



# GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2017

## BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Volker E. Amelung, Susanne Ozegowski

Hält der Innovationsfonds, was er verspricht? Ein Zwischenfazit

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2017 (Seite 148–173)

Volker E. Amelung, Susanne Ozegowski<sup>1</sup>

## Hält der Innovationsfonds, was er verspricht?

### Ein Zwischenfazit

Seit dem Jahr 2016 existiert der von vielen Akteuren herbeigesehnte Innovationsfonds für das deutsche Gesundheitswesen. Aus seinen Mitteln werden über vier Jahre hinweg insgesamt 1,2 Milliarden Euro für die Förderung von Innovationen bereitgestellt. Aktuell werden 55 Projekte im Bereich der Neuen Versorgungsformen und 62 Projekte im Bereich der Versorgungsforschung gefördert. Der Beitrag untersucht die Struktur und die Ziele des Fonds sowie die von ihm geförderten Projekte und zieht ein erstes Zwischenfazit seiner Arbeit auf der Grundlage der bisherigen Förderungen und illustriert bestehende Risiken und zukünftige Potenziale.

### Innovationsfonds: viele Jahre gefordert – 2016 endlich umgesetzt

„Zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds geschaffen.“ Dieser Satz, der Ende 2013 im Koalitionsvertrag der neu gewählten Bundesregierung zu lesen war (Koalitionsvertrag: 77), löste eine Aufbruchstimmung im Gesundheitswesen aus, wie sie zuletzt bei der Einführung der Anschubfinanzierung im Jahr 2004 zu spüren war. Natürlich gehen stets viele Hände hoch, sobald Gelder zu verteilen sind. Reduzierte man das Interesse am Innovationsfonds jedoch auf den finanziellen Aspekt, so würde man den vielen Akteuren unrecht tun, die sich schon seit Jahren und mit großem persönlichem Engagement um die dringend nötigen Qualitäts- und Effizienzverbesserungen im Gesundheitssystem bemühen.

Der Schritt, über vier Jahre hinweg einen Betrag von insgesamt 1,2 Milliarden Euro für die Förderung von Innovationen freizustellen, war richtig und tendenziell überfällig. Schon lange ist bekannt, dass es einen Investitionsstau im Gesundheitswesen gibt, und zwar in erster Linie im Bereich der Versorgungssteuerung. Der medizinisch-technologische Fortschritt, die digitale Revolution und der demografische Wandel stellen ganz neue Anforderungen an die Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen

<sup>1</sup> Der Beitrag stellt die persönliche Meinung der Autoren dar.

den Akteuren. Diese veränderten Anforderungen sind in den Prozessen und Strukturen, die heute den Rahmen für das Versorgungs- und Vergütungsgeschehen bilden, jedoch nicht adäquat abgebildet. Gleichzeitig erschweren der hohe Regulierungsgrad, aber auch das Beharrungsvermögen verschiedener Interessengruppen eine flexible Anpassung des Systems.

Vor diesem Hintergrund wurden schon vor Jahren Stimmen laut, die von der Politik Maßnahmen zur Modernisierung des Systems und zur Förderung des Innovationsklimas forderten. Der Bundesverband Managed Care (BMC) legte bereits im Jahr 2009, wie andere auch, eine Skizze für einen Innovationsfonds vor. Fünf Jahre vergingen, bis der Fonds im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz festgeschrieben wurde, weitere zwei Jahre, bis die erste Förderwelle ausgelöst werden konnte. Inzwischen befinden sich 55 Projekte im Bereich der Neuen Versorgungsformen und 62 Projekte im Bereich der Versorgungsforschung in der Förderung (G-BA 2017).

## Fragestellungen und Aufbau des Beitrags

Der vorliegende Beitrag zieht ein erstes Zwischenfazit:

- Ist der Innovationsfonds in seiner derzeitigen Ausgestaltung so konstruiert, dass er die gewünschte Wirkung erzielt?
- Wo sollte nachjustiert werden?
- Inwiefern sind flankierende Maßnahmen nötig?
- Welche alternativen Formen der Innovationsförderung gibt es, die beispielsweise nach Auslaufen des Fonds sinnvoll wären?

