 2020), zu neun NVF liegen keine Angaben vor, mehrfache Zuordnung der Projekte möglich

Frage: Welche Versorgungsbereiche sind an Ihrer neuen Versorgungsform beteiligt?

Quellen: Online-Befragung der Förderempfänger und Dokumentenanalyse

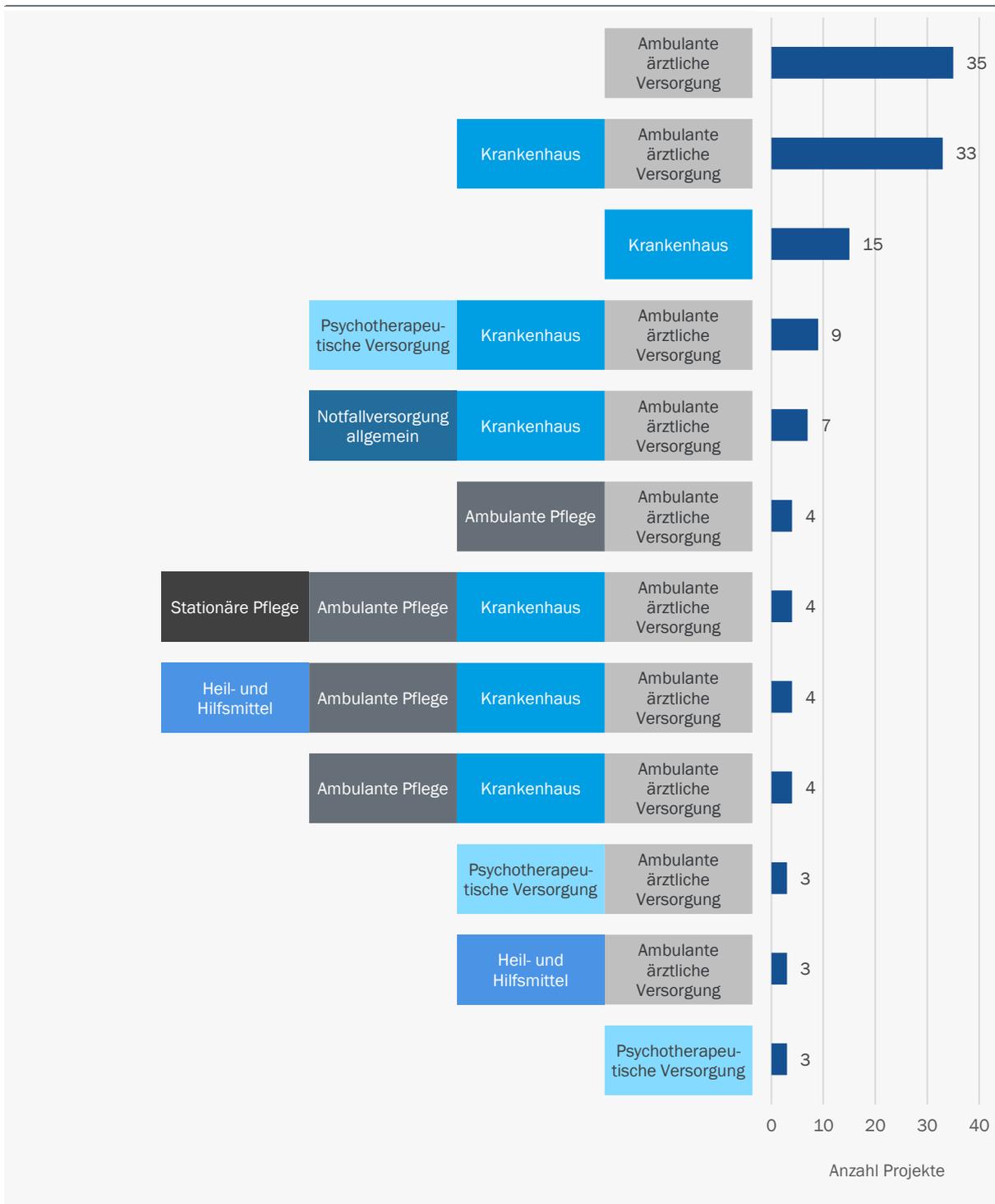
© Prognos AG, 2021

In 111 von 168 (66 %) NVF⁵⁷ der ersten fünf Förderwellen (2016 bis 2020) ist mehr als ein Versorgungsbereich einbezogen, weshalb in diesen Projekten von der Berücksichtigung sektorenübergreifender Ansätze ausgegangen wird. 57 NVF (34 %) beziehen dagegen nur einen Versorgungsbereich ein, sind also nicht sektorenübergreifend. Von diesen 57 Projekten betreffen 35 (65 %) ausschließlich die ambulante ärztliche Versorgung und 15 (26 %) nur die Krankenhausversorgung (Abbildung 25).

⁵⁷ Zu neun NVF der ersten sechs Förderwellen liegen keine diesbezüglichen Informationen vor.

In den sektorenübergreifenden NVF sind in der Regel zwei bis drei Versorgungsbereiche einbezogen. Abbildung 25 zeigt die häufigsten Kombinationen der Versorgungsbereiche. Mit dieser Darstellung wird deutlich, dass bei sektorenübergreifenden NVF der ambulante Sektor hauptsächlich durch die ambulante ärztliche Versorgung und der stationäre Sektor durch die Krankenhausversorgung vertreten sind. Diese beiden Versorgungsbereiche bilden mit deutlichem Abstand die häufigste sektorenübergreifende Kombination von Versorgungsbereichen in NFV. Auch bei anderen Kombinationen von Versorgungsbereichen ist meist einer dieser beiden Bereiche beteiligt.

Abbildung 25: Häufigste Kombinationen einbezogener Versorgungsbereiche der NVF



n=168 NVF der ersten bis fünften Förderwelle (2016 bis 2020), zu neun NVF liegen keine Angaben vor.
 Es werden nur Kombinationen dargestellt, die mindestens dreimal vorkommen.
 Frage: Welche Versorgungsbereiche sind an Ihrer neuen Versorgungsform beteiligt?

Quelle: Förderempfängerbefragungen und Dokumentenanalyse

© Prognos AG, 2021

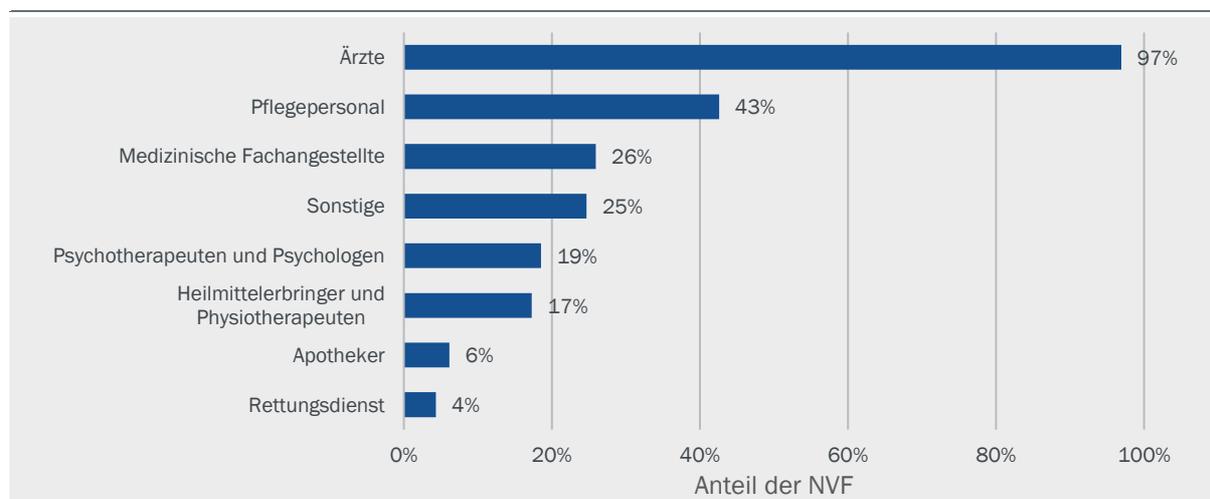
Spezifisches Ziel des Innovationsfonds ist u. a. auch die Verbesserung der Patientenversorgung durch Förderung bzw. Optimierung der interdisziplinären und fächerübergreifenden Zusammenarbeit im Rahmen NVF. Evaluationsergebnisse auf Grundlage von Dokumentenanalysen, Interviews und Befragungen liegen hierzu zum Berichtszeitpunkt für die ersten sechs (NVF) bzw. fünf (VSF) Förderwellen (2016 bis 2020) vor und werden im Folgenden dargestellt.

Insgesamt sind im weit überwiegenden Anteil der geförderten NVF entweder mehrere Berufsgruppen oder verschiedene ärztliche Disziplinen an der Versorgung beteiligt (148 von 162 NVF⁵⁸ bzw. 91 %). Allerdings zeigt sich ein deutlicher Schwerpunkt auf der ärztlichen Berufsgruppe. Demgegenüber sind die nicht oder nur teilweise akademischen Gesundheitsberufe (hier v. a. die Pflegeberufe, Heilmittelerbringer und Medizinische Fachangestellte) deutlich seltener als teilnehmende Berufsgruppen benannt. Aus Sicht des Evaluationsteams ist davon auszugehen, dass diese insgesamt nicht entsprechend ihrer Rolle in der Versorgung vertreten sind. So sind unter den insgesamt 5,75 Mio. Beschäftigten im Gesundheitswesen nur rund 475.000 Ärztinnen und Ärzte, während die weiteren Gesundheitsberufe den größeren Anteil des Gesundheitspersonals stellen. Beispielsweise sind in der Gesundheits- und Krankenpflege 881.000 Personen und in der nichtärztlichen Therapie und Heilkunde (z. B. Physiotherapie) 410.000 Personen beschäftigt.⁵⁹

Abbildung 26 zeigt, welche Berufsgruppen in den NVF mitwirken. Mit Ausnahme von fünf Projekten sind Ärztinnen und Ärzte an allen NVF beteiligt (157 von 162 NVF bzw. 97 %). Auch Pflegepersonal wird in 43 % der NVF einbezogen. Weitere Berufsgruppen sind deutlich seltener vertreten, so bspw. Medizinische Fachangestellte in 42 (26 %), Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Psychologinnen und Psychologen in 30 (19 %) und Heilmittelerbringer in 28 (17 %) der Projekte. Weitere Gesundheitsberufe, wie Rettungsdienst oder Apothekerinnen und Apotheker, sind in jeweils drei oder weniger Projekten berücksichtigt.

⁵⁸ Zu 15 NVF liegen keine Angaben vor.

⁵⁹ Statistisches Bundesamt (2021): Gesundheitspersonalrechnung 2019. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=11934720&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=97&p_ansnr=37689430&p_version=7&p_dim=D.489&p_dw=44436&p_direction=rollup, zuletzt abgerufen am 24.11.2021.

Abbildung 26: Einbezogene Berufsgruppen in den NVF

n=162 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), zu 15 NVF liegen keine Angaben vor, mehrfache Zuordnung der Projekte zu den sonstigen Berufsgruppen zählen u. a. Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, Rheumatologische Fachassistentinnen und Rheumatologische Fachassistenten, Hebammen, Sporttherapeutinnen und Sporttherapeuten, Podologinnen und Podologen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter.

Frage: Welche Berufsgruppen sind in Ihre neue Versorgungsform eingebunden?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger und Dokumentenanalyse

© Prognos AG, 2021

Die Kombinationen, in denen die Berufsgruppen in den NVF zusammenarbeiten, sind in Tabelle 17 dargestellt. Beinhaltet der Ansatz neben Ärztinnen und Ärzten auch den Einbezug von Pflegepersonal, sind überwiegend noch weitere Berufsgruppen mit einbezogen (24 %). Weitere 12 % der NVF beziehen ausschließlich ärztliches und pflegerisches Personal mit ein. In 37 von 162 NVF (23 %) wird ausschließlich die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt. Die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Psychologinnen und Psychologen und ggf. weiteren Berufsgruppen (z. B. Pflegepersonal, MFA) findet in 18 % der NVF statt. NVF, die weder Pflegepersonal noch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Psychologinnen und Psychologen einbinden, sondern Ärztinnen und Ärzte und weitere Berufsgruppen, z. B. MFA oder Heilmittelerbringer, sind mit 20 % vertreten. In nur fünf NVF arbeiten ausschließlich nichtärztliche Berufsgruppen, u. a. Heilmittelerbringer, Psychologinnen und Psychologen bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und/oder sonstige Berufsgruppen zusammen.

Tabelle 17: Zusammenarbeit von Berufsgruppen in den NVF

Kombinationen von Berufsgruppen	Anzahl Projekte	Anteil der Projekte	Fördersumme gesamt in Mio. €	Durchschnittliche Fördersumme der Projekte in Mio. €
Ärzte, Pflegepersonal und weitere Berufsgruppen, z. B. MFA oder Heilmittelerbringer (ohne Beteiligung von Psychotherapeuten bzw. Psychologen)	39	24 %	209,9	5,4
Ausschließlich Ärzte	37	23 %	187,8	5,1
Ärzte und weitere Berufsgruppen, z. B. MFA oder Heilmittelerbringer (ohne Beteiligung von Pflege oder Psychotherapeuten bzw. Psychologen)	33	20 %	183,7	5,6
Ärzte, Psychotherapeuten bzw. Psychologen und ggf. weitere Berufsgruppen, z. B. Pflegepersonal	29	18 %	158,8	5,5
Ärzte und Pflegepersonal (ohne Beteiligung weiterer Berufsgruppen)	19	12 %	103,8	5,5
Ausschließlich Heilmittelerbringer, Psychologen bzw. Psychotherapeuten und/oder sonstige Berufsgruppen (ohne Beteiligung von Ärzten)	5	3 %	11,7	2,3

n=162 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), zu 15 NVF liegen keine Angaben vor, einfache Zuordnung der Projekte, zu den sonstigen Berufsgruppen zählen u. a. Ernährungsberaterinnen und -berater, Rheumatologische Fachassistentinnen und -assistenten, Hebammen, Sporttherapeutinnen und -therapeuten, Podologinnen und Podologen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter.

Frage: Welche Berufsgruppen sind in Ihre neue Versorgungsform eingebunden?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger und Dokumentenanalyse

© Prognos AG, 2021

Mit Blick auf Lösungen für Schnittstellenprobleme ist auch die Zusammenarbeit unterschiedlicher ärztlicher Disziplinen relevant. In 162 NVF⁶⁰ der ersten sechs Förderwellen sind ambulant tätige Fachärztinnen und Fachärzte mit 104 (64 %) Projekten am häufigsten beteiligt. Fast ebenso oft sind Hausärztinnen und Hausärzte mit 95 (59 %) Projekten sowie Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte mit 95 (59 %) Projekten einbezogen. Zahnärztinnen und Zahnärzte sind nur in drei (2 %) Projekten an der Versorgung beteiligt.

In welchen Kombinationen die ärztlichen Fachdisziplinen innerhalb der Projekte zusammenarbeiten, ist in Tabelle 18 zusammengefasst. Als häufigste Kombination zeigt sich die Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Hausärzten, ambulant tätigen Fachärztinnen und Fachärzten und Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten (24 %). Darüber hinaus liegen Schwerpunkte auf der Zusammenarbeit der haus- und fachärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich (17 %) sowie der ambulant tätigen Fachärztinnen und Fachärzte mit Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten (15 %). NVF haben im Schnitt geringere Fördersummen, wenn ausschließlich Zahnärztinnen und Zahnärzte, nur ambulant tätige Fachärztinnen und Fachärzte oder keine ärztlichen Fachdisziplinen einbezogen sind.

⁶⁰ Zu 15 NVF liegen keine Angaben vor.

Tabelle 18: Zusammenarbeit von ärztlichen Fachdisziplinen in den NVF

Kombinationen von ärztlichen Fachdisziplinen	Anzahl Projekte	Anteil der Projekte	Fördersumme gesamt in Mio. €	Durchschnittliche Fördersumme der Projekte in Mio. €
Hausärzte, ambulant tätige Fachärzte und Krankenhausärzte	37	24 %	225,0	6,1
Hausärzte und ambulant tätige Fachärzte	27	17 %	163,6	6,1
Ambulant tätige Fachärzte und Krankenhausärzte	24	15 %	123,5	5,1
Ausschließlich Krankenhausärzte	20	12 %	110,0	5,5
Ausschließlich Hausärzte	17	11 %	101,4	6,0
Ausschließlich ambulant tätige Fachärzte	16	10 %	50,8	3,2
Hausärzte und Krankenhausärzte	13	8 %	66,3	5,1
Ausschließlich Zahnärzte	2	1 %	1,2	0,6
Hausärzte, ambulant tätige Fachärzte, Krankenhausärzte und Zahnärzte	1	1 %	2,3	2,3
Kein Einbezug ärztlicher Fachdisziplinen	5	3 %	11,7	2,3

n=162 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), zu 15 NVF liegen keine Angaben vor, einfache Zuordnung der Projekte

Frage: Welche ärztlichen Disziplinen sind in Ihre neue Versorgungsform eingebunden?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger und Dokumentenanalyse

© Prognos AG, 2021

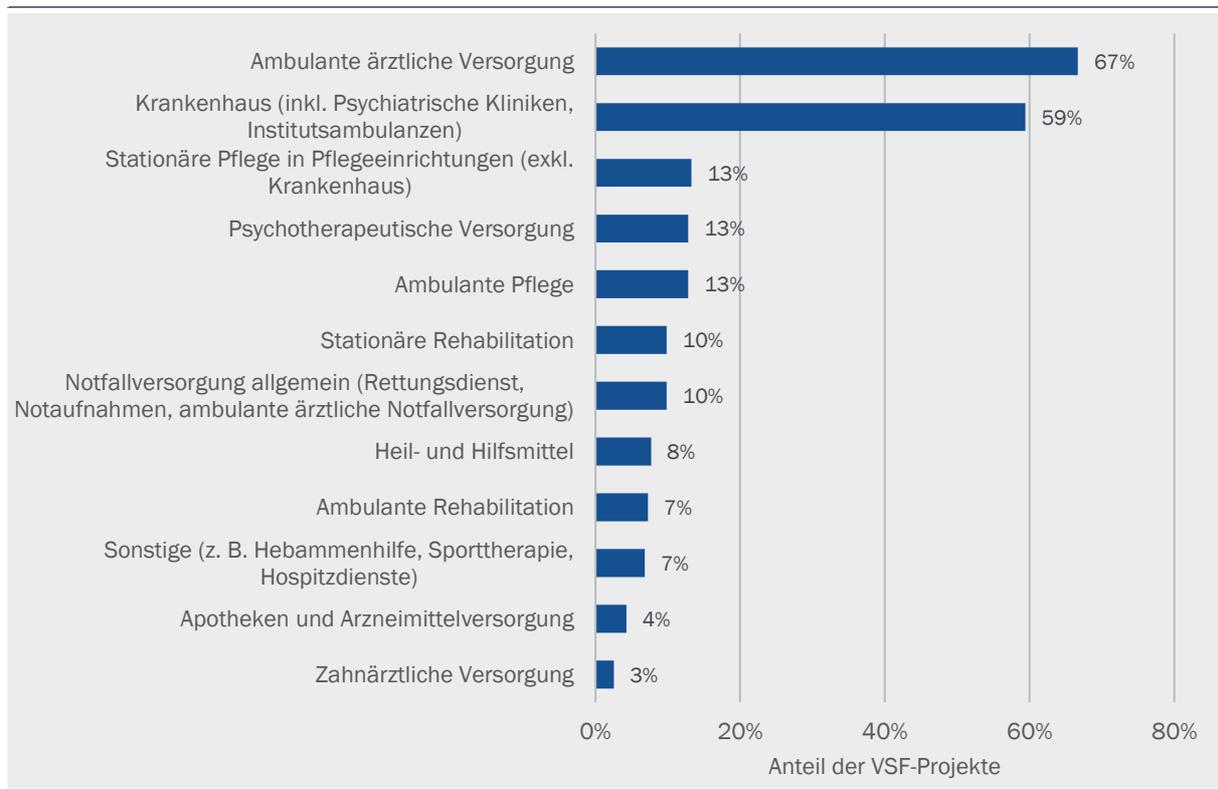
Sektorenübergreifende Ansätze in den VSF-Projekten

In 147 von 237 (62 %) VSF-Projekten⁶¹ der ersten fünf Förderwellen werden sektorenübergreifende Themen bearbeitet. 90 (38 %) Projekte betreffen ausschließlich einen Versorgungsbereich und sind nicht sektorenübergreifend angelegt. Von diesen 90 Projekten beinhalten jeweils 36 (40 %) ausschließlich die ambulante ärztliche Versorgung oder die Krankenhausversorgung.

In Abbildung 27 ist der Anteil der VSF-Projekte nach Einbezug des jeweiligen Versorgungsbereiches dargestellt. Wie bei den NVF sind am häufigsten die ambulante ärztliche Versorgung (67 %) und die Krankenhausversorgung (59 %) einbezogen. Mit deutlichem Abstand folgen die stationäre und ambulante Pflege sowie die psychotherapeutische Versorgung (jeweils 13 %). Die vergleichsweise höheren Fördersummen bei Projekten mit Einbezug sonstiger Versorgungsbereiche erklären sich durch größere Projekte unter Einbezug mehrerer Versorgungsbereiche.

⁶¹ Zu 24 VSF-Projekten der ersten fünf Förderwellen liegen keine diesbezüglichen Informationen vor.

Abbildung 27: Einbezogene Versorgungsbereiche innerhalb der VSF-Projekte



n=234 VSF der ersten bis fünften Förderwelle (2016 bis 2020), zu 27 VSF liegen keine Angaben vor, mehrfache Zuordnung der Projekte möglich.

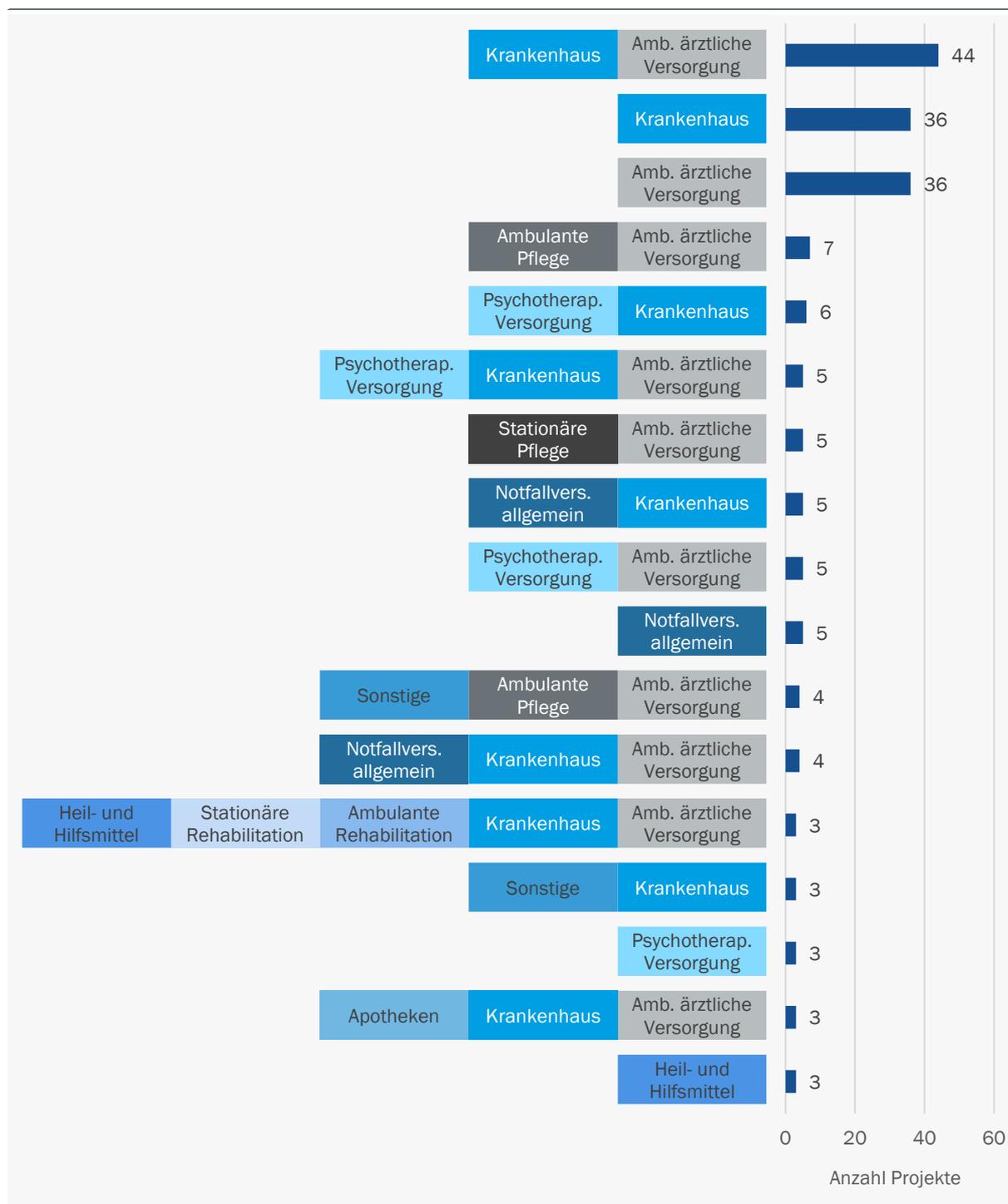
Frage: Auf welche Versorgungsbereiche bezieht sich die Forschungsfrage Ihres Versorgungsforschungsprojekts?

Quellen: Online-Befragung der Förderempfänger und Dokumentenanalyse

© Prognos AG, 2021

In den sektorenübergreifenden VSF-Projekten sind in der Regel zwei bis drei Versorgungsbereiche einbezogen. In Abbildung 28 sind die häufigsten Kombinationen einbezogener Versorgungsbereiche dargestellt. Wie bei den NVF sind in den sektorenübergreifenden VSF-Projekten der ambulante Sektor hauptsächlich durch die ambulante ärztliche Versorgung und der stationäre Sektor durch die Krankenhausversorgung vertreten. Diese beiden Versorgungsbereiche bilden mit deutlichem Abstand die häufigste sektorenübergreifende Kombination von Versorgungsbereichen in VSF-Projekten. An zweiter und dritter Stelle stehen VSF-Projekte, die nicht sektorenübergreifend angelegt sind: Jeweils 36 Projekte widmen sich entweder der ambulanten ärztlichen Versorgung oder der Krankenhausversorgung. Auch bei den weiteren Kombinationen von Versorgungsbereichen wird in der Regel einer dieser beiden Versorgungsbereiche mit einbezogen.

Abbildung 28: Häufigste Kombinationen einbezogener Versorgungsbereiche der VSF-Projekte



n=234 VSF der ersten bis fünften Förderwelle (2016 bis 2020), zu 27 VSF liegen keine Angaben vor.

Es werden nur Kombinationen dargestellt, die mindestens dreimal vorkommen.

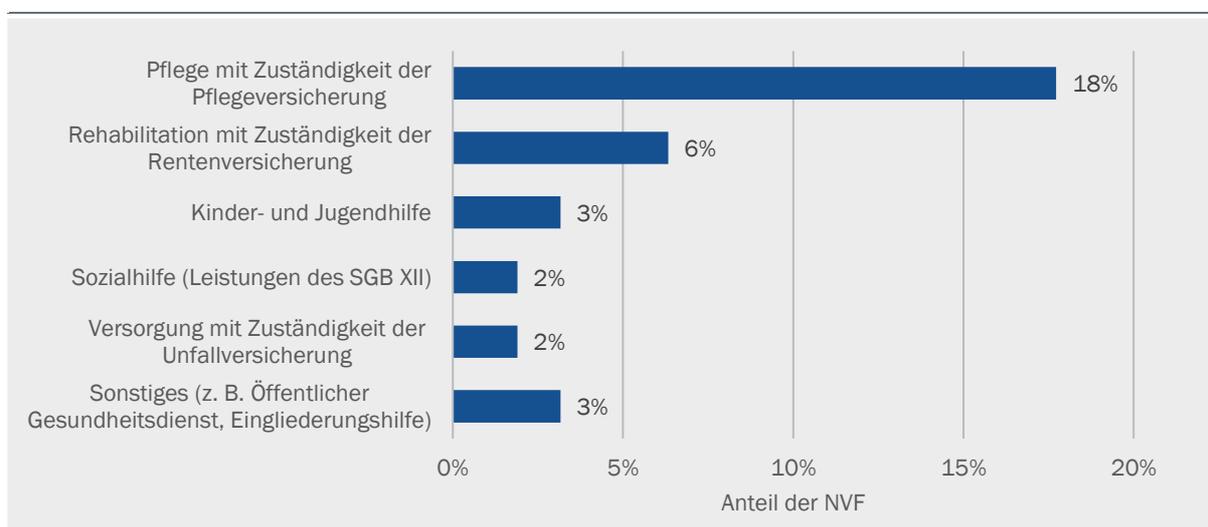
Frage: Auf welche Versorgungsbereiche bezieht sich die Forschungsfrage Ihres Versorgungsforschungsprojekts?

Schnittstellen zu Versorgungsbereichen außerhalb des SGB V

Schnittstellen zu angrenzenden Sektoren oder Unterstützungssystemen außerhalb der GKV finden sich in 42 von 158 (27 %) NVF der ersten sechs Förderwellen (2016 bis 2020). In 18 % aller NVF bestehen Schnittstellen zur Pflege (SGB XI). Des Weiteren werden vereinzelt Einbezüge der gesetzlichen Rentenversicherung, der Kinder- und Jugendhilfe, der Sozialhilfe, der Unfallversicherung und sonstiger Versorgungsbereiche (z. B. Öffentlicher Gesundheitsdienst und Eingliederungshilfe) angegeben (Abbildung 29).

In vier NVF-Projektkonsortien ist eine Rentenversicherung und damit ein Sozialleistungsträger außerhalb der GKV beteiligt. Weiterhin gibt es sechs NVF, bei denen Ministerien oder Fachbehörden von Ländern, Städte oder Landkreise im Konsortium vertreten sind.

Abbildung 29: Schnittstellen in NVF zu Versorgungsbereichen außerhalb der GKV



n=158 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), zu 19 NVF liegen keine Angaben vor, mehrfache Zuordnung der Projekte möglich.

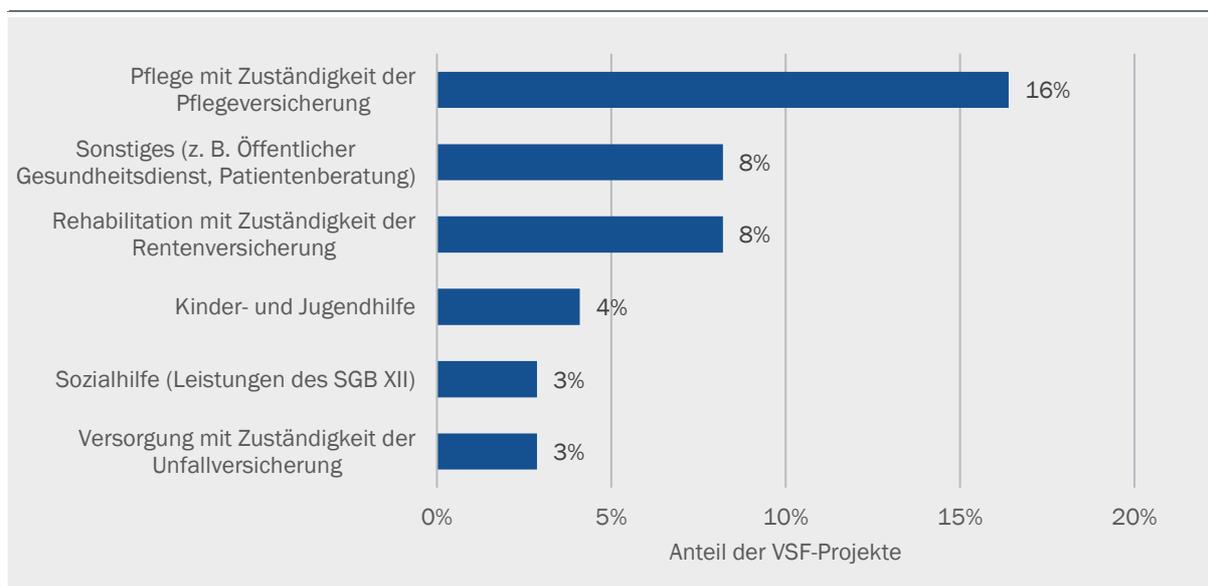
Frage: Zu welchen Versorgungsbereichen außerhalb der GKV gibt es Schnittstellen in Ihrem Projekt?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger und Dokumentenanalysen

© Prognos AG, 2021

Schnittstellen zu Versorgungsbereichen außerhalb der GKV finden sich in 82 von 244 (34 %) VSF-Projekten der ersten fünf Förderwellen (2016 bis 2020). Ähnlich wie im NVF-Bereich finden sich in 16 % aller VSF-Projekte Schnittstellen zur Pflege (SGB XI). Des Weiteren werden ebenfalls vereinzelt Bezüge zu sonstigen Versorgungsbereichen (z. B. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Patientenberatung, Suchthilfe) zur gesetzlichen Rentenversicherung, zur Kinder- und Jugendhilfe, zur Sozialhilfe und zur Unfallversicherung angegeben (Abbildung 30).

In Konsortien der VSF-Projekte sind keine Sozialleistungsträger außer der GKV vertreten. In vier Projekten sind Ministerien oder Fachbehörden von Ländern Mitglied des Konsortiums.

Abbildung 30: Schnittstellen in VSF-Projekten zu Versorgungsbereichen außerhalb der GKV

n=244 VSF-Projekte der ersten fünf Förderwellen (2016 bis 2021), zu 17 VSF-Projekten liegen keine Angaben vor, mehrfache Zuordnung der Projekte möglich.

Frage: Zu welchen Versorgungsbereichen außerhalb der GKV gibt es Schnittstellen in Ihrem Projekt?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger und Dokumentenanalysen

© Prognos AG, 2021

Von Stakeholdern wird kritisch angemerkt, dass es ein Widerspruch sei, wenn sich in den finanziellen Fördermöglichkeiten des Innovationsfonds das Trägerübergreifende nicht widerspiegele, also z. B. aufgrund der Beschränkung des Förderrahmens auf das SGB V bestimmte Pflegeleistungen in trägerübergreifenden Projekten nicht mitfinanziert würden. Insbesondere Versorgungsprobleme mit Überschneidungen im Bereich der Pflege (SGB XI) sowie Ansätze mit sozialleistungsträgerübergreifender Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen seien davon betroffen.

6.2.5 Projektkonsortien

Die Konsortien der geförderten Projekte setzen sich jeweils zusammen aus einem Konsortialführer und ggf. weiteren Konsortialpartnern. Im Rahmen der Betrachtung der Projektkonsortien wird zwischen folgenden Kategorien der Mitglieder⁶² unterschieden:

- Krankenkassen bzw. deren Verbände
- Leistungserbringer im Sinne des SGB V⁶³
- Forschungseinrichtungen⁶⁴
- Gebietskörperschaften (Länder und Kommunen)⁶⁵
- Sonstige⁶⁶

Konsortien der NVF

In Abbildung 31 ist die jeweilige Anzahl der Projekte nach der Zusammensetzung der Konsortien der 177 NVF der ersten sechs Förderwellen dargestellt. Die mit Abstand häufigste Zusammensetzung der Konsortien besteht aus Krankenkassen, Leistungserbringern im Sinne des SGB V, Sonstigen und Forschungseinrichtungen (71 NVF bzw. 40 %). An zweiter Stelle stehen Konsortien aus Krankenkassen, Leistungserbringern im Sinne des SGB V und Forschungseinrichtungen (30 NVF bzw. 17 %).

⁶² Die Konsortien bleiben nicht zwingend über die gesamte Projektlaufzeit in einer bestimmten Zusammensetzung bestehen. In geringem Umfang können Konsortialführer und Konsortialpartner wechseln. Die beschriebene Struktur beruht auf dem Stand der Förderdaten zum 06.07.2018. Seither können sich geringfügige Änderungen ergeben haben.

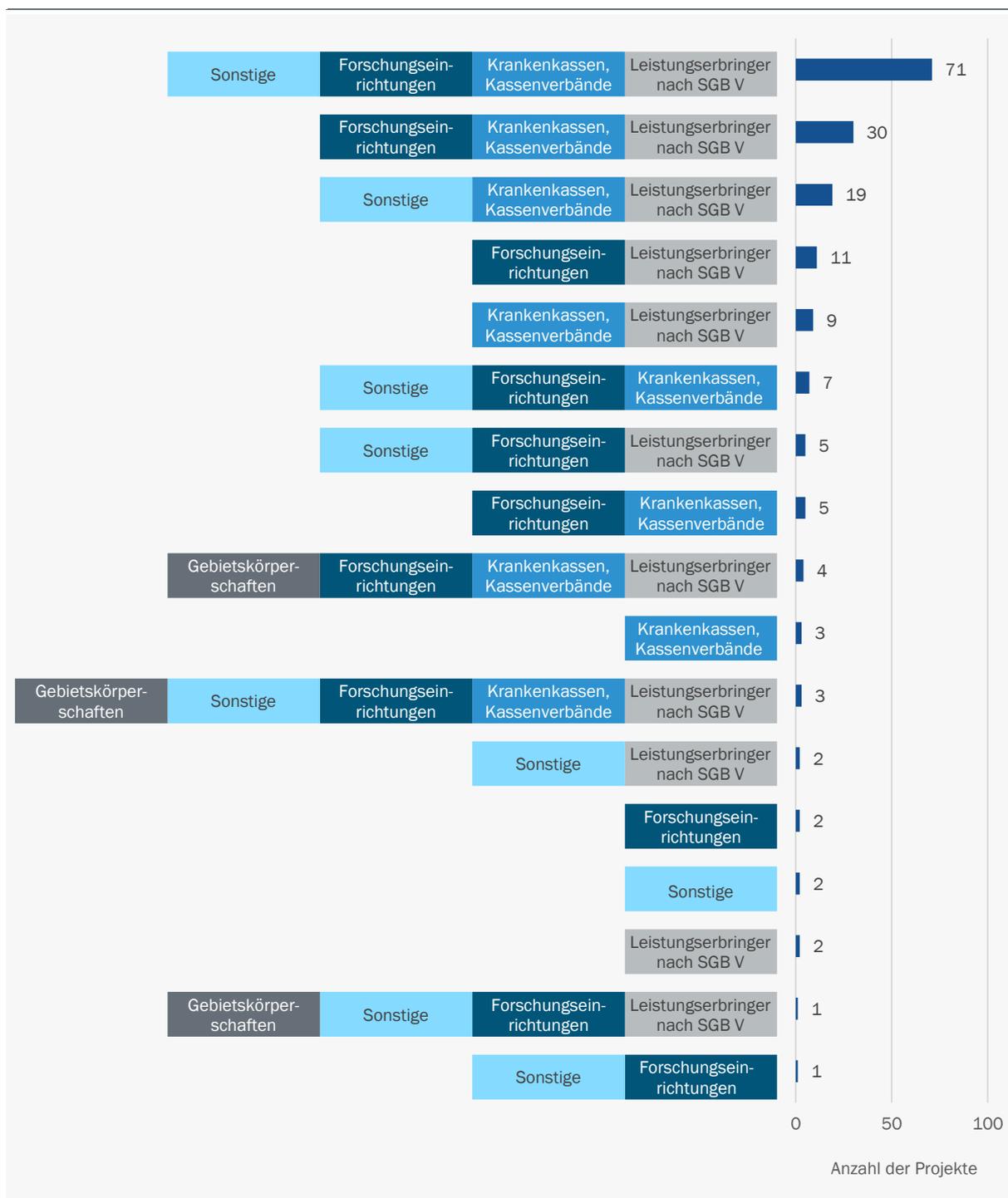
⁶³ Das sind nach § 140a SGB V Personengruppen und deren Gemeinschaften, die Leistungen für die Versicherten der GKV erbringen. Dazu gehören Universitätskliniken, Universitätsmedizin, andere Krankenhäuser, KV, MVZ, Gesundheitszentren, Facharztzentren, Arztnetze, Gesundheitsnetze und Rettungsdienste. Patientenorganisationen werden auf Grundlage der Analyse den sonstigen Leistungserbringern zugeordnet. Universitätsmedizin bzw. Universitätskliniken sind zwar sowohl Leistungserbringer als auch Forschungseinrichtungen, diese wurden ausschließlich den Leistungserbringern zugeordnet, da aus den Projektbeschreibungen i. d. R. eine Patientenbehandlung hervorgeht.

⁶⁴ Zu den Forschungseinrichtungen gehören Hochschulen, Universitäten, Fachhochschulen (öffentlich und privat), An-Institute von Universitäten (z. B. FITT - Institut für Technologietransfer an der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes gGmbH), außeruniversitäre Forschungseinrichtungen (Fraunhofer, Helmholtz, Leibniz, Max-Planck-Gesellschaft), staatliche Forschungseinrichtungen (z. B. Forschungseinrichtungen des Bundes: Robert Koch-Institut, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), private (Forschungs-)Institute (für Auftragsforschung), Institute von Einrichtungen der Selbstverwaltung (z. B. Wissenschaftliches Institut der AOK, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Institut der DKG), Sonstige Forschungseinrichtungen.

⁶⁵ z. B. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen; Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

⁶⁶ Sonstige Akteure sind Dienstleister im Gesundheitswesen, fallen aber nicht unter die Definition nach § 140a SGB V. Dazu gehören Unternehmen und allgemein die Gesundheitswirtschaft (in erster Linie Dienstleister der Leistungserbringer: Softwareanbieter, Anbieter von Technologien, Projektmanagement etc.), Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie weitere (Fach)Verbände, Arbeitsgemeinschaften, Berufsorganisationen und (Fach)Gesellschaften.

Abbildung 31: Konsortienzusammensetzung der NVF



n=177 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020)

Quelle: Förderdatenanalyse

© Prognos AG, 2021

Die Größe der Konsortien der NVF reicht von alleinständigen Konsortialführern bis hin zu 38 Konsortialpartnern (inkl. Konsortialführer). Im Durchschnitt bestehen Konsortien aus einem Konsortialführer und sechs weiteren Partnern. Je mehr Projektpartner beteiligt sind, umso höher sind die Fördersummen der Projekte. Gibt es keine Konsortialpartner (n=5 NVF), so liegt die durchschnittliche Fördersumme der Projekte bei 1,8 Mio. €, sind es mehr als zehn Partner (inkl. Konsortialführer; n=29 NVF), beträgt diese 8,0 Mio. €.

Die Konsortialführer der Projekte nach Kategorien sind in Tabelle 19 dargestellt. 79 von 177 (45 %) Konsortien werden von einem Leistungserbringer im Sinne des SGB V geführt, insbesondere von Universitätskliniken oder anderen Krankenhäusern. Damit liegt die Konsortialführerschaft von Leistungserbringern überwiegend bei Vertretern der stationären Versorgung. Weitere 34 der 177 (19 %) NVF-Konsortien werden von Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbänden geführt.

Tabelle 19: Konsortialführer der NVF

Konsortialführer	Anzahl Projekte	Anteil der Projekte	Fördersumme gesamt in Mio. €	Durchschnittliche Fördersumme je Projekt in Mio. €
Leistungserbringer nach SGB V	79	45 %	453,0	5,7
Forschungseinrichtung	43	24 %	170,0	4,0
Krankenkasse oder Krankenkassenverband	34	19 %	180,6	5,3
Sonstige (Unternehmen, Träger der öffentlichen Verwaltung, Stiftungen)	21	12 %	110,0	5,2

n=177 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2021), einfache Zuordnung der Projekte

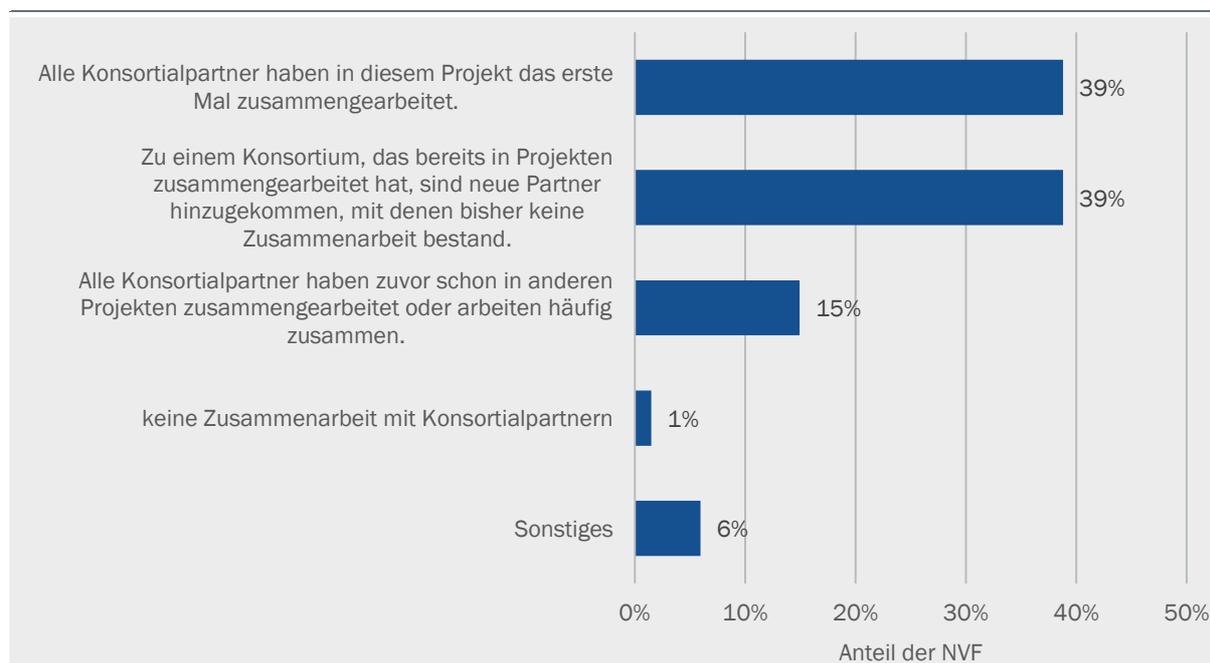
Quelle: Förderdatenanalyse

© Prognos AG, 2021

Krankenkassen spielen außerdem als Konsortialpartner eine wesentliche Rolle. In 151 der 177 (85 %) NVF sind Krankenkassen bzw. deren Verbände am Konsortium beteiligt (inkl. Konsortialführerschaften). Leistungserbringer im Sinne des SGB V sind mit 157 (89 %) NVF erwartungsgemäß ebenfalls häufig vertreten. Forschungseinrichtungen sind in 140 (79 %) NVF-Konsortien vertreten.⁶⁷ Auch die Beteiligung sonstiger Akteure (z. B. Unternehmen, Verbände, Vereine) trägt zur Vielfalt der Konsortien bei. Diese sind in 111 (63 %) der Konsortien der NVF vertreten. Ministerien oder Fachbehörden von Ländern, Städte oder Landkreise sind in sechs von 177 (3 %) NVF Teil des Konsortiums.

Überwiegend arbeiten die Konsortialpartner für die geförderte NVF das erste Mal in dieser Kombination zusammen. In 39 % der NVF wurden die Konsortien vollständig neu aufgebaut, in weiteren 39 % der NVF kamen zu etablierten Konsortien neue Partner hinzu. Nur 15 % der NVF-Projektconsortien haben bereits in der Vergangenheit in der gleichen Konstellation Projekte umgesetzt (Abbildung 32).

⁶⁷ Darüber hinaus sind in der Regel Forschungseinrichtungen im Rahmen der externen Evaluation der NVF beteiligt, die allerdings nicht Teil des Projektkonsortiums sind.

Abbildung 32: Vorherige Zusammenarbeit der Konsortien der NVF

n=134 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), zu 43 NVF liegen keine Angaben vor, unter Sonstiges wurden bereits bestehende Selektivverträge zwischen den Partnern angegeben, einfache Zuordnung der Projekte
Frage: Welche Aussage trifft auf Ihre Konsortialpartner zu?

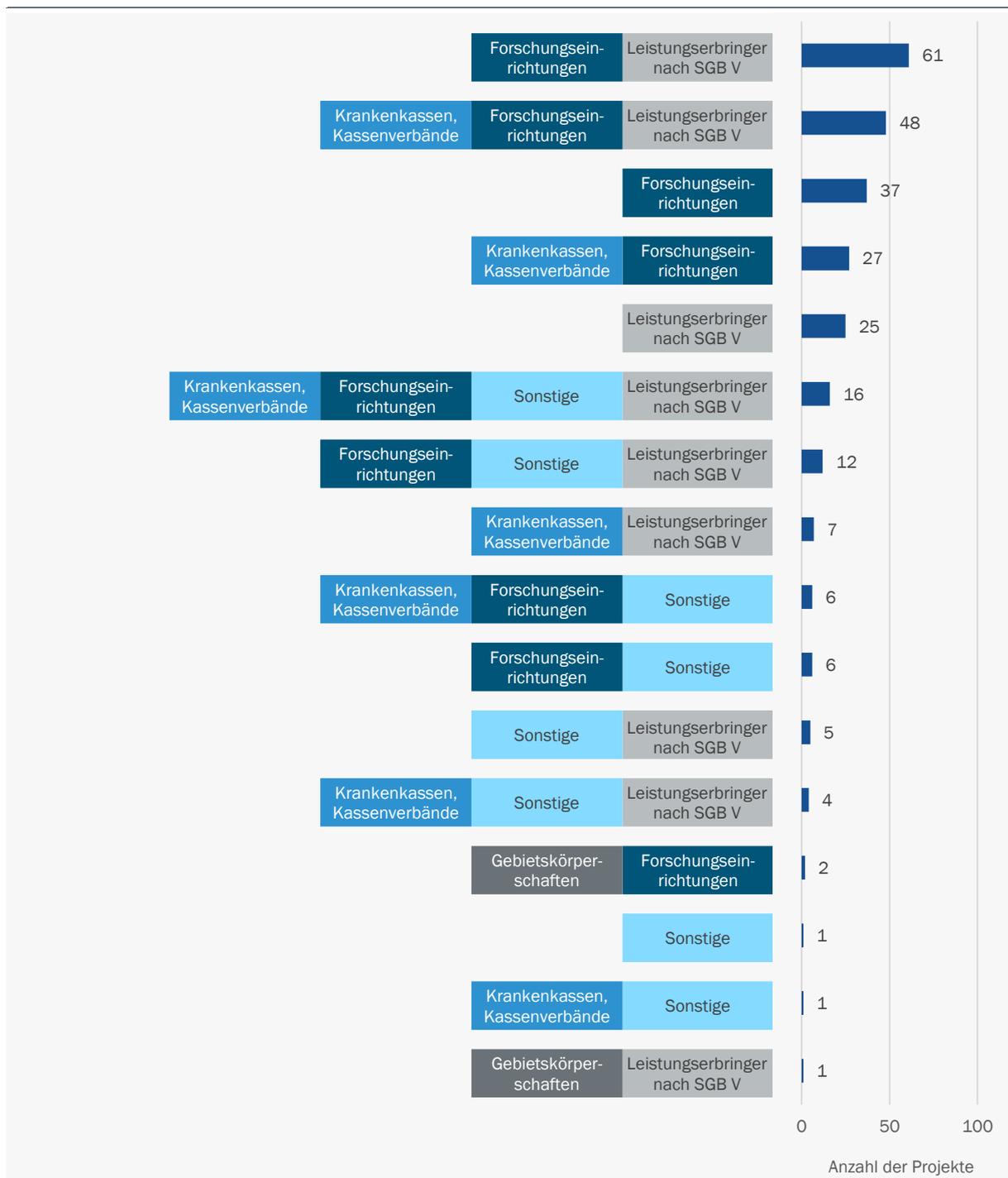
Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos, 2021

Konsortien der VSF-Projekte

In Abbildung 33 ist die jeweilige Anzahl der Projekte nach der Zusammensetzung der Konsortien der VSF-Projekte dargestellt. Die häufigste Konsortienzusammensetzung besteht aus Leistungserbringern im Sinne des SGB V und Forschungseinrichtungen (61 Projekte bzw. 23 %). An zweiter Stelle stehen Konsortien aus Krankenkassen, Leistungserbringern im Sinne des SGB V und Forschungseinrichtungen (48 Projekte bzw. 18 %). An dritter Stelle kommen Konsortien aus einer oder mehreren Forschungseinrichtungen (37 Projekte bzw. 14 %).

Abbildung 33: Konsortienzusammensetzung der VSF-Projekte



n=261 VSF-Projekte der ersten bis fünften Förderwelle (2016 bis 2020)

Quelle: Förderdatenanalyse

© Prognos AG, 2021

Die Größe der Konsortien der VSF-Projekte reicht von alleinständigen Konsortialführern bis hin zu 19 Konsortialpartnern (inkl. Konsortialführer). Im Durchschnitt bestehen Konsortien aus einem

Konsortialführer und drei weiteren Partnern. Projekte mit großen Konsortien erhalten größere Fördersummen. 47 VSF-Projekte werden ohne Konsortialpartner durchgeführt. Hier liegt die Fördersumme bei durchschnittlich 0,3 Mio. €. Die vier VSF-Projekte mit mehr als zehn Partnern erhalten im Schnitt eine Förderung von 2,7 Mio. €.

Die Konsortien der VSF-Projekte werden weit überwiegend von Forschungseinrichtungen (57 %) und Leistungserbringern im Sinne des SGB V (34 %) geführt (Tabelle 20). Sonstige Akteure und Krankenkassen treten deutlich seltener als Konsortialführer auf. Die durchschnittlichen Fördersummen je Projekt unterscheiden sich nicht wesentlich nach der Art des Konsortialführers. Im Gegensatz zu NVF, die durch Krankenkassen geführt werden, sind die durchschnittlichen Fördersummen der entsprechenden VSF-Projekte geringer als bei anderen VSF-Projekten.

Tabelle 20: Konsortialführer der VSF-Projekte

Art der Konsortialführer	Anzahl Projekte	Anteil der Projekte	Fördersumme gesamt in Mio. €	Durchschnittliche Fördersumme je Projekt in Mio. €
Forschungseinrichtung	149	57 %	166,9	1,1
Leistungserbringer im Sinne des SGB V	90	34 %	112,4	1,3
Sonstige (Gesundheitsamt, Unternehmen, Fachgesellschaft, Stiftungen)	14	5 %	20,5	1,5
Krankenkasse bzw. Krankenkassenverband	8	3 %	6,8	0,9

n=261 VSF-Projekte der ersten bis fünften Förderwelle (2016 bis 2020)

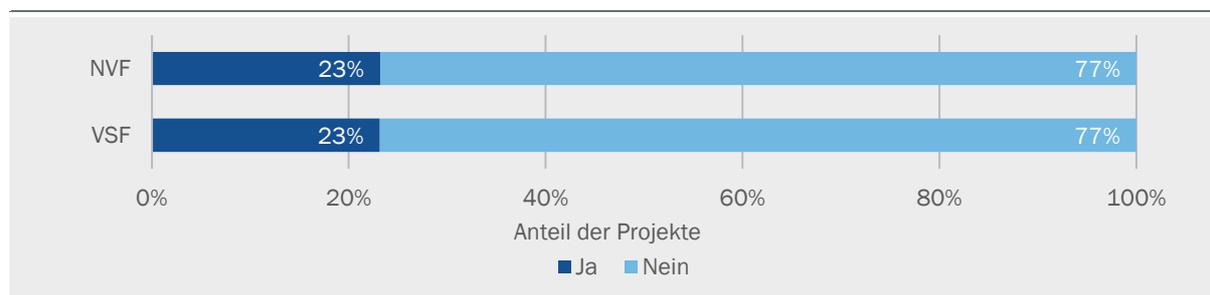
Quelle: Förderdatenanalyse

© Prognos AG, 2021

An 217 von 261 (83 %) VSF-Projekten sind Forschungseinrichtungen in den Konsortien beteiligt (inkl. Konsortialführer). In 181 der 261 (69 %) der Konsortien der VSF-Projekte sind Leistungserbringer im Sinne des SGB V beteiligt. Die Beteiligung von Krankenkassen im Konsortium liegt bei 110 von 261 (42 %) VSF-Projekten vor. Die im Vergleich zu NVF deutlich seltenere Beteiligung von Krankenkassen bzw. deren Verbänden ist insbesondere dadurch zu erklären, dass keine diesbezügliche gesetzliche Vorgabe existiert. Sonstige Akteure (z. B. Unternehmen, Verbände, Vereine) sind in 53 von 261 (20 %) der Konsortien der VSF-Projekte vertreten. Ministerien oder Fachbehörden von Ländern sind in vier von 261 (2 %) VSF-Projekten Teil des Konsortiums.

6.2.6 Patientennähe

Ein Anhaltspunkt für die Patientennähe der Förderprojekte ist die Beteiligung von Patientenvertretungen oder Organisationen der Selbsthilfe in den Projektkonsortien. Nach Angaben der Förderempfänger sind diese in rund einem Viertel (23 %) aller NVF und VSF-Projekte Teil des Konsortiums (Abbildung 34). Insgesamt ist damit die Beteiligung von Patientenvertretungen in den Konsortien aus Sicht des Evaluationsteams als gering zu bewerten. Diese Einschätzung wurde von Mitgliedern des IA und einigen Stakeholdern, die im Interview dazu befragt wurden, geteilt.

Abbildung 34: Vertretungen der Selbsthilfe oder Patientenorganisationen im Projektkonsortium

n=138 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle, 203 VSF-Projekte der ersten bis fünften Förderwelle (2016 bis 2020), zu 39 NVF sowie 58 VSF-Projekten liegen keine Angaben vor.

Frage: Sind Vertretungen der Selbsthilfe oder Patientenorganisationen Teil des Projektkonsortiums?

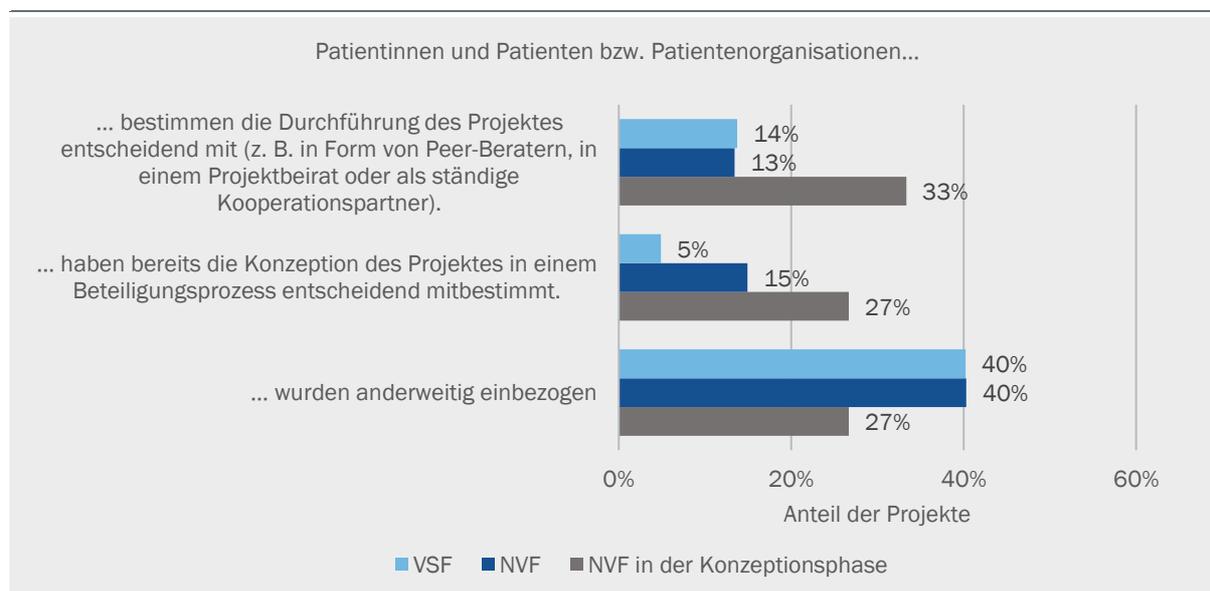
Quelle: Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Abgesehen von einer Beteiligung als Konsortialpartner gibt es jedoch weitere Beteiligungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten innerhalb der Projekte. Hierzu wurden Förderempfänger der Wellen 2018 bis 2020 befragt (Abbildung 35). In 5 % der VSF-Projekte und 15 % der NVF haben Patientenvertretungen die Projektkonzeption in einem Beteiligungsprozess entscheidend mitbestimmt. In 14 % der VSF-Projekte und 13 % der NVF bestimmten sie die Durchführung entscheidend mit. Anderweitig einbezogen wurden sie in jeweils 40 % der VSF-Projekte und NVF.

Auch die Förderwellen 2016 bis 2017 wurden bereits zur Patienteneinbindung befragt. Mit jeweils nur drei Projekten (1 %) gab damals in beiden Förderlinien nur ein sehr geringer Anteil der befragten Förderempfänger (n=46 NVF und n=65 VSF-Projekte) an, dass Patientinnen bzw. Patienten oder deren Organisationen die Konzeption des Projekts entscheidend mitbestimmen hätten. Oft wurden die Patientinnen bzw. Patienten beratend einbezogen (33 % der NVF und 29 % der VSF-Projekte). Als sonstige Arten des Einbezugs werden von den Förderempfängern beider Linien u. a. angegeben: Patientenbefragungen, Fokusgruppen oder Interviews zur Projektkonzeption (z. B. zur Entwicklung der Interventionen oder Instrumente) oder im Rahmen der Evaluation, beratend in Form eines Advisory Boards, als Peer-Berater im Projektbeirat oder als Kooperationspartner. Auch die Analyse von Patientendaten wurde damals mitunter als Patientenbeteiligung angegeben.

Es wird deutlich, dass die Patientenbeteiligung im Zeitverlauf an Bedeutung gewinnt, wenngleich sie noch nicht in allen Projekten umgesetzt wird. Die erste Welle der Förderempfänger in der Konzeptionsphase für NVF (2021) wurde ebenfalls hierzu befragt (Abbildung 35) und die Ergebnisse geben weitere Hinweise auf eine Intensivierung der Patientenbeteiligung. Diese berichten durchschnittlich wesentlich häufiger als die sonstigen NVF und VSF-Projekte von einer entscheidenden Mitbestimmung der Projektdurchführung (33 %) und einem Beteiligungsprozess während der Projektkonzeption (27 %).

Abbildung 35: Patientenbeteiligung außerhalb von Konsortien in den Förderwellen 2018 bis 2020

n=67 NVF der vierten bis sechsten Förderwellen (2018 bis 2020), n=102 VSF der dritten bis fünften Förderwelle (2018 bis 2020), n=15 NVF in der Konzeptionsphase der siebten Förderwelle (2021); mehrfache Zuordnung der Projekte möglich.

Frage: Sie haben angegeben, dass Vertretungen der Selbsthilfe oder Patientenorganisationen nicht Teil des Projektkonsortiums sind. Werden Patientinnen und Patienten auf andere Weise in die Arbeit des Projektkonsortiums einbezogen?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

In der Online-Befragung der Stakeholder 2018 stimmten insgesamt 35 der 50 (70 %) Teilnehmenden zu bzw. eher zu, dass die vom IA ausgewählten Projekte, die ihnen bekannt sind, eine hohe Patientennähe aufweisen. 14 Befragte (28 %) waren nur teilweise dieser Ansicht und nur ein Stakeholder (2 %) stimmt dem nicht zu.

In Interviews im Jahr 2021 meinten einige Stakeholder hingegen, dass sich die Einbindung von Patientenvertretungen insgesamt verbessert habe, allerdings wird noch weiterer Verbesserungsbedarf gesehen. Insbesondere wurde angemerkt, dass bislang keine Vorgaben gemacht werden, in welcher Form und zu welchen Zwecken die Patienteneinbindung stattfinden soll. Eine umfassende Einbindung von Patientinnen und Patienten könne sehr zeitintensiv sein, weshalb darauf geachtet werden müsse, dass diese wegen des Aufwands nicht zur Alibifunktion verkomme.

In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass die Anforderungen an die Patientenbeteiligung in den 2021 veröffentlichten Förderbekanntmachungen⁶⁸ und FAQ-Listen⁶⁹ bereits konkretisiert und umfassender dargestellt wurden als zuvor. So ist eine Prüfung der aktiven Einbindungsmöglichkeiten bei der Projektkonzeption und -durchführung für Patientinnen und Patienten, Angehörige oder deren Vertretungen aus der gesundheitlichen Selbsthilfe vorgesehen. Dabei wird

⁶⁸ Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (2021): Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur themenoffenen Förderung von neuen Versorgungsformen gemäß § 92a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (zweistufiges Verfahren) Vom 17. März 2021. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/245/2021-03-17_Foerderbekanntmachung_NVf_themenoffen_2021.pdf, zuletzt abgerufen am 29.11.2021.

⁶⁹ Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (2021): FAQ-Liste zu den Förderbekanntmachungen vom 17. März 2021. <https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/249/2021-03-17-FAQ.pdf>, zuletzt abgerufen am 29.11.2021.

auf unterschiedliche Beteiligungsmöglichkeiten verwiesen (z. B. im Konsortium, als projektbegleitender Beirat, bei der Bewertung von Erhebungsinstrumenten). In Anträgen der NVF ist die Beteiligungsstrategie demzufolge verpflichtend darzustellen und zu begründen. Auch in den Abschlussberichten soll die erfolgte Patientenbeteiligung dargelegt werden. Diese Anpassungen gehen auf entsprechende Vorschläge zu den Förderkriterien aus dem Konsultationsverfahren 2020 zurück.

6.2.7 Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung

Weiterentwicklungspotenzial der Projekte

Mit Blick auf das Ziel einer Weiterentwicklung der GKV-Versorgung (Kapitel 3) ist insbesondere das Entwicklungspotenzial der Versorgung, das von den Projekten ausgeht, relevant.

Wichtige Hinweise auf das Potenzial zur Weiterentwicklung der Versorgung liefern die Ziele bzw. Erkenntnisinteressen der Projekte. Zwei Drittel der NVF führen u. a. digitale oder technologische Lösungen in der Versorgung ein. Fast genauso häufig geht es darum, das Zusammenspiel der Versorgungsakteure und die Koordination der erbrachten Leistungen zu verbessern. In dieser Kombination ist ein beachtliches Weiterentwicklungspotenzial für die GKV-Versorgung zu sehen, insbesondere mit Blick auf die Digitalisierung und die Überwindung von Sektorengrenzen. Die spezifischen Ziele der Interventionen der NVF sind breit gestreut, von Verbesserungen bei der Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit bis hin zu Effizienzsteigerungen und Kostenreduktion. Patientenrelevante und medizinische bzw. klinische primäre Endpunkte werden in den meisten NVF betrachtet, während in rund einem Drittel auch gesundheitsökonomische primäre Endpunkte betrachtet werden. Obwohl letztere in etwa in zwei Dritteln der NVF anhand sekundärer Endpunkte betrachtet werden, werden sie in fast einem Fünftel der NVF nicht untersucht.

Die VSF-Projekte zielen ebenso auf vielfältige Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgung ab. Thematische Schwerpunkte liegen hier u. a. auf der Steuerung der Behandlung und Versorgung, dem Qualitätsmanagement sowie Diagnose-, Behandlungs- und Rehabilitationsverfahren. Ein Drittel der VSF-Projekte untersucht dabei Fragestellungen, zu denen nach Einschätzung der Förderempfänger bisher noch nicht geforscht wurde, während zwei Drittel an Forschungsergebnisse im In- und Ausland anknüpfen. VSF-Projekte konzentrieren sich in der Regel auf patientenrelevante und medizinische bzw. klinische primäre Endpunkte. Gesundheitsökonomische Endpunkte werden nur selten primär und auch sekundär nur in etwa einem Drittel der VSF-Projekte untersucht. Etwas weniger als zwei Drittel der VSF-Projekte beschäftigen sich nicht mit gesundheitsökonomischen Fragen.

Weitere Hinweise für das Weiterentwicklungspotenzial der Projekte liefern die neuartigen Zusammensetzungen von Projektkonsortien. Grundsätzlich ist die Beteiligung von Leistungserbringern im Sinne des SGB V in Projekten beider Förderlinien häufig. Krankenkassen bzw. deren Verbände sind in den NVF häufiger, in den VSF hingegen seltener vertreten. Die Konsortialführung wird überwiegend durch Universitätskliniken und Universitäten wahrgenommen. Die geförderten Projekte weisen überwiegend Konsortien auf, die zuvor keine gemeinsamen Projekte umgesetzt haben. Insofern fördert der Innovationsfonds die Entstehung innovativer Projektstrukturen und stärkt damit die Kooperations- und Innovationsfähigkeit der beteiligten Akteure.

Sektoren- und berufsgruppenübergreifende Ansätze

Die Förderung von sektorenübergreifenden Ansätzen zur Verbesserung der Versorgung wurde als explizites Ziel des Innovationsfonds formuliert. Mit Blick auf die unterschiedlichen Sektoren innerhalb der GKV-Versorgung wird in rund zwei Dritteln aller geförderten Projekte ein sektorenübergreifender Ansatz verfolgt. Die mit Abstand am häufigsten einbezogenen Versorgungsbereiche sind die ambulante ärztliche und die Krankenhausversorgung, sowohl bei den sektorenübergreifenden Projekten als auch in Projekten mit nur einem Versorgungsbereich (nicht sektorenübergreifend). Die Mehrheit der Förderprojekte beschäftigt sich also u. a. mit den Sektorengrenzen innerhalb der GKV-Versorgung und adressiert damit auf das o. g. Ziel des Innovationsfonds. Neben der ambulanten ärztlichen und der Krankenhausversorgung gilt es zukünftig auch die Einbindung der weiteren GKV-Versorgungsbereiche zu intensivieren, um auch hier die Weiterentwicklungsmöglichkeiten durch den Innovationsfonds zu nutzen.

Darüber hinaus bestehen in rund einem Viertel der NVF und einem Drittel der VSF-Projekte Schnittstellen zu Versorgungsbereichen außerhalb der GKV. Schnittstellen bestehen insbesondere zur Pflege (nach SGB XI). Trotzdem sind in diesen Projekten, wie auch im Allgemeinen, Akteure anderer Sozialleistungsträger nur in Einzelfällen als Konsortialpartner beteiligt. Um im Innovationsfonds Verbesserungen an den zahlreichen Schnittstellen zu Versorgungsstrukturen außerhalb der GKV entwickeln und erproben zu können, müssten diese Bereiche bzw. Akteure noch stärker in die Projekte eingebunden werden.

Auch die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ist ein Teilziel des Innovationsfonds und als Strategie zur Verbesserung der Versorgung formuliert. Hinsichtlich der einbezogenen Berufsgruppen zeigt sich, dass im Gegensatz zur Ärzteschaft die nicht akademischen Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen tätig sind (insb. Pflege, Heilberufe, Medizinische Fachfachangestellte), bisher nicht entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung in den Projekten vertreten sind. Die Beteiligung dieser bisher wenig eingebundenen Berufsgruppen könnte noch stärker in den Fokus genommen werden, ähnlich wie dies bei der Patientenbeteiligung geschieht.

Patientenorientierung und Zielgruppen

Patientenorganisationen sind in rund einem Viertel aller Projekte in den Konsortien vertreten. Die sonstige Patientennähe der Projekte, im Sinne der Einbindung von Patientenorganisationen bzw. der Patientenperspektive auf andere Art, wurde in den anfänglichen Förderwellen 2016 und 2017 insgesamt eher als gering bewertet. Die Einbindung der Patientenperspektive hatte damals in den meisten Projekten einen geringen Stellenwert und es bestand kein einheitliches Verständnis davon, was der Einbezug der Patientenperspektive bedeutet (z. B. wurde diesbezüglich die Analyse von Patientendaten angegeben). In den Förderwellen 2018 bis 2020 und insbesondere in der Konzeptionsphase für NVF 2021 zeigt sich diesbezüglich ein positiver Trend hin zu intensiverer Patientenbeteiligung. Positiv zu bewerten ist, dass patientenrelevante Endpunkte – im Sinne des Patientennutzens – in der Regel sowohl in den Zielsetzungen der Projekte als auch bei deren Evaluation berücksichtigt werden. 2021 wurde die geforderte Patientenbeteiligung in den Förderbekanntmachungen umfassender beschrieben und nochmals stärker betont. Die Beteiligungskonzepte müssen dargelegt und begründet werden. Der IA berücksichtigt die Patientenbeteiligung demzufolge systematisch projektspezifisch. Konkreten Vorgaben für die Ausgestaltung der Beteiligung, wie sie teilweise von Stakeholdern gefordert werden, steht die große Vielfalt der Projekte entgegen. Eine konsequente und projektindividuelle Berücksichtigung der Beteiligung bei Förderentscheidungen ist angemessen, um die Patientennähe der Projekte sicherzustellen. Die Entwicklung der Patientenorientierung sollte auch zukünftig weiterhin beobachtet werden.

In den Projekten der beiden Förderlinien (NVF und VSF-Projekte) gibt es grundsätzlich ein breites Spektrum an behandelten Zielgruppen und Indikationen. Wenn sich die Projekte auf bestimmte Zielgruppen beziehen, stützt sich die Zielgruppendefinition besonders häufig auf bestimmte Indikationen. Daneben wird oftmals das Alter zur Eingrenzung der Zielgruppe genutzt, während weitere demografische, soziale, kulturelle oder geschlechtsbezogene Merkmale nur selten eine Rolle spielen. In den geförderten Projekten wird die Zielgruppe der älteren Menschen überdurchschnittlich häufig adressiert. Bislang wenig adressiert werden Zielgruppen wie sozial Benachteiligte, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit Migrationshintergrund, obwohl bereits mehrere spezifische Förderbekanntmachungen zu diesen vulnerablen Zielgruppen veröffentlicht wurden. Der Fokus auf die Zielgruppe der älteren Menschen ist hinsichtlich deren hohen Bedarfs und den daraus resultierenden Kosten für das Gesundheitssystem gerechtfertigt. Es ist aber ebenfalls zu beachten, dass die bislang vernachlässigten Zielgruppen eine erhöhte Krankheitslast und Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem aufweisen können. Insofern ist die stärkere Berücksichtigung dieser Zielgruppen ein Handlungsfeld für die Weiterentwicklung des Innovationsfonds.

6.3 Umsetzungsstand der Projekte

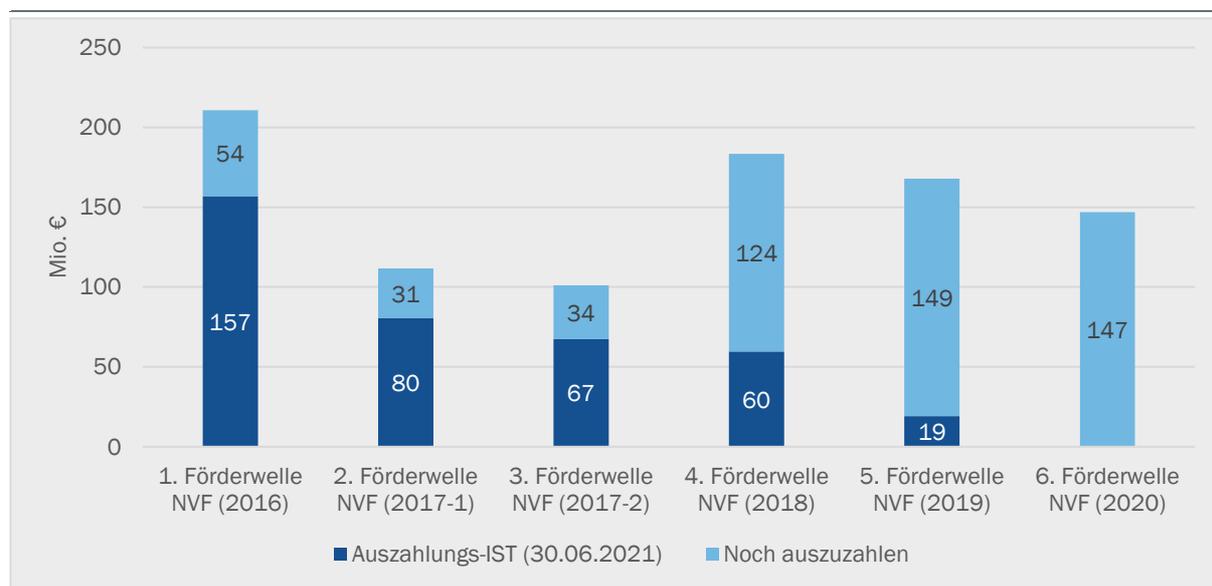
Zur Beurteilung des Umsetzungsstandes der Projekte wurden Daten der GS sowie die Befragung und Interviews der Förderempfänger herangezogen. Zum Berichtszeitpunkt (Stand: 14.12.2021) sind insgesamt 438 Förderprojekte auf der Website des IA aufgeführt; 261 VSF-Projekte und 177 NVF. Dabei wird zwischen drei Projektstadien unterschieden: laufend, Abschlussbericht wird erstellt und beendet. Zehn NVF (6 %) sind beendet (d. h. der Ergebnisbericht der Förderempfänger und ein Beschluss des IA sind veröffentlicht), bei 44 NVF (25 %) wird der Abschlussbericht zurzeit erstellt oder ist bereits beim IA eingereicht worden und 123 NVF (70 %) laufen derzeit. 42 VSF-Projekte (16 %) sind beendet, bei 51 (20 %) wird zurzeit der Abschlussbericht erstellt oder ist eingereicht worden und 168 VSF-Projekte (64 %) laufen aktuell.

6.3.1 Mittelabfluss aus dem Innovationsfonds

Insgesamt wurden laut Daten der GS für die 177 NVF der ersten sechs Förderwellen 922 Mio. € an Fördermitteln bewilligt. Zum 31.06.2021 liegt das Auszahlungs-Ist bei 383 Mio. € und damit bei 42 % der bewilligten NVF-Fördermittel.

Die Darstellung nach Förderwellen zeigt, dass von den geförderten Projekten der ersten drei Förderwellen (2016 bis 2017) bisher über zwei Drittel (67 % bis 74 %) der Fördermittel abgerufen wurden (Abbildung 36). In den Projekten der Förderwellen 2018 und 2019 sind bislang ein Drittel (33 %) bzw. etwas über ein Zehntel (11 %) ausgezahlt worden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Fördermittel vom IA immer für die gesamte Laufzeit der Projekte bewilligt werden. Die Auszahlung der Fördermittel erstreckt sich deshalb jeweils über die gesamte Laufzeit der Projekte, die in der Regel drei, in Ausnahmefällen bis zu vier Jahre beträgt.

Abbildung 36: Auszahlungs-Ist und noch auszahlende Fördermittel für NVF

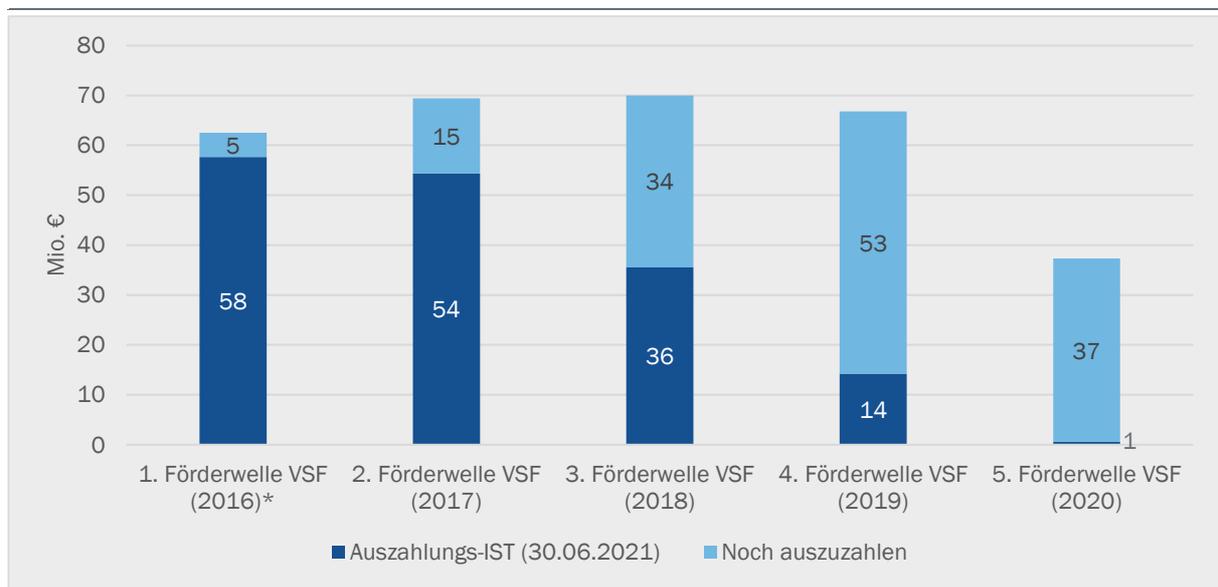


Quelle: Förderdatenanalyse

© Prognos AG, 2021

Für die 261 VSF-Projekte der ersten fünf Förderwellen wurden insgesamt 306 Mio. € an Fördermitteln bewilligt. Zum 31.06.2021 liegt das Auszahlungs-Ist bei 162 Mio. € und damit bei 53 % der insgesamt für VSF bewilligten Fördermittel. An die in der ersten Förderwelle geförderten VSF-Projekte wurden inzwischen 58 Mio. € und damit 92 % der bewilligten Fördersumme ausgezahlt. Für die folgenden Förderwellen sind die Mittel zu 78 % (2017), 51 % (2018), 21 % (2019) und 2 % (2020) bereits ausgezahlt (Abbildung 37).

Abbildung 37: Auszahlungs-Ist und noch auszahlende Fördermittel für VSF



*nur Vollarträge

Quelle: Förderdatenanalyse

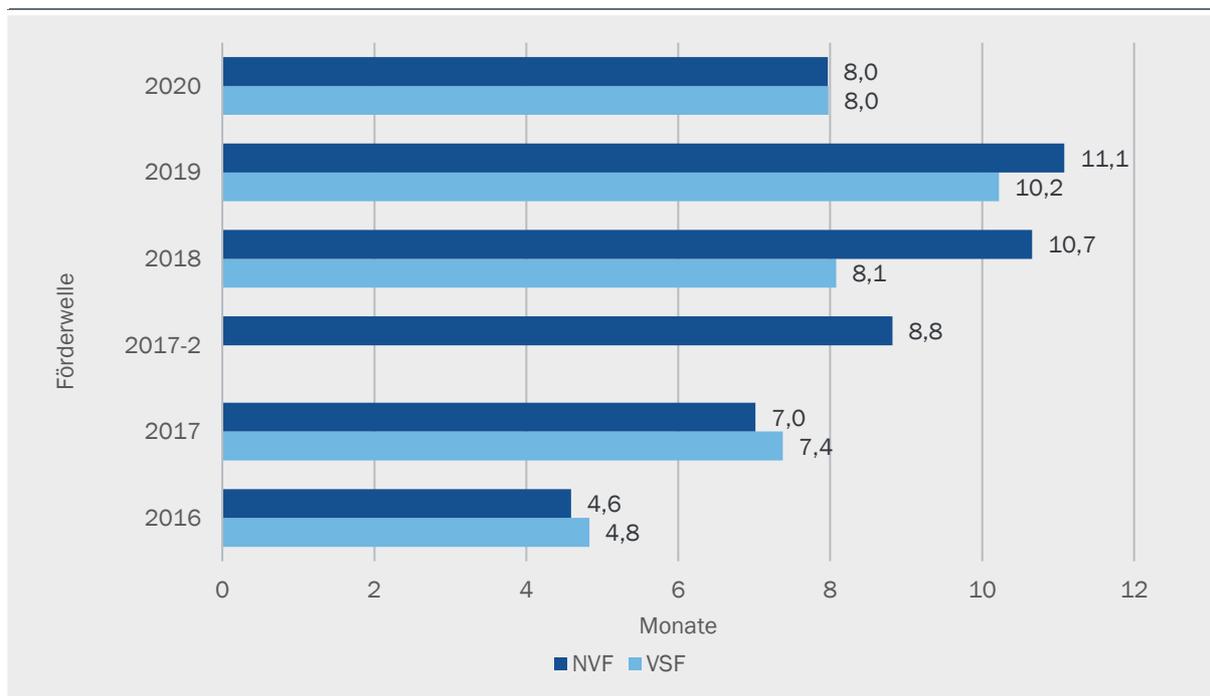
© Prognos AG, 2021

Anhand der aggregierten Mittelabflüsse allein kann u. a. aufgrund der oben beschriebenen Streckung der Auszahlung über die gesamte Projektlaufzeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden, ob die Projekte sowie die Auszahlungen im Soll liegen. Die noch auszahlenden Mittel der ersten Förderphasen sind Hinweise darauf, dass die Projekte teilweise später starten und länger laufen als geplant, worauf in den folgenden Kapiteln eingegangen wird.

6.3.2 Projektstart und -verlauf

Zwischen dem Förderbeschluss im IA und dem Starttermin der Projekte vergingen in den Förderwellen 2016 bis 2020 bei NVF im Schnitt 8,5 Monate und bei VSF-Projekten 7,6 Monate. In diesem Zeitraum werden zunächst die Förderbescheide erteilt, teilweise mit Auflagen für die Förderempfänger. Sobald ein finaler Förderbescheid vorliegt, können die Förderempfänger ihren Projektstarttermin selbst bestimmen. Abbildung 38 zeigt, dass sich dieser Zeitraum von 2016 bis 2019 sowohl bei NVF als auch VSF-Projekten stetig verlängert hat. Mitursächlich sind hierfür Auflagen und weitere Nachbearbeitungen, die erst nach der Förderentscheidung durch den IA anfallen (Kapitel 5.5). Von 2019 auf 2020 sank diese Zeitspanne erstmals auf acht Monate.

Abbildung 38: Zeitraum zwischen Förderentscheidung im IA und Projektstart nach Förderwellen



Quelle: Förderdatenanalyse

© Prognos AG, 2021

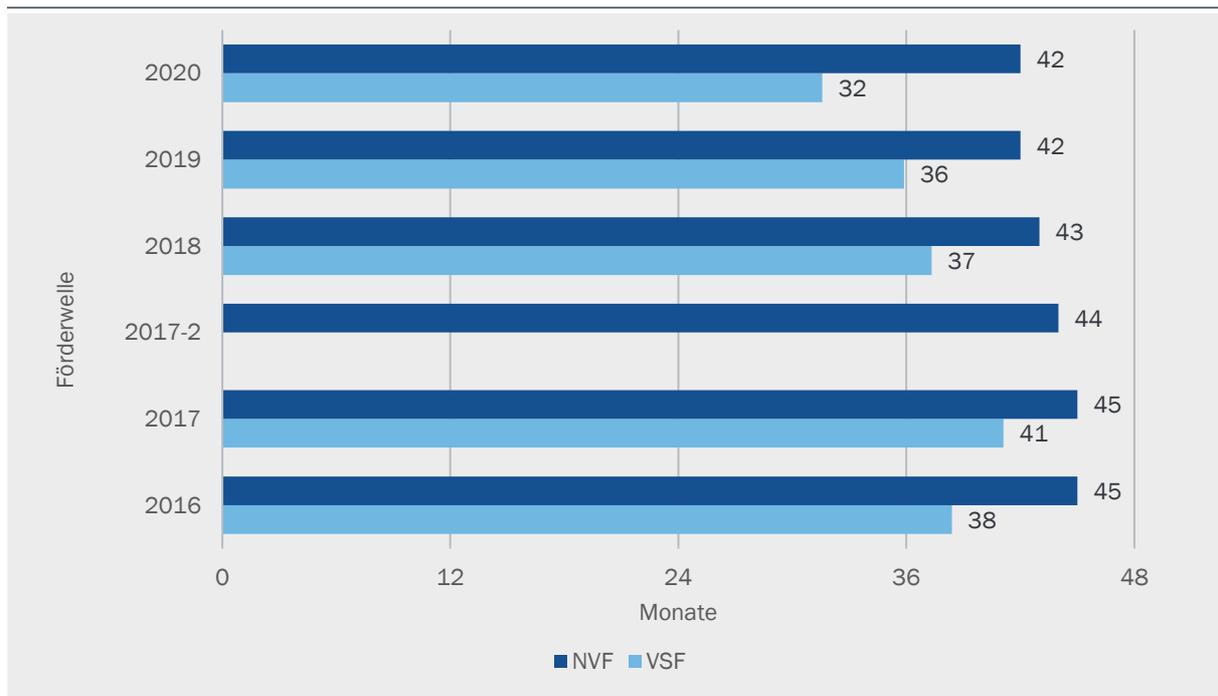
Nach Beginn der Projektlaufzeit muss die NVF so vorbereitet bzw. etabliert werden, dass mit der Versorgung begonnen werden kann bzw. erste Patientinnen und Patienten rekrutiert werden. Diese Startphase unterscheidet sich deutlich in den einzelnen Projekten, wie die Befragung von Förderempfängern⁷⁰ zeigt. Demzufolge variiert der Zeitraum zwischen Projektstart und Beginn der Versorgung zwischen null und 24 Monaten. Der Durchschnitt liegt bei 10,5 Monaten. Es ist zu erwarten, dass die Einführung des zweistufigen Förderverfahrens diese Startphase der NVF verkürzt. Die sechsmonatige Konzeptionsphase dient neben der Ausarbeitung des Vollartrags auch der konkreten Vorbereitung der Projektumsetzung (Kapitel 5.3).

Die Projektlaufzeit einer NVF beträgt vom Starttermin bis zur Abgabe der Abschlussberichte durchschnittlich 44 Monate (inkl. ggf. erfolgter Verlängerungen). VSF-Projekte dauern im Schnitt 37 Monate. Abbildung 39 zeigt, dass zum Berichtszeitpunkt die Laufzeiten in den frühen Förderwellen länger sind als in den späteren Wellen. So beträgt z. B. die Laufzeit bei NVF der ersten Förderwelle (2016) im Schnitt 45 Monate, während sie in der sechsten Welle (2020) nur auf 42 Monate beziffert wird. Auch VSF-Projekte der ersten Welle (2016) dauern im Durchschnitt 38 Monate, während Projekte der fünften Welle (2020) von einer kürzeren Laufzeit von 32 Monaten ausgehen. Für diese Unterschiede sind insbesondere Laufzeitverlängerungen verantwortlich. So wurden zum Berichtszeitpunkt z. B. bereits 44 VSF-Projekte der ersten Förderwelle (2016) verlängert, während in der fünften und sechsten VSF-Förderwelle (2020 und 2021) bisher noch gar keine Laufzeitverlängerungen zu verzeichnen sind. Inwiefern sich die Laufzeiten der noch laufenden Förderprojekte und damit die Durchschnittswerte der Förderwellen verändern, wird sich erst

⁷⁰ 86 der 122 (71 %) befragten NVF machten Angaben in der Online-Befragung zu dieser Frage. 36 befragte NVF konnten hierzu (noch) keine Auskunft geben, weil die Projekte noch nicht so weit fortgeschritten waren.

innerhalb der nächsten Jahre zeigen. Herausforderungen, die zu Projektverlängerungen und damit zum Anstieg der durchschnittlichen Laufzeit führen können, werden in Kapitel 6.3.3 dargestellt.

Abbildung 39: Durchschnittliche Projektlaufzeiten inkl. genehmigte Verlängerungen nach Förderwellen



Quelle: Förderdatenanalyse

© Prognos AG, 2021

6.3.3 Probleme im Projektverlauf und Auswirkungen der Covid-19-Pandemie

In der Online-Befragung der Förderempfänger⁷¹ gaben 63 % der NVF und 45 % der VSF-Projekte an, dass im Projektverlauf größere Probleme aufgetreten sind (Abbildung 40). In 88 % der NVF und 80 % der VSF-Projekte kam es zu Verzögerungen, die in 55 % der NVF und 47 % der VSF-Projekte in einer Laufzeitverlängerung mündeten. Dies wird auch durch Angaben der GS bestätigt. Demnach fanden seit Beginn der Förderung bis Mai 2021 insgesamt über 200 Laufzeitverlängerungen statt.

Dies hatte aus Sicht der Förderempfänger unterschiedliche Ursachen:

- Die wichtigste Ursache für Probleme und Verzögerungen sind seit 2020 die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, die in Abbildung 41 eingehender dargestellt werden. Viele der grundsätzlichen Herausforderungen in den Projekten werden dadurch verschärft.
- Die Patientenrekrutierung ist eine oftmals genannte Hürde in den Projekten. Sie dauere häufig länger als geplant oder es können nicht die anvisierten Fallzahlen erreicht werden.

⁷¹ VSF-Projekte der Themenfelder Evaluation G-BA-Richtlinie (SAPV) und Evaluation von Selektivverträgen wurden bei dieser Auswertung nicht berücksichtigt.

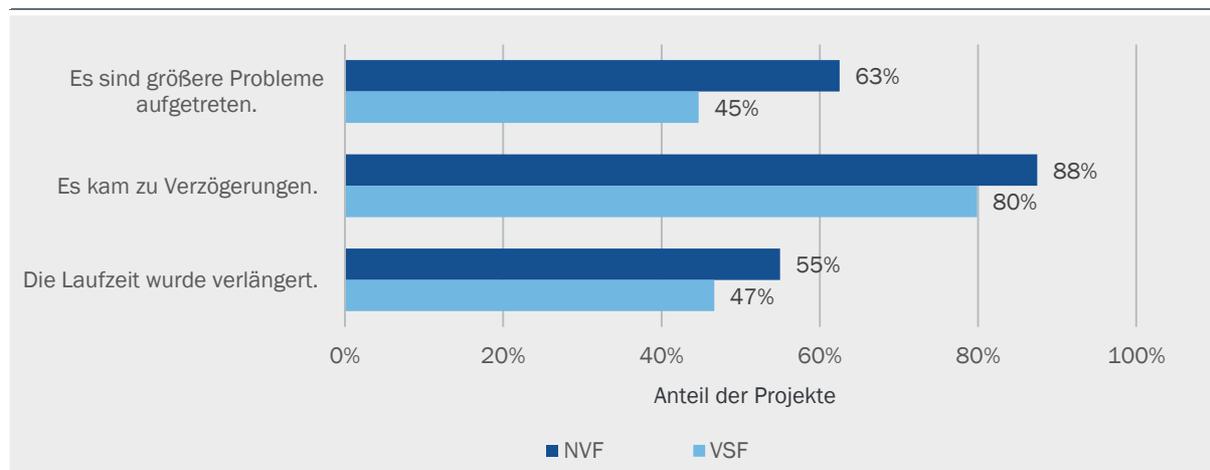
- Die Rekrutierung und Motivierung von Projektbeteiligten sind ebenfalls ein häufig beschriebenes Problem. So gebe es teilweise hohe Hürden, Leistungserbringer, insbesondere Arztpraxen, für eine Erprobung der NVF zu gewinnen.
- Eine häufig genannte Problematik stellt auch die Suche nach geeignetem Personal für das Projektteam dar. Zu Beginn des Projekts werde der Aufwand und Zeitbedarf hierfür teilweise unterschätzt. Auch bei einem Ausfall von Mitarbeitenden sei nur schwierig Ersatz zu finden und die Einarbeitungsaufwände seien hoch. Daneben liegt in manchen Bereichen ein grundsätzlicher Fachkräftemangel vor, der die Suche erschwert.
- Dies wird häufig noch durch – aus Sicht der Projekte – kurzfristige Erteilung von finalen Förderbescheiden erschwert, sodass Rekrutierung von Personal teilweise erst in der Projektlaufzeit stattfindet.
- Prüfungen durch die Ethikkommission erforderten oftmals mehr Zeit als angenommen.
- Die Ausarbeitung und Verhandlung von Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen als Grundlage der Durchführung der Versorgung im Projekt ist ebenfalls in einigen Fällen schwieriger und länger verlaufen als geplant.
- In Projekten mit technischen Komponenten traten teilweise größere technische Hürden auf, deren Lösung viel Zeit beanspruchte. Oftmals ging es dabei um die Anschlussfähigkeit an die vielfältigen Praxismanagement-Software-Lösungen und Klinik-Informationssysteme.
- Auch Datenschutzfragen erforderten in zahlreichen Projekten unerwartet viel Aufwand, teilweise aufgrund des Inkrafttretens der DSGVO während der Projektlaufzeit.
- Verzögerungen in den Projekten kämen auch dadurch zustande, dass Änderungsanträge aufwendig und zeitintensiv sind. Auch sind, bedingt durch die hohe Anzahl an Änderungsanträgen beim PT, die Bearbeitungszeiten teilweise lang. Förderempfänger wünschen sich daher die einfachere Umwidmung von Projektgeldern, z. B. bei geänderten Rahmenbedingungen oder unvorhergesehener Ereignisse.

Die Projekte reagieren auf diese Herausforderungen insbesondere mit

- Verlängerungen der Rekrutierungszeiträume und Anpassungen bzw. Ergänzungen der Rekrutierungsstrategien,
- Anpassungen am Studiendesign, etwa andere Erhebungstechniken (telefonisch oder virtuell) oder die Einführung qualitativer Instrumente,
- Anpassungen der Ziele und Endpunkte der Projekte sowie
- Einführungen virtueller Formate zum Austausch und zur Kommunikation.

Überwiegend beschreiben die Förderempfänger, dass es durch diese Herausforderungen keine Auswirkungen auf die Zielerreichung der Projekte gebe, sofern dies schon beantwortbar war. Auf die Zielanpassungen und -erreichung der Projekte wird in Kapitel 7.1.1 näher eingegangen.

Abbildung 40: Probleme und Verzögerungen im Projektverlauf



n=120 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle, n=165 VSF-Projekte der ersten bis fünften Förderwelle

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

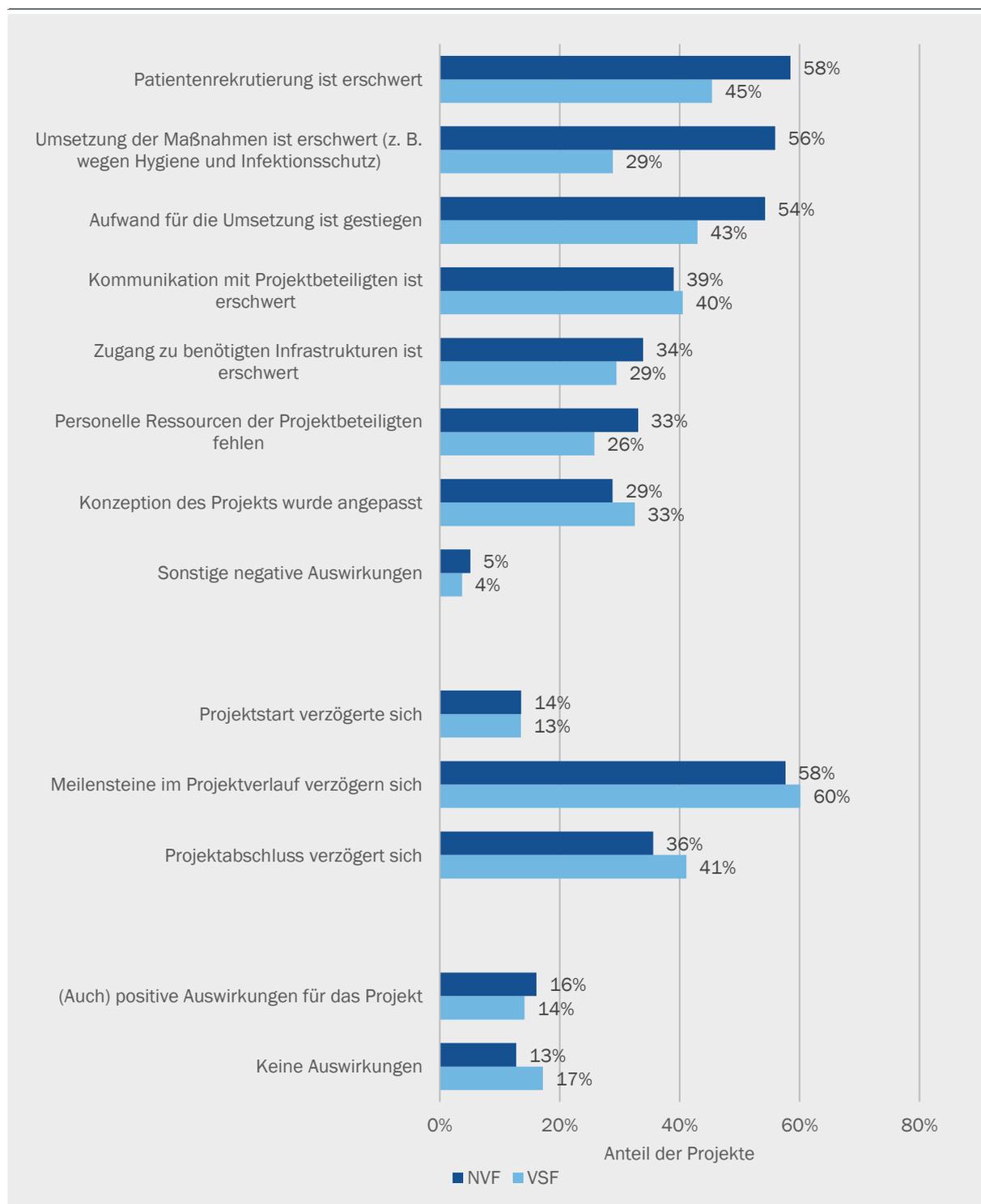
Die Covid-19-Pandemie wirkt sich seit 2020 auf fast alle Förderprojekte aus. Abbildung 41 basiert auf der Befragung der Förderempfänger und zeigt wie vielfältig die Folgen sind. Nur 13 % der NVF und 17 % der VSF-Projekte gaben 2021 an, es gäbe keine Auswirkungen.

Jeweils über die Hälfte der NVF sind dadurch betroffen, dass die Patientenrekrutierung (58 %) und die Maßnahmenumsetzung (56 %) erschwert sind sowie der Aufwand für die Umsetzung gestiegen ist (54 %). Die Kommunikation mit Projektbeteiligten und deren Ressourcen sowie der Zugang zu Infrastrukturen sind ebenfalls häufig beeinträchtigt. In 29 % der NVF wirkt sich die Covid-19-Pandemie auch inhaltlich aus, denn die Konzeption der Projekte musste angepasst werden. Ein ähnliches Bild ergibt sich für VSF-Projekte, wobei seltener Folgen für die Umsetzung genannt werden. Das ist plausibel, da VSF-Projekte teilweise keine Interventionen durchführen.

Diese Auswirkungen der Covid-19-Pandemie nehmen deutlichen Einfluss auf die Zeitpläne der Projekte. Bei neueren Projekten verzögerte sich der Start (NVF 14 %; VSF-Projekte 13 %), bei laufenden Projekten wurden häufig Meilensteine nicht planmäßig erreicht (NVF 58 %; VSF-Projekte 60 %) und auch der Abschluss verzögerte sich in 36 % der NVF und 41 % der VSF-Projekte.

Es gab jedoch auch positive Auswirkungen der Covid-19-Pandemie für die Projekte. 16 % der befragten NVF und 14 % der VSF-Projekte gaben dies in der Online-Befragung an. Am häufigsten wurden als Antwort auf die Kontaktbeschränkungen im Zuge der Pandemie virtuelle Austauschformate eingeführt, die persönlichen Austausch bzw. Präsenzformate in den Projekten ersetzen oder ergänzen. Das erlaubte teilweise eine höhere Kontaktfrequenz, erleichterten Zugang, Teilnahme auch aus anderen Regionen sowie eine höhere Skalierbarkeit bzw. Effizienz der Formate. Sowohl die Zusammenarbeit im Projektkonsortium als auch der Kontakt mit Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten konnte hiervon vielfach profitieren. Daneben wurde mehrfach berichtet, dass die Relevanz des Projekts gestiegen sei, da die Covid-19-Pandemie zu neuen Prioritätensetzungen und Aufmerksamkeit für das Projektthema führe. Einzelne Projekte geben diesbezüglich an, dass dies die Überführung in die Regelversorgung erleichtert. Vereinzelt wurde auch von Vorteilen für das Projektdesign berichtet, weil etwa unter Pandemie-Bedingungen besondere, relevante Datengrundlagen oder Erfahrungen bei Akteuren gesammelt werden konnten.

Abbildung 41: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie



n=118 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle sowie n=163 VSF der ersten bis fünften Förderwelle (2016 bis 2020).
Frage: Wie wirkt sich die Corona-Pandemie auf Ihr Projekt aus?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger (2021)

© Prognos AG, 2021

6.3.4 Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung

Umsetzungsstand, Laufzeiten und Verzögerungen der Projekte

In der Gesamtbetrachtung der Förderwellen wird deutlich, dass die Mittelabflüsse analog zur Laufzeit der Projekte stattfinden. Auffällig ist jedoch, dass auch die Fördermittel der ersten Förderwellen 2016 und 2017 bis Mitte 2021 noch nicht vollumfänglich abgerufen wurden. Dies liegt an Laufzeitverlängerungen bei rund der Hälfte aller Projekte. Zusätzlich ist die vorgelagerte Zeitspanne zwischen dem Förderbeschluss im IA und dem tatsächlichen Starttermin der Projekte über die Jahre länger geworden. Im Förderjahr 2020 war diese Zeitspanne allerdings erstmals kürzer als noch im Vorjahr. Bei NVF gibt es zusätzlich eine lange Anlaufphase nach dem Projektstart bis die Versorgung der Patientinnen und Patienten bzw. deren Rekrutierung tatsächlich beginnt. Inwiefern das zweistufige Förderverfahren für NVF, mit der vorgelagerten Konzeptionsphase (erstmalig 2021), hier zu einer Beschleunigung der Prozesse beitragen kann, lässt sich zum Berichtszeitpunkt noch nicht beantworten.