Vor Beantwortung dieser Fragen soll zunächst noch einmal ein Blick auf die Ausgangssituation geworfen werden:

- Warum tut sich das Gesundheitswesen mit Innovationen so schwer?
- In welcher Form soll der Fonds konkret eingreifen?

Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit dem Bereich der Neuen Versorgungsformen. Die ebenfalls durch den Innovationsfonds geförderte Versorgungsforschung ist lediglich nachgeordneter Gegenstand der Analyse.

## Warum braucht das deutsche Gesundheitssystem einen Innovationsfonds?

Als Branche mit hoher volkswirtschaftlicher und gesellschaftlicher Relevanz unterliegt das deutsche Gesundheitswesen komplexen rechtlichen Regulierungen. Diese Regulierungen stellen einerseits den flächendeckenden und gleichen Zugang aller gesetzlich Versicherten zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sicher. Andererseits führen sie aber auch dazu, dass klassische Marktmechanismen, etwa der freie Wettbewerb unter den Anbietern, im Gesundheitsmarkt zumindest teilweise außer Kraft gesetzt werden. Dies hat nicht zuletzt Auswirkungen auf die Innovationskraft der Branche (Amelung und Wolf 2013).

In freien Märkten setzen sich Innovationen von allein durch, weil sich die Anbieter dadurch einen Wettbewerbsvorteil versprechen. Große Konzerne investieren nicht selten Milliardenbeträge, um sich eine Pionierstellung zu erarbeiten und sich so von ihren Mitbewerbern abzusetzen. Eine Rendite auf das eingesetzte Kapital wird dabei oft erst nach mehreren Jahren, manchmal sogar erst nach Jahrzehnten erwartet.

## Marktversagen durch hohen Regulierungsgrad

Im Gesundheitsmarkt gibt es dagegen kaum Anreize zu einem solchen unternehmerischen Denken. Das liegt in erster Linie daran, dass die Krankenkassen, denen am ehesten die Rolle des Innovationstreibers zukommen würde, eben keine Unternehmen im betriebswirtschaftlichen Sinne sind. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts können sie weder frei über die Versichertenbeiträge verfügen noch haben sie einen Zugang zum Kapitalmarkt. Will eine Krankenkasse also in eine Innovation investieren, muss sie dies aus dem laufenden Budget bestreiten und den Anforderungen der jeweiligen Aufsicht Genüge tun, was das Vorhaben erheblich erschwert.

Zwar dürfen die Krankenkassen seit Anfang des Jahres 2015 wieder Zusatzbeiträge auf den allgemeinen Beitragssatz erheben, sodass sie ihre Einnahmenseite ein Stück weit beeinflussen können. Jedoch ist die Akzeptanz der Versicherten im Hinblick auf diese Zusatzbeiträge extrem gering – nicht zuletzt, weil es für sie oftmals nur schwer ersichtlich ist, welchen Zusatznutzen sie davon haben. Die Krankenkasse muss also mit Versichertenverlusten rechnen, wenn sie an dieser Schraube dreht.

Hinzu kommt, dass etwa 95 Prozent der Leistungen aller Krankenkassen gleich sind, denn jede Kasse übernimmt ja die in der Regelversorgung vorgesehenen Leistungen. So verbleiben lediglich fünf Prozent für ein flexibles Portfolio. Auf dieser Grundlage ein echtes Alleinstellungsmerkmal zu realisieren ist schwer. Daher ist es nur verständlich, wenn Krankenkassen sich darauf konzentrieren, niedrige Beitragssätze zu halten, eine starke Marke zu entwickeln und vor allem solche Zusatzangebote zu machen, die für die Versicherten unmittelbar attraktiv sind.

Und noch ein Punkt hemmt das Investitionsklima immens: Patente oder Exklusivrechte auf erfolgreiche Versorgungsansätze, die einer Kasse einen echten und längerfristigen Wettbewerbsvorteil sichern würden, sind im Gesundheitswesen quasi nicht vorgesehen. Sobald sich ein neues Versorgungskonzept als erfolgreich erweist, können andere Kassen also schnell nachziehen. Zusätzlich muss jeder First Mover die Bürde auf sich nehmen, die bürokratischen Hürden zu überwinden, die für Innovationen im Gesundheitsmarkt enorm hoch sind.