Probleme und Auswirkungen der Covid-19-Pandemie

Die Gründe für die langen Zeiträume zwischen Förderentscheidungen und Projektstart sowie für die Verzögerungen im Projektverlauf sind vielfältig. Bis der Projektstart möglich ist, sind nach Angaben der Förderempfänger insbesondere Auflagen und weitere Nachbearbeitungen am Antrag, die erst nach der Förderentscheidung durch den IA anfallen, zeitaufwendig. Häufig genannte Probleme und Verzögerungen zum Projektbeginn und auch im Verlauf betreffen außerdem die Personal-, Leistungserbringer- und Patientenrekrutierung, Prüfungen durch die Ethikkommission, Vertragsverhandlungen im Konsortium, technische Hürden, Datenschutzfragen sowie Änderungsanträge zum Projektdesign und dem Finanzierungsplan. Seit 2020 verschärft die Covid-19-Pandemie diese Probleme zum Teil und stellt die Projekte vor weitere Herausforderungen. Besonders viele Förderempfänger berichten von negativen Auswirkungen für die Patientenrekrutierung, die Umsetzung von Maßnahmen und den Arbeitsaufwand, die Kommunikation mit Projektbeteiligten und deren Ressourcen sowie den Zugang zu Infrastrukturen. Inhaltliche und methodische Anpassungen der Projektkonzeptionen sowie Verzögerungen sind die Folge. Demgegenüber stehen teilweise positive Effekte, die sich im Wesentlichen durch den Bedeutungszuwachs von digitalen Lösungen in der Versorgung sowie der Nutzung virtueller Formate bei der Erhebung und Kommunikation ergeben.

7 Ergebnisse der Projekte und Transfer in die GKV-Versorgung

Sinn und Zweck des Innovationsfonds ist die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung (Kapitel 3.1). Um dieses Ziel zu erreichen, müssen in Projekten erprobte Versorgungsformen und neue Erkenntnisse in die Regelversorgung überführt und integriert werden. Das stellt Anforderungen an die Ergebnisse der Projekte. NVF müssen erfolgreich beendet werden und den wissenschaftlichen Nachweis erbringen, dass die neuen Maßnahmen die Versorgung verbessern, insbesondere einen Mehrwert für Patientinnen und Patienten schaffen. VSF-Projekte müssen valide Erkenntnisse liefern, die auf die Regelversorgung anwendbar sind.

Bei der Übertragung der Projektergebnisse in die Regelversorgung bestehen unterschiedliche Möglichkeiten und Verantwortlichkeiten. Förderempfänger sind dafür verantwortlich, in ihren Projekten das Wissen bzw. die Evidenz zu erarbeiten, auf deren Grundlage der IA eine Empfehlung für (oder gegen) eine Überführung in die Regelversorgung aussprechen kann. Für die eigentliche Übertragung in die Regelversorgung und die Implementierung in der Fläche sind dagegen vielfältige Konstellationen an Akteuren im Gesundheitswesen zuständig, abhängig von der jeweiligen neuen Versorgungsform. Die Verantwortung für die Umsetzung liegt also regelhaft außerhalb des Mandats sowie der Mittel und Möglichkeiten des Innovationsfonds. Der Übertragungsprozess im Nachgang der IA-Empfehlung konnte im Rahmen der Evaluation nicht bewertet werden, da der IA bislang nur für die begrenzte Anzahl an abgeschlossenen Projekten eine Empfehlung aussprechen konnte.

Es bestehen unterschiedliche Wege für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung, die durch den Innovationsfonds beschränkt und gefördert werden. Der Hauptweg ist dabei, Weiterentwicklung durch die Schaffung von Evidenz zu erzielen, die dazu genutzt wird, die Regelwerke des Gesundheitswesens so anzupassen, dass sich neue Versorgungsformen in der Fläche etablieren können. Dieser Weg ist im Gesetz vorgezeichnet und lässt sich als Evidenz-informierte Entscheidungsfindung (evidence-informed decision-making) im Gesundheitswesen beschreiben.

Ein zweiter, damit einhergehender Weg für die Weiterentwicklung ist die Ausweitung erfolgreicher Projekte, etwa in andere Regionen (z. B. in Folge des Projekts Land | Rettung) oder durch das weitere Wachstum eines bereits etablierten Netzwerks (z. B. in Folge des Projekts NPPV) oder die Nutzung von in den Projekten erarbeiteten Lösungen und Instrumenten. Vorgesehen ist, dass diese Ausweitung in Folge einer IA-Empfehlung stattfindet und zu ihrer Umsetzung beiträgt. Prinzipiell ist es jedoch auch möglich, dass Projekte Nachahmer finden, ohne dass eine Empfehlung des IA vorliegt. Bedingung hierfür ist, dass die Verstetigung und Ausweitung finanziell ermöglicht werden, z. B. auch über Selektivverträge oder länderspezifische Fördermöglichkeiten. Dieser zweite Weiterentwicklungspfad baut auf den Erfahrungen und Beziehungen der Projektbeteiligten auf und schafft einen Präzedenzfall, an dem sich andere Interessierte orientieren oder ggf. beteiligen können.

Ein dritter Weg in Richtung Weiterentwicklung wird durch die Förderung der VSF-Projekte beschränkt, indem neues Wissen generiert und damit die Voraussetzung für die Entwicklung neuer Versorgungsformen oder die Anpassung bestehender Versorgung geschaffen wird. So können die VSF-Projekte, einschließlich der (Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien, zur Verbesserung der GKV-Versorgung und zur Entwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland beitragen.

7.1 Ergebnisse und Transferchancen im Überblick

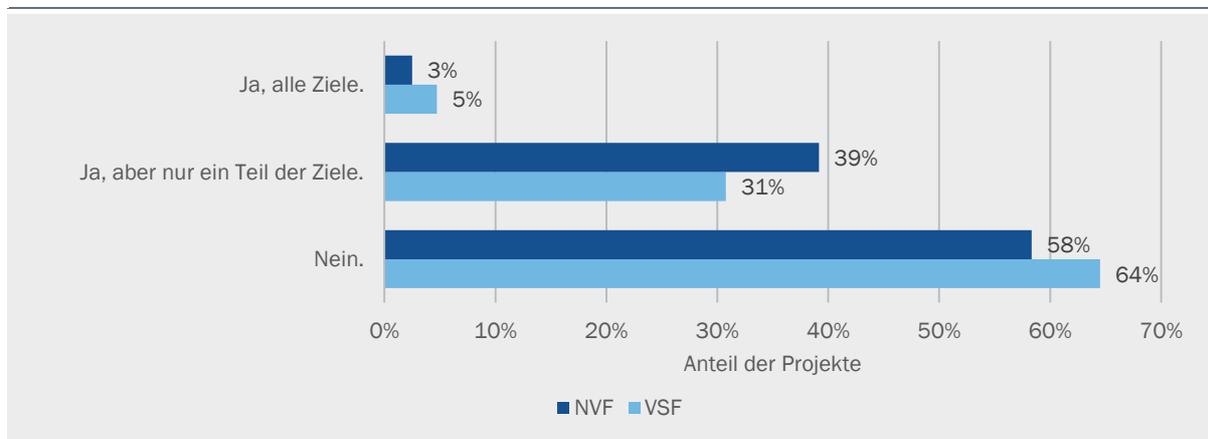
7.1.1 Ergebnisse der Projekte

Zielerreichung der Projekte

Zum Berichtszeitpunkt (Stand: 14.12.2021) sind zehn NVF offiziell beendet (d. h., der Ergebnisbericht der Förderempfänger und ein Beschluss des IA sind veröffentlicht), bei 44 wird der Abschlussbericht zurzeit erstellt oder ist bereits eingereicht worden und 123 sind in der Durchführungsphase. 42 VSF-Projekte sind beendet, bei 51 wird zurzeit der Abschlussbericht erstellt oder ist eingereicht worden und 168 VSF-Projekte werden noch umgesetzt.

Wie in Kapitel 5.3.3 dargestellt wurde, kam es bei einer Vielzahl von Projekten zu größeren Problemen und Verzögerungen, häufig im Zusammenhang mit den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie. Änderungen im Projektverlauf beinhalteten auch, dass Förderempfänger ihre Projektziele zum Teil anpassen mussten. In der Befragung gaben 39 % der Förderempfänger von NVF und 31 % der Förderempfänger von VSF-Projekten an, zumindest einen Teil ihrer Ziele im Verlauf des Projekts an die veränderten Bedingungen angepasst zu haben. Nur wenige Förderempfänger gaben an, dass sie alle Projektziele anpassen mussten (NVF 3 %, VSF 5 %). In über der Hälfte der NVF und 64 % der VSF-Projekte war eine Anpassung nicht nötig (Abbildung 42).

Abbildung 42: Anpassung der Projektziele laufender und abgeschlossener Projekte



n=120 NVF, n=169 VSF-Projekte der Förderwellen (2016 bis 2020).

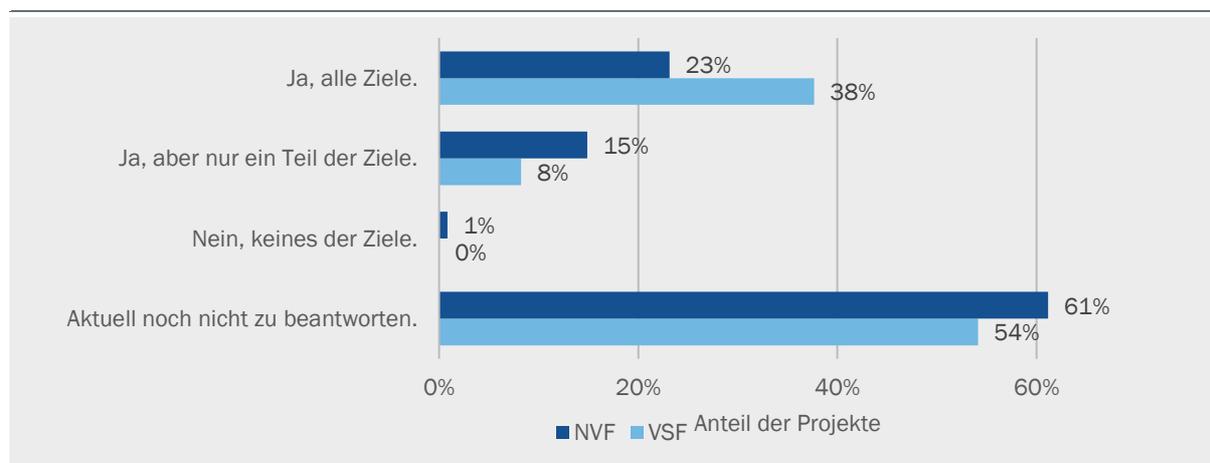
Frage: Wurden zu Beginn im Förderantrag festgelegte Ziele Ihres Projekts im Verlauf angepasst?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Förderempfänger wurden danach befragt, ob ihre Projekte die gesetzten und ggf. angepassten Ziele erreicht haben, d. h., ob das Projekt – unabhängig vom Ergebnis – der Umsetzungsplanung entsprechend durchgeführt werden konnte. 23 % der NVF und 38 % der VSF-Projekte haben demnach ihre Ziele vollständig erreicht und 15 % NVF und 8 % der VSF-Projekte haben sie teilweise erreicht. Für 61 % der NVF und 54 % der VSF-Projekte ließ sich diese Frage zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht beantworten. Nur 1 % der NVF hatten keines der Ziele erreicht (Abbildung 43).

Abbildung 43: Zielerreichung der Projekte



n=121 NVF, n=170 VSF-Projekte der Förderwellen (2016 bis 2020).

Frage: Wurden die (ggf. angepassten) Ziele Ihres Projekts erreicht?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Ergebnisse und Evidenz der Projekte

Förderempfänger sind verpflichtet nach Abschluss des Projekts einen Schlussbericht (einschließlich Verwendungsnachweis der Fördermittel) und einen Ergebnisbericht einzureichen. Der Ergebnisbericht enthält die Zusammenfassung der Projektdurchführung einschließlich der Ausgangslage, der beteiligten Projektpartner, der Ziele, Fragestellungen und Methodik des Projekts sowie die Projektergebnisse und Schlussfolgerungen.

Förderempfänger einer NVF müssen darüber hinaus einen Bericht über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der neuen Versorgungsform, also einen wissenschaftlichen Evaluationsbericht, vorlegen. Ergebnisbericht und ggf. Evaluationsbericht werden vom IA ausgewertet und dienen als Grundlage für einen Beschluss bzw. eine Empfehlung. Die Berichte werden auf der Website des Innovationsfonds veröffentlicht. Im Interview gaben Mitglieder des IA an, dass die wissenschaftliche Evidenz der Hauptfaktor für Empfehlungen ist, auch wenn andere Faktoren in die Bewertung einfließen können (z. B. Machbarkeit und Finanzierbarkeit). Gleichzeitig wurde die Erwartung geäußert, dass ein Teil der Projekte keine belastbaren Ergebnisse erzeugen werde, z. B. aufgrund von methodischen Problemen, die die Aussagekraft der Ergebnisse einschränken, oder weil Ergebnisse nicht statistisch signifikant sind.

Da bislang nur relativ wenige NVF vollständig abgeschlossen wurden, gibt es nur begrenzt Informationen über den Stand der Evidenz zu den Projekten. In der Abschlussbefragung gaben alle sechs Förderempfänger, die diese Frage beantwortet haben, an, dass ihr Projekt wissenschaftlich fundierte Nachweise für die Verbesserung der Versorgung durch die im Projekt getesteten Maßnahmen erbracht hat. Fünf gaben an, Nachweise erbracht zu haben, die insbesondere der Behebung von Versorgungsdefiziten (z. B. im ländlichen Raum) und der Verbesserung der Versorgungsqualität einzelner Interventionen oder Versorgungsgebiete dienten. Nachweise wurden auch zu Maßnahmen erbracht, die die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöhen, den Patientenfokus stärken und zu einem effizienteren Ressourceneinsatz beitragen.

Auch für VSF-Projekte stimmten 20 von 22 Förderempfängern der Aussage zu, dass ihre Projekte belastbare Erkenntnisse erbracht haben. Von ihnen gaben 13 an, Grundlagenwissen zu den Einflussfaktoren, die den Eintritt in das Gesundheitssystem und dessen Inanspruchnahme bedingen, erbracht zu haben; zehn haben Grundlagenwissen über die Menge der erbrachten Versorgungsleistungen erarbeitet, acht Erkenntnisse zu Gelingens- und Hinderungsbedingungen bei der Implementierung von Strukturen und Prozessen gewonnen und sieben Instrumente zur Optimierung von Versorgungsstrukturen und -prozessen entwickelt bzw. validiert.

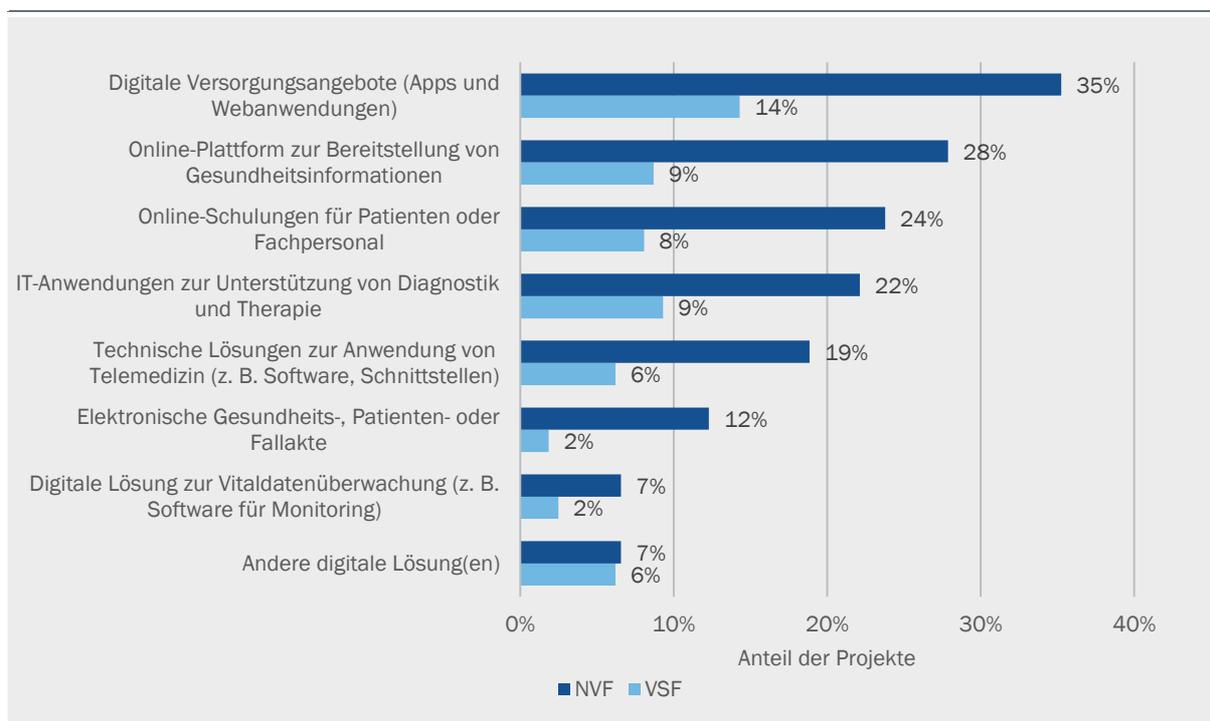
Entwicklung digitaler und analoger Lösungen, Arbeitshilfen und Instrumente

Die Entwicklung analoger oder digitaler Lösungen, Arbeitshilfen und Instrumente innerhalb der Projekte kann den Wissenstransfer vom Projekt in die Fläche und damit den Transfer der Maßnahmen in die GKV-Versorgung unterstützen. NVF und VSF-Projekte haben eine Vielzahl solcher Lösungen entwickelt, die zusammen mit den Berichten auf der Website des IA verfügbar sind und genutzt werden können.

Zu den digitalen Lösungen zählen digitale Versorgungsangebote, z. B. in Form von Apps oder Webanwendungen, IT-gestützte Entscheidungshilfen für die Diagnostik und Therapie, Anwendungen von Telemedizin oder auch elektronische Gesundheits-, Patienten- oder Fallakten. Zu den analogen Lösungen, die in den Projekten entwickelt wurden, gehören Schulungskonzepte, Handbücher, Entscheidungshilfen und Versorgungskonzepte, die bei einer Überführung in die Regelversorgung erneut eingesetzt werden können. Die meisten der digitalen und analogen Lösungen beinhalten eine Vielfalt an verschiedenartigen Materialien und Maßnahmen und richten sich an unterschiedliche Adressaten wie Fachpersonal oder Patientinnen und Patienten.

Insgesamt haben 57 % der NVF digitale Lösungen entwickelt. Bei den VSF-Projekten waren es 31 %. Analoge Lösungen wurden von 43 % der NVF und 29 % der VSF-Projekte erstellt. Von den digitalen Lösungen wurden in der Befragung digitale Versorgungsangebote am häufigsten genannt (NVF 35 %, VSF 14 %), gefolgt von Online-Plattformen (NVF 28 %, VSF 9 %) und Online-Schulungen (NVF 24 %, VSF 8 %). 22 % der NVF entwickelten zudem IT-Anwendungen zur Unterstützung von Diagnostik und Therapie (VSF 9 %) und 19 % technische Lösungen zur Anwendung von Telemedizin (VSF 6 %). Auffallend ist, dass NVF deutlich häufiger digitale Lösungen erarbeitet haben als VSF-Projekte. Weitere digitale Lösungen, die genannt wurden, waren z. B. algorithmusbasierte Analysetools und mathematische Modelle sowie onlinebasierte Methodenleitfäden und -plattformen. Ein Überblick findet sich in Abbildung 44.

Abbildung 44: Bereitstellung digitaler Lösungen



n=122 NfV, n=161 VSF-Projekte der Förderwellen (2016 bis 2020).

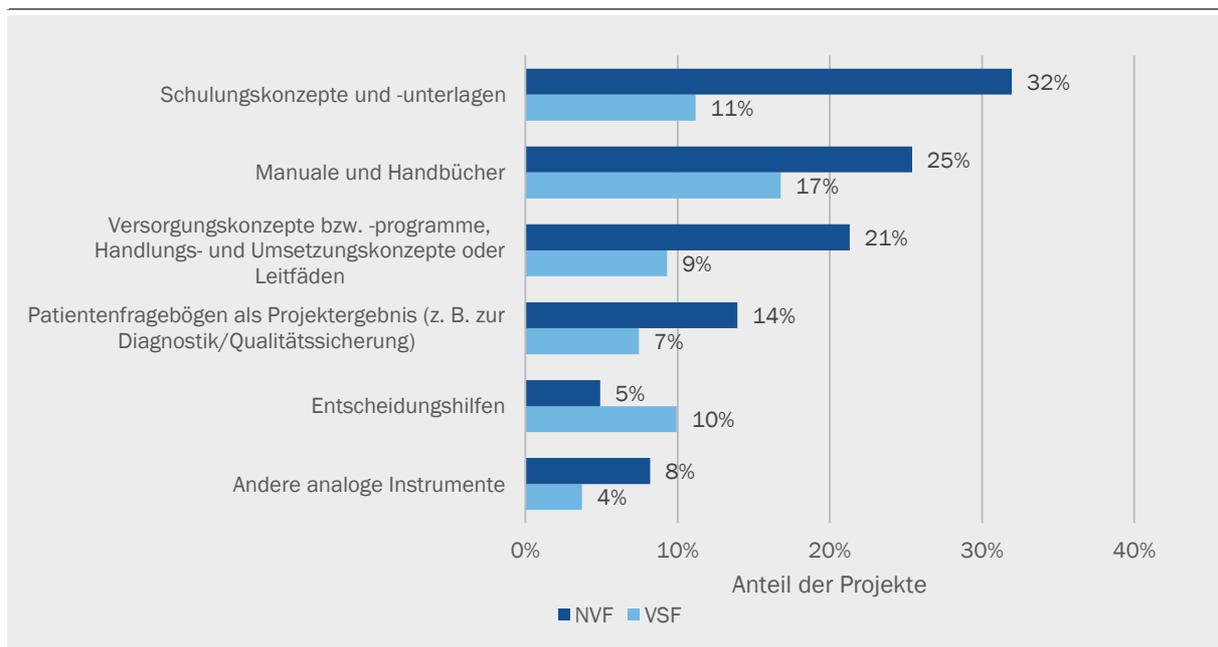
Frage: Bitte geben Sie die Art und Anzahl der nach Förderende bereitgestellten digitalen Lösungen an.

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Von den analogen Lösungen, Arbeitsweisen und Instrumenten, die in NfV entwickelt wurden, wurden Schulungskonzepte und -unterlagen (32 %), Manuale und Handbücher (25 %) und Versorgungskonzepte bzw. -programme (21 %) am häufigsten genannt. VSF-Projekte produzierten vor allem Manuale und Handbücher (17 %) gefolgt von Schulungskonzepten (11 %). Auch hier haben NfV häufiger potenziell übertragbare Lösungen entwickelt als VSF-Projekte. Andere analoge Instrumente, die genannt wurden, waren z. B. Qualitätsindikatorensets, Informationsblätter für Fallmanager sowie Dokumentationshilfen und Checklisten. Einen Überblick verschafft Abbildung 45.

Abbildung 45: Bereitstellung analoger Lösungen



n=122 NVF, n=161 VSF-Projekte der Förderwellen (2016 bis 2020)

Frage: Bitte geben Sie jeweils die Anzahl der nach Förderende bereitgestellten analogen Instrumente oder Arbeitshilfen an.

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Andere Maßnahmen aus den Projekten

Neben den im Projekt erstellten Materialien und Handreichungen können Projekte und Projektverantwortliche durch andere Maßnahmen eine Übertragung in die Regelversorgung unterstützen. Dazu zählen z. B. Aktivitäten, die dem Wissenstransfer dienen, d. h., über die neue Maßnahme und ihre Erprobung informieren sowie Gremien und andere Akteure beraten, wie eine solche Maßnahme überführt und implementiert werden kann.

Etwa die Hälfte der befragten Förderempfänger einer NVF gab an, bereits Schritte unternommen zu haben, um die im Projekt getesteten Maßnahmen in die kollektivvertragliche Versorgung zu implementieren oder anderweitig weiterzuführen. Auf die Bitte hin, diese Angabe zu konkretisieren, nannten 24 von 58 Förderempfängern, dass sie an einem Selektivvertrag mit einer oder mehreren Krankenkassen arbeiteten oder diesen bereits abgeschlossen haben. In der Mehrheit geht es hier um die Fortführung des Projekts, ggf. mit einer größeren oder kleineren Anzahl an Partnern. In Einzelfällen wurde argumentiert, dass eine selektivvertragliche Lösung grundsätzlich abgelehnt werde, da man eine Lösung schaffen wollte, die allen Patientinnen und Patientinnen und nicht nur Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen zur Verfügung stünde. In wenigen anderen Fällen wurde erwähnt, dass es sich bei dem Selektivvertrag um eine Übergangslösung handeln soll mit der Hoffnung auf eine IA-Empfehlung für eine Überführung in die kollektivvertragliche Versorgung.

In wenigen Fällen nannten Förderempfänger andere Arten von Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen bzw. der GKV, die für eine Fortführung des Projekts und ggf. eine Überführung in die Regelversorgung infrage kommen könnten. Genannt wurden Qualitätsverträge

für bestimmte Indikationen und eine Aktualisierung der Ergänzungsvereinbarung für Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA). Solche Verträge werden zwischen einzelnen bzw. Gruppen von Einrichtungen und Krankenkassen geschlossen und sind zum Teil an spezielle Indikationen und Einrichtungsarten gebunden. Diese könnten dann – ähnlich wie bei Selektivverträgen – Vorbildfunktion für andere Vertragspartner haben. Ein weiterer Förderempfänger gab an, dass das Projekt im Rahmen eines Modellvorhabens fortgesetzt wird.

Daneben gaben Förderempfänger an, Gremien und (Berufs- und Fach-)Verbände fachlich zu beraten und für eine Überführung bei den relevanten Stakeholdern zu werben. Auch Öffentlichkeitsarbeit und die Beteiligung an Kommissionen und Arbeitsgruppen wurden hier angegeben. In zwei Fällen wurden Verhandlungen mit anderen Kostenträgern angebahnt, und ein Projekt erhielt eine Förderung für eine Anschlussstudie aus einer anderen Quelle.

7.1.2 Überführung in die GKV-Versorgung

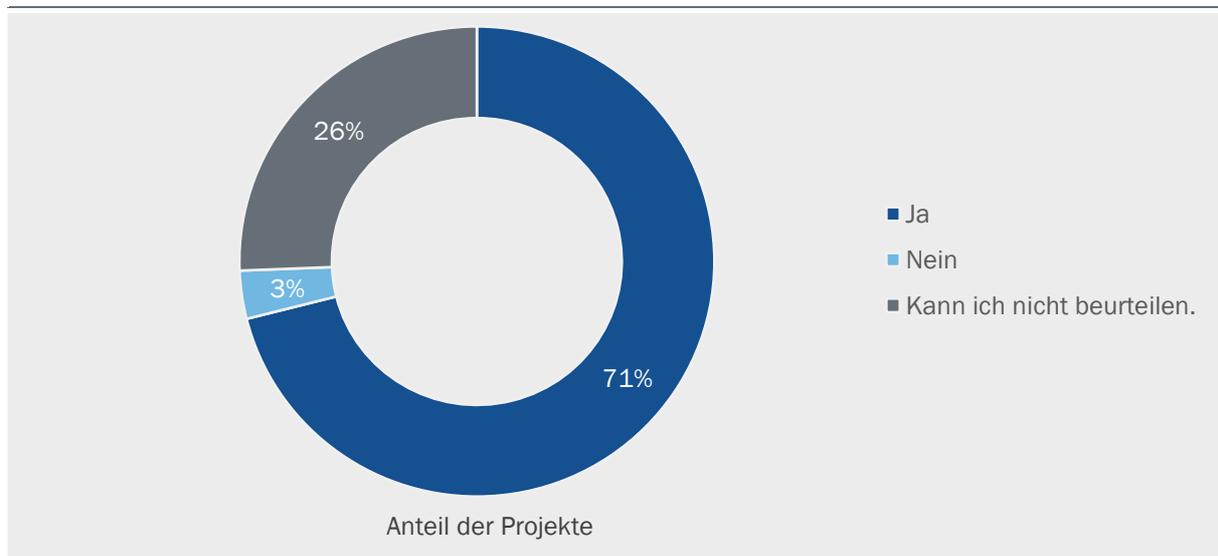
NVF, die im Innovationsfonds gefördert werden, sollen nach § 92a SGB V „eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden“. Dementsprechend ist die Übertragung in die Regelversorgung – kollektivvertraglich durch die Selbstverwaltung, den Gesetzgeber oder in Selektivverträgen durch die Vertragspartner – das erklärte Ziel des Innovationsfonds. Auch für VSF-Projekte sieht die gesetzliche Grundlage vor, dass sie „auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind“ (§ 92a SGB V).

Bislang (Stand: 14.12.2021) gibt es nur zehn NVF und 42 VSF-Projekte, zu denen ein Beschluss des IA vorliegt. Somit ist die praktische Erfahrung, wie Projektergebnisse überführt werden können, zunächst noch begrenzt. Es zeichnen sich jedoch mehrere grundsätzliche Fragestellungen ab, die in Interviews artikuliert und in den Befragungen abgefragt wurden und auf die im Folgenden eingegangen werden soll. Die bisherigen Erfahrungen zeigen eine Vielfalt an Transferwegen, die abhängig sind vom jeweils untersuchten Versorgungsthema bzw. der Art der erprobten Versorgungsform und dem daraus entstehenden Regelungs- und Finanzierungsbedarf. Eine Übersicht der bisherigen Beschlüsse findet sich in den Tabelle 21 und Tabelle 22.

Grundsätzliche Übertragbarkeit aus Sicht der Förderempfänger

Danach befragt, ob sie die Maßnahmen ihrer NVF für übertragbar in die kollektivvertragliche Versorgung halten, stimmte eine große Mehrheit der Förderempfänger (71 %) dieser Aussage zu. Etwa ein Viertel gab an, dies nicht beurteilen zu können. Nur 3 % meinten, dass sie sich eine Übertragung nicht vorstellen können, z. B., weil sich die Maßnahmen als schwer umsetzbar herausgestellt haben (Abbildung 46).

Abbildung 46: Übertragbarkeit der Maßnahmen in die kollektivvertragliche Versorgung



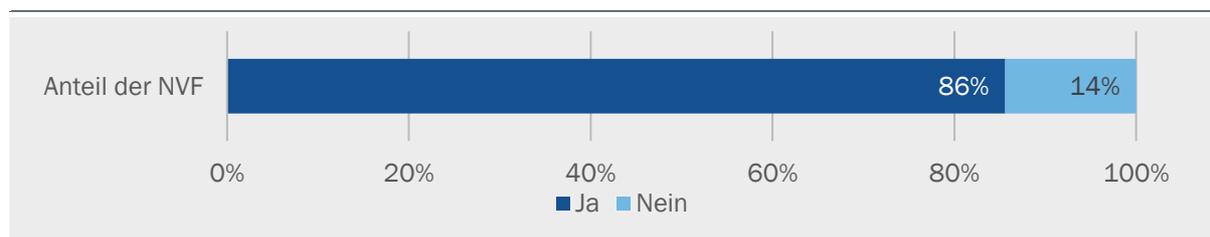
n= 122 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020), zu 55 NVF liegen keine Angaben vor.
Frage: Sind getestete Maßnahmen Ihres Projekts aus Ihrer Sicht übertragbar in die kollektivvertragliche Versorgung?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Viele Förderempfänger gaben in der Befragung eine ganze Reihe von Maßnahmen an, die sie in ihren Projekten erprobt hatten und für übertragbar hielten. Diese Aussagen unterstreichen, dass es sich in vielen Fällen nicht um eine einzelne Maßnahme, sondern um ganze Bündel an Interventionen handelt, die übertragen werden müssten, um eine NVF vollständig zu überführen. Diese Beobachtung wurde in den Interviews auch von Mitgliedern des IA geäußert und als Herausforderung für die Übertragung bewertet.

Eine große Mehrheit (86 %) der Förderempfänger einer NVF gab ebenfalls an, dass sich ihre NVF für eine Fortführung durch einen Selektivvertrag eignet (Abbildung 47). Selektivverträge sind für NVF in zweierlei Hinsicht relevant. Zum einen können Selektivverträge genutzt werden, um die im Projekt getestete Versorgungsform vor Ort zu verstetigen, z. B., indem der für das Projekt verwendete Selektivvertrag ggf. unter Beitritt weiterer Vertragspartner fortgeschrieben oder neu verhandelt wird. Zum anderen können Maßnahmen durch Selektivverträge in die Fläche gebracht werden, indem andere Akteure die neue Versorgungsform andernorts etablieren wollen. In diesem Fall hätte ein lokaler Selektivvertrag ggf. Vorbildfunktion für weitere Selektivverträge. Allerdings steht die durch den Selektivvertrag finanzierte Maßnahme erstmal nur denjenigen zur Verfügung, die bei einer Krankenkasse versichert sind, die am Selektivvertrag beteiligt ist.

Abbildung 47: Eignung für die Fortführung als Selektivvertrag

n=118 NVF der ersten bis sechsten Förderwelle (2016 bis 2020).

Frage: Sind getestete Maßnahmen Ihres Projekts geeignet für die Fortführung als Selektivvertrag?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) vom 22.12.2020 wird Krankenkassen die Möglichkeit erleichtert, durch den Innovationsfonds geförderte Projekte auf freiwilliger Basis selektivvertraglich weiterzuführen. Der Gesetzgeber ist bei dieser Regelung davon ausgegangen, dass mit einer Förderung durch den Fonds bereits eine Aussage über das Innovationspotenzial der neuen Versorgungsform getroffen worden ist, sodass die Anforderungen des § 140a Absatz 1 und 2 SGB V an Selektivverträge als erfüllt angesehen werden können. Die neue Regelung verhindert, dass Fördervorhaben aus aufsichtsrechtlichen Gründen nach Auslaufen der Förderung von den beteiligten Krankenkassen nicht freiwillig fortgesetzt werden können. Die Regelung gilt auch für solche Fälle, in denen nur wesentliche Teile der geförderten neuen Versorgungsform selektivvertraglich fortgeführt werden. Damit soll den Vertragspartnern Flexibilität für erforderliche Anpassungen gegeben werden, z. B. zur Berücksichtigung von im Projekt gesammelten Erfahrungen oder aufgrund von geänderten Rahmenbedingungen. Die Regelung gilt auch für die Übertragung einer neuen Versorgungsform auf andere Regionen, wobei der Selektivvertrag dann ggf. von anderen Vertragspartnern geschlossen wird.⁷²

Die Frage, ob Selektivverträge geeignet sind, um Maßnahmen in die Regelversorgung zu überführen, wurde in Interviews mit Projektverantwortlichen und Stakeholdern kontrovers behandelt. Viele sahen Selektivverträge vor allem als Übergangslösung, insbesondere bei der Fortführung von Projekten, die als erfolgreich erfahren wurden, nicht aber als wünschenswerte Dauerlösung. Zwar wurde argumentiert, dass es leichter wäre, sich als Leistungserbringer mit einer oder einer kleinen Zahl an Krankenkassen zu verständigen, und dass es der Innovationsfähigkeit des Systems nutzen könne, wenn sich einzelne Krankenkassen im Wettbewerb hervortun können. Andererseits wurde betont, dass solche Einzellösungen nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten sein können, da diese vom Bezug der Leistung ausgeschlossen seien, wenn sie bei einer Krankenkasse versichert sind, die nicht an dem Selektivvertrag teilnimmt.⁷³

⁷² Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG), BtDrs: 19/23483, S. 31 f.

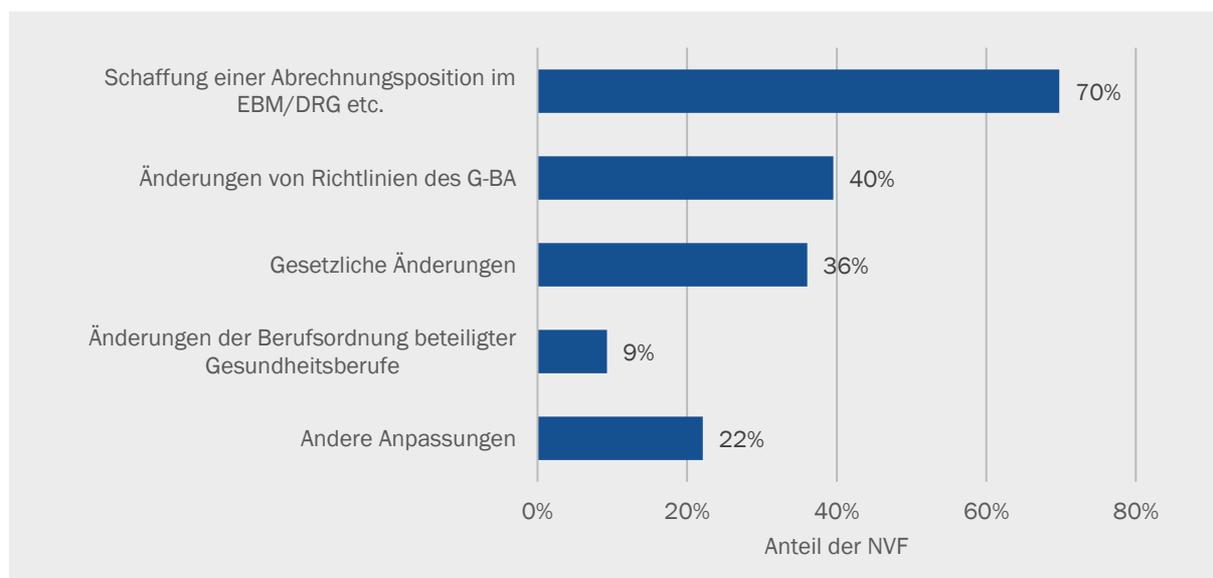
⁷³ Der Bundesverband Managed Care e. V. hat sich hierzu ähnlich geäußert: „Eine Fortführung der Projekte als Selektivvertrag kann (...) allenfalls eine temporäre Brücke darstellen. Nicht nur profitieren davon nur jene Projekte, die tatsächlich auf einem 140a-Vertrag basieren. Vor allem war und ist das Ziel des Innovationsfonds, neue Versorgungsformen für die Regelversorgung zu erproben und im Erfolgsfall allen Versicherten zur Verfügung zu stellen. Eine dauerhaft selektivvertragliche Versorgung würde nur einem Teil der Versicherten zugutekommen und den hohen Mitteleinsatz des Fonds infrage stellen. Sie ist zudem auch nicht im Sinne der Projektkonsortien, die den beachtlichen Aufwand für die Erprobung neuer Versorgungsformen nur mit Aussicht auf ihre Aufnahme in den Kollektivvertrag eingegangen sind.“ Bundesverband Managed Care e.V. (2020): Stellungnahme des Bundesverbands Managed Care e. V. zu

Regulatorische Anpassungserfordernisse aus Sicht der Förderempfänger

Um eine neue Versorgungsform in die Regelversorgung zu überführen, braucht es häufig eine Reihe an unterstützenden Maßnahmen, darunter insbesondere Anpassungen des existierenden Regelwerks sowie eine Möglichkeit der Finanzierung bzw. Kostenerstattung.

Unter den Förderempfängern, die eine NVF testen oder getestet haben und diese für eine Überführung in die kollektivvertragliche Versorgung für geeignet hielten, wurde die Schaffung einer Vergütungsmöglichkeit als Voraussetzung für eine Überführung mit Abstand am häufigsten genannt, also z. B. eine Abrechnungsposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der ambulanten Versorgung oder eine Fallpauschale in der stationären Versorgung. 40 % der Befragten gaben an, dass eine Überführung einer Anpassung einer Richtlinie oder einer anderen untergesetzlichen Norm durch den G-BA bedarf. 36 % sehen Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen durch den Gesetzgeber als eine Voraussetzung an (Abbildung 48). Weitere Anpassungserfordernisse wurden im Freitext bspw. auch bei der Vergütung im Pflegebereich und beim GKV-Leitfaden Prävention gesehen.

Abbildung 48: Anpassungen für eine Überführung in die kollektivvertragliche Versorgung



n=86 NVF, in denen Förderempfänger angeben, getestete Maßnahmen seien für die kollektivvertragliche Versorgung geeignet.
Frage: Angenommen, die entwickelte, neue Versorgungsform erweist sich als wirksam: Welche Anpassungen wären für eine Überführung von Maßnahmen Ihres Projekts in die kollektivvertragliche Versorgung erforderlich?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

Unter den Förderempfängern, die ein VSF-Projekt durchführen oder durchgeführt haben, gaben fast die Hälfte an (48 %), dass die im VSF-Projekt geschaffenen Erkenntnisse im nächsten Schritt in der Versorgungspraxis erprobt werden sollten (Abbildung 49). Zudem meinten 34 %, dass die

den im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) genannten erweiterten Möglichkeiten für Selektivverträge, S. 2f. <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2020-08-25-BMC-Stellungnahme-GPVG.pdf>. zuletzt abgerufen am 26.10.2021.

Ergebnisse erst noch weiter erforscht werden sollten, z. B. in anderen oder erweiterten Patientengruppen. Rund ein Drittel (36 %) meinten, dass es für eine Überführung der Erkenntnisse in die Regelversorgung einer Abrechnungsposition bedarf. 27 % gingen davon aus, dass es Änderungen bestimmter Leitlinien bedarf. 21 % sahen Anpassungsbedarf bei der Gestaltung des gesetzlichen Rahmens. Auch hier wurden andere Maßnahmen im Freitext genannt, die aus Sicht der Förderempfänger für eine Übertragung erforderlich wären, darunter u. a. die Bereitstellung von Informationen für Patientinnen und Patienten sowie Fachpersonal, die Erweiterung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten und das Vorhandensein von Selektivverträgen, um die Finanzierung der Maßnahmen sicherzustellen.

Abbildung 49: Maßnahmen für eine Verwertung der Ergebnisse in die kollektivvertragliche Versorgung



n=159 VSF-Projekte der Förderwellen (2016 bis 2020)

Frage: Angenommen die in Ihrem Projekt gewonnenen Erkenntnisse erweisen sich als vielversprechend: Welche Maßnahmen wären für die Verwertung der Erkenntnisse Ihres Projekts in der GKV-Versorgung erforderlich?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

In einigen Fällen hat sich das regulatorische Umfeld der Maßnahmen bereits während der Projektlaufzeit verändert. So ist z. B. durch das DVG die Möglichkeit geschaffen worden, dass digitale Gesundheitsanwendungen, also z. B. Apps, durch das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte geprüft und somit verschreibungs- und erstattungsfähig gemacht werden können.

Unter den Förderempfängern, die eine NVF erproben, gab nur ein kleiner Anteil (16 %) an, dass neue Rahmenbedingungen (gesetzliche oder untergesetzliche Anpassungen) eine Überführung in die Regelversorgung erleichtern, 2 % gingen davon aus, dass sie eine Überführung erschweren und weitere 2 % meinten, neue Rahmenbedingungen machten eine Überführung sogar überflüssig. Unter den VSF-Förderempfängern gaben nur 4 % an, dass veränderte Bedingungen eine Überführung erleichtern und 3 % gingen davon aus, dass diese die Chancen einer Überführung eher verschlechtern. Insgesamt meinten fast die Hälfte der Befragten (48 %), dass sie das nicht beurteilen können. Fast ein Drittel der Förderempfänger eines NVF- (30 %) und knapp ein Fünftel

(21 %) der Förderempfänger eines VSF-Projekts gaben an, dass die Rahmenbedingungen unverändert geblieben sind.

Beschlüsse und Empfehlungen des Innovationsausschusses zu abgeschlossenen Projekten

Zum Zeitpunkt der Berichtslegung lagen zehn Beschlüsse des IA zu NVF und 42 Beschlüsse zu VSF-Projekten vor.

Erste Beschlüsse für NVF liegen seit Dezember 2020 vor (Tabelle 21). Für vier der zehn NVF wurden Empfehlungen für eine Überführung ausgesprochen. Die Empfehlungen richten sich an eine Reihe von Adressaten, darunter die Gesundheitsministerien der Länder, die Gesundheitsministerkonferenz, Unterausschüsse des G-BA, Krankenkassen und ihre Verbände, Verbände der Leistungserbringer sowie für das jeweilige Thema relevante Fachgesellschaften (insgesamt rund 130 Adressaten). Die Handlungsaufforderungen, die sich aus den Empfehlungen ergeben, unterscheiden sich je nach Adressat und Umsetzungskompetenz. So werden z. B. die Gesundheitsministerien der Länder aufgefordert, auf Basis der Erkenntnisse der NVF eine Umsetzung zu prüfen oder Projektergebnisse in der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) zu beraten. Eine Weiterleitung an den Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA enthält beispielsweise die Bitte, die Erkenntnisse aus dem Projekt zeitnah im Rahmen seiner Zuständigkeit zu prüfen. Dagegen werden Fachgesellschaften die Erkenntnisse meist zur Information vorgelegt, ohne konkrete Handlungsaufforderung.

Die Empfehlungen reflektieren damit die Zuständigkeiten der Akteure im Gesundheitssystem. Auffallend ist, dass es bei vielen Empfehlungen nicht nur eine zuständige Stelle gibt, die aktiv werden muss, sondern dass es der Unterstützung mehrerer Akteure bedarf, um die Voraussetzungen für eine Implementierung zu schaffen.

Überführung in die Regelversorgung: Beispiel Land | Rettung

Im Projekt Land | Rettung wurden Maßnahmen erprobt, um die notfallmedizinische Versorgung im Landkreis Greifswald zu verbessern. Zu den Maßnahmen gehörten Laienschulungen in Reanimation, die Etablierung einer Smart-App, um ausgebildete Ersthelfer im Notfall zu alarmieren, und die Anbindung von Rettungswagen an einen Telenotarzt.

Auf der Grundlage der Ergebnisse des Projekts hat der IA eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen. Diese richtet sich in erster Linie an die für den Rettungsdienst zuständigen Landesministerien, die gebeten werden, die Etablierung von Ansätzen zur Verbesserung der Notfallrettung im ländlichen Raum zu prüfen und im Rahmen der GMK zu beraten. Daneben wurden die relevanten Fachgesellschaften über die Projektergebnisse informiert. Mehrere Ministerien haben zurückgemeldet, dass das Telenotarztsystem, Laienschulungen und die Ersthelfer-App in ihrem Bundesland aufgebaut bzw. erprobt werden. Das Projekt Telenotarzt Bayern hat einen ähnlichen Ansatz - ebenfalls erfolgreich - erprobt und erhielt gleichermaßen eine Empfehlung für die Überführung in die Regelversorgung, die bereits Niederschlag im Bayerischen Rettungsdienstgesetz gefunden hat (Kapitel 7.2.1).

Überführung in die Regelversorgung: Beispiel NPPV

Das Projekt Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (NPPV) erprobte die gestufte und koordinierte Versorgung von Menschen mit bestimmten psychischen und neurologischen Erkrankungen in der Region Nordrhein. Patientinnen und Patienten mit bestimmten Diagnosen – etwa Parkinson, schwerer Depression oder nach einem Schlaganfall – wurden durch eine Bezugssärztin oder einen Bezugsarzt bzw. eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugstherapeuten zu ihren Behandlungsoptionen beraten und diese dann für sie in die Wege geleitet. Hinter der neuen Versorgungsform steht ein Netzwerk an ambulanten und stationären Leistungserbringern, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen, die durch Netzwerkmanager eingebunden und koordiniert werden. Die Versorgung baut auf leitlinienbasierten Behandlungspfaden auf, die über eine webbasierte Plattform dokumentiert und gesteuert werden können und individuell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zugeschnitten werden (Case Management).

Im September 2021 hat der G-BA die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarfen (KSVPsych-RL) verabschiedet. Die neue Richtlinie ermöglicht die Vergütung von Leistungen, die von Netzwerken wie NPPV erbracht und als patientenindividuelles Versorgungsangebot koordiniert werden, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt werden. Auch sozialpsychiatrische Dienste, Angebote der Eingliederungshilfe, Suchtberatungsstellen und Traumaambulanzen können in die Versorgung eingebunden werden. Eine Evaluation ist innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie vorgesehen.

Sechs der zehn bisher abgeschlossenen NVF erhielten keine Empfehlung für eine Überführung, was jeweils in den IA-Beschlüssen begründet wird. Laut der Begründungen konnten diese Projekte keine statistisch signifikanten Verbesserungen ihrer primären Endpunkte nachweisen. Daneben wurden Schwächen im Studiendesign und die daraus resultierende eingeschränkte Validität der Ergebnisse sowie die im Projekt erfahrenen hohen Barrieren für eine Implementierung als Gründe genannt.

Eine Besonderheit betrifft die Projekte OSCAR, TeleDerm und ViDiKi. Für ViDiKi wurde keine Empfehlung ausgesprochen mit der Begründung, dass die Studie keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich des primären Endpunkts und der meisten patientenberichteten Endpunkte zeigt. Aufgrund positiver Tendenzen bei Teilergebnissen wurde trotzdem der Unterausschuss Disease-Management-Programme (DMP) des G-BA aufgefordert zu prüfen, ob die Ergebnisse ggf. bei einer Überarbeitung des relevanten DMP berücksichtigt werden können. Auch bei den Projekten OSCAR und TeleDerm wurde keine Empfehlung ausgesprochen, die Ergebnisse werden aber an relevante Akteure im Gesundheitswesen weitergeleitet.

Tabelle 21: Beschlüsse des Innovationsausschusses zu NVF

Projekt	Beschlussdatum	Empfehlung	Adressaten
LandRettung – Zukunftsfeste notfallmedizinische Neuausrichtung eines Landkreises	01.07.2021	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ministerien der Länder ■ Gesundheitsministerkonferenz der Länder ■ Fachgesellschaften
IpKiSuN – Unterstützende Intensivprophylaxe für Kinder mit zahnärztlicher Sanierung unter Narkose	18.12.2020	Nein	
OSCAR – Onkologisches Social-Care-Projekt der BKK	11.11.2021	Nein	<ul style="list-style-type: none"> ■ Deutsche Krebsgesellschaft ■ Bundesverbände der Kranken- und Pflegekassen
PETRA – Personalisierte Therapie bei Rheumatoider Arthritis (RA) basierend auf dem Modell der Psychoneuroimmunologie	14.12.2021	Nein	
RESIST – Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegserkrankungen	16.04.2021	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen ■ Kassenärztliche Vereinigungen, KBV
TeleDerm – Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung – kontrollierte Studie mit qualitativ-quantitativer Prozessevaluation	11.11.2021	Nein	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bundesverbände der Kranken- und Pflegekassen ■ Kassenärztliche Vereinigungen ■ Berufsverbände und Fachgesellschaften ■ gematik
Telenotarzt Bayern – Pilotprojekt zur telemedizinischen Unterstützung	18.12.2020	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gesundheitsministerien der Länder ■ Gesundheitsministerkonferenz der Länder ■ Fachgesellschaften
TELnet@NRW – Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Struktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung	16.04.2021	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gesundheitsministerien der Länder ■ Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA ■ GKV-Spitzenverband, KBV, DKG ■ Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)
VESPEERA – Versorgungskontinuität sichern - Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern	20.08.2021	Nein	
ViDiKi – Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche	01.07.2021	Nein	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unterausschuss Disease-Management-Programme des G-BA

Quelle: Beschlüsse des Innovationsausschuss (www.innovationsfonds.g-ba.de)

© Prognos AG, 2021

Die ersten Beschlüsse für VSF-Projekte wurden im April 2020 veröffentlicht (Tabelle 22). Zu den 42 Projekten wurden 19 Empfehlungen für eine Überführung ausgesprochen; für 23 Projekte gibt es keine Empfehlung. Ähnlich wie bei den NVF richteten sich die Empfehlungen zu VSF-Projekten fast immer an mehrere Akteure. Die häufigsten Adressaten der Empfehlungen sind Unterausschüsse des G-BA (Qualitätssicherung, Veranlasste Leistungen, Psychotherapie und Disease-Management-Programme), die Verbände der Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen in

Bund und Ländern sowie Fachverbände und Fachgesellschaften. Die Spitzenorganisationen der Krankenkassen und Leistungserbringer, auch der Hospizarbeit und Palliativversorgung, sind zudem als Partner von Rahmen- oder Mantelverträgen adressiert. Weitere Empfehlungen richten sich an das BMG und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesbehörden wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte und das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, das IQWiG, die Unabhängige Patientenberatung, die Ärztekammern in Bund und Ländern und die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Empfehlungen für VSF-Projekte: Beispiel DEWI

Das Projekt Determinanten bei der Versorgung von Patienten mit Wirbelsäulenoperation (DEWI) widmete sich der Frage, inwiefern Menschen mit Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen angemessen behandelt werden. Das Projekt analysierte Versorgungsdaten, um eine Reihe an Fragen zu beantworten, etwa danach, welche Faktoren die Häufigkeit von Wirbelsäulenoperationen bedingen. Auf der Grundlage der Ergebnisse des Projekts hat der IA eine Empfehlung ausgesprochen und den G-BA gebeten, in zwei Unterausschüssen – Qualitätssicherung und Disease-Management-Programme – zu beraten. Der G-BA hat daraufhin die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) um planbare operative Eingriffe an der Wirbelsäule erweitert. Daneben wurden die Ergebnisse an das BMG weitergeleitet, mit der Bitte zu prüfen, ob diese für die Entwicklung und Weiterentwicklung von medizinischen Leitlinien genutzt werden können. Die Empfehlung des IA, einen Schwerpunkt auf Leitlinien in operativen Fächern zu legen, wurde in der Förderbekanntmachung des IA vom 23.06.2021 in einem Themenfeld für operative Eingriffe am Skelettsystem bzw. Bewegungsapparat umgesetzt.

Empfehlungen, die sich an Unterausschüsse des G-BA richten, gehen im Regelfall mit der Aufforderung einher, die Projekterkenntnisse zu prüfen und bei der Überarbeitung von Richtlinien und Programmen ggf. einzubeziehen. Ähnlich sind Handlungsaufforderungen an Vertragspartner, etwa des Bundesmantelvertrags Psychotherapie oder des Rahmenvertrags zu stationären Hospizversorgung. Diesen wird ebenfalls eine Prüfung der Ergebnisse bei der Aktualisierung der Verträge empfohlen. So wird beispielsweise den Partnern des Bundesmantelvertrags Psychotherapie empfohlen zu prüfen, ob die Ergebnisse im Rahmen der Terminservicestellen oder bei der Entwicklung alternativer Möglichkeiten der zentralen Terminkoordination einbezogen werden können. Andere Empfehlungen enthalten Aufforderungen zur Prüfung im Hinblick auf Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen, zur Erstellung und Weiterentwicklung von Aufklärungs- und Informationsangeboten und zur Erstellung und Überarbeitung von medizinischen Leitlinien. Daneben zielen die Handlungsaufforderungen auch auf Kenntnisnahme der Ergebnisse. Für drei VSF-Projekte wurde eine weitere Erprobung beschlossen, die im Rahmen des Innovationsfonds gefördert wird.

Tabelle 22: Beschlüsse des Innovationsausschusses zu VSF-Projekten

Projekt	Beschluss- datum	Emp- fehlung	Adressaten
§73-Orthopädie – Evaluation des Vertrages zur Versorgung im Fachgebiet der Orthopädie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V	23.09.2021	Nein	
AHead – Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz, Qualifikation	04.06.2021	Ja	■ Erprobung im Projekt InDePendent
AMTS in utero – Untersuchungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit in der Schwangerschaft basierend auf Routinedaten in Deutschland	23.09.2021	Nein	
APVEL – Evaluation der Wirksamkeit von SAPV in Nordrhein	03.04.2020	Ja	■ Unterausschuss Veranlasste Leistungen des G-BA ■ Rahmenvertragspartner: GKV-Spitzenverband, Spitzenorganisation der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene
BARGRU – Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zu Lasten der GKV	04.06.2021	Ja	■ Unterausschuss Psychotherapie des G-BA ■ Partner des Bundesmantelvertrags
CIRSForte – Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System	16.04.2021	Ja	■ Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA ■ Bundesärztekammer, KVen
DELIVER – Determinanten für leitlinieninkongruente Versorgung von älteren Krebspatienten in der GKV	14.12.2021	Nein	
Dent@Prevent – Implementierung von Routinedaten & PROMS in die evidenz-informierte intersektorale (zahn-)medizinische Versorgung	01.07.2021	Nein	
DEWI – Determinanten bei der Versorgung von Patienten mit Wirbelsäulenoperation	18.12.2020	Ja	■ Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA ■ Unterausschuss Disease-Management-Programme des G-BA ■ Bundesministerium für Gesundheit
ELSAH – Evaluation der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung am Beispiel Hessen	20.08.2021	Ja	■ Unterausschuss Veranlasste Leistungen des G-BA ■ Rahmenvertragspartner: GKV-Spitzenverband, Spitzenverband der Hospizarbeit und Palliativversorgung

Projekt	Beschlussdatum	Empfehlung	Adressaten
EMSE – Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement	03.04.2020	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erprobung im Projekt USER ■ Rahmenvertragspartner: GKV-Spitzenverband, KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft
EPOS – Ergebnisqualität durch Patient Reported Outcome Measures (PROMs) bei Schlaganfallpatienten in der klinischen Routine	16.04.2021	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erprobung im Projekt StroCare
Evaluation Kardiologie-Vertrag	25.06.2020	Nein	
EyeLLIS – Eyetracking-basierte Erhebung der Lebensqualität von Patienten mit Locked-in-Syndrom	14.12.2021	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medizinische Fachgesellschaft ■ Selbsthilfeorganisation
Frauen 5.0 – Regionale Versorgung von Frauen über 49 Jahren durch Fachärzte und Fachärztinnen für Gynäkologie und für Allgemeinmedizin	16.03.2021	Nein	
HaReNa – Hausarztzentrierte Reha-Nachsorge bei Rückenschmerzen	04.06.2021	Nein	
Heimeintritt vermeiden – Projekt Heimeintritt vermeiden – Beginn stationärer Langzeitpflege und seine Prädiktoren in der Versorgungs-, Wohn- und Unterstützungssituation – populationsbasierte Kohortenstudie	16.02.2021	Nein	
HELP-at-APP – Entwicklung und Evaluation einer Selbsthilfe-App für traumatisierte syrische Flüchtlinge in Deutschland	20.08.2021	Nein	
HIOPP-3-iTBX – Angemessene und sichere Medikation für Heimbewohner/innen mit Hilfe einer interprofessionellen Toolbox (AMTS-Toolbox)	14.12.2021	Nein	
HIOPP-6 – Komplexitätsreduktion in der Polypharmazie unter Beachtung von Patientenpräferenzen	03.04.2020	Nein	
Homern – Hospitalisierung und Notaufnahmenbesuche von Pflegeheimbewohnern: Häufigkeit, Ursachen und Entwicklung einer Intervention zur Verbesserung der Versorgung	01.07.2021	Nein	
IMPRESS – Effektivität des IQM-Peer Review Verfahrens zur Verbesserung der Ergebnisqualität	09.10.2020	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bundesärztekammer und Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) ■ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Projekt	Beschlussdatum	Empfehlung	Adressaten
INTEGRAL – 10 Jahres Evaluation der populationsbezogenen integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal in Aufbau- und Konsolidierungsphase	18.12.2020	Nein	
IVF2F3 – Integrierter Versorgungsvertrag Schizophrenie und Depression	11.11.2021	Nein	
KOMPAS – Entwicklung und Erprobung eines komplexen interprofessionellen Trainingsprogramms zur Verbesserung der Patientensicherheit	16.02.2021	Nein	
MAU-PD – Multidimensionale Analyse der Ursachen für die niedrige Prävalenz der ambulanten Peritonealdialyse in Deutschland	16.04.2021	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA ■ Bundesärztekammer, Landesärztekammern, Deutscher Pflegerat, Fachverbände ■ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ■ Bundesministerium für Gesundheit ■ Fachgesellschaften
MVP-STAT – Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen	01.07.2021	Nein	
NoMIG – Notfallversorgung von MigrantInnen und Geflüchteten	03.04.2020	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge ■ Unabhängige Patientenberatung ■ Bundesministerium für Gesundheit ■ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Notfall- und Akutversorgung Brandenburg – Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der Notfall- und Akutversorgung im Land Brandenburg	14.12.2021	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bundesministerium für Gesundheit ■ Gesundheitsministerien der Länder
OSA-PSY – Optimierung der stationären Arzneimitteltherapie bei psychischen Erkrankungen	16.04.2021	Nein	
P-AK – Psychotherapeutische Abendklinik: Neue Versorgungsform für depressive Patienten	20.08.2021	Nein	
PAV – Patientensicherheit in der Ambulanten Versorgung	19.08.2020	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bundesärztekammer ■ KBV ■ Medizinischer Dienst ■ Aktionsbündnis für Patientensicherheit e. V.
PIM-STOP – Vergleich der prädiktiven Validität von Instrumenten zur Bestimmung potenziell inadäquater Medikation bei Älteren	22.01.2021	Nein	

Projekt	Beschlussdatum	Empfehlung	Adressaten
PNP-Vertrag – Vertragsevaluation der Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	18.12.2020	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bundesärztekammer ■ Fachverbände
PRÄZIS – Prävention des Zervixkarzinoms und dessen Vorstufen bei Frauen im Saarland	23.09.2021	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gesundheitsministerkonferenz der Länder ■ Unterausschuss Methodenbewertung des G-BA ■ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ■ GKV-Spitzenverband ■ KBV ■ Berufsverband
PrimA-QuO – Optimierte primärärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen	11.11.2021	Nein	
ProMeKa – Ausmaß und Trends der problematischen Medikation von Benzodiazepinen, Z-Substanzen, Opiod-Analgetika und Antidepressive bei Kassenpatienten	25.06.2020	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bundesärztekammer, Deutscher Berufsverband der Pflegeberufe, Pflegekammern, Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege ■ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ■ Verbände und Organisationen der Suchthilfe, Institut für Therapieforschung
PROPERmed – Entwicklung eines Instruments zur Identifikation von multimorbiden Hochrisikopatienten für negative Folgen von Multimedikation	03.04.2020	Nein	
PV-Monitor – Nutzung von Routinedaten zur Pharmakovigilanz in Deutschland: Methodentwicklung und erste Anwendungen	20.08.2021	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ■ Paul-Ehrlich-Institut
QS-Notfall – Verbesserung der Notfallversorgung von Herzinfarktpatienten in Berlin und Brandenburg	16.03.2021	Nein	
SAVOIR – Evaluierung der SAPV-Richtlinie: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede	12.11.2020	Ja	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unterausschuss Veranlasste Leistungen des G-BA ■ Rahmenvertragspartner: GKV-Spitzenverband, Spitzenorganisation der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene
VaMB – Value Stream Mapping in Brustzentren – ein Lösungsansatz zur Optimierung des Entlassungsmanagements	01.07.2021	Nein	

Quelle: Beschlüsse des Innovationsausschuss (www.innovationsfonds.g-ba.de)

© Prognos AG, 2021

Rückmeldungen auf Empfehlungen des IA

Zu den bisherigen Empfehlungen des IA liegen zum Berichtszeitpunkt (31.10.2021) insgesamt 29 Rückmeldungen der Adressaten vor. Diese beziehen sich auf vier NVF und sechs VSF-Projekte.

Zu Empfehlungen bezüglich NVF gibt es bislang sechs Rückmeldungen von Landesministerien, fünf von Fachverbänden, drei von Krankenkassen bzw. ihren Verbänden, zwei von Kassenärztlichen Vereinigungen und eine von einer universitären Forschergruppe. Die Rückmeldungen signalisieren in erster Linie Zustimmung zu den Empfehlungen des IA, setzen ansonsten aber ganz unterschiedliche Schwerpunkte, z. B.:

- Einige Akteure sagen Unterstützung zu, etwa bei der Verhandlung von Versorgungsverträgen.
- Eine kleine Anzahl an Schreiben mahnt eine Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen an, insbesondere im Zusammenhang mit den Projekten Land | Rettung und Telenotarzt Bayern.
- In der Rückmeldung eines Fachverbands werden die Ergebnisse eines Projekts sowie ihre methodische Validität und Belastbarkeit diskutiert.
- Zwei Landesministerien vermelden das Inkrafttreten einer Gesetzesnovelle, die die Erprobung innovativer Versorgungskonzepte ermöglicht, mit deren Hilfe Innovationen in der notärztlichen Versorgung im ländlichen Raum vor Ort getestet werden können.
- Ein Landesministerium sagt den konkreten Einsatz einer Erstretter-App und eines Telenotarztes bzw. einer Telenotärztin zu.

Rückmeldungen auf Empfehlungen zu VSF-Projekten gingen von sechs Kassenärztlichen Vereinigungen, vier Fachverbänden und jeweils einem Bundesministerium und einem Unterausschuss des G-BA ein. Die Rückmeldungen sind ebenfalls vielfältig, z. B.:

- Mehrere Rückmeldungen weisen darauf hin, dass die Vorschläge an bereits vorhandene Maßnahmen anknüpfen oder von diesen bereits umgesetzt werden.
- Andere vermelden, dass die gewonnenen Erkenntnisse bei der Aktualisierung von Maßnahmen einbezogen werden können, insbesondere bei der Überarbeitung von Fort- und Weiterbildungen sowie von Informationsmaterialien.
- Einige verweisen darauf, dass eine Übertragung bereits erfolgt sei, z. B. durch die Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie.
- In wenigen Antworten wird signalisiert, dass kein weiterer Handlungsbedarf gesehen wird, oder eine von den Empfehlungen abweichende Einschätzung artikuliert.

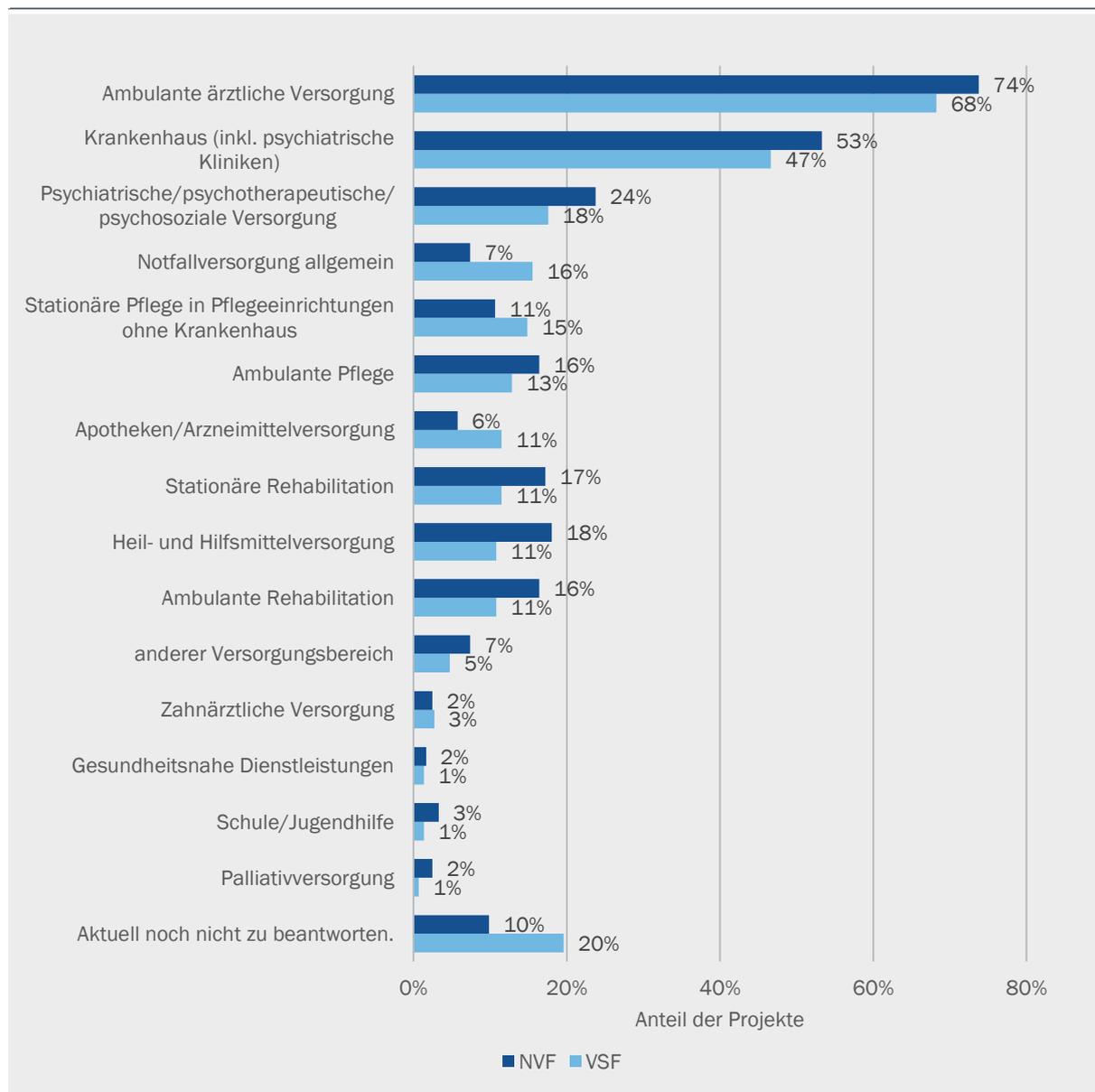
Weitere Voraussetzungen für einen Transfer

Die für diesen Bericht gesammelten Daten enthalten eine Vielzahl an Informationen über weitere Voraussetzungen für eine erfolgreiche Übertragung in die Regelversorgung. Dabei wird deutlich, dass man nicht davon ausgehen kann, dass eine Empfehlung des IA oder die Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit automatisch zu einer Implementierung in der Fläche führen. Vielmehr müssen die Bedingungen geschaffen werden, damit Akteure, die zuvor nicht an dem Projekt beteiligt waren, in die Lage versetzt werden, die neuen Maßnahmen ebenfalls umzusetzen.

Der Innovationsfonds fördert insbesondere sektorenübergreifende Projekte, um die Versorgung zwischen den Sektoren und Berufsgruppen besser zu verzahnen. Abbildung 50 zeigt, welche Versorgungsbereiche nach Einschätzung der Förderempfänger bei einer Überführung zusammenarbeiten müssen. Ambulante ärztliche Versorgung und Krankenhausversorgung wurden besonders häufig genannt, wobei die Anteile in NVF etwas höher liegen als in VSF-Projekten. Gleichzeitig wird

deutlich, wie viele Versorgungsbereiche prinzipiell miteinander verzahnt werden müssen und dass viele Projekte mehr als eine relevante Schnittstelle bedienen. Die Komplexität, die sich daraus für die Projekte ergibt und die sich auch in der Bündelung von Maßnahmen in den Projekten spiegelt, wird damit auch für die Übertragung neuer Versorgungsformen in die Fläche, also ihre Implementierung, relevant.

Abbildung 50: Überblick über die zu beteiligenden Versorgungsbereiche bei der Implementierung

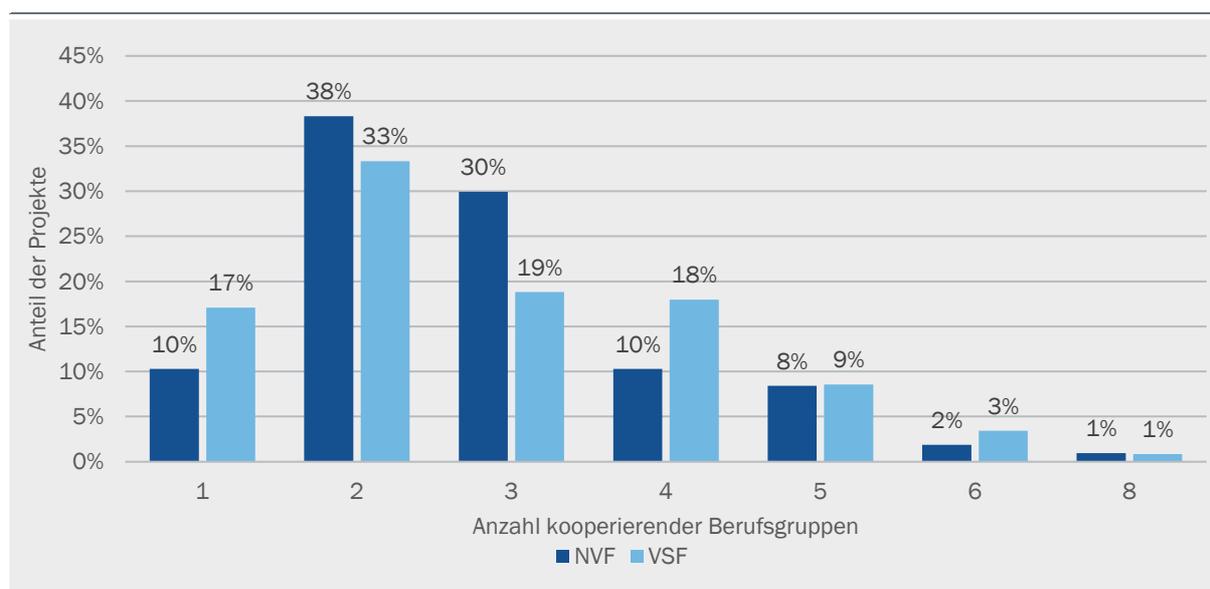


n=122 NVF, n=148 VSF

Frage: Welche Versorgungsbereiche müssen für die Implementierung der Maßnahmen oder Erkenntnisse Ihres Projekts in der kollektivvertraglichen Versorgung kooperieren?

Diese Komplexität findet sich auch im Zusammenspiel der Berufsgruppen, deren Zusammenarbeit für eine Übertragung in die Fläche als notwendig angesehen wurde. 30 % der NVF und 33 % der VSF-Projekte gaben an, dass mindestens zwei Berufsgruppen miteinander kooperieren müssen, um die in den Projekten erprobten bzw. erforschten Maßnahmen umsetzen zu können. Maßnahmen in 30 % der NVF und 19 % der VSF-Projekte benötigen die Zusammenarbeit von drei Berufsgruppen, in 8 % der NVF und 9 % der VSF-Projekte sind es sogar fünf verschiedene Berufsgruppen.

Abbildung 51: Anzahl der kooperierenden Berufsgruppen bei der Implementierung



n=117 NVF, n=144 VSF-Projekte

Frage: Welche Berufsgruppen müssen für die Implementierung der Maßnahmen oder Erkenntnisse Ihres Projekts in der kollektivvertraglichen Versorgung zusammenarbeiten?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

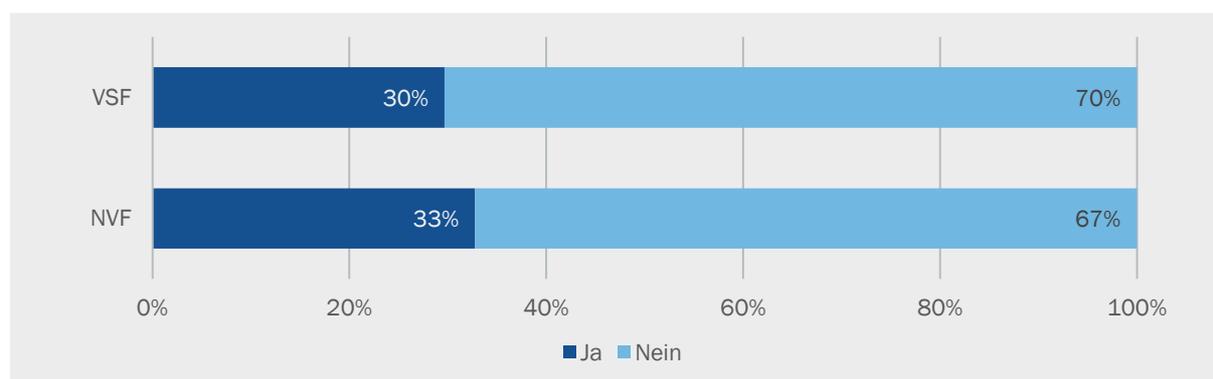
Eine weitere Voraussetzung ist, dass hinreichend Personal in den verschiedenen Berufsgruppen zur Verfügung steht, um eine neue Versorgungsform zu etablieren. In vielen Berufsgruppen, die für die medizinische oder pflegerische Versorgung relevant sind, gibt es jedoch Personalmangel und damit auch Probleme, neues bzw. zusätzliches Personal zu rekrutieren. So gaben 40 % der befragten Förderempfänger an, dass es eher schwierig oder sehr schwierig ist, Ärztinnen und Ärzte zu rekrutieren. Beim Pflegepersonal lag dieser Anteil bei 47 %, bei Medizinischen Fachangestellten bei 39 % und bei psychotherapeutischen und psychologischen Fachärztinnen und -ärzten bei 34 %.

Förderempfänger sowie andere Stakeholder wiesen auch darauf hin, dass es einen zum Teil erheblichen Bedarf an Aus-, Weiter- und Fortbildung gebe, um die Mitglieder einzelner Berufsgruppen zu befähigen, die neuen Maßnahmen kompetent auszuführen. Daneben wurden spezielle Schulungen und Curricula gefordert, die einen Kulturwandel im Gesundheitswesen sowie die Innovationsfähigkeit und -bereitschaft insgesamt fördern, etwa zur stärkeren Verankerung von Evidenzbasierung, zur Verbesserung der Interdisziplinarität und zum Ausbau von Kompetenzen im

Aufbau und Erhalt von komplexen Netzwerken. Die Förderempfänger können in der Regel die notwendigen Qualifizierungen oder Weiterbildungsmaßnahmen für die beteiligten Berufsgruppen benennen. Schulungsunterlagen für entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen werden zum Teil bereits in den Projekten entwickelt.

Daneben wurde eine Vielzahl an technischen Voraussetzungen genannt, die die Implementierung neuer Versorgungsformen unterstützen oder behindern können. Zu den technischen Voraussetzungen gehören Schnittstellen für digitale Lösungen, die die Kommunikation und den Datentransfer unterstützen etwa für Telekonsile, Videosprechstunden oder Online-Plattformen und Datenbanken. Diese technischen Voraussetzungen beziehen sich z. B. auf die Ausstattung von Praxen und Einrichtungen, z. B. die Tatsache, dass eine Vielzahl an unterschiedlichen Software-Anwendungen im Gebrauch ist, mit denen sich eine neue Anwendung verknüpfen können muss. Andere Voraussetzungen sind eher gesamtgesellschaftliche Aufgaben und liegen außerhalb des Gesundheitswesens, wie die Verfügbarkeit von mobilem Internet im ländlichen Raum oder Anforderungen beim Datenschutz. Insgesamt gaben fast ein Drittel der Förderempfänger an, dass es technische Voraussetzungen gibt, die erst noch verbessert bzw. geschaffen werden müssen, damit Maßnahmen aus ihren Projekten in der Fläche implementiert werden können (Abbildung 52).

Abbildung 52: Abhängigkeit der Implementierung von technischen Voraussetzungen



n=119 NVF, n=155 VSF-Projekte

Frage: Gibt es digitale oder technische Voraussetzungen für die Implementierung der Maßnahmen bzw. Erkenntnisse aus Ihrem Projekt in die GKV-Versorgung, die erst noch geschaffen werden müssen?

Quelle: Online-Befragung der Förderempfänger

© Prognos AG, 2021

In den Interviews mit Projektverantwortlichen, Stakeholdern und Mitgliedern des IA und Expertenpools wurde zudem eine Reihe an Faktoren genannt, die als notwendig angesehen werden, damit die Implementierung neuer Maßnahmen in der Fläche gelingen kann. Diese sind im Wesentlichen themenübergreifend, systemisch und liegen nur zum Teil im Steuerungsbereich des IA. Hervorgehoben wurde insbesondere, dass die neuen Maßnahmen bei den Umsetzenden akzeptiert und als sinnvoll erachtet werden müssten. Fehle diese Akzeptanz, werde es schwierig, Akteure zur Mitarbeit zu bewegen, unabhängig davon, welcher Berufsgruppe sie angehörten oder in welchem Sektor und an welcher Schnittstelle sie arbeiteten. Die Sinnhaftigkeit neuer Maßnahmen ist entscheidend für die Motivation zur Umsetzung und zur Zusammenarbeit. Die Frage bleibt jedoch, wessen Aufgabe es ist, diese Akzeptanz zu schaffen, wenn sie sich nicht automatisch einstellt. Starke Evidenz für Wirksamkeit sei wichtig, um Akzeptanz zu schaffen, etwa wenn es um den Nut-

zen einer Maßnahme für Patientinnen und Patienten geht. Dazu zählen aber auch Arbeitszufriedenheit und Akzeptanz beim umsetzenden Personal. Darüber hinaus brauche es aktive Überzeugungsarbeit. Hier sind viele Projektverantwortliche bereits in Vorleistung getreten, indem sie Beiträge veröffentlicht und Vorträge zu ihren Projektthemen gehalten haben, doch es ist unklar, ob das reicht, um möglichst flächendeckend Veränderungen zu bewirken, oder ob weitere Maßnahmen erforderlich sein werden, um Akteure bei der Umsetzung von Maßnahmen zu unterstützen (z. B. Changemanagement in Pflegeheimen).

Stakeholder wiesen auch darauf hin, dass es einer guten Informationsbasis bedürfe, damit Implementierung in der Fläche gelingen kann. Dazu brauche es ein systematisches Wissensmanagement. Projektergebnisse und Informationen müssten leicht zugänglich und ggf. so aufbereitet sein, dass sie ihr (Fach-)Publikum erreichen, auch jenseits derjenigen, die sich von Berufs wegen mit wissenschaftlicher Fachliteratur befassen. Dazu gehört auch, dass Manuale und andere Handreichungen, die in den Projekten entwickelt und erprobt wurden, leicht aufzufinden sind. Konzepte und Lösung, die bereits in Projekten erarbeitet und erfolgreich umgesetzt wurden, wie z. B. zum Umgang mit den Anforderungen des Datenschutzes, sind jedoch nicht immer übertragbar und müssen stetig weiterentwickelt werden. Daneben sei zu überlegen, ob sich im Einzelfall Investitionen in weitere Untersuchungen lohnen würden, z. B., um konkrete Aspekte der Implementierung zu klären. Viele Förderempfänger von VSF-Projekten gaben an, dass die neuen Erkenntnisse erst noch in der Praxis erprobt werden müssen. Doch auch bei neuen Versorgungsformen könne durch weitere Erprobung verbessertes Implementierungswissen geschaffen werden.

Einige Stakeholder bemerkten zudem, dass neben der Evaluation der einzelnen Projekte auch eine systematische Auswertung übergreifender Themen sinnvoll wäre. Z. B. würde es sich in vielen Themengebieten anbieten, Projektergebnisse noch einmal gemeinsam zu betrachten und zu analysieren, etwa die der Lotsenprojekte oder der Projekte zu digitalen Anwendungen. Auf diese Weise könnte man Projektergebnisse auch aggregieren und herausfinden, welche der Maßnahmen innerhalb von komplexen Maßnahmenbündeln („dem Blumenstrauß an Interventionen“, wie es ein Mitglied des IA ausdrückte) sich lohnen zu replizieren und ggf. weiter zu erproben. Ferner könnten Hinweise gewonnen werden, wie diese Maßnahmen an unterschiedliche Bedarfs- und Versorgungsstrukturen angepasst werden könnten. Fördernehmer regten zudem an, mehr Möglichkeiten zum gemeinsamen Austausch und Wissenstransfer zu schaffen, damit Projektverantwortliche von den Erfahrungen anderer Projekte profitieren und auf ihnen aufbauen könnten, anstatt den gleichen Lernprozess noch einmal neu zu durchlaufen.

7.1.3 Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung

Zum Berichtszeitpunkt (14.12.2021) sind zehn NVF und 42 VSF-Projekte abgeschlossen worden und für diese liegen Beschlüsse des IA vor. Im Rahmen der Projekte wurden wissenschaftliche Nachweise erbracht, die zusammen mit den Ergebnisberichten dem IA als Bewertungsgrundlage für Empfehlungen zur Übertragung in die Regelversorgung zur Verfügung stehen. Jede NVF wurde zu diesem Zweck von einer wissenschaftlichen Evaluation begleitet, die die Wirksamkeit der Interventionen anhand verschiedener Parameter (primäre und sekundäre Endpunkte) analysiert und bewertet. Diese Evaluationen werden zusammen mit den Ergebnisberichten der Projekte sowie den Beschlüssen zu Transferempfehlungen auf der Website des IA veröffentlicht.

Daneben wurden in den Projekten eine Vielzahl an analogen und digitalen Instrumenten und Lösungen erarbeitet, die prinzipiell denjenigen auf der Website des IA zur Verfügung stehen, die ähnliche Maßnahmen andernorts etablieren wollen. In den untersuchten Themenclustern zeigt

sich auch, dass Projektverantwortliche oftmals eine erhebliche Anzahl an Veröffentlichungen publiziert und Fachvorträge gehalten haben, um Projektergebnisse zu kommunizieren. Auch auf diese Weise wurden aus den Projekten Beiträge geleistet, die die Verbreitung der erprobten Maßnahmen unterstützen können.

Förderempfänger abgeschlossener Projekte haben sich häufig dafür eingesetzt, dass Maßnahmen ihres Projekts unmittelbar nach Projektende fortgeführt werden können, und zu diesem Zweck eine selektivvertragliche Lösung angestrebt und zum Teil auch bereits umgesetzt. Eine große Mehrheit hält die Maßnahmen allerdings auch grundsätzlich für in die kollektivvertragliche Versorgung überführbar, was in Interviews von vielen Projektverantwortlichen und Stakeholdern auch bevorzugt wird. Darüber hinaus wurden auch andere vertragliche Lösungen in Einzelfällen angedacht, die eine Nutzung der Erfahrungen ermöglichen oder fördern könnten (Qualitätsvertrag, PIA-Vertrag). Während eine selektivvertragliche Umsetzung immerhin eine eingeschränkte Überführung in die Versorgung ermöglicht, bleibt offen bzw. von der Vertragsgestaltung abhängig, inwiefern diese Lösungen als Übertragung in die Fläche gelten können. Eine selektivvertragliche Lösung als Transferoption wurde von einigen Befragten als suboptimal empfunden, weil sie Patientinnen und Patienten von der jeweiligen Versorgung ausschließt, wenn sie nicht bei Krankenkassen versichert sind, die an dem Vertrag teilnehmen.

Von den beendeten Projekten hat der IA zu vier NVF und 19 VSF-Projekten eine Empfehlung für die Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen. In den Begründungen für eine Empfehlung wurde bei den NVF hervorgehoben, dass die Interventionen durch überwiegend positive Evaluationsergebnisse gestützt sind, auch wenn zum Teil methodische Schwächen und Limitationen angemerkt wurden. Bei Projekten, zu denen keine Empfehlung ausgesprochen wurde, wurde der Nachweis für die Wirksamkeit gemessen an unterschiedlichen Endpunkten als unzureichend oder zu wenig belastbar bewertet.

Auffallend ist, dass sich die Empfehlungen des IA häufig an mehrere Akteure richten, die bei einer Umsetzung eine Steuerungsfunktion haben oder zu beteiligen sind. Diese entsprechen der Verteilung der Verantwortlichkeiten im Gesundheitssystem. In manchen Fällen ist der Kreis der Akteure sehr umfangreich, wenn z. B. die Gesundheitsministerien der Länder oder andere auf Länderebene organisierte Akteure angesprochen werden (z. B. KVen, Verbände der Krankenkassen). Nur wenige Empfehlungen zu VSF-Projekten richten sich zurzeit an das BMG; bisher wurde keine Empfehlung dahingehend ausgesprochen, die gesetzlichen Rahmenbedingungen auf Bundesebene zu verändern.

Bislang erhaltene Rückmeldungen zu Transferbeschlüssen des IA enthalten im Regelfall Zustimmung und Unterstützungszusagen, manche verweisen auf bereits existierende Maßnahmen, in die die neuen Erkenntnisse ggf. integriert werden können oder bereits als vorhanden angesehen werden. Hier wäre es aus Sicht des Evaluationsteams wichtig, weiter zu beobachten, inwiefern die adressierten Akteure den Empfehlungen des IA folgen und diese praktisch umsetzen.

7.2 Transfer-Fokusthemen

Ausgewählte Transfer-Fokusthemen ermöglichen eine vertiefende Analyse der Transferchancen von Ansätzen und Erkenntnissen aus dem Innovationsfonds in die GKV-Versorgung. Drei Themen wurden mithilfe von Subgruppenanalysen der Evaluationsergebnisse sowie spezifischer Interviews vertieft untersucht. Die Untersuchungen widmen sich dabei den Transferchancen (Möglichkeiten der Übertragbarkeit) bzw. den bisher erfolgten Transferempfehlungen. Die daraus resultierenden zukünftigen Entwicklungen und Effekte in der Versorgung können zum jetzigen Zeitpunkt

nicht untersucht werden. Als Ergebnis der Untersuchungen können Transfermöglichkeiten, -prozesse und/oder -voraussetzungen aufgezeigt werden.

7.2.1 Fokusthema 1: Flächendeckende Versorgung durch digitale und telemedizinische Unterstützung

Die flächendeckende gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der sich verändernden Siedlungsstruktur bereits seit vielen Jahren ein drängendes gesundheitspolitisches Thema. Um den damit verbundenen Problemen beizukommen, wurde in der Vergangenheit immer wieder auch auf telemedizinische Anwendungen gesetzt. Bereits im Jahr 2014 führte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten über die bedarfsgerechte Versorgung ländlicher Räume aus, dass Telemedizin prinzipiell viele Optionen zur Optimierung der Gesundheitsversorgung bereithielte und Chancen bieten kann, regionaler Unterversorgung zu begegnen.⁷⁴ Seitdem ist die Entwicklung mit erheblicher Dynamik vorangeschritten. Gleichzeitig wird jedoch weiterhin konstatiert, dass Deutschland bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems weit hinter anderen Staaten zurückliegt.⁷⁵

Untersuchtes Projektcluster

Mit Blick auf diesen Versorgungsbereich wurde ein Projektcluster von neun NVF identifiziert, in dem die Projektergebnisse und Transferchancen eingehend untersucht wurden (Tabelle 23). In allen Projekten ist die Interventionsphase abgeschlossen. Fünf Projekte sind beendet; für sie liegen ein Abschlussbericht und ein Beschluss des IA vor. Bei den vier übrigen Projekten wird gegenwärtig der Abschlussbericht erstellt oder der Bericht wurde bereits eingereicht und die Beschlussfassung des IA steht noch aus.

Alle neun Projekte sind NVF und gehören der ersten Förderwelle 2016 an. Die gesamte Förder-summe für alle neun Projekte in diesem Cluster beläuft sich auf ca. 55,6 Mio. €. Die einzelnen Projekte wurden dabei mit Fördersummen zwischen ca. 1 und 20 Mio. € gefördert.

Die NVF widmen sich unterschiedlichen Zielgruppen und Indikationen (Tabelle 24). Das Spektrum reicht von verschiedenen Notfällen über akute dermatologische Fälle bis hin zu chronischen Erkrankungen. Besondere Altersgruppen werden dabei in der Regel nicht adressiert, nur ein Projekt (ViDiKi) ist spezifisch für erkrankte Kinder und Jugendliche sowie deren Familien. Eine weitere Gemeinsamkeit mit Blick auf die versorgte Zielgruppe ist die regionale Fokussierung. Sieben der Projekte legen den Fokus auf die Versorgung in ländlichen Regionen, zwei Projekte (ERIC und TEL-net@NRW) beziehen daneben aber auch städtische Gebiete mit ein.

⁷⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014, Kurzfassung, S. 165 (Ziffer 247).

⁷⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2021): Digitalisierung für Gesundheit: Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems, Gutachten 2021, S. XXIII.

Tabelle 23: Flächendeckende Versorgung durch digitale und telemedizinische Unterstützung – Projektcluster

Projekt und Förderwelle	Umsetzungsstand (14.12.2021) und Laufzeit
ANNOTeM – Akut-Neurologische Versorgung in Nord- Ost-Deutschland mit TeleMedizinischer Unterstützung (Förderwelle 2016, themenoffen)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 48 Monate
ERIC – Enhanced Recovery after Intensive Care (Förderwelle 2016, TF3: Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 44 Monate
HerzEffekt MV – Entwicklung und spezifischer Aufbau eines sektorenübergreifenden Care-Centers zur Versorgungsoptimierung chronischer Herzerkrankungen in MV (Förderwelle 2016, TF1: Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 48 Monate
Land Rettung – Zukunftsfeste notfallmedizinische Neuausrichtung eines Landkreises (Förderwelle 2016, TF1: Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten)	beendet, Abschlussberichte und IA-Beschluss liegen vor Laufzeit: 39 Monate
TeleDerm – Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung – kontrollierte Studie mit qualitativ-quantitativer Prozessevaluation (Förderwelle 2016, TF3: Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health)	beendet, Abschlussberichte und IA-Beschluss liegen vor Laufzeit: 42 Monate
TeleDermatologie – Allgemein-, Fach- und Notfallmedizin im ländlichen Raum am Beispiel Dermatologie (Förderwelle 2016, TF1: Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 48 Monate
Telenotarzt Bayern – Pilotprojekt zur telemedizinischen Unterstützung der Notfallversorgung im Rettungsdienst einer ländlich strukturierten Region (Förderwelle 2016, TF3: Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health)	beendet, Abschlussberichte und IA-Beschluss liegen vor Laufzeit: 33 Monate
TELnet@NRW – Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Struktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung (Förderwelle 2016, TF3: Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health)	beendet, Abschlussberichte und IA-Beschluss liegen vor Laufzeit: 38 Monate
ViDiKi – Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche (Förderwelle 2016, TF4: Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen - Kinder und Jugendliche)	beendet, Abschlussberichte und IA-Beschluss liegen vor Laufzeit: 36 Monate

Quelle: Förderdatenanalyse

© Prognos AG, 2021

Auch in den Zielsetzungen der NVF wird dieser räumliche Fokus deutlich (Tabelle 24). In allen Projekten geht es um einen verbesserten Zugang zu spezialisierter Versorgung und/oder darum, bestimmte Versorgungsangebote in die Fläche bringen bzw. ortsunabhängig anzubieten. Die Versorgungsqualität steht dabei im Mittelpunkt aller Projekte. Insbesondere wird auf die Erhöhung bzw. Sicherstellung der Behandlungsqualität (leitliniengerechte Behandlung, medizinische Parameter, Patientensicherheit etc.) abgezielt. Daneben zielen die einzelnen Projekte auf spezifische Verbesserungen ab, z. B. hinsichtlich einer effizienteren Organisation und Kostenreduktion, sektorenübergreifender Zusammenarbeit, eines systematischen Wissensmanagements, der Patientenorientierung oder der Integration der Versorgung in den Lebensalltag.

Alle NVF in diesem Projektcluster umfassen telemedizinische Interventionen, die allerdings unterschiedlich gestaltet sind. Drei NVF (ANNOteM, Land | Rettung, Telenotarzt Bayern) legen den Fokus auf die unmittelbare telemedizinische Unterstützung durch spezialisierte Ärztinnen und Ärzte bei besonderen Notfällen für teilnehmende Partnerkliniken in der Fläche oder während Rettungseinsätzen. In anderen NVF (ERIC, TeleDerm, TeleDermatologie, TELnet@NRW) werden Netzwerke für Telekonsile zwischen Ärztinnen und Ärzten mit spezieller Expertise auf der einen Seite und Klinikärztinnen und -ärzten oder Hausärztinnen und -ärzten (in der Fläche) aufgebaut. In mehreren NVF (ERIC, HerzEffekt MV, ViDiKi) werden Telesprechstunden oder -visiten durchgeführt, die sowohl hinzugezogene Fachärztinnen und -ärzte, behandelnde Ärztinnen und Ärzte und ggf. Pflegepersonal als auch die Patientinnen und Patienten selbst mit einbeziehen können. In der Regel werden dafür Videoübertragungen genutzt, aber auch die Übertragung medizinischer Daten (Patientenmerkmale, Vitaldaten, Laborwerte, Bildmaterial etc.) spielt eine wesentliche Rolle. Die Daten werden in einigen NVF nur für die einzelnen konkreten Versorgungsfälle genutzt (abgesehen von der wissenschaftlichen Evaluation im Rahmen des Innovationsfonds), und dabei teilweise von verschiedenen Versorgungsakteuren zusammengeführt. In einigen NVF erfolgt zusätzlich eine fallübergreifende systematische Zusammenführung der Daten, um daraus Ableitungen für die Versorgung treffen zu können.

Grundlagen dieser Interventionen, die im Rahmen der Projekte geschaffen werden mussten, betreffen insbesondere:

- Kooperationen über Fachdisziplinen, Berufsgruppen und Sektoren hinweg,
- die Motivation und ggf. Schulung der beteiligten Akteure,
- technische Lösungen, etwa zur Anbindung unterschiedlicher Akteure und Systeme oder die Einrichtung spezieller Infrastrukturen, sowie
- entsprechende Datenschutzlösungen.

Die Interventionen von sieben dieser NVF erstrecken sich über mehrere Versorgungsbereiche, sind also sektorenübergreifend. Fast alle beziehen Krankenhäuser bzw. Kliniken und den ambulanzärztlichen Bereich ein; drei Projekte zur Notfallversorgung zusätzlich Rettungsdienste. Auch sind in der Regel mehrere ärztliche Disziplinen und teilweise auch andere Berufsgruppen beteiligt (z. B. Pflege). Ausnahmen bilden zwei NVF: ViDiKi beschränkt sich auf die Kommunikation zwischen Klinikärztinnen und -ärzten sowie den Patientinnen und Patienten. TeleDerm vernetzt Hausärztinnen und -ärzte mit ambulanten Dermatologinnen und Dermatologen, ist also nicht sektorenübergreifend, aber interdisziplinär angelegt.

Je nach Zielsetzung und Interventionen haben sich verschiedene Projektkonsortien zusammengefunden. Die Bandbreite reicht von einzelnen Unternehmen, die die NVF mit Kooperationspartnern umsetzen (Telenotarzt Bayern), bis hin zu Konsortien mit über 20 Beteiligten (TELnet@NRW). Die meisten dieser NVF wurden allerdings von vier bis acht Konsortialpartnern gemeinsam umgesetzt. Die Konsortialführerschaft lag in sechs NVF bei Universitätskliniken oder Universitäten. Die Konsortien der drei weiteren NVF wurden von einer Krankenkasse (TeleDermatologie), einem Unternehmen (Telenotarzt Bayern) und einem Landkreis (Land | Rettung) geführt. In allen NVF waren Krankenkassen Teil des Konsortiums, außer in zwei Projekten zur Notfallversorgung (Land | Rettung und Telenotarzt Bayern). Daneben waren in der Regel Leistungserbringer (Verbände, Kliniken) und Forschungseinrichtungen im Konsortium.

Tabelle 24: Flächendeckende Versorgung durch digitale und telemedizinische Unterstützung – Zielsetzungen, Interventionen und Zielgruppen im Projektcluster

Projekt	Zielsetzungen	Interventionen	Zielgruppen/Indikationen
ANNOTeM	<ul style="list-style-type: none"> ■ Behandlungsqualität neurologischer Notfälle durch schnelle Maßnahmen nachhaltig verbessern ■ Gewährleistung wohnortnaher medizinischer Betreuung bei gleichzeitiger Anbindung an hochspezialisierte Einrichtungen ■ Beitrag zur Optimierung der medizinischen, fachspezifischen Versorgung in Flächenländern 	<ul style="list-style-type: none"> ■ telemedizinisch unterstützte Notfallversorgung akutneurologischer Krankheitsbilder ■ telemedizinische Netzwerke, in denen Fachärztinnen und Fachärzte aus überregionalen neurologischen Zentren die regionalen Notfallambulanzen bei Diagnose und ersten Behandlungsschritten unterstützen 	<p>Patientinnen und Patienten mit neurologischen Notfällen im ländlichen Raum</p>
ERIC	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wissen zur Vermeidung von Langzeitfolgen für Intensivpatientinnen und -patienten verbreiten, um damit das rehabilitative Potenzial einer Patientin bzw. eines Patienten während und nach der Intensivbehandlung bestmöglich auszuschöpfen ■ Verringerung von Fehlversorgung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ zentrale E-Health-Plattform zur Verbesserung der Kommunikation und Datenerfassung der beteiligten Krankenhäuser und deren Bündelung in einem telemedizinischen Zentrum ■ Durchführung u. a. von täglichen Televisiten (Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte kommunizieren über Video standortunabhängig miteinander) ■ Implementierung von Qualitätsindikatoren zur intensivmedizinischen Behandlung, die über die E-Health-Plattform automatisch erhoben und ausgewertet werden, um akute stationäre und nachgeschaltete Versorgungsstrukturen wie Reha-Zentren oder Hausärztinnen und Hausärzte miteinander vernetzen zu können 	<p>Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen, in der ambulanten und rehabilitativen Versorgung</p>
HerzEffekt MV	<ul style="list-style-type: none"> ■ chronisch herzkranken Patientinnen und Patienten per Telemedizin wohnortnahen Zugang zu spezialisierter Behandlung verschaffen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zusammenführung aller an der Patientenversorgung beteiligten und oftmals räumlich entfernten Institutionen sowie Ärztinnen und Ärzte durch eine elektronische Vernetzung der einzelnen Patientinnen und Behandlungsdaten im Betreuungszentrum, dem sogenannten Care-Center 	<p>Chronisch herzkranken Patientinnen und Patienten in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten</p>
Land Rettung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Notfall-Versorgung im Bundesland – insb. ländlichen Gebieten – sichern 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Telenotarzt, die bzw. der in Gebieten mit längerer Anfahrt den professionellen Rettungsdienst unterstützt ■ geschulte (Erst)Helferinnen und Helfer für Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes ■ Neuordnung der Zusammenarbeit des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen 	<p>Notfall-Patientinnen und -Patienten im ländlichen Raum</p>

Projekt	Zielsetzungen	Interventionen	Zielgruppen/Indikationen
TeleDerm	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauterkrankungen in der hausärztlichen Versorgung durch telemedizinische Konsile 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Implementierung eines teledermatologischen Konsilsystems zwischen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Dermatologinnen und Dermatologen in Baden-Württemberg ■ Von Hausärztinnen und Hausärzten übermittelte Informationen werden von Dermatologinnen und Dermatologen gesichtet und bewertet. Die Diagnose wird zusammen mit Empfehlungen über das Telesystem an die Hausärztinnen und Hausärzte zurückgemeldet. 	<p>Patientinnen und Patienten mit Hauterkrankungen</p>
Tele-Dermatologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Möglichkeiten von telemedizinischen Anwendungen für die Versorgung von Hauterkrankten im ländlichen Raum erproben 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte sowie Notfallambulanz an Krankenhäusern können mithilfe einer App die dermatologischen Symptome gemeinsam ansehen, beraten und entscheiden, wie weiter behandelt werden kann. 	<p>Patientinnen und Patienten mit Hauterkrankungen</p>
Telenotarzt Bayern	<ul style="list-style-type: none"> ■ Optimierung der Notfallrettung in einem ländlich strukturierten Versorgungsgebiet ■ ressourcenschonende Optimierung der Patientensicherheit durch „Zweitmeinung“ der Telenotarztin bzw. des Telenotarztes und unmittelbare Kommunikation mit der aufnehmenden Klinik ■ Telenotarztin bzw. Telenotarzt soll z. B. dazu beitragen, dass notwendige Behandlungen früher beginnen und so kritische Zeitfenster bis zur klinischen Intervention, wie bei einem Schlaganfall oder Herzinfarkt, reduziert werden. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Telenotarztin bzw. Telenotarzt analysiert in Echtzeit an seinem Arbeitsplatz die aus dem Rettungsfahrzeug auf zahlreichen Kanälen übertragenen audiovisuellen Daten und die Vitaldaten der Medizingeräte. ■ Unterstützung des Rettungsdienstpersonals bei Einsätzen aus der Ferne bei Diagnosestellung und Erstbehandlung durch Telenotarztin bzw. Telenotarzt ■ unmittelbare Kommunikation zwischen Telenotarztin bzw. Telenotarzt und der aufnehmenden Klinik 	<p>Notfall-Patientinnen und -Patienten im ländlichen Raum</p>
TELnet@NRW	<ul style="list-style-type: none"> ■ flächendeckende und messbare, leitliniengerechte Verbesserung der Behandlungsqualität in den überlebenswichtigen Bereichen Infektologie und Intensivmedizin durch ein telemedizinisches Netzwerk, das Haus-, Krankenhaus- sowie Fachärztinnen und Fachärzte miteinander verbindet. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Telemedizin-Netzwerk stellt die Expertise von Infektionsspezialistinnen und -spezialisten sowie Intensivmedizin-Expertinnen und -Experten großer Universitätskliniken ortsunabhängig, rund um die Uhr, in jedem Krankenhaus für Patientinnen und Patienten wohnortnah zur Verfügung. 	<p>Patientinnen und Patienten mit Infektionen und auf Intensivstationen</p>
VIDIKI	<ul style="list-style-type: none"> ■ effektivere Nutzung von Systemen zur kontinuierlichen Glukosemessung, um damit die Versorgung von an Typ-1-Diabetes erkrankten Kindern zu verbessern ■ Schließen dieser Versorgungslücke besonders im ländlichen Raum 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Online-Beratungs-Portal Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche („VIDIKI“) für Familien ■ bietet Familien die Möglichkeit mit Kinderdiabetologinnen und -diabetologen die Insulin- und weitere Therapiedaten sowie gegebenenfalls Veränderungen an der Therapie zu besprechen; einmal im Monat, zusätzlich zu den regulären, quartalsweisen Terminen in der Kinderdiabetesambulanz vor Ort 	<p>an Diabetes-Typ1 erkrankte Kinder oder Jugendliche und ihre Familien</p>

Quelle: Projektbeschreibungen

© Prognos AG, 2021

Projektergebnisse, Instrumente und Veröffentlichungen

Für fünf der neun NVF im Projektcluster liegen Ergebnisberichte vor. Die wesentlichen Ergebnisse werden darin folgendermaßen zusammengefasst:

- Land | Rettung: „Die Projektergebnisse zeigen, dass die Verzahnung von Innovationen in der Notfallmedizin zu einem Gesamtkonzept möglich und das Resultat messbar positiv ist. Nach anfänglicher Skepsis gilt das zusätzliche, telemedizinische Notarztsystem heute als zentraler Baustein und wurde ins Rettungsdienstgesetz des Landes Mecklenburg-Vorpommern festgeschrieben. Die verbesserten Raten der Laienreanimation und die hohe Bereitschaft als professionelle Erstrettende per Land | Retter-App jederzeit ortbar und ansprechbar zu sein, zeugen von gestärkter Bürgerverantwortung.“⁷⁶
- TeleDerm: „Bei starker räumlicher Heterogenität der Effekte blieb die im Rahmen des Projektes untersuchte neue Versorgungsform einen signifikanten Nutznachweis in der Primäranalyse schuldig. In der Gesamtschau aller Ergebnisse lässt sich jedoch ableiten, dass eine Übernahme teledermatologischer Konsile in die Regelversorgung grundsätzlich möglich und sinnvoll ist, da bei hoher Akzeptanz auf Patienten- und Praxisteamseite weder eine zusätzliche Belastung noch eine signifikante Kostensteigerung zu erwarten ist. Ausschlaggebend für eine erfolgreiche Implementierung erscheint die flächendeckende Überwindung von Schnittstellen- und Interoperabilitätsproblemen. Neben diesen technischen Voraussetzungen wird auch die Übereinkunft in Bezug auf ein passendes Vergütungsmodell aus Sicht der Leistungserbringer über den Erfolg der neuen Versorgungsform entscheiden. Eine begleitende Evaluation sollte bei der Implementierung in die Regelversorgung unbedingt regionale Versorgungsmuster durch Hinzuziehen weiterer Datenquellen in die Analysen mitberücksichtigen.“⁷⁷
- „Insgesamt ist es im Rahmen des Pilotprojekts ‚Telenotarzt Bayern‘ gelungen, Versorgungsstrukturen für Notfallpatienten im Rettungsdienstbereich Straubing zu verbessern. So konnte das arztfreie Intervall, insbesondere in ländlichen Regionen, verkürzt und die Ressource Notarzt durch eine Reduktion der Notarztbindung schneller wieder verfügbar gemacht werden. Inwieweit der Einfluss des TNA-Systems (Telenotarzt-Systems, die Verf.) auf die medizinische Versorgung von Notfallpatienten, beispielsweise auf die Einhaltung der Prähospitalzeit bei bestimmten Tracer-Diagnosen, auch medizinisch relevant ist, kann trotz der gefundenen statistischen Unterschiede mit den vorliegenden Daten nicht sicher beantwortet werden. Weiterhin führte die relativ kurze Beobachtungsdauer mit entsprechend geringer Anzahl an vollständigen Datensätzen zu Einschränkungen insbesondere bei der Aussagekraft von Detailanalysen auf Ebene der Rettungsdienststandorte. Auffällig waren dennoch deutliche regionale Unterschiede bei der Nutzung des TNA-Systems, die auf eine unterschiedliche Akzeptanz des neuen Instruments schließen lassen.“⁷⁸
- „TELnet@NRW hat ein umfangreiches sektorenübergreifendes telemedizinisches Netzwerk als neue digitale Gesundheitsstruktur geschaffen, das von den Nutzern in hohem Maße ak-

⁷⁶ Günther, J. et al. (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Zukunftsfeste notfallmedizinische Neuausrichtung eines Landkreises (Land | Rettung)“. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/76/2021-07-01_LandRettung_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

⁷⁷ Polanc, A. et al. (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung – eine kontrollierte Studie mit quantitativ-qualitativer Prozessevaluation (TeleDerm)“. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/107/2021-11-11_TeleDerm_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 30.11.2021.