Ergo: In der Logik des Gesundheitswesens handeln Krankenkassen rational, wenn sie eher kurzfristig denken und eher nicht investieren (hierzu auch Neumann und Wolfschütz 2013: 12 ff.).

## Ordnungspolitik versus Pragmatismus

Aus politischer und gesellschaftlicher Sicht besteht jedoch ein Interesse daran, das Gesundheitswesen kontinuierlich zu modernisieren. Auch vor dem Hintergrund des medizinisch-technologischen Fortschritts, des demografischen Wandels und der Digitalisierung ist eine entsprechende Anpassung von Prozessen und Strukturen im Gesundheitssystem dringend erforderlich.

Wenn der Markt diese Innovationskraft nicht aus sich heraus hervorbringt, gibt es zwei Optionen, die sich unter der Formel Ordnungspolitik gegenüber Pragmatismus zusammenfassen lassen. Der ordnungspolitische Ansatz bestünde darin, die Spielregeln des Marktes zu ändern, beispielsweise indem man den Regulierungsgrad heruntersetzt und mehr Wettbewerb zulässt. Aus rein volkswirtschaftlicher Sicht wäre dies das Mittel der Wahl, allerdings erfordert es einen sehr großen Durchsetzungswillen auf der politischen Ebene und ist nur langfristig umsetzbar.

Die pragmatische Herangehensweise rüttelt dagegen nicht an den Pfeilern des Systems, sondern versucht, durch Impulse von außen nachzuhelfen – sprich: durch staatliches Eingreifen. Obwohl die Politik über mehrere Legislaturperioden hinweg Maßnahmen ergriffen hat, um mehr Wettbewerb ins Gesundheitssystem zu bringen, hat sie sich mit der Einführung des Innovationsfonds für diese zweite Variante entschieden. Auch dafür gibt es gute Argumente: Der Fonds hat den Vorteil, dass er sehr schnell viel Aktivität generiert und gleichzeitig ein gewisses Maß an Steuerung zulässt. So kann über die Ausschreibungen etwa beeinflusst werden, welche Themen auf der Innovationsagenda ganz oben stehen.

## Innovationsförderung ist keine deutsche Erfindung – Konzepte und Erfahrungen aus dem Ausland

Der Blick über den nationalen Tellerrand zeigt, dass Deutschland mit der Entscheidung für eine staatliche Innovationsförderung durchaus nicht allein dasteht (für das Folgende vergleiche Ozegowski und Alsdurf 2017: 70–74). Neben einigen weiteren Ländern haben auch die USA und Großbritannien in den letzten Jahren große Förderprogramme aufgelegt, um einen Innovationsschub in den Versorgungsstrukturen auszulösen.

### Das Beispiel USA

In den USA wurden im Rahmen des Affordable Care Act (ACA) im Jahr 2010 zwei große Förderinitiativen ins Leben gerufen, die sich ähnlich wie beim deutschen Innovationsfonds in die Bereiche Neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung gliedern.

Der Bereich der Neuen Versorgungsformen wird vom Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMS Innovation Center) koordiniert, dem zehn Milliarden US-Dollar für die Entwicklung, Evaluation und Implementierung neuer Versorgungsmodelle und Vergütungsstrukturen zur Verfügung stehen. Wie der Name des Centers bereits vermuten lässt, richtet sich die Förderung an die staatlichen Versicherungs- beziehungsweise Fürsorgeprogramme Medicare und Medicaid respektive deren Leistungserbringer und Patienten. Gefördert werden Modelle, die die Versorgung verbessern, Kosten senken und patientenzentrierte Praktiken stärken.