⁷⁸ Graf, Klaus (o. D.): Ergebnisbericht zu Projekt „Pilotprojekt zur telemedizinischen Unterstützung der Notfallversorgung im Rettungsdienst einer ländlich strukturierten Region (Telenotarzt Bayern)“. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/47/2020-12-18_Telenotarzt-Bayern_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

zeptiert wird, technisch einwandfrei funktioniert und eine statistisch signifikante flächendeckende und messbare Verbesserung der Behandlungs- und Prozessqualität in der Versorgung von Patienten in den Bereichen Infektiologie und Intensivmedizin realisiert hat.“⁷⁹

- ViDiKi: „Diese Studie erfolgte unter ‚Real-life‘ Bedingungen mit Einschluss interessierter Kinder mit sehr guter bis unzureichender Stoffwechseleinstellung und unter Nutzung aller verfügbarer Hilfsmittel (Insulinpumpen, Insulinpens). Die Ergebnisse sind daher gut auf die Regelversorgung übertragbar. Die gesamte Gruppe zeigte eine signifikante und klinisch relevante Verbesserung der Stoffwechseleinstellung nach einem Jahr und erreichte darüber hinaus besonders beratungsintensive Patientengruppen. Häufigere Beratungskontakte per Videosprechstunde haben über die Verbesserung der Stoffwechseleinstellung erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitsprognose der Kinder, die die längste Lebensspanne mit Typ-1-Diabetes leben müssen. Die Einsparung von Kosten durch die Verzögerung oder Verhinderung von Folgeschäden ist von erheblicher volkswirtschaftlicher Bedeutung. Die Videosprechstunde sollte daher Teil der Regelversorgung für betroffene Kinder werden.“⁸⁰

Alle neun Projekte in diesem Cluster stellen nach eigener Angabe Instrumente nach Förderende zur Verfügung. Das breite Spektrum dieser Instrumente wird durch folgende Beispiele deutlich:

- Das Projekt Land | Rettung hat eine LandRetter-App entwickelt und eingesetzt. Sie ermöglicht im Notfall die Alarmierung von registrierten Ersthelferinnen und -helfern in der Nähe.
- Das Projekt TeleDermatologie hat eine App für teilnehmende Ärztinnen und Ärzte erstellt, um die dermatologische Patientenversorgung durch eine telemedizinische Mitbetreuung via App insbesondere im ländlichen Raum zu verbessern.
- Das Projekt ERIC hat eine E-Health-Plattform geschaffen, mit der Daten zur Qualitätssicherung erfasst und ausgewertet werden können. Ein ERIC Training, zu dem auch ein Simulationskurs gehört, ist über eine eLearning-Plattform erhältlich.

Die Projektbeteiligten veröffentlichen zudem wissenschaftliche Publikationen zu den NVF oder bestimmten Teilaspekten, liefern Kongressbeiträge und halten Vorträge. Dies ist für die Bekanntmachung der Projektansätze und -ergebnisse und somit mittelbar auch für den Transfer relevant. Der Umfang der Kommunikations- und Publikationstätigkeit unterscheidet sich zwischen den einzelnen NVF, wie folgende Beispiele zeigen:

- Das Projektkonsortium von Land | Rettung hat eine Vielzahl an Veröffentlichungen produziert, darunter über 25 Artikel in nationalen und internationalen Fachzeitschriften sowie Zeitschriften von Berufsverbänden und Fachgesellschaften. Die Erfahrungen und Ergebnisse des Projekts wurden auch als Buch und in Buchkapiteln veröffentlicht. Zudem wurde aktiv Öffentlichkeitsarbeit betrieben, unterstützt durch zahlreiche Presseveranstaltungen, und eine Vielzahl an Infomaterialien hergestellt, um über das Projekt zu informieren.⁸¹

⁷⁹ Marx, Gernot (o. D.): Ergebnisbericht zu Projekt „Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Gesundheitsstruktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Versorgung (TELnet@NRW).“ https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschlussdokumente/58/2021-04-16_TELnet-NRW_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

⁸⁰ von Sengbusch, Simone (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche (ViDiKi)“. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/73/2021-07-01_ViDiKi_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 13.10.2021.

⁸¹ Hahnenkamp, Klaus et. al. (2021): Notfallversorgung auf dem Land. Ergebnisse des Pilotprojektes "Land | Rettung", Berlin. Metelmann, Bibiana et al. (2019): Anstieg der Laienreanimationsrate in Deutschland geht mit vermehrter Telefonreanimation einher. Notarzt. 35 (6): 323-328. Kuntosch, Julia et. al. (2021): Das Telenotarzt-System als Innovation im Rettungsdienst. Potenzialbewertung durch Mitarbeiter deutscher Einsatzleitstellen. Gesundheitswesen 83(19): 860-866.

- Das Projektkonsortium von TELnet@NRW veröffentlichte mindestens vier Buchkapitel zu den im Projekt gesammelten Erfahrungen sowie einen Fachartikel mit Ergebnissen aus dem Projekt.⁸²
- Evaluationsergebnisse des Projekts ViDiKi wurden in mindestens vier Artikeln in internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht. Daneben wurde das Projekt in zahlreichen Artikeln für das Fachpublikum und für Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen aufbereitet. Zusätzlich wurden rund 100 Vorträge zum Thema gehalten. Das Datenschutzkonzept, ein zentraler Aspekt bei der Implementierung des Projekts, wurde in einer Fachpublikation vorgestellt.⁸³
- Aus dem Projekt ANNOTeM gingen u. a. Publikationen zur Konzeption und Anwendung von Tele-EEGs hervor.⁸⁴
- Das Projektkonsortium von ERIC publizierte u. a. zu Blended Learning in der Intensivmedizin.⁸⁵
- Das Konzept der NVF Telenotarzt Bayern wurde publiziert.⁸⁶

Beschlüsse des IA zu abgeschlossenen Projekten

Zu den fünf abgeschlossenen NVF in dieses Projektcluster hat der IA Beschlüsse mit Empfehlungen zur Übertragbarkeit in die Regelversorgung nach § 92b Abs. 3 SGB V veröffentlicht. Die Beschlüsse zu drei NVF sprechen eine Empfehlung zur Überführung aus, die Ergebnisse einer NVF (ViDiKi) sollen zur Berücksichtigung weitergeleitet werden, obwohl keine Empfehlung ausgesprochen wird:

- **Land|Rettung** (zukunftssteife notfallmedizinische Neuausrichtung eines Landkreises)
 - Das Projekt hat erfolgreich eine neue Versorgungsform zur Optimierung der Notfallrettung in einem ländlich strukturierten Versorgungsgebiet umgesetzt und wissenschaftlich evaluiert. Der Einsatz der Ersthelfer-App und der TNA-Anwendung hat sich als technisch umsetzbar erwiesen.
 - Die Evaluation zeigt eine Erhöhung der Laienanimationsrate im Studienzeitraum, die Zeit bis zur ersten Thoraxkompression verringerte sich. Darüber hinaus waren Verbesserungen einiger Versorgungsstrukturparameter erkennbar. Insgesamt zeigten die Evaluationsergebnisse ein heterogenes Bild.
 - Aufgrund des Potenzials des Projekts sollen die Projektergebnisse an die für den Rettungsdienst zuständigen Ministerien der Länder weitergeleitet werden. Zudem sollen die

⁸² Dohmen, Sandra et al. (2021): Qualitätssteigerung in der Intensivmedizin durch Telemedizin. Beispiel TELnet@NRW. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie* 56(1): 52-59. Marx, Gernot (2017): Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Gesundheitsstruktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Versorgung. TELnet@NRW. In: Amelung, Volker Eric et al. (Hrsg.): *Innovationsfonds – Impulse für das deutsche Gesundheitswesen*. Berlin, S. 210-217.

⁸³ von Sengbusch, Simone et al. (2020): Outcomes of monthly video consultations as an add-on to regular care for children with type 1 diabetes: a 6-month quasi-randomized clinical trial followed by an extension phase. *Pediatric Diabetes* 21(8): 1502-1515. DOI: 10.1111/peci.13133. Frielitz, Fabian-Simon et al. (2020): Assessing the benefits and challenges of video consultations for the treatment of children with type 1 diabetes – A qualitative study among diabetes professionals. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* Nov. 2021, 129(11):831-836. DOI: 10.1055/a-1149-8814. Epub 07.05.,2020. Frielitz, Fabian-Simon et al. (2019): Die Erstellung eines Datenschutzkonzeptes. Eine Anleitung für telemedizinische Versorgungsprojekte. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 62(4): 479-85.

⁸⁴ Rosenow, Felix et al. (2018): Tele-EEG. Aktuelle Anwendungen, Hindernisse und technische Lösungen. *Klinische Neurophysiologie* 49(04): 208-215. Sotoodeh, Ali, Weber, Joachim E. (2019): Tele-EEG. Technik und Anwendung. *Das Neurophysiologie-Labor* 41(3): 121-141.

⁸⁵ Paul, Nicolas et al. und das ERIC-Konsortium (2021): Blended-Learning-Konzepte in der Intensivmedizin am Beispiel des ERIC-Trainings. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie* 56(1): 29-40.

⁸⁶ Koncz, Viola et al. (2019): Telenotarzt – Neues Versorgungskonzept in der Notfallmedizin. *Unfallchirurg* 122(9): 683-689.

Ergebnisse der GMK zur Beratung und den relevanten Fachgesellschaften zur Information vorgelegt werden.⁸⁷

- **TeleDerm** (Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung – kontrollierte Studie mit qualitativ-quantitativer Prozessevaluation)
 - Das Projekt konnte ein dermatologisches Telekonsilsystem erfolgreich implementieren. Die Prozessevaluation zeigte eine insgesamt gute Akzeptanz der neuen Versorgungsform sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei Ärztinnen und Ärzten. Allerdings hat sich der Telekonsilprozess als aufwendig herausgestellt. Darüber hinaus waren weder im primären Endpunkt noch in den Kosten signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe erkennbar.
 - Die Validität der Ergebnisse wird durch ein wahrscheinliches Selektionsbias und eine begrenzte Abbildbarkeit des primären Endpunkts im genutzten Datensatz stark eingeschränkt.
 - Eine Empfehlung zur Überführung kann auf der Basis der Ergebnisse nicht ausgesprochen werden. Gleichwohl wurden während der Projektlaufzeit bereits eine EBM-Ziffer geschaffen, die es ermöglicht Telekonsile abzurechnen. Das Projekt TeleDerm wird durch die Aufnahme in den Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg aktuell weitergeführt.⁸⁸
- **Telenotarzt Bayern** (Pilotprojekt zur telemedizinischen Unterstützung der Notfallversorgung im Rettungsdienst einer ländlich strukturierten Region)
 - Das Projekt hat erfolgreich eine neue Versorgungsform zur Optimierung der Notfallrettung in einem ländlich strukturierten Versorgungsgebiet umgesetzt und wissenschaftlich evaluiert. Der Einsatz des TNA-Konzepts hat sich als technisch umsetzbar erwiesen, auch wenn vor allem die ungenügende Netzabdeckung in einigen Regionen Deutschlands eine nicht zu vernachlässigende Herausforderung darstellt.
 - Die angewandte Methodik war angemessen für eine Pilotstudie. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist zum Teil durch niedrige Fallzahlen eingeschränkt, patientenrelevante Endpunkte wurden nicht erhoben.
 - Aufgrund des Potenzials des Projekts sollen die Projektergebnisse an die Gesundheitsministerien der Länder, die GMK und verschiedene Fachgesellschaften weitergeleitet werden.⁸⁹
- **TELnet@NRW** (telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Struktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung)
 - Das Projekt konnte erfolgreich ein sektorübergreifendes telemedizinisches Gesundheitsnetzwerk als Qualitätsnetzwerk in der Intensivmedizin und Infektiologie aufbauen.
 - Die wissenschaftliche Evaluation zeigte Hinweise auf eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten, insbesondere im stationären Bereich. Die angewandte Methodik für die Evaluation war teilweise angemessen, daher müssen die Ergebnisse der Intervention unter Berücksichtigung der Limitationen betrachtet werden. Eine Kosten-Nutzen-Analyse auf der Grundlage aktueller Daten scheint erforderlich.
 - Vor dem Hintergrund, dass das Konsortium die Erprobung des etablierten Qualitätsnetzwerks mit telemedizinischen Anwendungen auf Basis eines Modellvorhabens nach §§ 63

⁸⁷ Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt Land| Rettung (01NVF16004). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/75/2021-07-01_LandRettung.pdf, zuletzt abgerufen am 25.10.2021.

⁸⁸ Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt TeleDerm (01NVF16012). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/106/2021-11-11_TeleDerm.pdf, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

⁸⁹ Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt Telenotarzt Bayern (01NVF16013). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/46/2020-12-18_Telenotarzt-Bayern.pdf, zuletzt abgerufen am 25.10.2021.

und 64 SGB V für Nordrhein-Westfalen bereits vereinbart hat und durch finanzielle Unterstützung des Landes Nordrhein-Westfalen in Form des Virtuellen Krankenhauses NRW gGmbH fortführt, sollen Projektergebnisse an die Gesundheitsministerien der Länder zur Prüfung weitergeleitet werden. Auch dem Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA, dem GKV-Spitzenverband, der KBV, der DKG und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sollen die Ergebnisse vorgelegt werden.⁹⁰

- **ViDiKi** (Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche)
 - Das Projekt hat erfolgreich eine monatliche strukturierte Beratung in der Virtuellen Diabetesambulanz in Ergänzung zu regulären Terminen in der Kinderdiabetesambulanz erprobt und wissenschaftlich evaluiert.
 - Diese Leistung wurde von den teilnehmenden Kindern/Jugendlichen, Eltern sowie Ärztinnen und Ärzten positiv bewertet. Für den primären Endpunkt konnte jedoch keine signifikante Verbesserung nachgewiesen werden. Ergebnisse der Subgruppenanalysen weisen jedoch auf mögliche Verbesserungen hin. Der ermittelte Kostenvorteil der Intervention war nicht statistisch signifikant.
 - Da die Intervention keine statistisch signifikanten Verbesserungen bezüglich des primären Endpunkts und der meisten patientenberichteten Endpunkte erzielen konnte, wurde keine Empfehlung für eine Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen. Aufgrund der positiven Tendenzen werden die Ergebnisse jedoch an den Unterausschuss Disease-Management-Programme des G-BA weitergeleitet.⁹¹

Zukunftsperspektiven der Projekte

Mehrere Förderempfänger berichteten darüber hinaus von eigenen Initiativen zur Verstetigung ihrer Projekte. Dazu gehören u. a. vorbereitende Gespräche mit Stakeholdern über die Möglichkeit einer Finanzierung über einen Selektivvertrag. Bestimmte Maßnahmen aus fünf der neun Projekte sind nach Aussage der Förderempfänger geeignet für eine Fortführung auf selektivvertraglicher Basis, für vier Projekte komme dies hingegen nicht in Betracht. Demnach kämen Selektivverträge vor allem in Betracht für ausgewählte Leistungen, die nur in einer bestimmten Region benötigt würden. Für nachweislich bessere Versorgungsleistungen seien Selektivverträge hingegen keine flächendeckende und dauerhafte Lösung. Gegen selektivvertragliche Lösungen für Versorgungsleistungen für Notfallpatientinnen und -patienten sprächen vor allem ethische Gründe: Wenn das Leben in Gefahr sei, dürfe sich die Versorgung nicht nach der Krankenkassenzugehörigkeit richten.

Neben selektivvertraglichen Lösungen gestaltet sich die Fortführung der NVF bzw. ausgewählter Maßnahmen in diesem Projektcluster äußerst heterogen, wie die folgenden Beispiele zeigen:

- Für TELnet@NRW wurde nach der Interventionsphase eine sechsmonatige Übergangsfinanzierung in Form eines Modellvorhabens realisiert. Die Projektergebnisse waren zudem die konzeptionelle Basis für das Virtuelle Krankenhaus NRW⁹², das im Anschluss ins Leben gerufen wurde. Dieses Projekt wurde vom Wissenschaftsrat als Beispiel für innovative Versorgungsmodelle hervorgehoben.⁹³

⁹⁰ Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt TELnet@NRW (01NVF16010). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/57/2021-04-16_TELnet-NRW.pdf, zuletzt abgerufen am 25.10.2021.

⁹¹ Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt ViDiKi (01NVF16023). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/72/2021-07-01_ViDiKi.pdf, zuletzt abgerufen am 25.10.2021.

⁹² Universitätsklinikum Aachen. Virtuelles Krankenhaus NRW. <https://virtuelles-krankenhaus.nrw/>, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

⁹³ Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem. https://www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21.pdf?__blob=publicationFile&v=7, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

- Die Maßnahme, die im Projekt ViDiKi erprobt wurde, wurde nach Ende der Interventionsphase durch den Versorgungssicherungsfonds Schleswig-Holsteins im Rahmen einer Anschlussstudie (ViDiKi 2.0) für ein Jahr weiterfinanziert.⁹⁴
- Die Telekonsillösung der NVF ERIC (wurde gemeinsam mit dem RKI für die internationale Zusammenarbeit im Rahmen der Covid-19-Pandemie genutzt, u. a. in Usbekistan (FUTURE International UZB)).⁹⁵

Für mehrere NVF in diesem Projektcluster gibt es zudem Transferaktivitäten, die über eine (befristete) Verstetigung der Interventionen hinausgehen. Dazu zählen:

- Die Fortführung und Ausweitung der Laienreanimationsschulungen, die im Projekt Land|Rettung erprobt wurden, in andere Landkreise mithilfe eines neu gegründeten Vereins.
- Die Verabschiedung des Rettungsdienstgesetzes Mecklenburg-Vorpommern 2018, das eine telemedizinische Begleitung von Rettungseinsätzen in diesem Bundesland ermöglicht, die in der NVF Land|Rettung erprobt wurde.⁹⁶
- Der Beschluss der Bayerischen Ministerkonferenz zur flächendeckenden Einführung eines Telenotarztsystems im Jahr 2019 und seine Umsetzung im Bayerischen Rettungsdienstgesetz 2021 im Anschluss an die NVF Telenotarzt Bayern.⁹⁷
- Die Ausweitung der Telekonsile, die im Projekt ERIC erprobt wurden, im Zuge der Bewältigung der Covid-19-Pandemie als regionales Netzwerk für Berlin (SAVE-Berlin@Covid-19).⁹⁸

Neben den bereits genannten Beispielen, in denen regulatorische Anpassungen gezielt erfolgten, um NVF zu verstetigen, hat sich das regulatorische Umfeld der Maßnahmen in einigen Fällen bereits während der Projektlaufzeit verändert, z. B.:

- Auf Grundlage des DVG hat der Bewertungsausschuss 2020 Ziffern zur Abrechnung von Telekonsilen zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten im EBM eingeführt. Damit besteht u. a. eine Vergütungsmöglichkeit für Telekonsile zwischen Hausärztinnen und -ärzten sowie Dermatologinnen und Dermatologen, wie sie im Projekt TeleDerm erprobt wurden.
- In Bayern bietet das Krankenhaus-Zusatzentgelt für Schlaganfall eine Vergütungsoption für Spezialkliniken, die andere Kliniken telemedizinisch unterstützen. Dies betrifft einen Teil der NVF, die im Projekt ANNOTeM erprobt wurde.
- Die Ergänzung der G-BA Zentrums-Regelungen im Februar 2021 um intensivmedizinische digitalgestützte Versorgungszentren (IDV)⁹⁹ schafft u. a. eine Finanzierungsgrundlage für telemedizinische Versorgungsleistungen, wie sie in den Projekten ERIC und TELnet@NRW aufgebaut wurden, allerdings vorerst befristet bis zum 31.03.2022.

⁹⁴ Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren Schleswig-Holstein. Vidiki 2.0: Land stellt Mittel bereit. https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Presse/PI/2020/200625_VIII_VSF_Diabetes_Vidiki2.html, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

⁹⁵ Bundesministerium für Gesundheit. FUTURE International UZB. <https://ghpp.de/de/projekte/future-international-uzb/>, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

⁹⁶ Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern (RDG M-V) vom 9. Februar 2015 <https://www.landesrecht-mv.de/bsmv/document/jlr-RettDGMV2015rahmen>, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

⁹⁷ Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG) vom 22. Juli 2008 (GVBl. S. 429, BayRS 215-5-1-I), das zuletzt durch § 1 Abs. 167 der Verordnung vom 26. März 2019 (GVBl. S. 98) geändert worden ist. <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayRDG>, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

⁹⁸ COVID-19: Telemedizinische Versorgung von Intensivpatienten per Visitenroboter. https://www.charite.de/klinikum/themen_klinikum/covid_19_telemedizinische_versorgung_von_intensivpatienten_per_visitenroboter/, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

⁹⁹ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: COVID-19-Epidemie – Basisjahr Fallzahlen und Fristverlängerung IDV-Zentren vom 16. Dezember 2021. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5210/2021-12-16_Zentrums-Regelungen_COVID-KH-Zentren-Fallzahlen_IDV-Zentren.pdf, zuletzt abgerufen am 18.02.2022.

7.2.2 Fokusthema 2: Sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen unter schwerpunktmäßiger Beteiligung von ambulanter und/oder stationärer Pflege

Schon vor mehr als zehn Jahren hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ Verbesserungen in der ambulanten und stationären Versorgung von Pflegebedürftigen angemahnt.¹⁰⁰ Insbesondere in Pflegeheimen sei der medizinisch-pflegerische Betreuungsbedarf deutlich gestiegen. Vor diesem Hintergrund regte der Rat die bessere Integration von pflegerischer, haus- und fachärztlicher Versorgung an.¹⁰¹

Damals wurden zahlreiche Studien¹⁰² und Modellprojekte¹⁰³ zur (fach)ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und zur Kooperation und Aufgabenteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten durchgeführt, meist ohne begleitende Evaluation. Die Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse innerhalb der Regelversorgung erfolgte allerdings zögerlich und legte es nahe, die bisherigen Regelungen auf den Prüfstand zu stellen bzw. weiterzuentwickeln. Die Förderwellen der Jahre 2016 und 2017 haben diese Thematik aufgegriffen. Aus ihnen gingen mehrere Projekte hervor, die Lösungsansätze für diese Herausforderung erprobten.

Untersuchtes Projektcluster

Aus dem NVF-Förderbereich wurden die nachstehend aufgelisteten Vorhaben in das Cluster aufgenommen (Tabelle 25).¹⁰⁴ Bei zwei Projekten wird zurzeit der Abschlussbericht erstellt; ein Projekt steht kurz vor der Berichtsphase.

Tabelle 25: Sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen unter schwerpunktmäßiger Beteiligung der Pflege – Projektcluster NVF

Projekt und Förderwelle	Umsetzungsstand (14.12.2021) und Laufzeit
CoCare (coordinated medical care) – Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung (Förderwelle 2016, TF 4: Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen – pflegebedürftige Menschen)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 48 Monate
SaarPHIR – Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelhaft (Förderwelle 2017-1, TF 2: Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung)	laufend Laufzeit: 45 Monate
TIGER – Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der Geriatrischen Versorgung in Regensburg (Förderwelle 2017-1, TF 2: Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 42 Monate

Quelle: Förderdatenanalyse

© Prognos AG, 2021

¹⁰⁰ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009.

¹⁰¹ Ebd., S. 122 (Ziffer 131).

¹⁰² Beispielhaft sei hier der HTA-Bericht 125 des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information genannt Balzer, Katrin et al. (2013): Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln.

¹⁰³ Z. B. Pflegeheim MedPlus in Hessen, Berliner Modellprojekt, Integrierte Versorgung Westfalen-Lippe.

¹⁰⁴ Darüber hinaus widmen sich noch zwei weitere weit fortgeschrittene NVF diesem Themenbereich: Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen (Mundpflege) und Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz (VeMaWuRLP). Aufgrund fehlender Informationen konnten diese beiden Projekte in die Untersuchungen zum Transfer nicht eingeschlossen werden.

Tabelle 26 vermittelt ein differenzierteres Bild von den Zielsetzungen, Interventionen und Zielgruppen der drei Projekte. Zwei der ausgewählten Projekte beschäftigen sich mit der Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (CoCare und SaarPHIR). Beide Projekte haben u. a. die Reduzierung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte zum Ziel. TIGER ist ein Lotsenprojekt, das die Versorgung von geriatrischen Patienten besser koordinieren will; im Fokus steht dabei der Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Versorgung. Auch hier ist eines der Ziele die Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten (explizit die Reduzierung der Wiederaufnahmerate).

Alle drei NVF sind berufsgruppenübergreifend angelegt. Auffallend ist, dass Pflegeeinrichtungen zwar als Untersuchungsgegenstand beteiligt sind, Pflegekassen und Pflegeversorgung als Konsortialpartner aber kaum vertreten sind. Einzig am Projekt SaarPHIR ist die Saarländische Pflegegesellschaft als Konsortialpartner beteiligt. Die Förderung der drei Projekte beläuft sich zusammen genommen auf 17,6 Mio. €. Die einzelnen Projekte werden dabei mit Fördersummen zwischen 3,7 und 8,3 Mio. € gefördert.

Tabelle 26: Sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen unter schwerpunktmäßiger Beteiligung der Pflege – Zielsetzungen, Interventionen und Zielgruppen der NVF im Projektcluster

Projekt	Zielsetzungen	Interventionen	Zielgruppe/Indikation
Co-Care	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der koordinierten ärztlichen Pflegeheimversorgung ■ Optimierung der Schnittstelle Pflege/Ärztinnen und Ärzte ■ Reduzierung vermeidbarer Krankenseinweisungen und Krankentransporte 	<ul style="list-style-type: none"> ■ gemeinsame haus- und fachärztliche Visiten durch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegeheimkoordinatoren ■ Bildung von Ärzteteams ■ gemeinsame elektronische Patientenakte ■ gemeinsame Schulungen ■ erweiterte Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgung 	Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen
Saar-PHIR	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen ■ Vermeidung von Medikationsfehlern ■ Reduzierung von Krankenhausaufenthalten ■ Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bildung regionaler Versorgungsteams von niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in Pflegeeinrichtungen ■ in Pflegeeinrichtungen: geschulte Pflegekräfte als Ansprechpartner für die Ärztinnen und Ärzte ■ gemeinsame Team- und Fallbesprechungen von Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften ■ bei Bedarf: gemeinsame Erstellung von individuellen Versorgungsplänen mit Arzneimitteltherapieprüfung für die Patientinnen und Patienten ■ Entwicklung von Regelwerken zur Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften 	Ältere Menschen mit mehrfachen chronischen Erkrankungen und Demenz in Pflegeeinrichtungen

Projekt	Zielsetzungen	Interventionen	Zielgruppe/ Indikation
TIGER	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der ambulanten geriatrischen Versorgung ■ Verbesserung des Übergangs vom Krankenhaus zur ambulanten Versorgung ■ Reduzierung der Wiederaufnahmerate 	<ul style="list-style-type: none"> ■ „Pfadfinder“ (während des Krankenhausaufenthaltes sowie nach der Entlassung): ■ Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen ■ Absprachen mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal und weiteren Beteiligten ■ Identifizierung und Organisation von notwendigen ambulanten Maßnahmen (z. B. Physiotherapie, Ernährungsberatung) ■ regelmäßige Hausbesuche und telefonische Anrufe nach der Entlassung 	Geriatrische Patientinnen und Patienten

Quelle: Projektbeschreibungen (www.innovationsfonds.g-ba.de)

© Prognos AG, 2021

Aus dem VSF-Förderbereich wurden die in Tabelle 27 aufgelisteten sechs Vorhaben in das Cluster aufgenommen.¹⁰⁵ Vier Projekte sind beendet; für sie liegt ein Abschlussbericht und ein Beschluss des IA vor. Bei den zwei übrigen Projekten wird gegenwärtig der Abschlussbericht erstellt.

Tabelle 27: Sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen unter schwerpunktmäßiger Beteiligung der Pflege – Projektcluster VSF

Projekt und Förderwelle	Umsetzungsstand (14.12.2021) und Laufzeit
AHead – Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz, Qualifikation (Förderwelle 2016, TF 3: innovative Konzepte patientenorientierter Pflege)	beendet, Abschlussberichte und IA-Beschluss liegen vor Laufzeit: 36 Monate
Avenue-Pal – Analyse und Verbesserung des sektor- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung (Förderwelle 2017, Themenoffen)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 36 Monate
ESC+ – Evaluation des bestehenden Selektivvertrages nach § 140a SGB V – careplus (Förderwelle 2017, TF: Evaluation bestehende Selektivverträge)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 30 Monate
HIOPP-3-ITBX – Angemessene und sichere Medikation für Heimbewohner/innen mit Hilfe einer interprofessionellen Toolbox (AMTS-Toolbox) (Förderwelle 2016, TF 1: Qualitätssicherung und/oder Patientensicherheit in der Versorgung)	beendet, Abschlussberichte und IA-Beschluss liegen vor Laufzeit: 43 Monate
Homern – Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern: Häufigkeit, Ursachen und Entwicklung einer Intervention zur Verbesserung der Versorgung	beendet, Abschlussberichte und IA-Beschluss liegen vor Laufzeit: 39 Monate
MVP-STAT – Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen (Förderwelle 2016, TF 4: Bedarfsgerechtigkeit und/oder Wirtschaftlichkeit der GKV-	beendet, Abschlussberichte und IA-Beschluss liegen vor Laufzeit: 42 Monate

Quelle: Förderdatenanalyse

© Prognos AG, 2021

¹⁰⁵ Darüber hinaus widmet sich noch ein weiteres weit fortgeschrittenes VSF-Projekt diesem Themenbereich: Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich-pflegerischer Zusammenarbeit auf Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohnern (interprof ACT). Aufgrund fehlender Informationen konnte dieses Projekt in die Untersuchungen zum Transfer nicht eingeschlossen werden.

Tabelle 28 vermittelt ein differenzierteres Bild von den Zielsetzungen, Interventionen und Zielgruppen der sechs Projekte. Vier der sechs ausgewählten Projekte fokussieren auf die Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern (Homern, MVP-STAT, HIOPP-3-iTBX und ESC+); Themen sind die ärztliche und medikamentöse Versorgung sowie die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit. Das Projekt ESC+ beinhaltet die Evaluation eines Selektivvertrages, der bereits vor Einführung des Innovationsfonds bestand. Interventionen im Versorgungsbereich werden von zwei der betrachteten Projekte durchgeführt. Weitere Projekte beschäftigen sich mit Fehlverlegungen in der Palliativversorgung (Avenue-Pal mit eigenen Interventionen) und mit der Arbeitsteilung zwischen Pflegefachpersonen sowie Hausärztinnen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung (AHead). Letzteres Forschungsprojekt ohne eigene Intervention war der Ausgangspunkt eines Folgeprojekts zur Erprobung des neu entwickelten kooperativen Versorgungskonzeptes, das seit April 2020 im Bereich NVF durchgeführt wird (InDePendent – Interprofessionelle Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung).

Tabelle 28: Sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen unter schwerpunktmäßiger Beteiligung der Pflege – Zielsetzungen, Interventionen und Zielgruppen der VSF im Projektcluster

Projekt	Zielsetzungen	Interventionen	Zielgruppe/ Indikation
AHead	<ul style="list-style-type: none"> ■ Spezifizierung einer veränderten Arbeitsteilung zwischen Pflegefachpersonen sowie Hausärztinnen und Hausärzten am Beispiel der ambulanten Demenzversorgung: ■ Möglichkeiten einer Neuorganisation von Arbeitsprozessen ■ Qualifikationsanforderungen an Pflegefachpersonen ■ Akzeptanz bei Hausärztinnen und Hausärzten sowie Pflegefachpersonen ■ Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung ■ Finanzierung und strukturelle Implementierung in der Regelversorgung ■ Entwicklung eines Modellprojekts gemäß §63 Abs. 3c SGB V 	keine Interventionen	Menschen mit Demenz
Avenue-Pal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analyse des sektor- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung ■ Entwicklung und Erprobung von Leitlinien zur Vermeidung von Fehlverlegungen ■ Berechnung der Auswirkungen der Intervention auf die Versorgungskosten 	Erprobung der Leitlinien in einem Krankenhaus und in einem Pflegeheim: <ul style="list-style-type: none"> ■ spezifische Schulung von Mitarbeitenden ■ Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen ■ Prüfung durch spezielle Fachteams, inwiefern eine anstehende Verlegung wirklich notwendig ist ■ Unterstützung des Risikomanagements durch eine App 	Sterbende
ESC+	Evaluation eines bestehenden Selektivvertrages (careplus) zur besseren Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten für die Behandlung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern und zur Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften:	keine vom Innovationsfonds geförderten Interventionen	Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner

Projekt	Zielsetzungen	Interventionen	Zielgruppe/ Indikation
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beurteilung von Ergebnissen und Prozessen der medizinischen Versorgungsqualität ■ Auswirkungen auf die Krankenhauseinweisungen ■ Auswirkungen auf die Medikamentenversorgung ■ gesundheitsökonomische Analyse 		
HIOPP-3-ITBX	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern, Optimierung des Medikationsprozesses ■ Vermeidung von unerwünschten arzneimittelbedingten Ereignissen und Klinikeinweisungen ■ Durchführung einer gesundheitsökonomischen Auswertung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medikamentenreview durch eine geschulte Apothekerin bzw. einen geschulten Apotheker, dessen Ergebnisse von den versorgenden Hausärztinnen und Hausärzten geprüft und ggf. umgesetzt werden ■ berufsgruppenspezifische Fortbildungen ■ Changemanagement Begleitung ■ „AMTS-Toolbox“ für die beteiligten Professionen 	Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner
Homern	<ul style="list-style-type: none"> ■ Untersuchung von Häufigkeit und Ursachen von Notaufnahme- und Krankenhausaufenthalten ■ Entwicklung von Maßnahmen zur Reduzierung von Notaufnahme- und Krankenhausaufenthalten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ keine Interventionen 	Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner
MVP-STAT	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aufdeckung möglicher fachärztlicher Über- und Unterversorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern ■ Identifizierung von Faktoren, die eine angemessene medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern befördern oder behindern ■ Erarbeitung von Strategien zur bedarfsgerechteren Gestaltung der medizinischen Versorgung (partizipativ mit allen Beteiligten im Pflegesetting) 	keine Interventionen	Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner

Quelle: Projektbeschreibungen (www.innovationsfonds.g-ba.de)

© Prognos AG, 2021

Auch im Bereich VSF sind alle Vorhaben berufsgruppenübergreifend angelegt. Bezogen auf die Projektbeteiligung der Pflege dominiert der stationäre Sektor; der ambulante Pflegebereich ist lediglich in einem Projekt (AHeaD) präsent. Die Förderung der sechs Projekte beläuft sich zusammengefasst auf 6,5 Mio. €. Die einzelnen Projekte werden bzw. wurden dabei mit Fördersummen zwischen 0,4 Mio. und 2 Mio. € gefördert.

Projektergebnisse, Instrumente und Veröffentlichungen

Folgende in den jeweiligen Ergebnisberichten dargelegten Erkenntnisse konnten im Rahmen der vier beendeten VSF-Projekte aus der Sicht der Förderempfänger gewonnen werden:

- **MVP-STAT** (Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen): „Die Ergebnisse dieses Projekts liefern zuallererst einen empirischen Hinweis, dass der Bedarf besteht, die medizinische Versorgung in Pflegeheimen weiterzuentwickeln. Denn durch das Projekt wurde erstmals das Ausmaß fachärztlicher Unterversorgung

bei Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen quantifiziert. Unsere Ergebnisse deuten an, dass mehr als ein Viertel der Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen in einem der untersuchten fachärztlichen Versorgungsbereiche unterversorgt ist. Hier besteht somit Verbesserungsbedarf. Darüber hinaus gibt die Ursachenanalyse (...) Aufschluss darüber, an welchen Stellen der fachärztliche Versorgungsprozess stockt und somit eine bedarfsgerechte Versorgung verhindert wird.“¹⁰⁶

- **Homern** (Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern): „In Bezug auf die Versorgung von Pflegeheimbewohnern ist deutlich geworden, dass sich durch veränderte Rahmenbedingungen vermutlich eine Vielzahl von Krankenhaustransporten vermeiden lassen. Bei den erhobenen Perspektiven verschiedener beteiligter Berufsgruppen kam es zur Übereinstimmung, dass vor allem der Personalschlüssel in Heimen, die Qualifizierung von Pflegekräften, die mangelnde ärztliche Erreichbarkeit und unklare bzw. fehlende Patientenverfügungen ungeplante Krankenhaustransporte begünstigen.“¹⁰⁷
- **AHeaD** (Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung): „Die Akzeptanz der Aufgabenneuverteilung ist sowohl bei den Hausärzt*innen als auch bei den Pflegefachpersonen hoch. Ebenso akzeptieren die MmD (Menschen mit Demenz, die Verf.) und Angehörige die Übernahme von medizinischen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen. Hausärztinnen und Hausärzte und Pflegefachpersonen sehen grundsätzlich mehr Vor- als Nachteile einer kooperativen Arbeitsteilung. Zukünftig sollten daher sowohl zur Entlastung der Hausärztinnen und Hausärzte als auch zur Erweiterung der Pflegerolle und adäquaten Versorgung der älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten ärztliche Tätigkeiten an Pflegefachpersonen delegiert und substituiert werden (...) Für eine allgemeine Anwendbarkeit ist die Frage der erforderlichen Qualifikation für die Pflegefachpersonen zu klären.“¹⁰⁸
- **HIOPP-3-iTBX** (Angemessene und sichere Medikation für Heimbewohner/innen mit Hilfe einer interprofessionellen Toolbox (AMTS-Toolbox)): „Die HIOPP-3-iTBX-Studie zur Steigerung der AMTS (Arzneimitteltherapiesicherheit, die Verf.) für HBW (Heimbewohnerinnen und -bewohner, die Verf.) führte weder zu einer geringeren Verordnung von PIM (potenziell inadäquate Medikamente, die Verf.) und/oder Neuroleptika noch zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation der HBW. Ob und wie die AMTS für Bewohner*innen nachweisbar zu optimieren ist, bleibt weiterhin zu klären.“¹⁰⁹

Beispielhaft seien hier die Instrumente aufgeführt, die das VSF-Projekt Avenue-Pal im Bereich der Palliativversorgung erarbeitet hat. Im Rahmen dieses Projekts wurden evidenzbasierte Leitlinien für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen entwickelt, um nicht notwendige Verlegungen palliativ versorgter Menschen zu verhindern. Um den neuen Verlegungsprozess mit einer technischen Lösung zu unterstützen, wurde außerdem ein umfassendes Informations- und Kommunikationssystem erarbeitet. Zur Implementierung der Leitlinien stand Einrichtungen mit Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern in der letzten Lebensphase ein Help-Desk zur Verfügung, der Informationen über erforderliche Maßnahmen bereitstellt bzw. ein individuelles

¹⁰⁶ Schulz, Maike et al. (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen“, S. 21. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/85/2021-07-01_MVP-STAT_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

¹⁰⁷ Fassmer, Alexander Maximilian, Pulst, Alexandra, (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern: Häufigkeit, Ursachen und Entwickeln einer Intervention zur Verbesserung der Versorgung“, S. 29. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/83/2021-07-01_Homern_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

¹⁰⁸ Henning, Esther et al. (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz, Qualifikation“, S. 6. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/66/2021-06-04_AHeaD_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

¹⁰⁹ Krause, Olaf; Junius-Walker, Ulrike; Wiese, Birgitt (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „HIOPP-3-iTBX - Angemessene und sichere Medikation für Heimbewohner/innen mit Hilfe einer interprofessionellen Toolbox (AMTS-Toolbox)“, S. 1. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/117/2021-12-14_HIOPP-3-iTBX_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

Projektmanagement ermöglicht. Für Angehörige sowie Betreuerinnen und Betreuer wurde eine Smartphone-App entwickelt, die zahlreiche praktische Funktionen bietet und wichtige Informationen zur letzten Lebensphase vermittelt. Auf der Basis der Leitlinien wurden Empfehlungen und Handreichungen entwickelt, die Angehörigen, Betreuerinnen und Betreuern sowie Ärztinnen und Ärzten als Download zur Verfügung stehen.¹¹⁰

Projektverantwortliche haben darüber hinaus zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um die Projektergebnisse in die Versorgungslandschaft zu bringen, wie anhand von zwei Beispielen veranschaulicht werden soll:

- Beispiel „Homern“: Insgesamt entstanden im Rahmen des Projekts „Homern“ 15 Publikationen, in denen die entsprechenden Ergebnisse dargestellt sind. Nach Bekanntgabe erster Forschungsergebnisse erhielten die Projektbeteiligten zahlreiche Rückmeldungen von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Ärztinnen und Ärzten und anderen Interessierten; dieser fachliche Austausch, u. a. auch über Vorträge, dauert bis heute an. Im Anschluss an ein Symposium, auf dem die Ergebnisse des Projekts vorgestellt wurden, erfolgte eine Einladung der Bremer Senatorin für Gesundheit zur Sitzung einer Arbeitsgemeinschaft zur Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. Im Nachgang wurde das Projekt dann auch auf einer Sitzung der Bremischen Bürgerschaft diskutiert.¹¹¹
- Beispiel „AHeaD“: Auf der Basis der Eckpunkte des von AHeaD entwickelten Konzeptes zur Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten ist das NVF-Projekt InDePendent zur interprofessionellen Demenzversorgung im April 2020 gestartet. Dabei werden Pflegefachpersonen für ein sektorenübergreifendes und erweitertes Dementia Care Management qualifiziert, um ärztliche Aufgaben in Delegation und Substitution ausführen und erweiterte Pflegerollen übernehmen zu können. Das bereits bestehende Dementia Care Management wird dabei um Tätigkeiten erweitert, die in der AHeaD-Studie als delegierbar bzw. substituierbar identifiziert wurden.¹¹²

Beschlüsse des IA zu abgeschlossenen Projekten

Vier VSF der in das Projektcluster einbezogenen Projekte sind bislang abgeschlossen. Für ein VSF hat der IA eine Empfehlung beschlossen, für drei Projekte wurde keine Empfehlung ausgesprochen.

Für das Projekt AHeaD (Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung) hat der IA folgende Empfehlung nach § 92b Abs. 3 SGB V ausgesprochen: „Auf Basis der Eckpunkte des im Projekt AHeaD entwickelten Versorgungskonzeptes soll die Übertragung von bislang ärztlichen Tätigkeiten in Delegation und Substitution an speziell qualifizierte Pflegefachpersonen in verschiedenen Strukturen erprobt und evaluiert werden.“¹¹³ Der IA verweist in diesem Zusammenhang auf das NVF-Projekt InDePendent (Interprofessionelle

¹¹⁰ TransMIT Gesellschaft für Technologietransfer mbH (Hrsg.) (o. D.): Webseite Avenue-Pal – Projekt zur Verbesserung der Palliativversorgung. <https://www.avenue-pal.de>, zuletzt abgerufen am 13.10.2021.

¹¹¹ Fassmer, Alexander Maximilian, Pulst, Alexandra (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern: Häufigkeit, Ursachen und Entwickeln einer Intervention zur Verbesserung der Versorgung“, S. 30. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/83/2021-07-01_Homern_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

¹¹² Henning, Esther et al. (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz, Qualifikation“, S. 31. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/66/2021-06-04_AHeaD_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

¹¹³ Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt AHeaD (01VSF16028). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/65/2021-06-04_AHeaD.pdf, zuletzt abgerufen am 14.10.2021.

Demenzversorgung: Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und qualifizierten Pflegefachpersonen in der häuslichen Versorgung), in dem die Ergebnisse des Projekts AHeaD erprobt werden sollen. Ein besonderes Augenmerk liegt hierbei auf dem Patientennutzen sowie auf rechtlichen und finanziellen Anpassungen im Hinblick auf eine Anwendung in der Regelversorgung.

AHeaD hat untersucht, wie eine veränderte Aufgabenteilung zwischen Pflegefachpersonal und Hausärztinnen und Hausärzten gestaltet werden kann. Beide Berufsgruppen sowie Betroffene und deren Angehörige stimmten überein, dass ambulant versorgte Menschen mit Demenz von einer veränderten Arbeitsteilung profitieren würden. Im Hinblick auf das Pflegefachpersonal wurden des Weiteren der erforderliche Qualifikationsbedarf und die für eine Delegation bzw. Substitution geeigneten Tätigkeiten (insbesondere aus den Bereichen Assessment, Monitoring und Folgeverschreibungen) identifiziert. Aus der Sicht des IA haben die Erkenntnisse des Projekts Potenzial, zur Verbesserung der Versorgung beizutragen: Die Ergebnisse wurden als valide und nachvollziehbar bewertet; die Methoden seien aussagekräftig und ihre Limitationen angemessen dargestellt. Eine Überführung der Projektergebnisse in die Regelversorgung erfordert jedoch – wie bereits erwähnt – eine Erprobung in der Praxis.

Zu drei Projekten hat der IA keine Empfehlung ausgesprochen und dies wie folgt begründet:

- Homern (Studie zu Hospitalisierung und Notaufnahmebesuchen von Pflegeheimbewohnern):
 - Die Studie hat zwar gezeigt, dass sich durch veränderte Rahmenbedingungen vermutlich eine Vielzahl von Krankenhaustransporten vermeiden lassen würde, allerdings wird eine kritische Diskussion der möglichen Einflussfaktoren nicht vorgenommen.
 - Die Methoden waren angemessen und die Limitationen der Untersuchung wurden vom Projekt dargestellt. Belastbare Aussagen zu einer im Projekt entwickelten Handreichung konnten aufgrund der Covid-19-Pandemie nicht erzielt werden.
 - Weiterer Forschungsbedarf besteht zum Ausmaß und zu den Gründen ungeplanter Krankenhausaufenthalte und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern sowie zu effektiven Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. Der IA verweist in diesem Zusammenhang auf weitere noch laufende Innovationsfonds-Projekte, deren Ergebnisse die Erkenntnisse des abgeschlossenen Projekts Homern komplettieren werden.¹¹⁴
- MVP-STAT (Studie zur Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen):
 - Die Studie hat das Ausmaß und die Ursachen etwaiger fachärztlicher Unter- und Überversorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern identifiziert und Maßnahmen zur Verbesserung im Rahmen eines Modellprojekts entwickelt.
 - Die Methoden waren grundsätzlich angemessen und die Limitationen der Untersuchung wurden vom Projekt dargestellt. Die Validität der Ergebnisse ist allerdings aufgrund datenbezogener Limitationen eingeschränkt. Eine Empfehlung zur Umsetzung des Modellprojekts kann daher nicht ausgesprochen werden.
 - Es besteht weiterer Forschungsbedarf zur Bedarfsgerechtigkeit der fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen und zum Ausmaß möglicher Unterversorgung. Der IA verweist in diesem Zusammenhang auf das NVF-Projekt „CoCare - Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung“.¹¹⁵

¹¹⁴ Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt Homern (01VSF16055). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/82/2021-07-01_Homern.pdf. zuletzt abgerufen am 14.10.2021.

¹¹⁵ Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt MVP-STAT (01VSF16039). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/84/2021-07-01_MVP-STAT.pdf. zuletzt abgerufen am 14.10.2021.

- HIOPP-3-iTBX (Angemessene und sichere Medikation für Heimbewohner/innen mit Hilfe einer interprofessionellen Toolbox (AMTS-Toolbox)):
 - Ziel des Projekts HIOPP-3-iTBX war es, die Arzneimitteltherapiesicherheit bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern zu verbessern sowie den Medikationsprozess zu optimieren. Die Interventionen umfassten ein Medikationsreview, Fortbildungen, Tools zur Erhöhung der AMTS-Aufmerksamkeit und zur berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit sowie interprofessionelle Changemanagement-Veranstaltungen.
 - Weil im Projekt keine Reduktion der Verschreibungen von potenziell inadäquaten Medikamenten oder Neuroleptika und keine positiven Effekte auf die gesundheitliche Situation der Heimbewohnerinnen und -bewohner gezeigt werden konnten, kann keine Empfehlung zur breiteren Umsetzung der Interventionen ausgesprochen werden.
- Die Erkenntnisse sollten bei der (Weiter-)Entwicklung ähnlicher Versorgungsansätze und Fortbildungsmaßnahmen dennoch berücksichtigt werden.¹¹⁶

Zukunftsperspektiven der Projekte

Zur grundsätzlichen Überführbarkeit der erprobten Maßnahmen in die Regelversorgung wurden die drei einbezogenen NVF befragt (CoCare, SaarPHIR und TIGER), für die bislang jedoch noch kein IA-Beschluss vorliegt.