Das CMS Innovation Center hat eine Vielzahl von verschiedenen Förderlinien aufgelegt. Darunter sind beispielsweise die Pioneer Accountable Care Organizations (Pioneer ACOs), die ein Vergütungsmodell erproben, das die beteiligten Leistungserbringer sowohl an möglichen Einsparungen als auch an möglichen Risiken beteiligt. Das Programm setzt Anreize für eine bessere sektorenübergreifende Koordination und für mehr Kosteneffektivität bei gleicher oder besserer Qualität. Interessierte Leistungserbringer durchlaufen ein zweistufiges Antragsverfahren.

Ein weiteres Programm des CMS Innovation Center wurde unter dem Titel Comprehensive Primary Care (CPC) aufgesetzt und inzwischen von Comprehensive Primary Care Plus (CPC+) abgelöst. Im Zentrum des Programms steht die Verbesserung der ambulanten Versorgung, unter anderem durch Risikostratifizierung anhand von Behandlungsdaten, den Einsatz von Lotsen sowie durch erweiterte Öffnungs- beziehungsweise Bereitschaftszeiten von medizinischen Einrichtungen. Die Vergütung der teilnehmenden Leistungserbringer setzt sich zusammen aus einer Strukturpauschale, einer pauschalierten Vergütung pro Patient und einer qualitätsorientierten Komponente.

Der Bereich der Versorgungsforschung wird durch das Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) betreut. Das Förderbudget umfasst knapp vier Milliarden US-Dollar, die bis zum Jahr 2019 abrufbar sind. Ziele der Förderung sind eine Steigerung der Behandlungsqualität und Evidenzgenerierung für Versorgungsentscheidungen. Erwähnenswert ist darüber hinaus, dass PCORI großen Wert auf das Thema

Patientenbeteiligung legt. Anders als beim deutschen Innovationsfonds sind Patientenvertreter dort in den gesamten Entscheidungsprozess eingebunden, von der Formulierung der Ausschreibungen über die Entscheidung einer Vergabe der Fördermittel bis hin zur Evaluation der Projekte anhand patientenrelevanter Endpunkte.

## Das Beispiel Großbritannien

Der britische National Health Service (NHS) startete 2009 zunächst mit den sogenannten Integrated Care Pilots (ICPs). In 16 Pilotprojekten, die jeweils mit einem vergleichsweise geringen Startkapital von 172.000 GBP (etwa 195.000 Euro) ausgestattet waren, wurden lokale integrierte Versorgungsmodelle getestet.

Im Jahr 2013 legte die Regierung dann den Better Care Fund auf, ein groß angelegtes Programm, das sich auf die bessere Verschränkung von gesundheitlicher und sozialer Versorgung fokussiert. Ziel ist es unter anderem, unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Für die Jahre 2015 und 2016 stand dem Better Care Fund der beeindruckende Betrag von 5,3 Milliarden GBP zur Verfügung, was sicher auch vor dem Hintergrund zu bewerten ist, dass die Zielpopulation für das Programm sehr groß ist.

Auch der Bereich der Versorgungsforschung wird in Großbritannien gefördert. Das National Institute for Health Research (NIHR) unterhielt in den Jahren 2014/15 14 verschiedene Programme mit einem Fördervolumen von insgesamt 237 Millionen GBP.

Wenngleich die konkrete Ausgestaltung in Deutschland, den USA und Großbritannien unterschiedlich ausfällt, so gibt es doch einige Parallelen: In allen drei Ländern bilden die Förderung der Integrierten Versorgung, die Verbesserung der Koordination und die Stärkung der Primärversorgung Kernelemente der Innovationsförderung. Eine übergreifende Evaluation der Förderprogramme liegt bisher lediglich für die US-amerikanische CPC-Initiative vor. Sie zeigte eher gemischte Ergebnisse, woraufhin das Folgeprogramm CPC+ in einigen Punkten angepasst wurde.



## Die deutsche Lösung – Struktur des Innovationsfonds

### Laufzeit, Ausstattung und Ziele des Innovationsfonds

Die rechtlichen Grundlagen für den Innovationsfonds sind im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) geregelt, das am 23. Juli 2015 in Kraft trat. Der Fonds wurde zunächst für die Jahre 2016 bis 2019 aufgelegt. Er verfügt über eine Ausstattung von jährlich 300 Millionen Euro, sodass sich über den gesamten Förderzeitraum ein Budget von 1,2 Milliarden Euro ergibt. Bereitgestellt werden diese Mittel jeweils zur Hälfte von den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (§ 92 a Absatz 3 SGB V).