Die Überführbarkeit der getesteten Maßnahmen in die kollektivvertragliche Versorgung wird von Projektverantwortlichen einer NVF bejaht. Bei einem NVF wird ein grundsätzliches Hindernis für eine Übertragbarkeit darin gesehen, dass die erprobte Maßnahme – die Etablierung von Teamstrukturen bei der ärztlichen und pflegerischen Versorgung im Pflegeheim – eine neue Rechtsgrundlage benötige, die sozialversicherungsträgerübergreifend angelegt sein müsse.

Auch in Interviews gaben einige Projektbeteiligte an, dass die Überführung von erfolgreich erprobten Interventionen in die Regelversorgung eine umfangreiche Überarbeitung der gesetzlichen Grundlagen und regulatorischen Anforderungen erforderlich mache (um z. B. Absprachen zwischen Pflegeeinrichtung und kooperierender Ärztin oder kooperierendem Arzt, eine durchgehende Rufbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte, Qualitätscontrolling sowie interdisziplinäre Audits verbindlich zu regeln). Zugleich müssten sich die Veränderungen im EBM und in der Vergütung von Pflegeheimen widerspiegeln.

7.2.3 Fokusthema 3: Umfassende Koordinierung und Vernetzung von Versorgungsstrukturen

Die Weiterentwicklung sektorenübergreifender Versorgung ist ein wesentliches Ziel des Innovationsfonds und eine besondere gesundheitspolitische Herausforderung. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bemerkte im Jahr 2018, dass eine „unsichtbare Mauer“ zwischen der Prävention, der ambulanten und der stationären Behandlung sowie der Rehabilitation und der Pflege existiere.¹¹⁷ Dabei stelle die Fragmentierung des Systems nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch Patientinnen und Patienten häufig vor Herausforderungen und erschwere den Zugang zur Gesundheitsversorgung. „Lotsen“ könnten Patientinnen

¹¹⁶ Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt HIOPP-3-iTBX (01VVF16017). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/116/2021-12-14_HIOPP-3-iTBX.pdf, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

¹¹⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf, zuletzt abgerufen am 20.10. 2021. S. 363.

und Patienten helfen, die Übergänge zwischen verschiedenen Leistungserbringern leichter zu navigieren. Auch könnte das Zusammenspiel der Leistungserbringer besser koordiniert werden. Der Sachverständigenrat verwies darauf, dass viele sektorenübergreifende Versorgungskonzepte auf systemimmanente Widerstände stießen und erst mit Verzögerung Qualitätsverbesserungen und Kostenersparnisse liefern könnten. Auch aus diesem Grund hat der Sachverständigenrat den Innovationsfonds als besonders geeignet angesehen, solche innovativen Konzepte zu fördern und zu testen.

Untersuchtes Projektcluster

Neun Projekte wurden für das Projektcluster „Vernetzung und Koordinierung von Versorgungsstrukturen“ ausgewählt. Alle Projekte in diesem Cluster haben zum Ziel, die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern, indem sie Leistungserbringer vernetzen und Versorgungsketten besser koordinieren (Tabelle 29).

Die Projekte stammen überwiegend aus der Förderwelle 2016, daneben sind vier Projekte der Förderwelle 2017 zuzurechnen. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Endberichts waren alle bis auf ein Projekt bereits abgeschlossen und Abschlussberichte wurden erstellt bzw. waren schon eingereicht. Der Status eines Projekts ist „laufend“. Dementsprechend liegen noch keine Beschlüsse des IA vor. Die Förderung der neun Projekte beläuft sich zusammengenommen auf 59 Mio. €. Die einzelnen Projekte wurden dabei mit Fördersummen zwischen 2 und 13 Mio. € gefördert.

Tabelle 29: Umfassende Koordinierung und Vernetzung von Versorgungsstrukturen – Projektcluster

Projekt und Förderwelle	Umsetzungsstand (Stand 11.10.2021) und Laufzeit
INVEST Billstedt/Horn – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen (Förderwelle 2016, Themenoffen)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 45 Monate
MamBo – Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement (Förderwelle 2017-1, TF 1: Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 45 Monate
NWGA – NetzWerk GesundAktiv (Förderwelle 2016, Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen – ältere Menschen)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 48 Monate
PROMISE – Prozessoptimierung durch interdisziplinäre, sektorenübergreifende Versorgung am Beispiel von Hüft- und Kniearthrosen (Förderwelle 2016, Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen – ältere Menschen)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 48 Monate
RECOVER – Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen (Förderwelle 2016, Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen – Menschen mit psychischen Erkrankungen)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 48 Monate
Rheuma-VOR – Verbesserung der rheumatologischen Versorgungsqualität durch koordinierte Kooperation (Förderwelle 2016, Themenoffen)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 48 Monate
StärkeR – Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen konzeptionsgeregelter Kooperation in der Versorgung von Patienten mit entzündlichem Rheuma (Förderwelle 2017-1, TF 1: Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 42 Monate

Projekt und Förderwelle	Umsetzungsstand (Stand 11.10.2021) und Laufzeit
STROKE OWL – Sektorübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe (Förderwelle 2017-1, Themenoffen)	Laufend Laufzeit: 48 Monate
TRANSLATE-NAMSE – Verbesserung der Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen durch Umsetzung von im nationalen Aktionsplan (NAMSE) konsentierten Maßnahmen (Förderwelle 2016, TF 4: Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen – Menschen mit seltenen Erkrankungen)	Abschlussbericht wird erstellt bzw. ist eingereicht Laufzeit: 42 Monate

Quelle: Förderdatenanalyse

© Prognos AG, 2021

Ziel aller Projekte in dem Themencluster ist die Verbesserung der Versorgung durch die Stärkung von Koordination und Vernetzung zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern. Diese sind häufig sektorenübergreifend mit dem Ziel, Leistungserbringer entlang der Versorgungskette besser zu verzahnen, oftmals unter Einschluss von Angeboten, die nicht unmittelbar der Gesundheitsversorgung zugerechnet werden, z. B. Pflegeleistungen oder kommunale Angebote.

Die Projekte richten sich dabei an unterschiedliche Zielgruppen und Indikationen. Vier Projekte zielen auf die Verbesserung der Versorgung für ältere Menschen mit unterschiedlichen Indikationen ab. Drei richten sich speziell an Erwachsene und ein Projekt widmet sich Kindern und Jugendlichen mit seltenen Erkrankungen. Ein weiteres Projekt richtet sich an Menschen mit sozialer Benachteiligung im städtischen Raum aller Altersgruppen.

Zu dem Themencluster gehören drei Projekte, die das Ziel haben, die Versorgung in einer Region oder einem Stadtteil sektoren- und indikationsübergreifend besser zu koordinieren, darunter zum Teil auch Leistungen der Pflege und Angebote kommunaler Anbieter. Die Zielsetzung sechs weiterer Projekte ist die Verbesserung der Versorgung für bestimmte Krankheitsbilder. Zu diesen zählen die Diagnose und Behandlung von entzündlichem Rheuma, die integrierte Versorgung psychischer Erkrankungen, die Nachsorge nach einem Schlaganfall, die Vorbereitung und Nachsorge nach einer Knie- oder Hüftprothesenoperation und die Diagnose und Behandlung von seltenen Erkrankungen.

Alle Projekte in dem Themencluster testen Interventionen, die der Vernetzung und Koordination der Versorgung dienen. In mehreren Projekten wurde eine neue Lotsenfunktion geschaffen, um Angebote und Leistungserbringer besser zu koordinieren. Diese unterscheiden sich darin, wie diese Lotsenfunktion ausgeführt wird und an wen sich die Lotsen in erster Linie richten. Da sind zum einen Lotsenprojekte, in denen insbesondere Ärzte und Ärztinnen bzw. weiteres medizinisches und pflegerisches Personal vernetzt und koordiniert werden (RECOVER, PROMISE, Stroke OWL, TRANSLATE-NAMSE). Einige dieser Projekte erproben dabei themenspezifische strukturierte Diagnose- bzw. Versorgungspfade. In einer zweiten Projektgruppe richtet sich die Lotsenfunktion an Patientinnen und Patienten, um ihren Zugang zur Versorgung zu unterstützen (INVEST Bilstedt/Horn, MamBo, NWGA). In einem Projekt koordinieren Hausärztinnen und -ärzte zusammen mit Fachärztinnen und -ärzten die Versorgung durch Konsile, ohne dass eine spezielle Lotsenfunktion entwickelt wurde (Rheuma-VOR). In einem weiteren Projekt wird Koordination insbesondere dadurch gestärkt, dass Versorgungsleistungen von Fachärztinnen und -ärzten zu speziell weitergebildeten Fachangestellten delegiert werden (StärkeR).

Die Projekte in diesem Themencluster zeichnen sich dadurch aus, dass sie verschiedene Sektoren- und Versorgungsbereiche einbeziehen. In allen Projekten sind Krankenhäuser (einschließlich

psychiatrischer Kliniken) Teil der Versorgungskette. Die ambulante ärztliche Versorgung bildet einen weiteren Baustein in fast allen Projekten. Daneben sind Schnittstellen zu ambulanten und stationären Einrichtungen der Rehabilitation, ambulanten Pflegediensten, der Heil- und Hilfsmittelversorgung und der Notfallversorgung einschließlich von Krankenhaus- und Institutsambulanzen zu bewältigen. Einzelne Projekte beziehen darüber hinaus Sektoren und Akteure mit ein, die nicht dem Gesundheits- und Pflegebereich der Sozialversicherung zugerechnet werden, darunter Organisationen der Nachbarschaftshilfe, kommunale Unterstützungsangebote, Arbeitgeber- und Angehörigenverbände.

Tabelle 30: Umfassende Koordinierung und Vernetzung von Versorgungsstrukturen – Zielsetzungen, Interventionen und Zielgruppen im Projektcluster

Projekt	Zielsetzungen	Interventionen	Zielgruppen/Indikationen
INVEST Bilstedt/Horn	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Gesundheitsversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen bei verbesserter Ressourcennutzung ■ Entlastung der Ärztinnen und Ärzte, Stärkung der wohnortnahen Versorgung, Reduzierung der Leistungsausgaben, Medikamentenverschreibungen, Krankenhausaufenthalte und Steigerung der Patientenaktivierung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aufbau des Gesundheitskiosks als eine zentrale und gut vernetzte Anlaufstelle, die niederschwellig Zugang zu Gesundheitsangeboten und Krankenversorgung ermöglicht (z. B. durch Mehrsprachigkeit des Personals) 	Gesundheitliche Probleme bei Menschen mit sozialer Benachteiligung aller Altersgruppen
MamBo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz durch patientenzentriertes, bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement von Menschen mit multiplen Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etablierung einer Metastrategie und Schaffung der Rahmenbedingungen für eine sektoren- und indikationsübergreifende Versorgung ■ Praxisübergreifende Delegation patientennaher und koordinativer Aufgaben an als Monitoring- und Kommunikationsassistentinnen und -assistenten (MoniKa) geschulte Pflegefachkräfte 	Ältere Menschen mit Multimorbidität und Multimedikation
NWGA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Versorgung mit Gesundheits-, Pflege- und weiteren Unterstützungsleistungen durch das NetzWerk GesundAktiv 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Individualisierte Bedarfserhebung und Unterstützungplanung durch eine „Koordinierende Stelle“ vor Ort und Betreuung durch Fallmanagerinnen und Fallmanager ■ Quartiersvernetzung mit Hausärztinnen und Hausärzten, Präventionsanbietern und der Wohnungswirtschaft; Patientinnen und Patienten erhalten einen Tablet-PC und Zugang zu einer Kommunikationsplattform 	Risiko von und bestehende Pflegebedürftigkeit
PROMISE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Versorgung vor und nach einer Knie- und Hüftprothesenoperation ■ Stärkung des Austauschs von Ärztin bzw. Arzt, Patientin bzw. Patient, Klinik und Reha-Einrichtung ■ Verbesserung des Behandlungsergebnis, höhere Patientenzufriedenheit und -akzeptanz der Behandlung, Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnis 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Kommunikation durch Verwendung einer zentralen Datenbank und moderner Kommunikationstechnologie ■ Nach einer Operation erhalten Patientinnen und Patienten Beratung durch einen persönlichen Coach, Zugang zu einem speziellen Schmerzdienst und zu Physiotherapie 	Ältere Menschen mit Hüft- und Kniegelenksarthrose

Projekt	Zielsetzungen	Interventionen	Zielgruppen/Indikationen
RECOVER	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Behandlungsqualität und -effizienz durch sektorenübergreifend-kooordinierte, schwegradgestufte, evidenzbasierte Maßnahmen ■ bessere gesundheitliche Ergebnisse und Kosteneffizienz 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Hausärzten, Krankenhäusern, Arbeitgebern und Angehörigenverbänden ■ Moderne Therapieansätze wie z. B. E-Mental-Health-Module 	Erwachsene mit psychischer Erkrankung
Rheuma-VOR	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der rheumatologischen Versorgungsqualität durch Verkürzung der Zeit bis zur Diagnosestellung ■ Steigerung der gemeldeten Fälle und Verkürzung der Zeit bis zur Diagnose 	<ul style="list-style-type: none"> ■ „Koordinierte Kooperation“ zwischen Hausärztinnen und Hausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten sowie Patientinnen und Patienten ■ Gesteuert und unterstützt durch fachübergreifend besetzte Koordinationsstellen ■ Schulung der Hausärztinnen und Hausärzte 	Erwachsene mit entzündlichem Rheuma
StärkeR	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Versorgungseffektivität und -effizienz durch strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen ■ Rückgang der Krankheitsaktivität und eine Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen an Rheumatologische Fachassistentinnen/-assistenten, wie Patientenschulungen, die Ermittlung von Begleiterkrankungen und Lebensstilberatung, um die rheumatologisch fachärztliche Behandlung vorzubereiten, zu unterstützen und partiell zu ersetzen 	Erwachsene mit entzündlichem Rheuma
STROKE OWL	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Nachsorge bei Schlaganfall zur Vorbeugung weiterer Schlaganfälle ■ Senkung der Rate der wiederholten Schlaganfälle, eine Steigerung der Lebensqualität und Zufriedenheit der Betroffenen sowie Kostensenkung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schlaganfall-Lotsen, die Patientinnen und Patienten sowie Angehörige über Komplikationen und Risiken informieren und Rücksprachemöglichkeiten mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie die Medikation koordinieren ■ Einführung einer digitalen Belotsungsakte („Lotsen-APP“) 	Ältere Menschen nach einem Schlaganfall
TRANS-LATE - NAME	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbesserung der Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen durch Umsetzung von im nationalen Aktionsplan (NAMSE) konzentrierten Maßnahmen ■ Verkürzung der Zeit bis zur Diagnose und richtigen Behandlung und die Steigerung der Akzeptanz und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Koordinierte Zusammenarbeit von Zentren für seltene Erkrankungen die Diagnosestellung zu beschleunigen und die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen sicherzustellen ■ Verbesserte Kommunikation mit Primärversorgern durch die Einführung der persönlichen Einrichtungübergreifenden Patientenakte (PEPA), Fallkonferenzen und Fallmanagement 	Kinder und Jugendliche mit seltenen Erkrankungen (und ihre Familien)

Quelle: Projektbeschreibungen (www.innovationsfonds.g-ba.de)

© Prognos AG, 2021

Projektergebnisse, Instrumente und Veröffentlichungen

Da für dieses Projekt-Cluster noch keine Beschlüsse des Innovationsfonds vorliegen, sind auch die Ergebnisberichte der einzelnen Projekte noch nicht publiziert. Dementsprechend liegen neben den Angaben, die die Förderempfänger in der Abschlussbefragung über die Zielerreichung gemacht haben, kaum belastbare Erkenntnisse über die messbaren Ergebnisse (d. h. patientenrelevante Endpunkte), ihre methodische Validität und Limitationen vor. Eine Ausnahme bildet die Evaluation des Projekt INVEST Billstedt/Horn, die vorab bereits veröffentlicht wurde (Kasten).

Evaluationsergebnisse: Beispiel INVEST Billstedt/Horn

Die Evaluationsergebnisse des Projekts INVEST Billstedt/Horn wurden bereits auf der Website der Universität Hamburg als Kurzbericht und in Langfassung veröffentlicht.¹¹⁸ Der vorläufige Bericht vermerkt, dass der neue Versorgungsansatz – der Gesundheitskiosk im Hamburger Stadtteil Billstedt/Horn und die mit ihm einhergehenden unterstützenden Maßnahmen – seine vier Hauptziele überwiegend erreicht habe. Insbesondere habe die Evaluation ergeben, dass sich der Zugang zu Gesundheitsversorgung und die gesundheitlichen Chancen der an der Studie teilnehmenden Bevölkerung verbessert habe. Ebenso sei die Patientenzufriedenheit und die Arbeitszufriedenheit des Gesundheitspersonals gesteigert worden. Allerdings seien die Ergebnisse zur Wirtschaftlichkeit widersprüchlich. Einerseits sei die Rate der ambulant-sensitiven Krankenhaufälle in der Versichertenstichprobe gesunken, andererseits sei sie in der Gesamtbetrachtung der Versicherten der beteiligten Kassen im Vergleich zu anderen Stadtteilen Hamburgs gestiegen. Leistungsausgaben seien für Pflegeleistungen gestiegen, während sie für Arzneimittel zurückgegangen seien. Insgesamt werden die Ergebnisse der wirtschaftlichen Bewertung als nicht belastbar eingestuft.

Die Projekte im Themencluster haben eine Reihe an Lösungen erarbeitet, die bei der weiteren Implementierung zur Verfügung stehen. Bspw. hat das Projekt Rheuma-VOR einen Screeningbogen entwickelt, mit dem Primärversorger diagnoserelevante Informationen von Patientinnen und Patienten mit einer möglichen rheumatischen Erkrankung dokumentieren und an die Fachärztin bzw. den Facharzt weiterleiten können.¹¹⁹ Das Projekt TRANSLATE-NAMSE hat einen Fragebogen zur Gesundheitskompetenz von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit seltener Erkrankung erstellt.¹²⁰

Das Projekt RECOVER hat zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen Handreichungen und Manuale entwickelt und auf seiner Projektwebsite zur Verfügung gestellt.¹²¹ Über ein Dutzend Manuale behandeln die verschiedenen Bausteine der Maßnahmen, die in dem Projekt getestet wurden und die gemeinsam das „Hamburger Modell“ ergeben.

¹¹⁸ Wild, Eva-Maria; Schreyögg, Jonas (2021): Kurzbericht zur Evaluation INVEST Billstedt/Horn. <https://www.hche.uni-hamburg.de/forschung/transfer/invest/2021-03-31-hche-kurzbericht-invest-evaluation.pdf>, zuletzt abgerufen am 01.12.2021.

¹¹⁹ Dreher, Matthias; Schwarting, Andreas (2018): „Rheuma-VOR“: Optimierung der Versorgung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen – eine rheinland-pfälzische Proof-of-Concept-Studie. *Ärztblatt Rheinland-Pfalz* 12/2018, S. 20-21.

¹²⁰ Grasmann, Corinna et al. (2020): Ein strukturierter Versorgungspfad von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin für Jugendliche und junge Erwachsene mit einer seltenen Erkrankung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. <https://doi.org/10.1007/s00112-020-00929-5>, zuletzt abgerufen am 13.10.2021.

¹²¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) (o. D.): Willkommen bei RECOVER. Manuale. <https://www.recover-hamburg.de/publikationen/manuale/>, zuletzt abgerufen am 14.10.2021.

Zum Zeitpunkt der Berichtslegung liegen bereits eine Reihe an wissenschaftlichen Publikationen aus den Projekten vor. Diese beziehen sich jedoch in erster Linie auf die Vorstellung der Studien- bzw. Evaluationsprotokolle und enthalten bislang nur wenige Einblicke in die erreichten Projektergebnisse.¹²² Einzelne Projektverantwortliche haben zudem eine zum Teil erhebliche Anzahl an Vorträgen gehalten, um die Fachöffentlichkeit über die Inhalte und Ergebnisse der getesteten Maßnahmen zu informieren. Diese Aktivitäten sind wichtig, um Informationen über die Projekte zu verbreiten, um Erfahrungen und Evidenz zugänglich zu machen und um weitere Akteure von der Sinnhaftigkeit neuer Maßnahmen zu überzeugen.

Zukunftsperspektiven der Projekte

Auffallend in diesem Projektcluster ist, dass die in den Interviews mit Projektverantwortlichen angedachten Übertragungswege in die Regelversorgung sehr individuell ausfallen. Das ist zum einen der Tatsache geschuldet, dass viele der Vernetzungs- und Koordinationsprojekte aus Bündeln an Maßnahmen bestehen, die in unterschiedlicher Weise übertragen werden müssen bzw. deren Umsetzung mehr als einen Regelungsmechanismus erfordert. In Projekten, die eine Lotsen- oder Koordinationsfunktion etabliert haben, müsste für eine Überführung in die Regelversorgung geklärt werden, wie diese zusätzliche Funktion langfristig finanziert werden könnte, da sie nicht mit einer existierenden Finanzierungsform (z. B. Gebührenordnung, Fallpauschale) kompatibel ist. Dies ist besonders herausfordernd, wenn es um die Koordination von Leistungen geht, die nicht im Regelungsbereich des SGB V liegen.

In einigen Fällen sind während der Projektlaufzeit Regelungen geschaffen worden, die einzelne Maßnahmen, die in Projekten zur Vernetzung und Koordination getestet wurden, überführen oder ihre Überführung ermöglichen. Dabei ist jedoch nicht immer klar, inwiefern die Projekterfahrungen in die Entstehung dieser Regelungen direkt oder indirekt eingeflossen sind (z. B. durch Aktivitäten der Projekte zur Wissensverbreitung oder Beratung des G-BA oder anderer Institutionen durch die Projektverantwortlichen). Beispiele sind:

- die Stationsäquivalente Psychiatrische Behandlung (StÄB) nach §115d SGB V, die 2017 eingeführt wurde (diese hat Bezug zum Projekt RECOVER im Themencluster)
- die Verordnungsermächtigung nach § 64e SGB V „Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und onkologischen Erkrankungen“ (TRANSLATE-NAMSE)
- die Anerkennung der Fortbildung zur Medizinischen Fachangestellten „Rheumatologie“ einschließlich Veröffentlichung eines Musterfortbildungscurriculums (StärkeR)¹²³
- die Möglichkeit, Anreize für im Projekt etablierte Maßnahmen in Qualitätsverträge nach § 110 SGB V zu integrieren (PROMISE).

In einigen Fällen wurde die Umsetzung in diesen Regelungen von den Förderempfängern jedoch als nicht gleichwertig zu den Maßnahmen bewertet, die im Projekt entwickelt und getestet wurden. So würden die Regelung der STÄB weniger Flexibilität in der Wahl der Versorgungssettings

¹²² Richter, Simone et al. (2020): People with multimorbidity in outpatient care: patient-focused and needs-oriented healthcare management (MamBo) – protocol for a multiperspective evaluation study. BMC Health Services Research, <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05178-6>, zuletzt abgerufen am 13.10.2021. Betz, Ulrich et al. (2021): The PROMISE study protocol: a multicentre perspective study of process optimization with interdisciplinary and cross-sectoral care for German patients receiving hip and knee endoprotheses. Acta Orthopaedica 92 (2): 156-162. Lambert, Martin et al. (2020): Study protocol for a randomised controlled trial evaluating an evidence-based, stepped and coordinated care service model for mental disorders (RECOVER). BMJ Open 10:e036021. <http://doi:10.1136/bmjopen-2019-036021>, zuletzt abgerufen am 13.10.2021.

¹²³ Bundesärztekammer (2020): Musterfortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Rheumatologie“. Abgefragt unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Musterfortbildungscurriculum_MFA_Rheumatologie.pdf, zuletzt abgerufen am 12.10.2021.

erlauben, als aus Sicht der Förderempfänger wünschenswert wäre. Die Nutzung eines Qualitätsvertrags im Anschluss an ein Projekt wurde zwar erwogen, aber bislang wurde keine Einigung erzielt. Der Qualitätsvertrag hätte die Leistungserbringer auf die Erfüllung von Indikatoren verpflichtet, die die Umsetzung bzw. Verstetigung der Maßnahmen begünstigt hätte.

Im Interview gaben drei der neun Förderempfänger an, dass sie nicht davon ausgehen, dass es im Anschluss an ihr Projekt zu einer Empfehlung für die Übernahme in die Regelversorgung durch den IA kommt. Dies war insbesondere dann der Fall, wenn Evaluationsergebnisse als nicht oder nicht hinreichend positiv (inkl. nicht statistisch signifikant) und/oder methodisch belastbar eingeschätzt wurden. Bei den drei Projekten handelt es sich um Projekte, die die Etablierung einer Lotenfunktion zum Ziel haben.

Bei der Frage nach den regulatorischen Anpassungen für eine Übertragung steht bei fast allen hier untersuchten Projekten die Vergütung im Vordergrund. Die Finanzierungsfrage ist einerseits zentral, wenn es darum geht, zusätzlich oder anders erbrachte Leistungen sachgerecht zu vergüten, andererseits können Finanzierungsmechanismen auch dazu dienen, Anreize zu schaffen, die die Verbreitung der Maßnahmen in die Fläche fördern bzw. beschleunigen. Eine Änderung der Berufsordnungen beteiligter Gesundheitsberufe wurde nur von einem Förderempfänger als notwendig erachtet. Wie oben angeführt, hatte die Bundesärztekammer im Fall der Qualifizierung zur bzw. zum Medizinischen Fachangestellten „Rheumatologie“ diese bereits anerkannt und damit eine Voraussetzung geschaffen, dass Maßnahmen der Versorgung von Ärztinnen und Ärzten delegiert werden können.

Förderempfänger gaben auch an, dass einige regulatorische Änderungen, die während der Projektlaufzeit stattgefunden haben, die Übertragung einzelner Maßnahmen begünstigen. Zu nennen ist insbesondere die Schaffung eines Anspruchs auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) durch das DVG, das damit auch die Voraussetzung für die Kostenübernahme für die Nutzerinnen und Nutzer dieser Anwendungen geschaffen hat. Diese ist vor allem in Projekten relevant, in der Maßnahmen der Koordination auch Komponenten haben, die direkt auf die Kommunikation und den verstärkten Austausch mit Patientinnen und Patienten abzielt, z. B. durch Zusatzangebote wie Apps.

Im Interview zeigten sich Projektverantwortliche skeptisch, ob die Sektorengrenzen, über die hinweg Leistungen im Rahmen der Projekte koordiniert und vernetzt wurden, nach Ende der Projekte weiterhin überwunden werden können. Viele befürchteten, dass diese Sektorengrenzen dauerhafte Hürden für die Integration der Versorgung darstellen und dass Lösungen nach Ende des Projekts hinter die Grenzen des SGB V „zurückfallen“. Hier wurden neue Finanzierungslösungen gefordert, insbesondere um Maßnahmen und Leistungen, die in die Regelungsbereiche unterschiedlicher Sozialgesetzbücher fallen einschließlich Maßnahmen, die von Ländern und Kommunen finanziert werden, durch die Option gemeinsamer Vergütung besser zu verzahnen.

In drei Projekten wurde eine selektivvertragliche Übergangslösung gefunden, um die Zeit zwischen Interventionsabschluss und einer Entscheidung des IA zu überbrücken. Die Verträge sind grundsätzlich befristet, insofern ist diese Fortführung temporär. In vier Fällen wurden die Selektivverträge nach Ende des Projekts nicht wieder aufgelegt. Als Gründe dafür wurden Evaluationsergebnisse, die als nicht hinreichend positiv oder uneindeutig angesehen wurden, aber auch mangelndes Interesse vonseiten der Krankenkassen angegeben.

In einem Projekt wurde eine selektivvertragliche Regelung bereits zu Beginn ausgeschlossen, um zu verhindern, dass Patientinnen und Patienten, die nicht bei teilnehmenden Krankenkassen ver-

sichert sind, von der Leistung ausgeschlossen werden. Auch Projekte, die durch einen Selektivvertrag fortgeführt werden, sehen diese Form der Finanzierung nicht notwendig als eine erstrebenswerte „Dauerlösung“ an, weil sie die Leistungen auf bestimmte Versichertengruppen beschränken, wenn sich nicht alle Kassen an dem Vertrag beteiligten. Gleichzeitig schließen Selektivverträge auch Leistungserbringer aus, sofern sie an dem Vertrag nicht teilnehmen. Dies wurde nur im Einzelfall als Vorteil herausgehoben, z. B. wenn die Qualität der Leistung von der Expertise und Ausstattung bestimmter Leistungserbringer abhängt. Die Frage, ob Selektivverträge für Projekte der regionalen Vernetzung oder mit lokaler Lotsenfunktion besonders geeignet seien, konnte im Rahmen der Befragungen nicht eindeutig beantwortet werden.

7.2.4 Zwischenfazit: Zentrale Befunde und Bewertung

Das vorangegangene Kapitel hat ausgewählte Projekte auf ihre Transferchancen und die Möglichkeit einer Übertragung in die GKV-Versorgung hin ausgewertet. Diese Projekte wurden drei Themenclustern zugeordnet, die für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung relevant sind:

- 1.** Flächendeckende Versorgung durch digitale und telemedizinische Unterstützung
- 2.** Sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen unter schwerpunktmäßiger Beteiligung von ambulanter und/oder stationärer Pflege
- 3.** Umfassende Koordinierung und Vernetzung von Versorgungsstrukturen

Die meisten dieser Projekte sind bereits abgeschlossen, bei einigen steht der Projektabschluss jedoch noch aus. Nach Einschätzung der Projektverantwortlichen hat die Mehrheit der Projekte wissenschaftliche Nachweise erbracht bzw. Erkenntnisse erarbeitet, die für die Weiterentwicklung der GKV relevant sind. Im Zuge der Projekte wurde eine Vielzahl an digitalen und analogen Instrumenten und Lösungen erarbeitet und weitere Leistungen erbracht, die für eine Implementierung in der Fläche genutzt werden können. Zudem haben viele Projektverantwortliche Publikationen erarbeitet sowie Projektergebnisse und Implementierungserfahrungen mit der Fachöffentlichkeit geteilt. Insofern wurden erhebliche Vorleistungen im Hinblick auf eine Übertragung erbracht. Hier wäre nach Ansicht des Evaluationsteams zu überlegen, wie dieses Material für die zukünftige Implementierung in der Fläche möglichst niederschwellig nutzbar gemacht werden kann, sofern eine Übertragung vom IA empfohlen wird.

Angesichts der Komplexität vieler NVF gibt es eine Vielzahl an Anpassungen, die erforderlich sind, um eine Übertragung in die GKV-Versorgung und eine Implementierung in der Fläche zu ermöglichen. Denn die NVF bestehen regelhaft aus mehreren Maßnahmen, oft an den Schnittstellen mehrerer Sektoren (auch außerhalb der GKV) und erfordern zwingend andere Systemvoraussetzungen (z. B. flächendeckende Internetabdeckung im ländlichen Raum, Interoperabilität neuer Praxissoftware). Auf regulatorischer Seite bezieht sich der Anpassungsbedarf insbesondere auf die Schaffung von Finanzierungs- bzw. Abrechnungsmöglichkeiten. Bei sozialleistungsträgerübergreifenden Maßnahmen bedeutet das jedoch auch, dass Finanzierungslösungen geschaffen werden müssen, die zumindest teilweise auch außerhalb der GKV liegen. Daneben sind häufig andere regulatorische Anpassungen erforderlich, um eine Übertragung der Projekterkenntnisse in die GKV-Versorgung zu ermöglichen. Dazu gehören Änderungen von Berufsordnungen, um z. B. Maßnahmen, die auf die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen zielen, zu verstetigen und neue Berufsbilder, wie die der Lotsen und Koordinatoren, sinnvoll zu integrieren und zu unterstützen.

Ein Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass es keinen allgemeingültigen Übertragungspfad gibt. Abhängig von der jeweiligen NVF sind eine Vielzahl an Aspekten zu bedenken und zu bewerten,

um die Übertragung und Ausbreitung in der Fläche zu ermöglichen. Zudem sind jeweils unterschiedliche Konstellationen an Akteuren im Gesundheitswesen für eine Überführung in die Praxis zuständig. Dies ist insbesondere dann relevant, wenn Sektoren und Berufsgruppen, ggf. auch über die Grenzen der GKV-Versorgung hinaus, miteinander verzahnt werden sollen. Nur ein Teil des Regelungsbedarfs fällt bislang in die Verantwortlichkeit des G-BA und seiner Unteraus-schüsse. Auch das BMG sowie andere Akteure und Institutionen auf Bundesebene sind bislang nur selten Adressaten von IA-Empfehlungen für die Übertragung. Ähnliches gilt für VSF-Projekte, für die oftmals eine weitere Erforschung bzw. Erprobung vom IA empfohlen wird, bevor eine Entscheidung darüber getroffen werden kann, wie die Erkenntnisse und ggf. Maßnahmen in die Regelversorgung übertragen werden können.

Auffallend ist auch, dass die Projektverantwortlichen großes Gewicht auf die Fortsetzung des eigenen Projekts legen, obwohl dies nicht im Rahmen der Förderung des Innovationsfonds vorgesehen ist. Hier zeigen sich vor allem zwei Pfade: Zum einen werden Selektivverträge geschlossen, die häufig trotz veränderter Bedingungen (vor allem trotz des Endes der Förderung durch den Innovationsfonds) auf den Erfahrungen des Vertrags während der Förderlaufzeit aufbauen. Zum anderen werden länderspezifische Wege zur Übertragung bzw. Fortführung der Projekte beschrrieben. Diese Lösungen sind jedoch nur zum Teil auf Dauer angelegt. In einigen Fällen wurden nur befristete Zwischenlösungen gefunden, die zum Teil Modellcharakter haben, d. h. eine weitere Erprobung ermöglichen. Zum Berichtszeitpunkt ist noch nicht bewertbar, wie diese unabhängig von den IA-Empfehlungen durch die Projektverantwortlichen initiierten Aktivitäten mit Blick auf das Ziel des Innovationfonds – die dauerhafte und evidenzbasierte Weiterentwicklung der GKV-Versorgung – verhalten. Aus Sicht des Evaluationsteams kann sich einerseits das hiermit eng verbundene generelle Engagement der Projektverantwortlichen (z. B. Publikationen, Vorträge und Vernetzung) positiv auf die Implementierung von Maßnahmen in der Fläche auswirken. Andererseits ist nicht auszuschließen, dass die projektbezogene Fortsetzung im Widerspruch zu einem ggf. negativen Beschluss des IA stehen könnte.

8 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

In diesem Kapitel werden sämtliche Befunde der Evaluation hinsichtlich der Leitfrage bewertet, „ob der Innovationsfonds grundsätzlich ein geeignetes Instrument darstellt, um zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung beizutragen“¹²⁴. Bewertet werden auch die im Begründungstext zum GKV-VSG genannten Fragen:

1. Sind die Förderstrukturen effektiv?
2. Ist eine sinnvolle Themenauswahl erfolgt?
3. Ist das Zusammenspiel der Gremien effektiv?
4. Ist der Innovationsfonds richtig organisiert?
5. Die wissenschaftliche Auswertung umfasst auch die Prüfung der wirtschaftlichen und sparsamen Verwendung der Mittel durch den Innovationsfonds.¹²⁵

Aus den Evaluationsergebnissen lassen sich Schlussfolgerungen und Empfehlungen für mögliche Weiterentwicklungen des Innovationsfonds ableiten, die im Folgenden erläutert werden. Diese beschränken sich nicht auf die Beantwortung der o. g. Fragen, sondern nehmen auch die Ziele des Innovationsfonds in den Blick.

8.1 Bisherige Zielerreichung des Innovationsfonds

Insgesamt zeigen die Befunde der Evaluation ein positives Bild des Entwicklungsstandes des Innovationsfonds und ein hohes Potenzial des Fonds zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung. Die Förderstrukturen und die Zusammenarbeit der Gremien haben sich als leistungsfähig und effektiv bewährt. Die Verwendung der Mittel ist budgetkonform; die Steigerung der Verwaltungskosten ist durch die wachsende Zahl der laufenden Projekte begründet und angemessen. Die Förderangebote sind umfangreich, zielgerichtet und bilden wesentliche Versorgungsbedarfe im Gesundheitswesen ab. Die Themenschwerpunkte basieren inzwischen auf einem offenen Konsultationsverfahren für Stakeholder. Zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens – darunter Leistungserbringer, Forschungseinrichtungen und Krankenkassen – arbeiten in neuen Konstellationen zusammen, um gemeinsam innovative Versorgungsformen zu erproben und wissenschaftliche Erkenntnisse zu erarbeiten. Nach Einschätzung des Evaluationsteams stärkt diese Zusammenarbeit auch das generelle Innovationsgeschehen im Gesundheitswesen. Die strukturierte Dokumentation, Auswertung und Transparenz der Projektergebnisse (einschließlich der in den Projekten entwickelten Instrumente) sind wichtige Voraussetzungen dafür, dass die Ergebnisse in der Fläche eine Wirkung entfalten können.

Auf Grundlage aller Befunde kann eine Fortführung des Innovationsfonds über das Jahr 2024 hinaus empfohlen werden. Für eine unbefristete Fortführung spricht darüber hinaus, dass davon auszugehen ist, dass sich das Gesundheitssystem in den kommenden Jahren fortgesetzt neuen Veränderungen stellen muss, etwa den Folgen der demografischen Entwicklung oder der fortschreitenden Digitalisierung. Die sich daraus ergebenden Herausforderungen und Möglichkeiten

¹²⁴ Bundesministerium für Gesundheit (2017): Leistungsbeschreibung für den Dienstleistungsauftrag „Wissenschaftliche Auswertung der Förderung aus dem Innovationsfonds gem. § 92a Abs. 5 SGB V“, S. 4.

¹²⁵ Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG), BtDrs: 18/4095.

zur Weiterentwicklung und Verbesserung sollten im Interesse des Patientenwohls und der Wirtschaftlichkeit genutzt werden. Der Innovationsfonds ermöglicht eine interdisziplinäre, interprofessionelle, herstellerunabhängige und strukturierte Innovationsförderung. Diese Innovationsförderung, die auf Priorisierung von Erkenntnisinteressen, umfassender Evidenzgenerierung und direktem Umsetzungsbezug beruht, ist in dieser Form und Größenordnung bislang einzigartig im deutschen Gesundheitswesen. Mit diesen Alleinstellungsmerkmalen kann der Fonds einen wichtigen Beitrag zur Zukunftsfestigkeit der GKV leisten. Sein Auftrag ist nicht auf eine aktuelle Problemlage oder einen abschließenden Erkenntnisgewinn gerichtet, sondern als permanente, langfristige Aufgabe und als kontinuierlicher Lernprozess angelegt.

Empfehlung zur Fortführung des Innovationsfonds

Der Innovationsfonds sollte über das Jahr 2024 hinaus unbefristet fortgeführt werden.

Vor diesem Hintergrund ist die Leitfrage der Evaluation „[Ist] der Innovationsfonds grundsätzlich ein geeignetes Instrument [...], um zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung beizutragen?“ mit Ja zu beantworten. Die Zielerfüllung einer qualitativen Weiterentwicklung der GKV-Versorgung ist zum Berichtszeitpunkt allerdings noch nicht abschließend zu bewerten, weil erst ein geringer Anteil der Projekte abgeschlossen wurde. Allerdings haben erste Ansätze aus den Projekten zum Berichtszeitpunkt bereits einen Niederschlag in der Versorgung gefunden. Wichtig ist, die Umsetzung von Empfehlungen und ihre Auswirkungen auf die Versorgung weiter zu beobachten. Es wird daher empfohlen, die Fortführung des Innovationfonds an eine kontinuierliche Überprüfung seiner Zielerfüllung zu knüpfen und als Instrument der Innovationsförderung an neue Entwicklungen und Bedarfe anzupassen.

Empfehlung zur zukünftigen Evaluation des Innovationsfonds

Die Evaluation des Innovationsfonds sollte weiter fortgesetzt werden, um seine Zielerreichung und Wirkung auf die Versorgung kontinuierlich zu überprüfen. Das Förderinstrument Innovationsfonds sollte dementsprechend an neue Erkenntnisse angepasst werden.

8.2 Organisation und Finanzierung

Aufbauorganisation

Für den Innovationsfonds wurde basierend auf den gesetzlichen Regelungen zur Durchführung der Förderung eine Organisationsstruktur geschaffen, die entscheidend zur Effektivität der Prozesse beiträgt. Die gegenwärtige Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen Gremien des Fonds (Innovations-, Arbeits-, Finanzausschuss) sowie zwischen diesen Gremien und der GS ist als sachgerecht und leistungsfähig zu bezeichnen. Vor diesem Hintergrund sind die beiden an die Evalua-

tion gerichteten Fragestellungen aus dem Begründungstext zum GKV-VSG „Ist das Zusammenspiel der Gremien effektiv?“ und „Ist der Innovationsfonds richtig organisiert?“ mit Ja zu beantworten. Jedoch sollte geprüft werden, ob weitere Aufgaben vom AA auf die GS übertragen werden können, um die Arbeitseffizienz vor dem Hintergrund der wachsenden Anzahl laufender und zum Abschluss kommender Projekte weiter zu erhöhen. Positive Auswirkungen auf eine erfolgreiche Umsetzung der Projekte sind von der stärkeren fachlichen Beratung der Antragsteller und Förderempfänger durch die GS bzw. den PT zu erwarten.

Die Schaffung eines Expertenpools von zurzeit ca. 120 Expertinnen und Experten und die damit verbundene Ausweitung der wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Expertise bei der Begutachtung von Ideenskizzen und Anträgen sind grundsätzlich positiv zu bewerten. Der Pool ermöglicht eine adäquate Begutachtung der Förderanträge in ihrer gesamten fachlichen Breite und stärkt die Praxisorientierung der Förderung. Kritisch zu hinterfragen ist die gegenwärtige Umsetzung der Regelung. Der Pool ist sehr heterogen besetzt, die Qualität der Begutachtungen wird von den Befragten als unterschiedlich wahrgenommen. Die Empfehlungen der Expertinnen und Experten weichen häufig voneinander ab, was bei Förderentscheidungen durchaus mit einem fachlichen Mehrwert verbunden sein kann, andererseits aber auch zu einem hohen Diskussionsbedarf bei der Entscheidungsfindung führt. Empfohlen werden daher

- die Optimierung des standardisierten Bewertungssystems für die Begutachtung von Ideenskizzen und Anträgen, verbunden mit der Möglichkeit, die Gutachterinnen und Gutachter mit der Bewertung spezieller Aspekte der Anträge zu beauftragen (entsprechend ihrer jeweiligen Fachkenntnis)
- eine intensivere Vermittlung des Bewertungssystems an die Expertinnen und Experten im Rahmen von geeigneten Informationsangeboten, z. B. Veranstaltungen, um ein gemeinsames Verständnis des Bewertungssystems zu bewirken,
- der Ausbau qualitätssichernder Maßnahmen bei der Besetzung des Pools (z. B. Evaluation der Aufnahmevoraussetzungen, Verringerung der Fluktuation).

Insgesamt ist mit diesen Maßnahmen eine intensivere Steuerung des Expertenpools und seiner Aufgaben durch die GS verbunden.

Die namentliche Veröffentlichung der benannten Expertinnen und Experten auf der Website des IA kann zur Sichtbarkeit ihrer Rolle und zur Transparenz des Begutachtungsverfahrens beitragen.

Empfehlungen zur Organisation und zum Expertenpool

Die Übertragung weiterer Aufgaben bzw. Befugnisse vom Arbeitsausschuss auf die Geschäftsstelle sollte geprüft werden.

Die namentliche Veröffentlichung der Expertinnen und Experten des Pools wird im Sinne der Sichtbarkeit und Transparenz empfohlen. Es sollte außerdem eine intensivere Steuerung des Expertenpools und seiner Aufgaben durch die Geschäftsstelle erfolgen, z. B. mithilfe folgender Maßnahmen:

- Optimierung der Vermittlung des standardisierten Bewertungssystems und der Anforderungen an die Begutachtung für Ideenskizzen und Anträge
- ggf. Beauftragung der Gutachter mit der Bewertung spezieller Aspekte der Förderanträge
- Ausbau qualitätssichernder Maßnahmen bei der Besetzung des Pools (z. B. Evaluation der Aufnahmevoraussetzungen, Verringerung der Fluktuation)

Finanzierung

Bezüglich des Fördervolumens und seiner Verteilung auf die beiden Förderlinien des Innovationsfonds wurden im Zuge des DVG zwei Anpassungen vorgenommen. Zum einen wurde die insgesamt zur Verfügung stehende jährliche Fördersumme von 300 auf 200 Mio. € reduziert; zum anderen verringerte sich der VSF-Anteil von 25 auf 20 % zugunsten der NVF.

Bezüglich der Verwaltungskosten des Fonds (2020: 4,8 % des jährlichen Fördervolumens von 200 Mio. €) ist von einer sparsamen Verwendung der Mittel auszugehen; Erfahrungswerte aus anderen Förderprogrammen bestätigen dies. Auch ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass alle Projektanträge explizit auf ihre Wirtschaftlichkeit und die Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen hin geprüft werden. Von der laut dem Begründungstext zum GKV-VSG zu prüfenden „wirtschaftlichen und sparsamen Verwendung der eingesetzten Mittel“ kann somit generell ausgegangen werden.

Eine für die Zukunft angemessene Höhe des Fördervolumens lässt sich nicht exakt bestimmen. Es sollte allerdings in Betracht gezogen werden, das Fördervolumen vorübergehend etwas nach unten anzupassen, um das Augenmerk und die Kapazitäten stärker auf Wissensmanagement-Aufgaben zu lenken, d. h. auf die Einordnung, die Systematisierung, die Nutzung und den Transfer der vorliegenden und weiter anwachsenden Projektergebnisse. Sinnvoll ist zudem eine fortlaufende Beobachtung des Weiterentwicklungspotenzials der eingehenden Projektanträge für die GKV-Versorgung. Ist hier eine Veränderung zu verzeichnen, sollte mittelfristig auch eine Anpassung der Fördervolumina ins Auge gefasst werden.

Empfehlungen zur Finanzierung

Es sollte eine laufende Überprüfung des jährlichen Fördervolumens erfolgen, mit Blick auf die systematische Verarbeitung der weiter anwachsenden Projektergebnisse und möglichen Veränderungen im Innovationsgrad der künftig eingehenden Projektanträge.

8.3 Förderprozess

Themenfindung und -auswahl für Förderbekanntmachungen

Die in den themenspezifischen Förderbekanntmachungen adressierten Themen wurden bis 2019 von den Akteuren des Innovationsfonds erarbeitet und vom IA diskutiert und ausgewählt. Seit 2020 wird diesem Prozess ein Konsultationsverfahren vorgeschaltet, in dem insbesondere Stakeholder aus dem Gesundheitswesen, die nicht im IA vertreten sind, dazu aufgefordert sind, Themen und ergänzende Förderkriterien einzubringen. Diese Erfahrungen und Bedarfe, die so an den Innovationsfonds herangetragen werden, bilden nun die Grundlage der Themenvorbereitung durch die GS und den AA. Dieser Prozess orientiert sich dadurch überwiegend an den aktuellen Bedarfen und Herausforderungen, die von den Akteuren des deutschen Gesundheitswesens gesehen werden.

Für die künftige Themenfindung und -auswahl ist eine Rückschau auf das bisher Erreichte besonders wichtig. Mit einer übergreifenden Analyse der bisherigen Projekte und ihrer Erkenntnisse könnte ein Überblick geschaffen werden, welche Themen bisher bearbeitet wurden, inwieweit zu den adressierten Themen Erkenntnisse generiert werden konnten, wo weiterhin Erkenntnislücken bestehen und wo projektübergreifende Metaanalysen Ergebnisse bündeln und zusammenführen könnten. Auf dieser Grundlage könnten gezielt Themen, die bisher „weiße Flecken“ darstellen, und Bedarfe für Anschlussprojekte identifiziert und in Förderbekanntmachungen adressiert werden.

Empfehlung zur Themenauswahl in den Förderbekanntmachungen

In der Themenauswahl sollte künftig die Anschlussfähigkeit zu bisherigen Ergebnissen des Innovationsfonds systematisch sichergestellt werden. Eine übergreifende Analyse bestehender Projekte und Ergebnisse wäre hierfür eine hilfreiche Grundlage (Kapitel 8.5). Erkenntnislücken in bereits identifizierten Themenbereichen und Bedarfe für Anschlussprojekte könnten so identifiziert und adressiert werden.

Die Evaluationsbefunde zu Zielgruppen, Konsortialpartnern und Beteiligten der Projekte weisen darauf hin, dass bestimmte Zielgruppen bzw. Akteure noch stärker bei der Förderung berücksichtigt werden sollten (Kapitel 8.4). Neben der Veröffentlichung entsprechender themenspezifischer Förderbekanntmachungen, sollte daher die Aufmerksamkeit dieser Akteure auf die Fördermög-

lichkeiten des Innovationsfonds gelenkt werden. Es wird daher empfohlen, zukünftig bei relevanten Förderbekanntmachungen eine adressatengerechte und zielgerichtete Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Veranstaltungen) durchzuführen, um bestimmte adressierte Akteure für die Förderung zu gewinnen.

Empfehlung zur Öffentlichkeitsarbeit zu Förderbekanntmachungen

Mit dem Ziel bestimmte Akteure bzw. Zielgruppen stärker in die Förderung und die Förderprojekte einzubeziehen, sollte eine adressatengerechte Öffentlichkeitsarbeit zu relevanten Förderbekanntmachungen entwickelt werden.

Zweistufiges Förderverfahren in den NVF

2020 wurde ein zweistufiges Förderverfahren für NVF eingeführt. Antragsteller reichen zunächst nur eine Ideenskizze ein, auf deren Grundlage über eine sechsmonatige Förderung einer sogenannten Konzeptionsphase entschieden wird. Diese dient der Ausarbeitung eines detaillierten Projektkonzepts inklusive vorbereitender Aufgaben wie z. B. der Gewinnung der erforderlichen Projektpartner, Entwicklung einer Projektstruktur und Kooperationsstrategie, die Vorbereitung vertraglicher Grundlagen und die Ausarbeitung eines detaillierten Evaluationskonzepts mit einer realistischen Fallzahlplanung und Rekrutierungsstrategie. Diese Phase wird intensiv beratend vom PT und der GS begleitet. Am Ende der Konzeptionsphase steht die Ausarbeitung eines Vollantrages, der die Entscheidungsgrundlage für die Projektförderung von in der Regel 20 NVF bildet.

Hintergrund der Einführung eines zweistufigen Verfahrens war zum einen der große Aufwand, der mit der Erstellung eines Vollantrags verbunden ist. Vor allem für weniger erfahrene Antragsteller, z. B. Antragsteller aus nicht wissenschaftsnahen Organisationen, bestanden Schwierigkeiten, genügend personelle und finanzielle Ressourcen für die Erstellung eines Antrags freizustellen. Für diese Akteure wurden die Zugangsbarrieren in der Antragstellung als hoch wahrgenommen und potenzielle Antragsteller haben mitunter von der Ausarbeitung eines Projektantrags abgesehen. Darüber hinaus sind vor allem die NVF zu Beginn mit verschiedenen organisatorischen Aufgaben konfrontiert, die auf die Größe der Projekte und die Anzahl der zu koordinierenden Partner zurückzuführen sind, und die den gesamten weiteren Projektablauf verzögern und beeinträchtigen können. Die Einführung der Konzeptionsphase könnte hierauf einen regulierenden Einfluss haben, weil vorbereitende Aufgaben, die vormals erst mit der Projektförderung aufgenommen wurden, nun schon in der Konzeptionsphase auf den Weg gebracht werden und dadurch Verzögerungen zum Projektbeginn vermieden werden können. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, dass die Qualität und Umsetzbarkeit der Vollanträge durch die geförderte Konzeptionsphase verbessert werden können.

Die Befragung der Teilnehmenden der ersten Konzeptionsphase zeigt, dass diese überwiegend geschätzt und für vielfältige vorbereitende Schritte genutzt wird. Auch mit der Beratung und Unterstützung durch den PT und die GS herrscht insgesamt Zufriedenheit. Zum Berichtszeitpunkt kann jedoch noch keine abschließende Bewertung des angepassten Förderverfahrens vorgenommen werden. Die Effekte auf den Zugang von nicht wissenschaftsnahen Akteuren zur Förderung sowie Auswirkungen auf die Qualität der Vollanträge und die gesamten Projektlaufzeiten der NVF

durch eine Verschiebung von vorbereitenden Aktivitäten aus der Durchführungsphase in die Konzeptionsphase lassen sich erst zukünftig beobachten und ins Verhältnis zu den Aufwänden des zweistufigen Verfahrens setzen.

Empfehlung zum zweistufigen Förderverfahren für NVF

Die Effekte des zweistufigen Förderverfahrens für NVF sollten weiter beobachtet werden. Dabei sollten insbesondere Auswirkungen auf die Projektlaufzeiten und ggf. Vorteile hinsichtlich Herausforderungen im Projektverlauf (z. B. weniger Hürden, inhaltliche Anpassungen) in den Blick genommen werden. Auch die Rolle nicht wissenschaftsnaher Organisationen in Förderprojekten könnte durch die Niedrigschwelligkeit der Ideenskizzen beeinflusst werden.

Administrative Abwicklung der Antragstellung und Förderung

Der PT und die GS unterstützen Antragsteller bei Fragen rund um die Erstellung einer Projektskizze bzw. eines Vollantrages. Neben verschiedenen Dokumenten und Leitfäden spielt vor allem der direkte Kontakt mit dem PT eine wichtige Rolle bei der Beantwortung von Fragen für die Ausarbeitung der Antragsunterlagen. Die Förderentscheidung wird vom AA unter Berücksichtigung der Kurzgutachten aus dem Expertenpool vorbereitet. Der IA trifft auf dieser Grundlage die Förderentscheidung. Die Antragsteller werden im Anschluss über positive oder negative Entscheidungen sowie Auflagen informiert. Der PT unterstützt auch bei der Bearbeitung der Auflagen, in der Konzeptionsphase und bei den administrativen Anforderungen nach Erteilung eines Förderbescheides.

Die Antragsteller und Förderempfänger schätzen den engen Kontakt zum PT. Die Beratungsleistung des PT wird positiv wahrgenommen und hat sich seit Beginn des Innovationsfonds verbessert. Beschwerden mit Hinblick auf den großen administrativen Aufwand von Änderungsanträgen sind vergleichbar mit denen anderer Forschungsförderprogramme von Bundesministerien. Lange Bearbeitungszeiten bei Änderungsanträgen lassen sich zum Teil auch auf den erhöhten Anpassungsbedarf durch die Covid-19-Pandemie zurückführen.

Für die Antragsteller ist jedoch nicht immer nachvollziehbar, wie Förderentscheidungen im IA getroffen werden. Gerade vor dem Hintergrund aufwendiger Antragsstellungsprozesse wäre eine detailliertere Begründung vor allem der negativen Bescheide vorteilhaft.

Empfehlung zur Bekanntgabe der Förderentscheidungen

Die Bescheide insbesondere für abgelehnte Förderanträge sollten um eine detailliertere Begründung der Entscheidung ergänzt werden. Dadurch werden die Förderentscheidungen für die Antragsteller transparenter und das Feedback zu den Anträgen erlaubt Lernprozesse.

Häufig befassen sich Projekte in der Durchführung mit ähnlichen Herausforderungen – z. B. ähnlichen technischen Hürden oder inhaltlich-methodischen Problemstellungen. Diese werden in der Regel individuell von den Projekten bewältigt. Austausch- und Vernetzungsformate für die Projekte können einen Beitrag leisten, von den Erfahrungswerten anderer Projekte zu profitieren.

Empfehlung zur Vernetzung der geförderten Projekte

Formate zum Austausch und zur Vernetzung zwischen Projekten mit ähnlichen Themen oder Methoden sollten regelmäßig durch die Geschäftsstelle des IA angeboten werden, um gegenseitiges Lernen zu befördern.

8.4 Themenfelder, Förderprojekte und Umsetzungsstand

Themen, Zielsetzungen und Zielgruppen der Projekte

Wichtige Hinweise auf das Potenzial zur Weiterentwicklung der Versorgung liefern die Ziele bzw. Erkenntnisinteressen der Projekte. Zwei Drittel der NVF führen u. a. digitale oder technologische Lösungen in der Versorgung ein. Fast genauso häufig geht es darum, das Zusammenspiel und die Koordination der Versorgungsakteure zu verbessern. In dieser Kombination ist ein beachtliches Weiterentwicklungspotenzial für die GKV-Versorgung zu sehen, insbesondere mit Blick auf die Digitalisierung und die Überwindung von Sektorengrenzen. Die spezifischen Ziele der Interventionen der NVF sind breit gestreut, von Verbesserungen bei der Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit bis hin zu Effizienzsteigerungen und Kostenreduktion. Die VSF-Projekte zielen ebenso auf vielfältige Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgung ab. Thematische Schwerpunkte liegen hier u. a. auf der Steuerung der Behandlung und Versorgung, dem Qualitätsmanagement sowie Diagnose-, Behandlungs- und Rehabilitationsverfahren. Ein Drittel der VSF-Projekte untersucht dabei Fragestellungen, zu denen bisher noch nicht geforscht wurde, während zwei Drittel an Forschungsergebnisse im In- und Ausland anknüpfen. Vor diesem Hintergrund ist die an die Evaluation gerichtete Frage aus dem Begründungstext zum GKV-VSG „Ist eine sinnvolle Themenauswahl erfolgt?“ mit Ja zu beantworten.

Auffällig ist jedoch, dass fast zwei Drittel der VSF-Projekte keine gesundheitsökonomischen Endpunkte betrachten, obwohl Weiterentwicklungen bei der Versorgungseffizienz ein erklärtes Ziel des Innovationsfonds darstellen. Auch fast ein Fünftel der NVF berücksichtigt keine wirtschaftlichen Endpunkte, obwohl Kosteneffekte bei der anschließenden Übertragung in die Regelversorgung ein maßgebliches Kriterium darstellen. Vor diesem Hintergrund sollte der Blick noch stärker auf die Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Untersuchungen in den Förderprojekten gerichtet werden. Geprüft werden sollte, inwieweit gesundheitsökonomische Gesichtspunkte im Rahmen der Förderkriterien und -bekanntmachungen, der Antragsausarbeitung und Projektkonzeption sowie der Förderentscheidungen noch gestärkt werden können.

Empfehlung zur Intensivierung gesundheitsökonomischer Analysen

Mit Blick auf angestrebte Weiterentwicklungen der Versorgungseffizienz und den Transfer erprobter Interventionen in die GKV-Versorgung sind gesundheitsökonomische Analysen eine wichtige Grundlage. Die stärkere Berücksichtigung von gesundheitsökonomischen Fragen sollte geprüft werden, sowohl durch die Förderempfänger bei der Antragstellung bzw. Projektkonzeption als auch durch den IA bei den Bekanntmachungen und Förderentscheidungen.

Das themenoffene Fördersegment bietet die Möglichkeit Projektanträge außerhalb der vorgegebenen Themenfelder zu entwickeln und zu fördern, die aus Versorgungsgesichtspunkten von besonderer Relevanz sind. Der themenoffene Förderbereich ist insgesamt seit 2018 und beschleunigt seit 2020 zurückgegangen. Letzteres ist im Zusammenhang mit der durch das DVG eingeführten Höchstgrenze von 20 % der Mittel für themenoffene Förderung sowie die generelle Reduktion der Mittel des Fonds zu sehen. Die Höchstgrenze von 20 % bei der jährlichen Mittelverwendung könnte vor diesem Hintergrund durch eine Spanne, z. B. von 15 bis 25 % ersetzt werden. Dies erlaubt mehr Flexibilität bei den Förderentscheidungen, stellt aber gleichzeitig die notwendige thematische Steuerungsmöglichkeit für den Großteil der Fördermittel über die themenspezifische Förderung sicher.

Empfehlung zur themenoffenen Förderung (Korridor mit Obergrenze)

Die starre Höchstgrenze von 20 % für themenoffene Förderung bei der jährlichen Mittelverwendung könnte durch eine Spanne, beispielsweise von 15 bis 25 % ersetzt werden. Dies erlaubt mehr Flexibilität bei den Förderentscheidungen.

In den Projekten der beiden Förderlinien (NVF und VSF-Projekte) gibt es grundsätzlich ein breites Spektrum an behandelten Zielgruppen und Indikationen. Wenn sich die Projekte auf bestimmte Zielgruppen fokussieren, stützt sich die Zielgruppendefinition besonders häufig auf Indikationen. Daneben wird oftmals das Alter zur Eingrenzung der Zielgruppe genutzt, während weitere demografische, soziale, kulturelle oder geschlechtsbezogene Merkmale nur selten eine Rolle spielen. Die Zielgruppe der älteren Menschen wird in den Projekten überdurchschnittlich häufig adressiert. Bislang wenig adressiert werden Zielgruppen wie sozial Benachteiligte, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit Migrationshintergrund, obwohl bereits mehrere spezifische Förderbekanntmachungen zu diesen vulnerablen Zielgruppen veröffentlicht wurden. Der Fokus auf die Zielgruppe der älteren Menschen ist hinsichtlich deren hohen Bedarfs und den daraus resultierenden Kosten für das Gesundheitssystem gerechtfertigt. Es ist aber ebenfalls zu beachten, dass die bislang vernachlässigten Zielgruppen eine erhöhte Krankheitslast und Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem aufweisen können. Diese besonderen Bedarfe vulnerabler Zielgruppen sollte die Förderung verstärkt in den Blick nehmen. Weitere diesbezügliche themenspezifische Förderbekanntmachungen sind daher empfehlenswert. Mithilfe einer gezielten Ansprache von Interessenvertretungen sowie Expertinnen und Experten für vulnerable Gruppen, etwa im Rahmen der empfohlenen Öffentlichkeitsarbeit zu Förderbekanntmachungen (Kapitel 8.3), könnte eine intensivere Einbindung dieser Akteure in Förderprojekte gelingen.

Empfehlung zur gezielten Berücksichtigung vulnerabler Gruppen

Die Förderung sollte noch stärker die Weiterentwicklung der Versorgung hinsichtlich der Bedarfe vulnerabler Zielgruppen in den Blick nehmen. In Ergänzung zu weiteren entsprechenden themenspezifischen Förderbekanntmachungen ist eine gezielte Ansprache von Interessenvertretungen sowie Expertinnen und Experten für vulnerable Gruppen in Betracht zu ziehen, etwa im Rahmen der empfohlenen Öffentlichkeitsarbeit zu Förderbekanntmachungen (Kapitel 8.3).

Sektoren- und berufsgruppenübergreifende Ansätze

Die Förderung von sektorenübergreifenden Ansätzen zur Verbesserung der Versorgung wurde als explizites Ziel des Innovationsfonds formuliert. Mit Blick auf die unterschiedlichen Sektoren innerhalb der GKV-Versorgung wird in rund zwei Dritteln aller geförderten Projekte ein sektorenübergreifender Ansatz verfolgt. Die mit Abstand am häufigsten einbezogenen Versorgungsbereiche sind die ambulante ärztliche und die Krankenhausversorgung, sowohl bei den sektorenübergreifenden Projekten als auch in Projekten mit nur einem Versorgungsbereich (nicht sektorenübergreifend). Die Mehrheit der Förderprojekte beschäftigt sich also mit den Sektorengrenzen innerhalb der GKV-Versorgung und adressiert damit das o. g. Ziel des Innovationsfonds. Neben der ambulanten ärztlichen und der Krankenhausversorgung gilt es, zukünftig auch die Einbindung der weiteren GKV-Versorgungsbereiche zu intensivieren, um auch hier die Weiterentwicklungsmöglichkeiten durch den Innovationsfonds zu nutzen.

Darüber hinaus bestehen in rund einem Viertel der NVF und einem Drittel der VSF-Projekte Schnittstellen zu Versorgungsbereichen außerhalb der GKV. Schnittstellen bestehen insbesondere zur Pflege (nach SGB XI). Trotzdem sind in diesen Projekten, wie auch im Allgemeinen, Akteure anderer Sozialleistungsträger nur in Einzelfällen als Konsortialpartner beteiligt. Um im Innovationsfonds Verbesserungen an den zahlreichen Schnittstellen zu Versorgungsstrukturen außerhalb der GKV entwickeln und erproben zu können, müssten diese Bereiche bzw. Akteure noch stärker in die Projekte eingebunden werden. Die maßgeblichen Gründe für die bisher seltene Beteiligung sollten ermittelt werden (z. B. mangelnde Bekanntheit des Förderangebots, Hürden bei der Antragstellung, Finanzierungsfragen bei nicht förderfähigen Projektbestandteilen, sozialrechtliche Restriktionen). Darauf aufbauend können entsprechende Maßnahmen ergriffen werden, um eine erhöhte Beteiligung dieser Akteure zu erreichen. Es bietet sich u. a. die gezielte Ansprache der Adressaten, etwa im Rahmen der empfohlenen Öffentlichkeitsarbeit zu Förderbekanntmachungen (Kapitel 8.3), an. Auch die Konzeptionsphase für NVF könnte genutzt werden, um Kooperationslösungen mit Partnern aus anderen Sozialleistungsbereichen für die Projekte zu entwickeln.

Auch die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ist ein Teilziel des Innovationsfonds und als Strategie zur Verbesserung der Versorgung formuliert. Hinsichtlich der einbezogenen Berufsgruppen zeigt sich, dass im Gegensatz zur Ärzteschaft die nicht akademischen Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen tätig sind (insb. Pflege, Heilberufe, Medizinische Fachfachangestellte), bisher nicht entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung in den Projekten vertreten sind. Die Beteiligung dieser bisher wenig eingebundenen Berufsgruppen könnte noch stärker in den Fokus genommen werden, ähnlich wie dies bei der Patientenbeteiligung geschieht.

Empfehlung zur Beteiligung von Akteuren außerhalb des SGB V

Für die Überwindung von Sektorengrenzen zu Versorgungsbereichen außerhalb des SGB V, sollten Akteure aus diesen Bereichen häufiger in die Förderprojekte einbezogen werden. Hierzu sollten zunächst die Gründe für die bisher seltene Beteiligung ermittelt werden. Anschließend können Maßnahmen ergriffen werden, beispielsweise im Rahmen der empfohlenen Öffentlichkeitsarbeit zu Förderbekanntmachungen (Kapitel 8.3).

Patientenorientierung

Patientenorganisationen sind in rund einem Viertel aller Projekte in den Konsortien vertreten. Mit Blick auf die sonstige Patientennähe der Projekte, im Sinne der Einbindung von Patientenorganisationen bzw. der Patientenperspektive auf andere Art, zeigt sich von 2016 bis 2021 bei den NVF ein positiver Trend. Positiv zu bewerten ist auch, dass patientenrelevante Endpunkte – im Sinne des Patientennutzens – in der Regel sowohl in den Zielsetzungen der Projekte als auch bei deren Evaluation berücksichtigt werden. 2021 wurde die geforderte Patientenbeteiligung in den Förderbekanntmachungen umfassender beschrieben und nochmals stärker betont. Die Beteiligungskonzepte müssen dargelegt und begründet werden. Der IA berücksichtigt die Patientenbeteiligung demzufolge regelhaft projektspezifisch, was angemessen ist, um die Patientennähe sicherzustellen. Es wird empfohlen die Patientenorientierung des Innovationsfonds weiter zu stärken und zu beobachten. Patientenorientierung bzw. -beteiligung sollte in angemessener Form in den Förderprojekten sichergestellt werden. Abgeschlossene oder laufende Förderprojekte verfügen über entsprechende Erfahrungen und Gute-Praxis-Beispiele, die genutzt werden sollten. Eine Systematisierung der bisherigen Strategien könnte hilfreich sein, um sie bei zukünftigen Projektkonzeptionen verwenden zu können.

Empfehlung zur Intensivierung der Patientenbeteiligung

Die Patientenorientierung des Innovationsfonds sollte weiter beobachtet und mithilfe angemessener Beteiligungsformen in den Förderprojekten bestmöglich sichergestellt werden. Die Erfahrungen und Gute-Praxis-Beispiele aus bisherigen Förderprojekten sollten hierbei genutzt werden, wofür eine Systematisierung der bisherigen Strategien hilfreich sein könnte.

8.5 Ergebnisse der Projekte und Transfer in die GKV-Versorgung

Bislang gibt es nur begrenzte Erfahrungen zur Übertragung von Projektergebnissen in die GKV-Versorgung. Die folgenden Empfehlungen stützen sich insbesondere auf die Ergebnisse der Befragungen zu den Transferchancen der Projekte und der Auswertung ausgewählter Projekte innerhalb von drei Themenclustern. Für letztere liegen zum Teil schon Empfehlungen und erste Beispiele für einen Transfer vor (Kapitel 7). Dazu gehören regulatorische Anpassungen bzw. Erstellung von verbindlichen Richtlinien des G-BA und die Schaffung von Finanzierungslösungen durch

einzelne Bundesländer. Auch in der VSF gibt es Beispiele von Projekten, deren Ergebnisse bereits über den Rahmen des einzelnen Projekts hinaus genutzt werden können.

Die Vielzahl der Akteure, an die Empfehlungen des IA adressiert werden, zeigt, wie vielfältig die Transferwege von Projektergebnissen sind. Regelungsbedarf entsteht dabei insbesondere durch die Notwendigkeit der Finanzierung bzw. Abrechenbarkeit neuer Maßnahmen, für die je nach Zuständigkeit unterschiedliche Lösungen gefunden werden müssen. Prinzipiell kann bei Projekten, die die Koordination verschiedener Versorgungsbereiche zum Ziel haben, der Regelungsbedarf komplex sein, insbesondere, wenn dieser außerhalb der Zuständigkeit der Selbstverwaltung liegt. In solchen Fällen ist zu prüfen, ob das Schnittstellenmanagement oder die Schaffung neuer Leistungsansprüche und Finanzierungsgrundlagen durch übergreifende rechtliche Regelungen auf Bundes- oder Landesebene für eine Überführung in die Regelversorgung erforderlich sind.

Bisher gibt es keine Möglichkeit, die Umsetzung von Empfehlungen des IA systematisch nachzuvollziehen. Für den Nachweis der Zielerreichung des Innovationsfonds – die Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten in der GKV – ist es aber notwendig zu beobachten, welche Maßnahmen auf Grundlage der IA-Empfehlungen von den Adressaten ergriffen werden, um eine dauerhafte Überführung in die Regelversorgung zu erreichen.

Empfehlung zur Rolle des IA in der Überführung in die GKV-Versorgung

Der IA sollte die Bearbeitung seiner Empfehlungen durch die von ihm benannten Akteure systematisch erfassen und transparent machen. Voraussetzung dafür ist, dass die Adressaten der Empfehlungen den IA über die Befassung und ggf. Umsetzung informieren.

Einen Schwerpunkt legen Projektverantwortliche gegen Ende der Förderlaufzeit häufig auf die Schaffung von Finanzierungslösungen für die Fortführung ihres Projekts. Hierzu wurden bisher insbesondere selektivvertragliche Lösungen entwickelt. Diese Verträge haben zum Teil das Potenzial, von anderen Institutionen genutzt zu werden. Das Gleiche gilt für andere Arten von Verträgen, wie etwa die PIA-Ergänzungsvereinbarung oder Qualitätsverträge, die in einzelnen Projekten als Verstetigungsoption zumindest angedacht waren. Zudem können erfolgreiche Projekte Vorbildfunktion für eine Implementierung andernorts haben und Informationen und Erkenntnisse vermitteln, die eine Übertragung in die Fläche unterstützen können. Allerdings werden durch Selektivverträge zunächst nur Lösungen für die Patientinnen und Patienten der teilnehmenden Krankenkassen geschaffen. Sie sind so gesehen nicht Bestandteil der flächendeckenden Regelversorgung. Das Gleiche gilt für befristete länderspezifische Finanzierungslösungen sowie Maßnahmen zur Fortführung, die wiederum nur Modellcharakter haben.

In manchen Themenfeldern wurde bereits eine ganze Reihe an Projekten gefördert, die in ihrer Thematik, Ausrichtung und Zielsetzung ähnlich verfasst sind. Unabhängig von der Bewertung der einzelnen Projekt- und Evaluationsergebnisse ergibt sich die Frage, wie die erarbeiteten Ergebnisse in ihrer Gesamtheit zukünftig am besten genutzt werden können. Positiv zu bewerten ist, dass der IA bereits die Projektergebnisse und Empfehlungen zu allen abgeschlossenen Projekten auf seiner Website veröffentlicht. Bislang gibt es jedoch keine Möglichkeit, die Ergebnisse in ihrer Gesamtheit für ein Themenfeld zu betrachten. Eine Möglichkeit wäre, ausgewählte Themen vor

einem Fachpublikum vorstellen zu lassen und zur Diskussion zu stellen, etwa im Rahmen von themenspezifischen Symposien oder anderen Fachveranstaltungen.¹²⁶

Empfehlung zur weiteren Verbreitung der Projekterkenntnisse

Der IA sollte Möglichkeiten prüfen, wie die in den Projekten erarbeiteten Erkenntnisse themenspezifisch einem weiteren Fachpublikum zur Verfügung gestellt werden können. Dies könnte beispielsweise durch die Organisation von Symposien zu ausgewählten Themenschwerpunkten stattfinden.

In Gesprächen mit Projektverantwortlichen und Stakeholdern wurde mehrfach vorgeschlagen, die Ergebnisse innerhalb ausgewählter Themenfelder zu synthetisieren und gemeinsam auszuwerten, um auf dieser Basis weitere Evidenz für bestimmte innovative Versorgungsformen zu schaffen (z. B. Lotsenprojekte) und um implementierungsrelevantes Wissen zu verbreiten. In den Evaluations- und Ergebnisberichten der Projekte (insbesondere NVF) sind vielfach Barrieren und Erfolgsfaktoren für die Implementierung analysiert und dargestellt worden. Diese Ergebnisse sind zwar bereits veröffentlicht (auf der Website des IA), jedoch nicht in gebündelter, leicht zugänglicher Form. Idealerweise würden diese Informationen so aufbereitet werden, dass sie für eine zukünftige Implementierung genutzt werden können, sofern eine Empfehlung des IA für die Überführung in die Regelversorgung vorliegt.

Gleichzeitig könnte eine gemeinsame Auswertung sicherstellen, dass weitere Erprobungs- bzw. Forschungsbedarfe für die Förderung im Innovationsfonds gezielt identifiziert bzw. auch ausgeschlossen werden können. Eine themenfeldspezifische Auswertung kann somit sowohl Wissenslücken aufzeigen als auch zu dem Ergebnis kommen, dass in einem Feld kein weiterer Erkenntnis- und Förderungsbedarf besteht. Aufgrund des Aufwands sollten übergreifende themenbezogene Auswertungen nicht für alle geförderten Themen bzw. Projekte erfolgen, sondern eine Schwerpunktsetzung ist erforderlich.

Empfehlung zur weiteren Nutzung der Projektergebnisse

Der IA sollte die gewonnenen Erkenntnisse in ausgewählten Themenfeldern auswerten und diese Auswertung nutzen, um weitere Erprobungs- bzw. Forschungsbedarfe zu identifizieren bzw. ein Themenfeld als hinreichend erforscht zu bewerten. Dieses Wissen sollte bei der Entwicklung neuer Förderbekanntmachungen genutzt werden (Kapitel 8.3). Themenspezifische Auswertung könnten zudem genutzt werden, um implementierungsrelevantes Wissen aufzubereiten und für die zukünftige Implementierung zu erschließen.

¹²⁶ Ein Beispiel ist die BMC-Fachtagung „Innovationsfonds – was wird aus den Ergebnissen?“ am 29.09.2021. <https://www.bmcev.de/anmeldung-eroeffnet-bmc-fachtagung-innovationsfonds-was-wird-aus-den-ergebnissen-am-29-september-2021/>, zuletzt abgerufen am 13.12.2021.

9 Literatur und Quellen

Balzer, Katrin et al. (2013): Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln.

Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG) vom 22. Juli 2008 (GVBl. S. 429, BayRS 215-5-1-I), das zuletzt durch § 1 Abs. 167 der Verordnung vom 26. März 2019 (GVBl. S. 98) geändert worden ist. <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayRDG>, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG), BtDrs: 19/23483.

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Zentrums-Regelungen: COVID-19-Epidemie – Basisjahr Fallzahlen und Fristverlängerung IDV-Zentren vom 16. Dezember 2021. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5210/2021-12-16_Zentrums-Regelungen_COVID-KH-Zentren-Fallzahlen_IDV-Zentren.pdf, zuletzt abgerufen am 18.02.2022.

Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt Land| Rettung (01NVF16004). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/75/2021-07-01_LandRettung.pdf, zuletzt abgerufen am 25.10.2021.

Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt TeleDerm (01NVF16012). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/106/2021-11-11_TeleDerm.pdf, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt Telenotarzt Bayern (01NVF16013). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/46/2020-12-18_Telenotarzt-Bayern.pdf, zuletzt abgerufen am 25.10.2021.

Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt TELnet@NRW (01NVF16010). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/57/2021-04-16_TELnet-NRW.pdf, zuletzt abgerufen am 25.10.2021.

Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt ViDiKi (01NVF16023). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/72/2021-07-01_ViDiKi.pdf, zuletzt abgerufen am 25.10.2021.

Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt AHeaD (01VSF16028). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/106/2021-11-11_AHeaD.pdf, zuletzt abgerufen am 25.10.2021.

ba.de/downloads/beschluss-dokumente/65/2021-06-04_AHead.pdf. zuletzt abgerufen am 14.10.2021.

Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt Homern (01VSF16055). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/82/2021-07-01_Homern.pdf. zuletzt abgerufen am 14.10.2021.

Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt MVP-STAT (01VSF16039). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/84/2021-07-01_MVP-STAT.pdf. zuletzt abgerufen am 14.10.2021.

Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt HIOPP-3-iTBX (01VSF16017). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/116/2021-12-14_HIOPP-3-iTBX.pdf, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

Betz, Ulrich et al. (2021): The PROMISE study protocol: a multicentre perspective study of process optimization with interdisciplinary and cross-sector care for German patients receiving hip and knee endoprostheses. *Acta Orthopaedica* 92 (2): 156-162.

Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) (2021): Jährliche Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds. https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/20210614UEbersicht_Endgueltige_RE2016-2020.pdf, zuletzt abgerufen am 13.01.2022.

Bundesärztekammer (2020): Musterfortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Rheumatologie“. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Musterfortbildungscurriculum_MFA_Rheumatologie.pdf, zuletzt abgerufen am 12.10.2021.

Bundesministerium der Finanzen (BMF). Bundeshaushaltsplan 2020. Einzelplan 30. Bundesministerium für Bildung und Forschung, S. 82-83, https://www.bundeshaushalt.de/fileadmin/de.bundeshaushalt/content_de/dokumente/2020/soll/epl30.pdf, zuletzt abgerufen am 18.10.2021.

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Leistungsbeschreibung für den Dienstleistungsauftrag: „Wissenschaftliche Auswertung der Förderung aus dem Innovationsfonds gem. § 92a Abs. 5 SGB V“.

Bundesministerium für Gesundheit. FUTURE International UZB. <https://ghpp.de/de/projekte/future-international-uzb/>, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

Bundesverband Managed Care e.V. (2020): Stellungnahme des Bundesverbands Managed Care e. V. zu den im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) genannten erweiterten Möglichkeiten für Selektivverträge. <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2020-08-25-BMC-Stellungnahme-GPVG.pdf>. zuletzt abgerufen am 26.10.2021.

COVID-19: Telemedizinische Versorgung von Intensivpatienten per Visitenroboter. https://www.charite.de/klinikum/themen_klinikum/covid_19_telemedizinische_versorgung_von_intensivpatienten_per_visitenroboter/, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hrsg.). ICD-10-GM Version 2020. Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision, German Modification), <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

Dohmen, Sandra et. al. (2021): Qualitätssteigerung in der Intensivmedizin durch Telemedizin. Beispiel TELnet@NRW. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 56(1): 52-59.

Dreher, Matthias; Schwarting, Andreas (2018): „Rheuma-VOR“: Optimierung der Versorgung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen – eine rheinland-pfälzische Proof-of-Concept-Studie. *Ärzteblatt Rheinland-Pfalz* 12/2018, S. 20-21.

Fassmer, Alexander Maximilian; Pulst, Alexandra (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern: Häufigkeit, Ursachen und Entwickeln einer Intervention zur Verbesserung der Versorgung.“ https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/abschluss-dokumente/83/2021-07-01_Homern_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

Frielitz, Fabian-Simon et al. (2019): Die Erstellung eines Datenschutzkonzeptes. Eine Anleitung für telemedizinische Versorgungsprojekte. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 62(4): 479-85.

Frielitz, Fabian-Simon et al. (2020): Assessing the benefits and challenges of video consultations for the treatment of children with type 1 diabetes – A qualitative study among diabetes professionals. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* Nov. 2021, 129(11): 831-836. DOI: 10.1055/a-1149-8814. Epub 07.05.2020.

G-BA (04.01.2021): Leitfaden für die Erstellung von Vollanträgen zu der Förderbekanntmachung zur themenspezifischen und themenoffenen Förderung von neuen Versorgungsformen gemäß § 92a Absatz 1 SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Anlage LF K zum Förderbescheid.

Gesetz vom 16.07.2015 – Bundesgesetzblatt Teil I 2015 Nr. 30 22.07.2015 S. 1.211. In Kraft getreten am 23.07.2015.

Graf, Klaus (o. D.): Ergebnisbericht zu Projekt „Pilotprojekt zur telemedizinischen Unterstützung der Notfallversorgung im Rettungsdienst einer ländlich strukturierten Region (Telenotarzt Bayern).“ https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/abschluss-dokumente/47/2020-12-18_Telenotarzt-Bayern_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

Grasemann, Corinna et al. (2020): Ein strukturierter Versorgungspfad von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin für Jugendliche und junge Erwachsene mit einer seltenen Erkrankung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. <https://doi.org/10.1007/s00112-020-00929-5>, zuletzt abgerufen am 13.10.2021.

Günther, J. et al. (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Zukunftsfeste notfallmedizinische Neuausrichtung eines Landkreises (Land| Rettung)“. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/76/2021-07-01_LandRettung_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

Hahnenkamp, Klaus et. al. (2021): Notfallversorgung auf dem Land. Ergebnisse des Pilotprojektes "Land| Rettung", Berlin.

Hecken, Josef (2021): Der Innovationsfonds – Eine Zwischenbilanz aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses. Gesundheits- und Sozialpolitik, 75(3): 18-14.

Henning, Esther et. al. (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Künftige Aufgabenteilung von Pflegefachpersonen und Hausärzten in der ambulanten Demenzversorgung: Aufgaben, Akzeptanz, Qualifikation“, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/66/2021-06-04_AHeaD_Ergebnisbericht.pdf., zuletzt abgerufen am: 21.10.2021.

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (2021): Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur themenoffenen Förderung von neuen Versorgungsformen gemäß § 92a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (zweistufiges Verfahren) Vom 17. März 2021. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/245/2021-03-17_Foerderbekanntmachung_NVF_themenoffen_2021.pdf, zuletzt abgerufen am 29.11.2021.

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (2021): FAQ-Liste zu den Förderbekanntmachungen vom 17. März 2021. <https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/249/2021-03-17-FAQ.pdf>, zuletzt abgerufen am 29.11.2021.

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (2020): Bekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss über die Einreichung von Vorschlägen für Mitglieder des Expertenpools gemäß § 92b Absatz 6 Satz 3 SGB V i. V. m. § 15 Absatz 3 GO IA. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/185/2020-02-17_Bekanntmachung_Einreichung_Expertenpool_2020.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Allgemeine Nebenbestimmungen (ANBest-IF) (Stand: Dezember 2019), https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/206/2020-06-26_ANBest-IF.pdf, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Geschäftsordnung des Innovationsausschusses nach § 92b SGB V (GO IA) in der Fassung vom 15. Oktober 2015, in Kraft getreten am 26. November 2015, zuletzt geändert am 17. Februar 2020, in Kraft getreten am 8. April 2020, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/195/Geschaeftsordnung_Innovationsausschuss_2020-04-08.pdf, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Präsentationen der Web-Seminare zur Förderung von Versorgungsforschung und von neuen Versorgungsformen.

Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Verfahrensordnung des Innovationsausschusses nach § 92b SGB V (VerfO IA) in der Fassung vom 27. November 2015, in Kraft getreten am 14. Dezember 2015, zuletzt geändert am 17. Februar 2020, in Kraft getreten am 8.

April 2020, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/196/Verfahrensordnung_Innovationsausschuss_2020-04-08.pdf, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Allgemeine Methoden: Version 6.0, Köln 2020, abrufbar unter https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_version-6-0.pdf, zuletzt abgerufen am 24.11.2021.

Koncz, Viola et al. (2019): Telenotarzt – Neues Versorgungskonzept in der Notfallmedizin. Unfallchirurg 122(9): 683-689.

Krause, Olaf; Junius-Walker, Ulrike; Wiese, Birgitt (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „HIOPP-3-iTBX – Angemessene und sichere Medikation für Heimbewohner/innen mit Hilfe einer interprofessionellen Toolbox (AMTS-Toolbox)“, S. 1. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschlussdokumente/117/2021-12-14_HIOPP-3-iTBX_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 14.12.2021.

Kuntosch, Julia et. al. (2021): Das Telenotarzt-System als Innovation im Rettungsdienst. Potenzialbewertung durch Mitarbeiter deutscher Einsatzleitstellen. Gesundheitswesen 83(19): 860-866.

Lambert, Martin et al. (2020): Study protocol for a randomised controlled trial evaluating an evidence-based, stepped and coordinated care service model for mental disorders (RECOVER). BMJ Open 10:e036021. <http://doi:10.1136/bmjopen-2019-036021>, zuletzt abgerufen am 13.10.2021.

Marx, Gernot (2017): Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Gesundheitsstruktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Versorgung. TELnet@NRW. In: Amelung, Volker Eric et al. (Hrsg.): Innovationsfonds – Impulse für das deutsche Gesundheitswesen. Berlin, S. 210-217.

Marx, Gernot (o. D.): Ergebnisbericht zu Projekt „Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Gesundheitsstruktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Versorgung (TELnet@NRW).“ https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/58/2021-04-16_TELnet-NRW_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

Metelmann, B. et al. (2019): Anstieg der Laienreanimationsrate in Deutschland geht mit vermehrter Telefonreanimation einher. Notarzt. 35(6): 323-328.

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren Schleswig-Holstein. Vidiki 2.0: Land stellt Mittel bereit. https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Presse/PI/2020/200625_VIII_VSF_Diabetes_Vidiki2.html, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

Paul, Nicolas et al. und das ERIC-Konsortium (2021): Blended-Learning-Konzepte in der Intensivmedizin am Beispiel des ERIC-Trainings. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 56(1): 29-40.

Polanc, A. et. al. (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung – eine kontrollierte Studie mit quantitativ-qualitativer Prozessevaluation (TeleDerm).“ https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/107/2021-11-11_TeleDerm_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 30.11.2021.

Rettungsdienstgesetz Mecklenburg-Vorpommern (RDG M-V) vom 9. Februar 2015
<https://www.landesrecht-mv.de/bsmv/document/jlr-RettDGMV2015rahmen> zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

Richter, Simone et al. (2020): People with multimorbidity in outpatient care: patient-focused and needs-oriented healthcare management (MamBo) – protocol for a multiperspective evaluation study. *BMC Health Services Research*, <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05178-6>, zuletzt abgerufen am 13.10.2021.

Rosenow, Felix et al. (2018): Tele-EEG. Aktuelle Anwendungen, Hindernisse und technische Lösungen. *Klinische Neurophysiologie* 49(04): 208-215.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021): Digitalisierung für Gesundheit: Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems, Gutachten 2021, S. XXIII.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf, zuletzt abgerufen am 20.10. 2021. S. 363.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009.

Schulz, Maike et al. (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen (MVP-STAT)“. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/85/2021-07-01_MVP-STAT_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

von Sengbusch, Simone (o. D.): Ergebnisbericht zum Projekt „Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche (ViDiKi)“. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/73/2021-07-01_ViDiKi_Ergebnisbericht.pdf, zuletzt abgerufen am 13.10.2021.

von Sengbusch, Simone et al. (2020): Outcomes of monthly video consultations as an add-on to regular care for children with type 1 diabetes: a 6-month quasi-randomized clinical trial followed by an extension phase. *Pediatric Diabetes* 21(8): 1502-1515. DOI: 10.1111/pedi.13133.

Sotoodeh, Ali; Weber, Joachim E. (2019): Tele-EEG. Technik und Anwendung. *Das Neurophysiologie-Labor* 41(3): 121-141.

Statistisches Bundesamt (2021): Gesundheitspersonalrechnung 2019. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=11934720&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=97&p_ansnr=37689430&p_version=7&p_dim=D.489&p_dw=44436&p_direction=rollup, zuletzt abgerufen am 24.11.2021.

TransMIT Gesellschaft für Technologietransfer mbH (Hrsg.) (o. D.): Webseite Avenue-Pal – Projekt zur Verbesserung der Palliativversorgung. <https://www.avenue-pal.de>, zuletzt abgerufen am 13.10.2021.

Universitätsklinikum Aachen. Virtuelles Krankenhaus NRW. <https://virtuelles-krankenhaus.nrw/>, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). (o. D.): Willkommen bei RECOVER. Manuale. <https://www.recover-hamburg.de/publikationen/manuale/> zuletzt abgerufen am 14.10.2021.

Wild, Eva-Maria; Schreyögg, Jonas (2021): Kurzbericht zur Evaluation INVEST Billstedt/Horn. <https://www.hche.uni-hamburg.de/forschung/transfer/invest/2021-03-31-hche-kurzbericht-invest-evaluation.pdf>, zuletzt abgerufen am 01.12.2021.

Wissenschaftsrat (2021): Empfehlungen zur künftigen Rolle der Universitätsmedizin zwischen Wissenschafts- und Gesundheitssystem. https://www.wissenschaftsrat.de/download/2021/9192-21.pdf?__blob=publicationFile&v=7, zuletzt abgerufen am 21.10.2021.

Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung, BtDrs: 19/8500.

10 Anhang

10.1 Erhebungen

In diesem Kapitel werden die Erhebungsinstrumente der gesamten Evaluation dargestellt, einschließlich der ersten und der zweiten Phase der Evaluation (2018 bis 2021). Die Ergebnisse dieser Instrumente bilden die Grundlage für den vorliegenden Bericht.

Eine Grundlage der Evaluation bilden die Dokumenten- und Förderdatenanalysen zur Auswertung bereits vorhandener Daten- und Informationsquellen. Sie stellen u. a. den Ausgangspunkt für die Untersuchung der Struktur und Arbeitsweise des Innovationsfonds sowie seiner Gremien dar. Sie liefern einen Überblick über die Funktionsweise des Innovationsfonds sowie über die geförderten Projekte und das Fördergeschehen. Weitere Instrumente der Datenerhebung waren Online-Befragungen der Stakeholder und Förderempfänger, Interviews mit Stakeholdern, Expertinnen und Experten sowie Projektverantwortlichen.

10.1.1 Dokumentenanalyse, Literatur- und Online-Recherche

Inhalte des Instruments

Im Rahmen der Dokumentenanalyse, Literatur- und Online-Recherche wurden verschiedene Dokumente berücksichtigt:

- offizielle Dokumente zu gesetzlichen Rahmenbedingungen und Aufbau des Innovationsfonds beziehungsweise seiner Arbeitsweise (d. h. Gesetzesgrundlagen und -begründungen, Geschäfts- und Verfahrensordnungen, sowie diesbezügliche Veröffentlichungen des Innovationsausschusses)
- öffentliche Dokumente zum Fördergeschehen (d. h. Förderbekanntmachungen, Unterlagen und Leitfäden zur Antragsstellung sowie Nebenbestimmungen)
- veröffentlichte Beschlüsse des IA zur Überführung in die Regelversorgung sowie nichtöffentliche Rückmeldungen der Adressaten der Empfehlungen an den IA
- projektbezogene Veröffentlichungen, insbesondere die Projektbeschreibungen auf der Website des Innovationsfonds und die Websites der Projekte
- wissenschaftliche Publikationen über den Innovationsfonds

Die Untersuchung der offiziellen und öffentlichen Dokumente diente der Beschreibung und Analyse der Struktur und Arbeitsweise des Innovationsfonds sowie seiner Gremien, insbesondere der Darstellung des Zusammenspiels dieser in einer Gremienlandkarte. Diese wurde für die zweite Phase der Evaluation noch einmal überarbeitet und ergänzt. Die Auswertung der Projektbeschreibungen bildete gemeinsam mit den Förderdaten die Grundlage für die Projektdatenbank. In der ersten Phase der Evaluation wurden zusätzlich auch projektbezogene interne Dokumente ausgewertet, darunter die verfügbaren Projektzwischenberichte und Veranstaltungsposter, die über die Projekte informierten.

In der zweiten Phase der Evaluation wurden zusätzlich die Beschlüsse des IA zur Überführung in die Regelversorgung analysiert, um Erkenntnisse über die Transferchancen und -wege zu gewinnen. Auch die Websites ausgewählter Projekte (der Transfer-Fokusthemen) wurden danach untersucht, welche analogen und digitalen Lösungen in den Projekten entwickelt und dort zur Verfügung gestellt wurden. Dies diente dazu zu erschließen, ob es neben den Projekt- und Evaluationsberichten weitere Beiträge oder Vorbereitungen in den Projekten gab, die bei einer Übertragung in die Fläche von anderen Akteuren genutzt werden können.

Folgende Themenkomplexe wurden im Rahmen der Dokumentenanalyse bearbeitet:

- Organisation
- Förderstrukturen
- Zusammenarbeit
- Themenauswahl und Projektinhalte
- Umsetzungschancen

Welche Indikatoren im Einzelnen im Rahmen der Dokumentenanalyse innerhalb der jeweiligen Themenkomplexe erfasst wurden, kann den Tabellen im Indikatorensystem entnommen werden.

Wissenschaftliche Publikationen wurden recherchiert und als Hintergrundinformationen mit Blick auf die Bewertung der Evaluationsbefunde verwendet.

Durchführung

Die offiziellen und öffentlichen Dokumente sowie die Projektbeschreibungen wurden durch Online-Recherchen identifiziert und inhaltlich auf Grundlage des Indikatorensystems analysiert. Die so gewonnenen Erkenntnisse flossen zum einen als wichtige Grundlage in die Gestaltung der weiteren Erhebungsinstrumente ein, zum anderen wurden aus den Projektbeschreibungen inhaltliche Informationen zu den einzelnen Projekten entnommen und in die Projektdatenbank eingefügt.

Aufgrund der geringen Detailtiefe der Projektbeschreibungen war die Analyse der Projektthemen und einzelner weiterer Indikatoren, wie bspw. der Beteiligung verschiedener Berufsgruppen, nur eingeschränkt möglich. Durch die zusätzliche Analyse der Projektwebsites konnten nur teilweise Informationsdefizite ausgeglichen werden. Weitere vertrauliche Dokumente zu den Inhalten der einzelnen Projekte, wie die Projektanträge, konnten aus Datenschutzgründen nicht für die Evaluation zur Verfügung gestellt werden.

In der zweiten Phase der Evaluation wurden Informationen aus den Projektwebsites und der Website des Innovationfonds auch für die Analyse der Transfer-Fokusthemen (Kapitel 7.2) verwendet. Zu diesem Zweck wurden die Websites der Projekte, die in die jeweiligen Themencluster einbezogen wurden, systematisch auf Handreichungen, Leitfäden, Fragebögen und ähnliche Dokumente durchsucht, die für die Übertragung in die Fläche eine Rolle spielen können.

Für die Literaturrecherche wurden die relevante Fachliteratur sowie Veröffentlichungen zum Innovationfonds systematisch erhoben und aufbereitet. Dabei beschränkte sich die Recherche aus-

schließlich auf Fachliteratur, die den Innovationsfonds in seiner Gesamtheit thematisiert. Veröffentlichungen, die einzelne im Rahmen des Innovationsfonds geförderte Projekte diskutieren, wurden ausgeschlossen. Die Suche wurde in Google Scholar und PubMed durchgeführt und auf die Jahre 2020 und 2021 begrenzt, da davon auszugehen ist, dass in den frühen Jahren des Innovationsfonds noch keine empirischen Erkenntnisse veröffentlicht werden konnten. Die in der Sache verwendeten Schlagwörter waren „Innovationsfonds“, „German Innovation Fund“, „Gemeinsamer Bundesausschuss“, „GBA“, „G-BA“, „Regelversorgung“, „Transfer“ und „Übertragung“. Auf der Grundlage der gesichteten Literatur wurde eine „Schneeballsuche“ durchgeführt und Literaturangaben der Veröffentlichungen nachverfolgt. Die Suche wurde in den Sprachen Deutsch und Englisch durchgeführt.

10.1.2 Förderdatenanalyse

Inhalte des Instruments

Die Auswertung der Förderdaten bildete gemeinsam mit den Informationen aus den Projektbeschreibungen die Grundlage für die Erstellung der Projektdatenbank. Die Analyse der Förderdaten ermöglichte Aussagen zu grundlegenden Charakteristika der Förderempfänger und zum Abfluss der Programmmittel. Die Auswertung aggregierter Daten lieferte sowohl wesentliche Informationen zum Fördergeschehen als auch zu Struktur und Inhalt der geförderten Projekte (z. B. Laufzeit, Zusammensetzung der Konsortien der Projekte).

Folgende Themenkomplexe wurden im Rahmen der Förderdatenanalyse bearbeitet:

- Förderstrukturen
- interne Finanzierung
- Themenauswahl und Projektinhalte
- Umsetzungschancen

Welche Indikatoren im Einzelnen im Rahmen der Förderdatenanalyse innerhalb der jeweiligen Themenkomplexe erfasst wurden, kann den Tabellen im Indikatorensystem entnommen werden.

Durchführung

Von der GS wurden sowohl in der ersten als auch in der zweiten Evaluationsphase aktuelle Kerncharakteristika der geförderten Projekte (z. B. Laufzeit, Fördersumme) und projektübergreifende Daten zum Fördergeschehen (z. B. Anzahl der Anträge und Mittelverwendung etc.) übermittelt. Den Auswertungen im vorliegenden Bericht liegen die Förderdaten mit Stand 30.06.2021 zugrunde. Die GS stellte projektbezogene Daten zur Konsortienstruktur (Konsortialführer und -partner), zu den Förderzeiträumen (Beginn, Ende, Laufzeit in Monaten) und zu Fördersummen sowie aggregierte Daten zur externen und internen Finanzierung zur Verfügung.

Die auf Grundlage der Förderdaten- und Dokumentenanalyse erstellte Projektdatenbank wurde im Verlauf der Evaluation zusätzlich durch die Ergebnisse weiterer Erhebungsinstrumente, vor allem der Erstbefragung der Förderempfänger, angereichert. Die systematische Aufbereitung innerhalb einer Projektdatenbank erlaubte aggregierte Auswertungen projektbezogener Daten.

10.1.3 Online-Befragungen

Ein weiteres Erhebungsinstrument der Evaluation stellen die Online-Befragungen dar. Hier wurden Förderempfänger und Stakeholder befragt. Die Informationen aus den onlinebasierten Befragungen ermöglichen Rückschlüsse zur Beantwortung zentraler Fragestellungen im Rahmen der Evaluation. Sie ergänzen und vertiefen zudem die Daten und Informationen aus der Dokumenten- und Förderdatenanalyse um zusätzliche quantitative Daten, qualitative Informationen und akteursbezogene (Selbst-)Einschätzungen. Schließlich bilden sie eine wichtige Grundlage, um einzelne Fragen und Ergebnisse in den qualitativen Interviews vertiefend zu beleuchten.

Für die jeweils geschlossenen Online-Befragungen wurden anhand der Fragestellungen der Leistungsbeschreibung und des Indikatorensystems konkrete Fragen operationalisiert. Die Fragebögen wurden mit dem Auftraggeber abgestimmt. Die Programmierung und Freischaltung der Fragebögen erfolgt über das Prognos-eigene Befragungstool (LimeSurvey). Anschließend wurden die Fragebögen im Rahmen eines Pretests auf Vollständigkeit und Anwendbarkeit geprüft. Die Ansprache der Adressatinnen und Adressaten der Befragung erfolgte über eine Einladung per E-Mail.

Welche Indikatoren im Einzelnen im Rahmen der Online-Befragung innerhalb der jeweiligen Themenkomplexe erfasst wurden, kann den Tabellen im Indikatorensystem entnommen werden. Die Operationalisierung der Indikatoren kann dem entsprechenden.

Online-Befragung der Stakeholder

Insgesamt wurden im Rahmen der Evaluation zwei Online-Befragungen unter Stakeholdern durchgeführt. Die Stakeholder im Gesundheitswesen wurden im Juni/Juli 2018 und im Januar/Februar 2021 befragt.

Inhalte des Instruments

Die Befragung der Stakeholder diente der Einholung der externen Sicht von Akteuren, die keine bzw. nur eine indirekte Funktion innerhalb des Innovationsfonds haben. Mit der ersten standardisierten Online-Befragung der Stakeholder wurden einerseits Fragen zur externen Bewertung des Förderinstruments Innovationsfonds insgesamt gestellt. Andererseits wurden die Akteure aber auch um externe Einschätzungen bezüglich der ihnen bekannten Projekte gebeten.

Nachfolgende Themenkomplexe wurden im Rahmen der ersten Online-Befragung der Stakeholder behandelt:

- externe Finanzierung
- Themenauswahl und Projektinhalte
- Umsetzungschancen
- Gesamtbewertung

In der zweiten Online-Befragung wurden die Stakeholder zu ausgewählten Bereichen der Organisation und Finanzierung sowie der Ausgestaltung des Förderprozesses befragt. Die darin abgefragten Aspekte bezogen sich insbesondere auf:

- Konsultationsverfahren

- Umfang und Verwendung der Fördermittel
- Anpassungen durch das Digitale-Versorgung-Gesetz
- Gesamtbewertung

Durchführung

Die Auswahl der adressierten Stakeholder erfolgte in Abstimmung mit dem Auftraggeber. Es wurden 2018 in der ersten Erhebungswelle 106 Institutionen stellvertretend für die folgenden zehn Stakeholdergruppen ausgewählt. Für die zweite Welle 2021 wurde diese Liste der Institutionen aktualisiert und es wurden insgesamt 108 Institutionen adressiert:

- Krankenkassenverbände
- Sozialverbände bzw. Wohlfahrtspflege
- Patientenorganisationen bzw. -gesellschaften
- Ärztliche Vereinigungen, Kammern und Berufsverbände
- Berufsorganisationen der Gesundheitsberufe
- Organisationen der Kliniken
- Apothekenverbände
- Medizinische Fachgesellschaften
- Gesundheitswirtschaft
- Weitere Organisationen und Institutionen (insb. wissenschaftliche Vereinigungen und Verbände mit Versorgungsbezug)

Die E-Mailadressen der Adressatinnen und Adressaten der Befragung wurden von der Prognos AG recherchiert und diese, per E-Mail mit individuellem Zugangscode, um Teilnahme gebeten. In beiden Befragungen wurde der Rücklauf erhöht, indem Institutionen, die sich noch nicht an der Umfrage beteiligt hatten, zusätzlich telefonisch kontaktiert und der Befragungszeitraum verlängert wurde. Des Weiteren wurden zwei Reminder per E-Mail versandt.

Der Rücklauf umfasste 2018 52 vollständige Antwortsätze, von denen 50 Teilnehmende angaben, Kenntnisse zum Innovationsfonds zu haben. Die Teilnahmequote lag damit bei 49 %. Im Januar und Februar 2021 beteiligten sich 35 der 108 adressierten Stakeholder. Davon gaben 33 Personen an, Kenntnisse zum Innovationsfonds zu haben. Dies entspricht einem Rücklauf von 32 %.

Online-Befragungen der Förderempfänger

Insgesamt wurden vier Befragungen unter Förderempfängern durchgeführt. Die Erstbefragung neuer Förderempfänger wurde in drei Wellen (2018, 2020, 2021) durchgeführt, um alle Projekte, deren Förderung im Evaluationszeitraum begonnen wurde, in die Auswertung einzuschließen. Alle Förderempfänger mit laufenden Projekten wurden zusätzlich zum Berichtszeitpunkt 2021 eingeladen, an einer Umsetzungsbefragung teilzunehmen. Alle Fördernehmer, deren Projekte zum Berichtszeitpunkt 2021 abgeschlossen wurden bzw. kurz vor dem Abschluss standen, wurden zu einer Abschlussbefragung eingeladen. Zusätzlich wurde eine Befragung der Förderempfänger durchgeführt, die 2021 erstmals an der durch das DVG eingeführten Konzeptionsphase teilgenommen hatten.

Inhalte und Durchführung der Erstbefragungen

Im Zuge der Erstbefragung der Förderempfänger wurden die Konsortialführer bzw. Projektverantwortlichen aller geförderten Projekte befragt. Mit der standardisierten Online-Befragung wurden einerseits zeitpunktbezogene und aktuelle Informationen zur Förderklientel und zu den geförderten Projekten erfasst. Andererseits wurden die Förderempfänger zu ihrer internen Sicht auf die Förderstruktur und -organisation sowie der Eignung des Innovationsfonds als Förderinstrument bzw. zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten befragt.