Projekte können über einen Zeitraum von maximal vier Jahren gefördert werden. Um nicht das gesamte Budget bereits mit den Förderentscheidungen des ersten Jahres zu binden, wurde die Übertragbarkeit fest zugesagter Mittel sichergestellt.

Inhaltlich gliedert sich die Förderung in zwei Bereiche: 75 Prozent der Mittel (das bedeutet 225 Millionen Euro des Jahresbudgets beziehungsweise 900 Millionen Euro des Gesamtvolumens) fließen in die Erprobung und Einführung neuer Versorgungsformen. 25 Prozent der Mittel (das bedeutet 75 Millionen Euro der Jahresbudgets beziehungsweise 300 Millionen des Gesamtvolumens) sind für die Versorgungsforschung vorgesehen.

Die Zielsetzung des Innovationsfonds besteht in der qualitativen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Vorhaben, „die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden“ (§ 92 a Absatz 1 SGB V).

**Tabelle 1: Aufteilung und Verwendungszwecke der Fördermittel**

Förderbereich	Förder- summe pro Jahr	Förderkriterien
Innovative Versorgungsformen	225 Mio. Euro	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ über die Regelversorgung hinausgehend</li><li>▪ Verbesserung sektorenübergreifender Versorgung</li><li>▪ überführbar in die Regelversorgung</li><li>▪ wissenschaftliche Evaluation</li><li>▪ Vertragsgrundlage für Projekt: Selektivvertrag</li></ul>
Versorgungsforschung	75 Mio. Euro	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Verbesserung bestehender Versorgung</li><li>▪ Evaluation von §§ 73 c- und 140 a-Verträgen (SGB V)</li><li>▪ Evaluation G-BA-Richtlinien</li></ul>

Quelle: Bundesverband Managed Care 2016

Die im Gesetzestext aufgeführten Förderkriterien (§ 92 a Absatz 1 SGB V) umfassen

1. die Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz,
2. die Behebung von Versorgungsdefiziten,
3. die Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,
4. interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
5. die Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,
6. die Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen sowie
7. die Evaluierbarkeit.

In den Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses ist spezifiziert, dass im Antrag plausibel dargelegt werden muss, inwiefern das Vorhaben die Kriterien (1), (5), (6) und (7) erfüllt. Zusätzlich muss eines der Kriterien (2) bis (4) erfüllt sein. Weiterhin fordert der Innovationsausschuss eine Begründung zum Umsetzungspotenzial und zur Realisierbarkeit des Modellansatzes (G-BA 2017).

Gefördert werden aus dem Innovationsfonds ausschließlich die Kosten, die nicht bereits in die Vergütungssysteme der Regelversorgung fallen. Ebenso sind Produktinnovationen von der Förderung ausgeschlossen. Die förderfähigen Kosten werden zu 100 Prozent übernommen. Eine finanzielle Beteiligung aus zusätzlichen Quellen ist nur dann vorgesehen, wenn ein Antrag sich deutlich über die Grenzen des Fünften Sozialgesetzbuches hinaus erstreckt, beispielsweise wenn die Versorgung an den Schnittstellen zur Rehabilitation oder zur Pflege im Mittelpunkt des Vorhabens steht (Innovationsausschuss 2017: 7). Auch die Einbeziehung anderer Fördertöpfe ist denkbar: So erhält beispielsweise das Projekt StimMT, das in der ersten Förderwelle einen Zuschlag erhalten hat, Mittel aus dem Strukturfonds zum Umbau des Krankenhauses am Projektstandort Templin (IGiB 2017).

Die Förderung der Versorgungsforschung zielt auf einen „Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ ab (§ 92 a Absatz 2 SGB V).

## Gremien und Organisationsstruktur

Mit der Umsetzung des Innovationsfonds hat der Gesetzgeber einen Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gegründet (§ 92 b Absatz 1 SGB V). Diesem gehören aus dem Kreise des Beschlussgremiums des G-BA drei