Nachfolgende Themenkomplexe wurden im Rahmen der Erstbefragung der Förderempfänger behandelt:

- Projektorganisation
- Themenauswahl und Projektinhalte
- bisheriger Projektverlauf
- Umsetzung und Verwertung der Projektergebnisse
- Rahmenbedingungen der Förderung
- Antragstellung
- Abwicklung nach Bewilligung der Förderung
- Gesamtbewertung

Die E-Mail-Adressen der Konsortialführer der Projekte wurden der Prognos AG von der GS zur Verfügung gestellt. Diese wurden per E-Mail mit individuellem Zugangscode um Teilnahme gebeten. Der E-Mail wurde ein Anschreiben des BMG mit Informationen zum Hintergrund der Befragung und eine PDF-Version des Fragebogens beigelegt. Ein Pretest wurde durchgeführt und zwei Reminder versandt, um den Rücklauf zu erhöhen. Die Erstbefragung wurde in drei Wellen 2018, 2020 und 2021 durchgeführt. Die erste Welle der Erstbefragung wurde zwischen Juni und August 2018 durchgeführt. Der Rücklauf betrug 136 vollständige Antwortsätze von 197 befragten Projekten. Die Teilnahmequote lag somit bei 69 % (NVF: 72 %, VSF: 67 %). Zwischen Februar und Juni 2020 antworteten 117 von 182 befragten Projekten, dies entspricht einem Rücklauf von 64 % (NVF: 59 %, VSF: 67 %). Um den Gesamtrücklauf zu erhöhen, wurden in der letzten Befragung zwischen März und Juni 2021 neben neu bewilligten Projekten erneut diejenigen Projekte befragt, die 2020 die Befragung nicht beantwortet hatten. Mit 119 vollständigen Antworten bei 151 befragten Projekten betrug der Rücklauf 79 % (NVF: 81 %, VSF: 74 %).

Inhalte und Durchführung der Umsetzungsbefragung

Im Sommer 2021 wurden alle Förderempfänger laufender Projekte gebeten, an einer Umsetzungsbefragung teilzunehmen, um über ihre Erfahrungen mit der Förderung, dem bisherigen Projektverlauf und ihre Einschätzung der Transferchancen in die Regelversorgung zu berichten.

Abgefragt wurden insbesondere Informationen zu folgenden Themen:

- Beratung und Abwicklung während der laufenden Projektförderung
- Projektverlauf und -ergebnisse
- Überführung in die GKV-Versorgung
- Implementierung in der GKV-Versorgung
- Gesamtbewertung

Wie in der Erstbefragung wurden die E-Mails mit einem individuellen Zugangscode versehen. Die Befragung wurde einem Pretest unterzogen und Reminder wurden versandt, um den Rücklauf zu erhöhen. Insgesamt haben im Juli und August 2021 266 Projekte an der Befragung teilgenommen, dies entspricht einem Rücklauf von 66 % (NVF: 68 %, VSF: 65%).

Inhalte und Durchführung der Abschlussbefragung

Förderempfänger, deren Projekte gegen Ende des Evaluationszeitraums bereits abgeschlossen waren, wurden zur Teilnahme an einer Abschlussbefragung eingeladen. Diese diente vor allem dazu, Informationen und Erfahrungen zu erheben, die Aufschluss über die Perspektiven der Projekte für die Überführung in die GKV-Versorgung und ihre Implementierung in der Fläche geben. Als Themenschwerpunkte wurden insbesondere abgefragt:

- Beratung und Abwicklung während der laufenden Projektförderung
- Projektverlauf und -ergebnisse
- Überführung in die GKV-Versorgung
- Implementierung in der GKV-Versorgung
- Gesamtbewertung

Wie in den übrigen Befragungen wurden die E-Mails mit einem individuellen Zugangscode versehen. Die Befragung wurde einem Pretest unterzogen und Reminder wurden versandt. Zwischen Februar und Juni 2021 antworteten 28 der 35 abgeschlossenen Projekte. Dies entspricht einem Rücklauf von 80 % (NVF: 100 %, VSF: 69 %)

Inhalte und Durchführung der Konzeptionsphasenbefragung

Förderempfänger, deren Ideenskizzen in der siebten NVF-Förderwelle (2021) ausgewählt wurden, haben erstmals am zweistufigen Förderverfahren teilgenommen, das infolge des DVG eingeführt wurde. 33 Förderempfänger nahmen an der sechsmonatigen Konzeptionsphase vor der Einreichung des Vollartrags teil. Die Befragung zielte darauf, die Aktivitäten und Erfahrungen der Förderempfänger in der Konzeptionsphase zu erheben. Zu den abgefragten Themen gehörten insbesondere:

- Verlauf und Nutzung der Konzeptionsphase
- Beratung und Abwicklung
- Gesamtbewertung

Zur Einladung wurden E-Mails mit einem individuellen Zugangscode versendet. Die Befragung wurde einem internen Pretest unterzogen und Reminder wurden versandt. Die Konzeptionsbefragung wurde von August bis September 2021 durchgeführt. 28 der 33 befragten Vorhaben reichten vollständige Antworten ein – dies entspricht einem Rücklauf von 85 %.

10.1.4 Interviews und Fokusgruppe

Die Durchführung von Interviews ist ein wesentliches Element in der Gesamtevaluation des Innovationsfonds, um Primärinformationen zu erheben. Die Interviews dienen insbesondere dazu, In-

formationen zu gewinnen, welche nicht oder nur schwierig durch standardisierte Formate erhoben werden können. In der Regel sind dies kontextbezogene Informationen und persönliche Einschätzungen zu Prozessen, Voraussetzungen und Ergebnissen. Sie ermöglichen insbesondere vorhandene Informationen aus der Dokumentenanalyse, der Förderdatenanalyse oder der Online-Befragung zu diskutieren sowie zu validieren und somit zusätzliches Wissen zur Einordnung und zum Verständnis zu erlangen.

Konkret wurden leitfadengestützte Interviews bzw. eine Fokusgruppe mit verschiedenen Zielgruppen durchgeführt:

- Mitglieder des Innovationsausschusses
- Mitglieder des Expertenbeirats (nur ersten Phase der Evaluation)
- Mitglieder des Expertenpools (nur in der zweiten Phase der Evaluation)
- Mitarbeitende der GS
- Mitarbeitende des PT (nur in der ersten Phase der Evaluation)
- Stakeholder im Gesundheitswesen
- Förderempfänger bzw. Projektverantwortliche

Entsprechend ihrer unterschiedlichen Funktionen konnten die einzelnen Akteursgruppen komplementäre Auskünfte aus verschiedenen Blickwinkeln innerhalb oder außerhalb des Innovationsfonds auf den gleichen Themenkomplex geben oder auch nur zu bestimmten Themen Informationen bereitstellen.

Demnach wurden die Interview-Leitfäden mit einem jeweils unterschiedlichen inhaltlichen Fokus zielgruppengerecht gestaltet. Die Abstimmung der Leitfäden erfolgte vorab mit dem Auftraggeber. Interviews dauerten rund eine Stunde. Alle Interviews wurden protokolliert und aggregiert sowie im Zusammenhang mit den weiteren Erhebungsinstrumenten ausgewertet.

Welche Indikatoren im Einzelnen im Rahmen der Experteninterviews innerhalb der jeweiligen Themenkomplexe erfasst wurden, kann den Tabellen im Indikatorensystem entnommen werden.

Interviews mit Mitgliedern des Innovationsausschusses, Mitarbeitenden der Geschäftsstelle und Mitgliedern des Expertenbeirats

Inhalte des Instruments

Als interne Akteure oder Entscheider können die Mitglieder des IA und die Mitarbeitenden der GS sowohl die strukturgebenden Faktoren des Innovationsfonds als auch die inhaltlichen Aspekte auf Projektebene in ihren jeweiligen Hintergrund einordnen und einschätzen. Bereits in der Konzeptionsphase wurden Interviews mit Mitgliedern des Innovationausschusses zur Programmgenese geführt. In der ersten Evaluationsphase wurden insbesondere Informationen zur Organisation, zur externen Finanzierung und zu den Förderstrukturen erhoben. In der zweiten Phase, auf die dieser Endbericht hauptsächlich zugreift, orientierten sich die Fragen an die Mitglieder des IA an den Fragen der Online-Befragung und behandelten folgende Themen:

- Themenauswahl und Projektinhalte
- Umfang und Verwendung der Fördermittel
- Zusammenarbeit der Beteiligten des Innovationsfonds
- Erfolge Anpassungen am Innovationsfonds

- Überführung in die Regelversorgung
- Gesamtbewertung

Mitarbeitende der GS wurden in Interviews zu folgenden Themen befragt (nur in der zweiten Evaluationsphase¹²⁷):

- Anpassungen durch das DVG
- Erweiterung der Aufgaben der GS
- Zusammenarbeit innerhalb des Innovationsfonds

Zuvor waren im Rahmen der ersten Erhebung auch Mitglieder des Expertenbeirats zu ihren Einsichten in die Organisation des Innovationsfonds und die Förderstrukturen und -prozesse befragt worden. Diese wurden in der zweiten Erhebungsphase nicht mehr befragt, da der Expertenbeirat zur Zeit der Erhebung nicht mehr bestand bzw. durch einen Expertenpool ersetzt wurde.

Durchführung

In der ersten Erhebungsphase wurden acht Interviews mit Mitgliedern des IA und zwei mit Mitgliedern des Expertenbeirats im Zeitraum zwischen Juli und August 2018 geführt. In der zweiten Phase wurden acht Interviews mit Mitgliedern des IA und zwei Interviews mit der GS geführt. Die Interviews fanden zwischen Januar und Juni 2021 statt. Teilweise benannten die Mitglieder des IA Vertreterinnen oder Vertreter, mit denen das Interview stellvertretend geführt wurde. Die Interviews mit der GS wurden als Gruppeninterviews mit zwei bzw. drei Personen durchgeführt. Das zweite Interview konkretisierte dabei Aspekte bezüglich der Veränderungen durch das DVG und zur Zusammenarbeit mit dem Innovationsfonds.

Interviews mit Stakeholdern und Mitgliedern des Expertenpools

Inhalte des Instruments

Externe Akteure des Gesundheitswesens und der Versorgungsforschung, die nicht oder nur indirekt in die Prozesse des Innovationsfonds eingebunden sind (bspw. Vertreterinnen bzw. Vertreter des Sachverständigenrats oder der medizinischen Fachgesellschaften und der Leistungserbringer) stellen mit ihren Einschätzungen eine wertvolle Quelle zur Erfassung der Außenperspektive dar. In der zweiten Erhebungsphase wurden zudem Mitglieder des Expertenpools in dieser Gruppe befragt.

Folgende Themenkomplexe wurden im Rahmen der Interviews mit den Stakeholdern in der ersten Erhebungsphase besprochen:

- Organisation
- externe Finanzierung
- Förderstrukturen
- Themenauswahl und Projektinhalte
- Umsetzungschancen
- Gesamtbewertung

¹²⁷ In der ersten Evaluationsphase wurde die Geschäftsstelle im Rahmen der Fokusgruppe eingebunden.

In der zweiten Phase wurden die Stakeholder und Mitglieder des Expertenpools zu ihren Erfahrungen mit den Förderprozessen der Projekte und den Veränderungen durch das DVG befragt. Daneben wurden sie zur Innovationskraft des Innovationsfonds, der Patientennähe der Projekte, dem Informationsangebot an das Fachpublikum, den Chancen der Überführung der Projektergebnisse und -erkenntnisse und ihrer Gesamteinschätzung des Beitrags des Innovationsfonds zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung befragt.

Durchführung

Die Auswahl der Gesprächspartnerinnen und -partner erfolgte in Abstimmung mit dem Auftraggeber. Die Kontaktdaten der ausgewählten Institutionen bzw. deren Vertreterinnen und Vertreter wurden von der Prognos AG recherchiert und diese telefonisch und per E-Mail kontaktiert.

In der ersten Erhebungsphase waren elf von 14 angefragten Gesprächspartnerinnen und -partner zum Interview bereit. Die Gespräche wurden im Juli und August 2018 geführt. In der zweiten Phase kamen mit sieben von 15 angefragten Interviewpartnerinnen und -partnern ein Gespräch zustande. Die Interviews wurden zwischen Mai und September 2021 geführt.

Interviews mit Förderempfängern

Inhalte des Instruments

Auch Förderempfänger wurden in beiden Evaluationsphasen befragt. Das Spektrum der Förderempfänger ist breit gestreut und variiert je nach Förderbereich: Fast immer sind gesetzliche Krankenkassen (im Förderbereich NVF), Leistungserbringer und Universitäten bzw. Universitätskliniken beteiligt. Je nach Themenschwerpunkt finden sich innerhalb der geförderten Konsortien auch medizinische Fachgesellschaften, Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, private Forschungsinstitute und Betroffenenverbände. Als Gesprächspartnerinnen und -partner, die den Förderprozess bereits erlebt haben, liefern sie wertvolle Informationen zum Förderprozess und zur Gesamtbewertung des Förderinstruments Innovationfonds. In der ersten Erhebungsphase war das Ziel, vertiefende Informationen über spezifische Themen aus der Online-Befragung zu erhalten und Fragen zu Umsetzungschancen, Weiterentwicklungsperspektiven und einer generellen Bewertung zu diskutieren.

Folgende Themenkomplexe wurden im Rahmen der Interviews mit den Förderempfängern in der ersten Phase besprochen:

- Organisation
- Förderstrukturen
- Themenauswahl und Projektinhalte
- Umsetzungschancen
- Gesamtbewertung

In der zweiten Erhebungsphase wurden Förderempfänger ausgewählter NVF und VSF-Projekte zum Gespräch eingeladen. Die Projekte wurden ausgewählt, weil sie eines dieser drei Themencluster adressieren und weil sie abgeschlossen waren oder kurz vor dem Abschluss standen:

- Transfer-Fokusthema 1: Flächendeckende Versorgung durch digitale und telemedizinische Unterstützung
- Transfer-Fokusthema 2: Sektorübergreifende Versorgung älterer Menschen unter schwerpunktmäßiger Beteiligung von ambulanter und/oder stationärer Pflege
- Transfer-Fokusthema 3: Umfassende Koordinierung und Vernetzung von Versorgungsstrukturen

Interviews mit Förderempfängern bzw. Projektverantwortlichen dieser Projekte widmeten sich vor allem den Möglichkeiten und Wegen einer Überführung der Projektergebnisse bzw. -erkenntnisse in die Fläche. In den Interviews wurden folgende Themen besprochen:

- Möglichkeiten des Transfers
- Erfolgsfaktoren und Hürden
- Beitrag des Innovationsfonds zum Themenfeld

Neben den projektspezifischen Erfahrungen und Erkenntnissen waren der Ausblick auf das jeweilige Themenfeld und seine Herausforderungen Fokus der Gespräche (z. B. spezifische Herausforderung von Lotsenprojekten und Projekten der Telemedizin).

Durchführung

Das Vorgehen zur Auswahl der Gesprächspartnerinnen und -partner erfolgte in Abstimmung mit dem Auftraggeber. In der ersten Erhebungsphase wurden 20 Projekte aus denjenigen, die die Online-Befragung beantwortet haben, ausgewählt. Dabei wurden nur Projekte berücksichtigt, deren Beginn mindestens im April 2018 stattfand. Die Auswahl fand zudem getrennt nach den Bereichen NVF und VSF statt und war kriteriengeleitet (Fördervolumen, Förderwellen, Art der Konsortialführerschaft), um die Zusammensetzung der Grundgesamtheit der Projekte abzubilden.

Die jeweiligen Konsortialführer wurden per Telefon und E-Mail angefragt. Grundlage der Interviews bildeten die individuellen Angaben in der Online-Befragung. Insgesamt wurden 19 Interviews mit Förderempfängern in der ersten Evaluationsphase geführt.

In der zweiten Evaluationsphase wurden zu den drei Transfer-Fokusthemen insgesamt 24 Interviews geführt. Die Auswahlkriterien waren die Beteiligung und Rolle in Projekten des jeweiligen Fokusthemas. Dabei wurde die Hälfte der Interviews mit Konsortialführern geführt; zudem wurden Konsortialpartner sowie Expertinnen und Experten für das Themenfeld befragt. Die Interviews zu allen drei Transfer-Fokusthemen wurden im September 2021 geführt.

Tabelle 31: Anzahl der Interviews zu Transfer-Fokusthemen

	Transferthema 1	Transferthema 2	Transferthema 3
Konsortialführer	5	3	4
Konsortialpartner	4	2	2
Weitere Themenexperten	2	1	1
Gesamt	11	6	7

© Prognos AG 2021

Fokusgruppe mit der Geschäftsstelle und dem PT

Im Juli 2018 wurde eine Gruppendiskussion mit Mitarbeitenden der GS und des PT in Form einer Fokusgruppe durchgeführt. Vonseiten der GS nahmen vier Personen, vonseiten des PT zwei Personen daran teil.

Mit der Fokusgruppe wurde das Ziel verfolgt, die organisatorische und administrative Steuerung des Innovationsfonds zu beleuchten. Hierzu wurden in einem ersten Schritt drei wesentliche Prozesse aus der Förderung gemeinsam mit den Beteiligten grafisch erhoben und analysiert. Im Einzelnen waren dies die folgenden Abläufe:

- Erstellung der Förderbekanntmachungen
- Antragstellung bis Förderbescheid
- Erhalt des Förderbescheids bis Mittelverwendung

Angesprochen wurden in diesem Zusammenhang auch Fragen, an welchen Stellen und warum die Prozesse mit Schwierigkeiten verbunden sind und ob man an den Abläufen etwas verbessern kann. Seitens Prognos wurden hierzu auch erste Ergebnisse der mündlichen und schriftlichen Befragungen eingebracht.

Ein weiterer Schritt bezog sich auf die Reflexion und Abstimmung einer von Prognos erstellten Gremienlandkarte, welche die Aufbauorganisation des Innovationsfonds unter Einbezug aller beteiligten Gremien und Institutionen in Form eines Schaubildes grafisch darstellt. Auch in diesem Kontext wurde die Frage nach den Stärken und Schwächen der Organisation gestellt.

10.1.5 Validierungsworkshops

Im Rahmen der Berichtsstellung wurden zwei Validierungsworkshops durchgeführt. Der erste wurde im November 2018 durchgeführt, um die Ergebnisse der ersten Evaluationsphase gemeinsam mit dem Auftraggeber zu diskutieren und mögliche Interpretationen und Bewertungen zu reflektieren. Diese sind 2019 in den Zwischenbericht der Evaluation¹²⁸ eingeflossen.

Der zweite Workshop wurde im November 2021 mit dem Auftraggeber durchgeführt. Dabei wurden die Ergebnisse der Gesamtevaluation und der Entwurf des Abschlussberichts besprochen, Interpretationen und Bewertungen zur Diskussion gestellt und Spielräume für etwaige Handlungsempfehlungen ausgelotet.

Inhaltliche Grundlage der Validierungsworkshops bildeten die jeweils vorliegenden Berichtsentwürfe, welche die Ergebnisse zu den unterschiedlichen Themenkomplexen zusammengeführt haben. Auf den Workshops sollte angesichts der gewonnenen Erkenntnisse die Frage beantwortet werden, ob der Innovationsfonds das Potenzial hat, die GKV-Versorgung qualitativ weiterzuentwickeln. In diesem Zusammenhang sollten auch Vorschläge zur Weiterentwicklung des Innovationsfonds erörtert werden.

Auf Basis der zusammengeführten Ergebnisse zu den einzelnen Themenkomplexen sowie deren Diskussion in den Validierungsworkshops wurde schließlich eine Gesamtbewertung des Innovationsfonds vorgenommen. Dabei wurden Schlussfolgerungen zur Erreichung der Ziele, zur Wirkung der Förderung sowie zum Transfer der Ergebnisse gezogen, um hierauf aufbauend etwaige Änderungsbedarfe zur Stärkung des Innovationsfonds für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung aufzuzeigen und prägnante und zielgerichtete Handlungsempfehlung zur künftigen Ausrichtung des Programms zu formulieren.

10.2 Indikatorenliste

¹²⁸ Zwischenbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung, BtDrs: 19/8500.

Indikatorenliste

Zweite Evaluationsphase (2019 bis 2021)

Die Indikatorenliste ist wie folgt aufgebaut: In der ersten Spalte ist die über die Qualitätsdimensionen und Themenkomplexe hinweg fortlaufende Nummerierung der Deskriptoren und Indikatoren aufgeführt. Für Indikatoren der ersten Evaluationsphase wird die Indikatorennummer beibehalten. Gesondert nummeriert und markiert werden Indikatoren, die für die zweite Evaluationsphase ergänzt („E [fortlaufende Nr.]“ oder umfassend angepasst („A [fortlaufende Nr.]“) wurden. In der zweiten Spalte werden die Fragestellungen bzw. Untersuchungsgegenstände benannt. In der dritten Spalte sind die Deskriptoren und Indikatoren aufgeführt. Die rechten Spalten enthalten die Erhebungsinstrumente und Markierungen zur Anwendung für neue Versorgungsformen sowie Projekte der Versorgungsforschung.

1 Indikatoren der Strukturqualität

Die Dimension der Strukturqualität wird zur Analyse in die beiden Themenkomplexe Organisation und externe Finanzierung unterteilt.

Organisation

In diesem Themenkomplex werden Deskriptoren und Indikatoren zusammengefasst, die darüber Aufschluss geben sollen, inwiefern die Aufbauorganisation (Konzeption und Strukturen) des Innovationsfonds zur Zielerreichung beiträgt (Tabelle 1).

Tabelle 1: Deskriptoren und Indikatoren zum Themenkomplex Organisation

Nr.	Fragestellung, Untersuchungsgegenstand	Deskriptor, Indikator	Erhebungsinstrumente	NVF ¹	VSF ²
A1 ³	Wie wird die Umsetzungsnähe der geförderten Projekte in der Organisation des Innovationsfonds sichergestellt?	Beschreibung der neuen Strukturen/Prozesse im Innovationsfonds, die eine hohe Umsetzungsnähe bzw. Verwertbarkeit der Projektergebnisse sicherstellen sollen (zweistufiges Förderverfahren, Bildung eines Expertenpools und Erweiterung der Aufgaben der Geschäftsstelle)	Dokumentenanalyse Interviews: Innovationsausschuss, Geschäftsstelle, Stakeholder	✓	✓

¹ Neue Versorgungsformen (NVF)

² Versorgungsforschung (VSF)

³ Indikatoren der ersten Evaluationsphase, die **angepasst** wurden, wird ein „A“ vorangestellt.

E120 ⁴	Beurteilung der Gesetzesänderungen	Dokumentenanalyse Interviews: Innovationsausschuss, Geschäftsstelle, Stakeholder Online-Befragung: Stakeholder	✓	✓
E121	Sammlung von Ideen, wie die Umsetzungsnähe weiter erhöht werden kann	Dokumentenanalyse Interviews: Innovationsausschuss, Experten, Geschäftsstelle	✓	✓
E122	Ist das Verfahren zur Überführung erfolgreicher Versorgungsansätze in die Regelversorgung (§ 92b Abs. 3 SGB V), die durch das DVG eingeführt wurden, geeignet, die Nachhaltigkeit der Projektergebnisse sicherzustellen?	Beschreibung des Verfahrens Interviews: Innovationsausschuss, Geschäftsstelle	✓	✓
E123	Beurteilung des Verfahrens	Dokumentenanalyse Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder, Geschäftsstelle Online-Befragung: Stakeholder	✓	✓
A2	Sammlung von weitergehenden Ideen, wie wirkungsvolle Ansätze in die Versorgung überführt bzw. Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung verwertet werden können	Dokumentenanalyse Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder, Geschäftsstelle	✓	✓
A5a	Wie innovationsförderlich ist die Organisation des Innovationsfonds?	Beschreibung der neuen Strukturen/Prozesse, die die Innovationskraft der Projektförderung des Innovationsfonds sicherstellen sollen (Einbezug externer Expertise bei der Festlegung der Förderbekanntmachungen, Bildung eines Expertenpools und Erweiterung der Aufgaben der Geschäftsstelle)	✓	✓
E124	Einordnung der Gesetzesänderungen	Dokumentenanalyse Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder, Geschäftsstelle Online-Befragung: Stakeholder	✓	✓
A5	Sammlung von Ideen, wie die Innovationskraft der Projektförderung des Innovationsfonds gefördert werden kann	Dokumentenanalyse Interviews: Innovationsausschuss, Experten, Stakeholder, Geschäftsstelle	✓	✓
A6	Wie wird die Relevanz der Themen- und Projektauswahl hinsichtlich einer Verbesserung der	Beschreibung der neuen Strukturen/Prozesse im Innovationsfonds, die eine hohe Relevanz der Themen- und Projektauswahl sicherstellen sollen (zweistufiges Förderverfahren,	✓	✓

⁴ Indikatoren, die seit der ersten Evaluationsphase **ergänzt** wurden, wird ein „E“ vorangestellt.

E125	GKV-Versorgung im Innovationsfonds sichergestellt?	Einbezug externer Expertise bei der Festlegung der Förderbekanntmachungen, Bildung eines Expertenpools	Beurteilung der Gesetzesänderungen	Dokumentenanalyse Interviews: Innovationsausschuss, Experten, Stakeholder, Geschäftsstelle Online-Befragung: Stakeholder	✓	✓	✓
7		Sammlung von Ideen, wie die Relevanz der Themen- und Projektauswahl durch den Innovationsfonds weiter gefördert werden kann		Dokumentenanalyse Interviews: Innovationsausschuss, Experten, Stakeholder, Geschäftsstelle	✓	✓	✓
E126	Inwieweit befördern die neuen Aufgaben der Geschäftsstelle einen effektiven Einsatz der mit dem Innovationsfonds bereitgestellten Mittel?	Anteil der befragten Akteure, die dies bezogen auf die einzelnen Aufgaben bejahen bzw. verneinen		Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder, Geschäftsstelle	✓	✓	✓
E127		Sammlung von Gründen für diese Einschätzung		Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder, Geschäftsstelle	✓	✓	✓

© Prognos AG, 2021

Externe Finanzierung

Mit den Deskriptoren und Indikatoren im Themenkomplex externe Finanzierung soll ermittelt werden, inwieweit Herkunft und Höhe der finanziellen Mittel als Erfolgsfaktoren des Innovationsfonds zu werten sind (Tabelle 2).

Tabelle 2: Deskriptoren und Indikatoren zum Themenkomplex externe Finanzierung

Nr.	Fragestellung, Untersuchungsgegenstand	Deskriptor, Indikator	Erhebungsinstrumente	NVF	VSF
A8	Ist die Höhe des Fördervolumens von 160 Mio. jährlich für neue Versorgungsformen angemessen?	Anteil der befragten Akteure, die dies bejahen bzw. eine Erhöhung oder eine Absenkung vorschlagen	Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder, Geschäftsstelle Online-Befragung: Stakeholder	✓	
A9		Sammlung von Gründen für diese Einschätzung	Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder, Geschäftsstelle Online-Befragung: Stakeholder	✓	
A10	Ist die Höhe des Fördervolumens von 40 Mio. jährlich für Versorgungsforschung angemessen?	Anteil der befragten Akteure, die dies bejahen bzw. eine Erhöhung oder eine Absenkung vorschlagen	Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder, Geschäftsstelle Online-Befragung: Stakeholder		✓

11	Sammlung von Gründen für diese Einschätzung	Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder, Geschäftsstelle Online-Befragung: Stakeholder	✓
E128	Sind die Regelungen zur Übertragbarkeit der Mittel (§ 92a Abs. 3 Satz 4 bis 6 SGB V), die durch das DVG angepasst wurden, angemessen?	Anteil der befragten Akteure, die dies bejahen bzw. verneinen	✓
E129	Sammlung von Gründen für diese Einschätzung	Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder	✓

© Prognos AG, 2021

2 Indikatoren der Prozessqualität

Die Dimension der Prozessqualität wird zur Analyse in die Themenkomplexe Förderstrukturen und Zusammenarbeit unterteilt. Sie beschäftigt sich damit im Wesentlichen mit der Ablauforganisation des Innovationsfonds.

Förderstrukturen

Mit den Indikatoren/Deskriptoren im Themenkomplex Förderstrukturen werden die Anforderungen an die Antragsteller (Förderkriterien), die Verfahrensschritte bei der Auswahl der Förderung, die Prozesse der Förderbekanntmachung, die Abwicklung der Förderung, die Förderquoten, die Verwaltungskosten sowie die Kommunikation mit den Fördernehmern bzw. Antragstellern und der Öffentlichkeit im Hinblick auf die Zielerreichung untersucht (Tabelle 3).

Tabelle 3: Deskriptoren und Indikatoren zum Themenkomplex Förderstrukturen

Nr.	Fragestellung, Untersuchungsgegenstand	Deskriptor, Indikator	Erhebungsinstrumente	NVF	VSF
A15	Begutachtungsprozess für Projektskizzen (Konzeptionsphase für NVF) und Projektanträge (Durchführungsphase)	Schwerpunkte und Kriteriengewichtung in der Begutachtung der Skizzen/Anträge	Dokumentenanalyse Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder	✓	✓
E130	Beschreibung des Auswahlprozesses der Experten für die Begutachtungen		Interviews Geschäftsstelle	✓	✓

E132	Transparenz des Begutachtungsprozesses aus Sicht der Antragsteller	Interviews: Fördernehmer Online-Befragung: Fördernehmer	✓	✓
19	Formulierung (Zielgerichtetheit, Verständlichkeit) der Förderbekanntmachungen einschließlich Begleitdokumente	Verständlichkeit der Förderbekanntmachungen und der Begleitdokumente hinsichtlich Formalia	✓	✓
20		Verständlichkeit der Förderbekanntmachungen und der Begleitdokumente hinsichtlich der Ausschreibungsziele (inhaltlicher Fokus)	✓	✓
21	Frequenz der Förderbekanntmachungen einschließlich Begleitdokumente	Ausschreibungsrhythmus: Zahl der Calls pro Jahr (themenoffen, thematisch fokussiert)	✓	✓
A24	Abwicklung der Förderung	Aufwandshöhe (zeitlich) für die Kommunikation mit dem PT und die Berichtspflichten: Antragsstellung und Administration im Projekt	✓	✓
A26	Aufbau der Förderstruktur	Administrative Abläufe und Verantwortlichkeiten in einem Organigramm (insbesondere Rolle der GS nach der Gesetzesänderung)	✓	✓
28	Beratung der Antragsteller und Fördernehmer	Anzahl und Art der Beratungsangebote, die von der Geschäftsstelle und dem PT angeboten werden	✓	✓
31		Zufriedenheit mit den Beratungsangeboten und deren Leistung	✓	✓
A34	Förderquoten	Verhältnis der beantragten zu den bewilligten Fördermitteln, aggregiert auf Ebene der Förderschwerpunkte	✓	✓
35		Bewilligte Anträge/Beantragung (insgesamt, nach Förderschwerpunkt, Bekanntmachung und im Zeitverlauf)	✓	✓
59	Verwaltungskosten im Verhältnis zur Projektförderung	Anteil Verwaltungskosten an Fördermitteln insgesamt	✓	✓
36	Information der Öffentlichkeit	Anzahl der Informationsangebote nach Format (z. B. Veranstaltungen, Pressemitteilungen, etc.)	✓	✓

© Prognos AG, 2021

Zusammenarbeit

Die Deskriptoren und Indikatoren dieses Themenkomplexes dienen der Untersuchung von Steuerung und Zusammenarbeit der am Innovationsfonds innerhalb der Gremien und Ausschüsse beteiligten Akteure (Tabelle 4).

Tabelle 4: Deskriptoren und Indikatoren zum Themenkomplex Zusammenarbeit

Nr.	Fragestellung, Untersuchungsgegenstand	Deskriptor, Indikator	Erhebungsinstrumente	NVF	VSF
A38	Zusammensetzung und Zusammenwirken der verschiedenen Akteure des Innovationsfonds	Aktualisierung und Abgleich einer „Gremienlandkarte“, insb. Erweiterung der Aufgaben der Geschäftsstelle, konsultierte Experten und Expertenpool	Dokumentenanalyse Interviews: Geschäftsstelle	✓	✓
A45	Stärken und Schwächen der Zusammenarbeit innerhalb des Innovationsfonds	Beurteilung zentraler Faktoren der Zusammenarbeit (insbesondere der Stärken bzw. Schwächen der neuen Regelungen (DVG) zum zweistufigen Förderverfahren von NVF, zur Einbindung von Experten, zum Aufgabenkatalog der Geschäftsstelle und zum Transfer von Maßnahmen und Erkenntnissen in die Regelversorgung)	Interviews: Innovationsausschuss, Geschäftsstelle	✓	✓
46		Aufgabenwahrnehmung, Zuständigkeiten und Schnittstellen	Interviews: Innovationsausschuss, Geschäftsstelle	✓	✓
47		Wesentliche Prozesse der Leistungserfüllung	Interviews: Innovationsausschuss, Geschäftsstelle	✓	✓
48		Einbindung der verschiedenen Gremien sowie Patientenvertretung	Interviews: Innovationsausschuss, Geschäftsstelle	✓	✓
A49		Einbeziehung wissenschaftlicher und versorgungspraktischer Expertise durch den IA (insb. Konsultationsverfahren, Expertenpool und AWMF)	Interviews: Innovationsausschuss, Geschäftsstelle	✓	✓
A50		Beschreibung/Beurteilung der Entscheidungsfindung im IA (insb. bei Transfer-Empfehlungen)	Interviews: Innovationsausschuss, Geschäftsstelle	✓	✓
A52	Steuerung des Innovationsfonds durch die Geschäftsstelle	Beurteilung wesentlicher Faktoren der Steuerungsqualität (insbesondere bezogen auf die neuen Aufgaben (DVG) der Geschäftsstelle)	Interviews: Geschäftsstelle	✓	✓
55		Aufgabenwahrnehmung, Zuständigkeiten und Schnittstellen	Interviews: Geschäftsstelle	✓	✓
56		Wesentliche Prozesse der Leistungserfüllung	Interviews: Geschäftsstelle	✓	✓
57		Einfluss von externen Faktoren auf Aufgabenerfüllung (z. B. Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern)	Interviews: Geschäftsstelle	✓	✓
58		Personalausstattung	Interviews: Geschäftsstelle	✓	✓

© Prognos AG, 2021

3 Indikatoren der Ergebnisqualität

Die Dimension der Ergebnisqualität wird zur Analyse in die Themenkomplexe Themenauswahl und Projekthinhalte, Umsetzungschancen sowie Gesamtbewertung unterteilt.

Themenauswahl und Projekthinhalte

Untersuchungsgegenstände des Themenkomplexes Projekthinhalte sind in erster Linie die Auswahl der Projektnehmer und der geförderten Projekte, zur Bewertung des Outputs. Außerdem werden innerhalb dieses Komplexes Hinweise für die Weiterentwicklung des Innovationsfonds im Bereich der Projektauswahl gesammelt (Tabelle 4).

Tabelle 4: Deskriptoren und Indikatoren zum Themenkomplex Themenauswahl & Projekthinhalte

Nr.	Fragestellung, Untersuchungsgegenstand	Deskriptor, Indikator	Erhebungsinstrumente	NVF	VSF
61	Welche Themen werden mit den Mitteln des Innovationsfonds gefördert?	Darstellung nach Anzahl Projekte sowie Fördervolumen je Kategorie und häufiger Kombinationen	Förderdatenanalyse	✓	✓
62		nach <i>Förderschwerpunkten</i>			
63		nach <i>Zielgruppen</i> (Patientengruppe nach Alter, Migrationshintergrund, Sozialstatus etc.: Kategorisierung auf Basis des Zwischenberichts)	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓	✓
64		nach <i>Indikationen gemäß ICD-10 (sowie ergänzende Kategorien auf Basis des Zwischenberichts)</i>	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓	✓
65		nach <i>Art der spezifischen Intervention (bspw. telemedizinischen Anwendung, Koordination: Kategorisierung auf Basis des Zwischenberichts)</i>	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓	
65a		nach <i>Art der verwendeten digitalen/technologischen Komponenten in der Intervention (bspw. Telemedizin, Mobile App, etc.: Kategorisierung auf Basis des Zwischenberichts)</i>	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓	
66		nach <i>Zielen der spezifischen Intervention (bspw. Erhöhung Patientensicherheit, schnellere Diagnostik, Reduktion Krankenhausaufnahmen: Kategorisierung auf Basis des Zwischenberichts)</i>	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓	

67	nach <i>primären und sekundären Endpunkten</i> der Evaluation: medizinisch, wirtschaftlich, patientenrelevant, sonstige	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓
A68	nach <i>Schwerpunkten des Erkenntnisgewinns</i> der Studie (Kategorisierung auf Basis des Zwischenberichts)	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓
A69	In welchen Regionen werden neue Versorgungsformen getestet?	Online-Befragung: Fördernehmer	✓
E135	Welche Auswirkungen hat das Konsultationsverfahren bei den Förderbekanntmachungen ab 2020 für die Themensetzung?	Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder Online-Befragung: Stakeholder	✓
E136	Gründe für diese Einschätzung	Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder Online-Befragung: Stakeholder	✓
72	Verhältnis der gestellten zu den bewilligten Anträgen je Förderschwerpunkt (Bewilligungsquote)	Förderdatenanalyse	✓
73	Wie patientenorientiert sind die geförderten Projekte?		
74	Darstellung nach Anzahl Projekte sowie Fördervolumen je Kategorie und häufiger Kombinationen	Online-Befragung: Fördernehmer	✓
A75	nach patientenrelevanten Endpunkten der Evaluation (getrennt nach primär/sekundär)	Online-Befragung: Fördernehmer	✓
A76	nach Einbezug von Patienten/-organisationen in die Arbeit des Konsortiums (abgestuft)	Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder	✓
77	Wie hoch ist der Innovationsgrad der geförderten Projekte?		
78	Darstellung nach Anzahl Projekte sowie Fördervolumen je Kategorie und häufiger Kombinationen	Online-Befragung: Fördernehmer	✓
79	nach Vorerfahrungen zur Art der Intervention (im Ausland vorhanden/erprobt, in Deutschland erprobt, nur bei anderen Indikationen/Zielgruppen bislang erprobt, bislang nur in Literatur beschrieben, ohne Vorerfahrungen)	Online-Befragung: Fördernehmer	✓
A80	nach Vorerfahrungen zur Fragestellung (im Ausland vorhanden/erprobt, in Deutschland erprobt, nur bei anderen Indikationen/Zielgruppen bislang erprobt, bislang nur in Literatur beschrieben, ohne Vorerfahrungen)	Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder	✓

	verändert hat (Zunahme oder Abnahme des Innovationsgrads).			
82	Anteil der befragten Fördernehmer, die ihr Konsortium als innovativ ansehen (im Sinne von bislang nicht mit diesen Partnern kooperiert)		Online-Befragung: Fördernehmer	✓
83	Wie stellt sich die Struktur der geförderten Konsortien inkl. der weiteren beteiligten Partner dar?	Darstellung nach Anzahl Projekte sowie Fördervolumen je Kategorie und häufiger Kombinationen		
87		nach Art (Kasse, Leistungserbringer, Forschungseinrichtung, etc.) des Konsortialführers sowie der Konsortialpartner	Förderdatenanalyse	✓
90	In welchem Umfang werden sektorenübergreifende Ansätze im Innovationsfonds berücksichtigt? Welche Versorgungsbereiche werden berücksichtigt?	Darstellung nach Anzahl Projekte je Kategorie und häufiger sektorenübergreifender Kombinationen nach einbezogenen Versorgungsbereichen: Apotheken, ambulante ärztliche Versorgung, Krankenhaus, ambulante oder stationäre Rehabilitation, ambulante oder stationäre Pflege, Heilmittelbringer, Notfallversorgung, etc.	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓
91	In welchem Umfang werden interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Ansätze im Innovationsfonds berücksichtigt? Welche werden berücksichtigt?	Darstellung nach Anzahl Projekte sowie Fördervolumen je Kategorie und häufiger Kombinationen		
A92		nach einbezogenem ärztlichem Tätigkeitsfeld (z. B. Allgemeinmediziner, amb. tätiger Facharzt, Arzt im Krankenhaus)	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓
93		nach einbezogenen Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Medizinische Fachangestellte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten etc.)	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓
94	Welche Schnittstellen zu angrenzenden Sektoren oder Unterstützungssystemen außerhalb der GKV-Versorgung werden in den Förderprojekten einbezogen?	Darstellung nach Anzahl Projekte je Kategorie	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓
95		nach einbezogenen Sozialleistungsträgern (GKV, Pflege, Rentenversicherung, Sozialhilfe)	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓ (✓)
E137	Ist es sinnvoll, die themenoffene Förderung auf 20 Prozent der Gesamtfördersumme zu beschränken?	Anteil der befragten Akteure, die dies bejahen bzw. eine Erhöhung oder Absenkung des Anteils vorschlagen	Interviews: Innovationsausschuss, Experten, Stakeholder Online-Befragung: Stakeholder	✓
E138		Sammlung von Gründen für diese Einschätzung	Interviews: Innovationsausschuss, Experten, Stakeholder Online-Befragung: Stakeholder	✓

101	ggf. Beschreibung auffälliger Unterschiede zwischen themenspezifischen und themenoffenen Projekten (Art der Intervention, Beteiligte, Indikation, Zielgruppe etc.)	Förderdatenanalyse Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓	✓
E139	Führt das Verfahren zur Entwicklung oder Weiterentwicklung von medizinischen Leitlinien im Rahmen des Innovationsfonds zu einer sinnvollen Auswahl geförderter Leitlinien-Projekte?	Anteil der befragten Akteure, die dies bejahen und die Themenauswahl positiv bewerten bzw. eine Veränderung des Verfahrens vorschlagen	Interviews: Innovationsaus-schuss	✓
E140		Sammlung von Gründen für diese Einschätzung	Interviews: Innovationsaus-schuss	✓

© Prognos AG, 2021

Umsetzungschancen

Der Themenkomplex Umsetzungschancen beschäftigt sich mit der Untersuchung des Umsetzungsstands der einzelnen Projekte sowie den zentralen Fragen des Transfers von wirksamen innovativen Versorgungsformen und der Verwertung von Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung (Tabelle 5).

Tabelle 5: Deskriptoren und Indikatoren zum Themenkomplex Umsetzungschancen

Nr.	Fragestellung, Untersuchungsgegenstand	Deskriptor, Indikator	Erhebungsinstrumente	NVF	VSF
103	Wie groß ist das Potenzial einer Umsetzung/Verwertung der erprobten Maßnahmen und gewonnenen Erkenntnisse in der Regelversorgung?	Anteil der geförderten Projekte mit Beteiligung einer Krankenkasse	Förderdatenanalyse	✓	✓
104		Anteil der geförderten Projekte unter Konsortialführerschaft einer Krankenkasse	Förderdatenanalyse	✓	✓
105		Anteil der befragten Akteure, die für die Gesamtheit der Projekte im Innovationsfonds im Wesentlichen ein hohes Umsetzungs-/Verwertungspotenzial sehen	Interviews: Innovationsaus-schuss, Stakeholder	✓	✓

E141	Fachlicher Nutzen-nachweis für Maßnahmen der NVF oder Erkenntnisse der VSF	Anteil der im Evaluationszeitraum abgeschlossenen NVF mit wissenschaftlichem Nachweis einer Verbesserung der Versorgung gegenüber der Regelversorgung insgesamt und nach spezifischen Verbesserungen: Behebung von Versorgungsdefiziten, Erhöhung der Versorgungsqualität und/oder -effizienz, Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen Versorgungsbereichen, -einrichtungen und Berufsgruppen (interdisziplinär und fachübergreifend)	Förderdatenanalyse, Dokumentenanalyse (Empfehlungen des IA), Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓
E142		Anteil der im Evaluationszeitraum abgeschlossenen Versorgungsforschungsprojekte, deren Erkenntnisse für die Verbesserungen der Regelversorgung insgesamt sowie für die folgenden spezifischen Verbesserungen genutzt werden können: zur konkreten Verbesserung der Versorgung, zur Analyse der Versorgungsqualität und/oder -effizienz, zur Weiterentwicklung der klinischen Praxis und/oder für strukturelle und/oder organisatorische Verbesserungen	Förderdatenanalyse, Dokumentenanalyse (Empfehlungen des IA), Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓
E146		Stellenwert des Transfers in die GKV-Versorgung in den Projekten (Konzeption, Durchführung, Evaluation)	Interviews: Fördernehmer, Experten	✓
E147		Anzahl und Art der Entwicklungen innerhalb der Projekte (z. B. Apps, Software, Schnittstellen, Schulungsmaterialien, Entscheidungshilfen, Manuale, Handbücher, Versorgungsprogrammbeschreibungen etc.), die nach Förderende bereitgestellt werden	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓
E148	Transfervoraussetzungen (Rahmenbedingungen und konkrete Bedingungen der Implementierung in der GKV-Versorgung für Maßnahmen oder Erkenntnisse aus Projekten)	Anteil der befragten Fördernehmer, die angeben, dass bestimmte Maßnahmen oder Erkenntnisse ihres Projekts in die Regelversorgung übertragbar sind	Interviews: Fördernehmer, Experten Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓
E149		Sammlung von Gründen für bzw. gegen diese Einschätzung	Interviews: Fördernehmer, Experten Online-Befragung: Fördernehmer	✓
E150		Anzahl und Beschreibung von Projekten, deren Rahmenbedingungen sich durch aktuelle Richtlinien- oder Gesetzesänderungen verändern (z. B. Telematik, Digitalisierung, gesetzlich vorgeschriebene Personaluntergrenzen für pflegesensitive Krankenhausbereiche)	Interviews: Fördernehmer, Experten Online-Befragung: Fördernehmer	✓
E151		Qualifizierungsmaßnahmen für Personal bei der Umsetzung in der Regelversorgung	Interviews: Fördernehmer, Experten	✓

E152	notwendige Kooperationen zwischen Versorgungsbereichen, Berufsgruppen und weiteren Institutionen bei der Implementierung in der Regelversorgung	Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse) Interviews: Fördernehmer, Experten Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓ ✓ ✓
E153	digitale/technische Voraussetzungen (z. B. Interoperabilität, offene Schnittstellen), die in der Regelversorgung geschaffen werden müssen (nur bei Projekten mit digitalen Komponenten)	Interviews: Fördernehmer, Experten Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓ ✓
E154	Sammlung von weiteren Empfehlungen/Erfahrungen bezüglich bedeutender Transfervoraussetzungen	Interviews: Fördernehmer, Experten Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse)	✓ ✓
A106	Transferprozess (prozessuale Wege zum Transfer von Maßnahmen oder Erkenntnissen aus den Projekten in die GKV-Versorgung)	Darstellung nach Anzahl Projekte je Kategorie	
107	nach erforderlichen Maßnahmen für eine Überführung in die Regelversorgung (gesetzliche Änderungen, Änderungen der Richtlinien des G-BA, Änderungen der Berufsordnung beteiligter Gesundheitsberufe, Schaffung einer Abrechnungsposition im EBM, DRG etc., Sonstige)	Interviews: Fördernehmer, Experten Online-Befragung: Fördernehmer	✓
108	nach erforderlichen Maßnahmen für eine Verwertung der erzielten Erkenntnisse in der Versorgung (gesetzliche Änderungen, Änderungen der Richtlinien des G-BA, Änderungen der Berufsordnung beteiligter Gesundheitsberufe, Schaffung einer Abrechnungsposition im EBM, DRG etc., Änderungen von Leitlinien, Sonstiges)	Interviews: Fördernehmer, Experten Online-Befragung: Fördernehmer	✓
E157	Anteil der abgeschlossenen Projekte mit Empfehlung des IA für einen Transfer in die Regelversorgung	Dokumentenanalyse	✓
E158	Gründe des IA für oder gegen die Empfehlung eines Transfers in die Regelversorgung	Dokumentenanalyse, Interviews: Innovationsausschuss, Fördernehmer, Experten	✓ ✓

E159	Anteil der Projekte, die bereits während der Förderung konkrete Maßnahmen zur Implementierung (von Teilen) der NVF in die Regelversorgung oder Alternativen zur Verstärkung ergreifen (z. B. Vorbereitung von Selektivverträgen, Verträge mit einzelnen Krankenkassen, Lobbying bei Entscheidern oder Stakeholdern)	Interviews: Fördernehmer, Experten Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse), Online-Recherche	✓
E160	Anzahl und Art der Überbrückungslösungen zur Finanzierung der NVF bis zur Entscheidung des IAs und der Überführung (von Teilen der NVF) in die Regelversorgung	Interviews: Fördernehmer, Experten Online-Befragung: Fördernehmer (Ergänzung durch Dokumentenanalyse), Online-Recherche	✓
A110	Wie ist der Umsetzungsstand der Projekte und welche Probleme treten auf?	Darstellung der laufenden, abgeschlossenen Projekte und Projekte in der Bearbeitungsphase sowie nach Projektfortschritt (Umsetzung der Arbeitsschritte)	✓
E161	Anzahl der genehmigten Projektverlängerungen	Online-Befragung: Fördernehmer, Förderdatenanalyse	✓
111	Darstellung des Mittelabflusses für die Projekte auf aggregierter Ebene (Förderschwerpunkte) im Zeitverlauf (im Vergleich zum Plan)	Förderdatenanalyse	✓
A112	Darstellung der Projekte nach Zeitdauer zwischen Förderentscheidung und Projektstart sowie zwischen Projektstart und Beginn der Versorgung in NVF	Förderdatenanalyse	✓
113	Sammlung hinderlicher Faktoren in der Projektumsetzung (z. B. Personalwechsel, Patientenrekrutierung)	Online-Befragung: Fördernehmer	✓
E163	Sammlung der Folgen durch die Verbreitung des neuartigen Coronavirus / COVID-19 für die Umsetzung der Projekte sowie Zusammenhänge mit den weiteren Indikatoren der Projektumsetzung (A110 bis 113)	Online-Befragung: Fördernehmer	✓
E167	Anteil der Projekte, die ihre Ziele im Projektverlauf angepasst haben	Online-Befragung: Fördernehmer	✓
E164	Wurden die Projektziele erreicht?	Dokumentenanalyse (Empfehlungen des IA) Online-Befragung: Fördernehmer	✓

© Prognos AG, 2021

Gesamtbewertung

Im Themenkomplex Gesamtbewertung werden Fragen zum Potenzial sowie der Weiterentwicklung des Innovationsfonds zusammengefasst. Auch die Frage nach Alternativen zur Förderung von Innovation im Gesundheitssystem ist Bestandteil der Gesamtbewertung (Tabelle 6).

Tabelle 6: Deskriptoren und Indikatoren zum Themenkomplex Gesamtbewertung

Nr.	Fragestellung, Untersuchungsgegenstand	Deskriptor, Indikator	Erhebungsinstrumente	NVF	VSF
114	Sind die jährlich verfügbaren Mittel sinnvoll eingesetzt worden?	Anteil der befragten Akteure, die dieser Frage zustimmen	Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder	✓	✓
116	Hat der Innovationsfonds als Instrument ein hohes Potenzial, zur qualitativen Weiterentwicklung der GKV-Versorgung beizutragen?	Anteil der befragten Akteure, die eine Fortführung des Innovationsfonds empfehlen	Interviews: Innovationsausschuss, Experten, Stakeholder, Fördernehmer Online-Befragung: Stakeholder, Fördernehmer	✓	✓
116a		Gründe für die Einschätzung zur Fortführung des Innovationsfonds	Interviews: Innovationsausschuss, Experten, Stakeholder, Fördernehmer Online-Befragung: Fördernehmer	✓	✓
E165	Hat sich die Rolle des Innovationsfonds bei der Weiterentwicklung der GKV-Versorgung durch die Anpassungen aufgrund des DVG verändert?	Anteil der befragten Akteure, die dieser Frage zustimmen	Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder Online-Befragung: Stakeholder	✓	✓
E166		Gründe für diese Einschätzung	Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder Online-Befragung: Stakeholder	✓	✓
118	Welche Alternativen zum Innovationsfonds könnte es geben, um zu einer qualitativen Weiterentwicklung der GKV-Versorgung beizutragen?	Sammlung von Vorschlägen möglicher Alternativen/Ergänzungen zum Innovationsfonds	Interviews: Innovationsausschuss, Stakeholder, Fördernehmer	✓	✓
119	Welche weiteren Vorschläge zur Weiterentwicklung des Innovationsfonds gibt es?	Sammlung weiterer Vorschläge und Ideen zur Weiterentwicklung des Innovationsfonds	Interviews: Innovationsausschuss, Experten, Stakeholder, Fördernehmer, Geschäftsstelle Online-Befragung: Stakeholder, Fördernehmer	✓	✓

© Prognos AG, 2021

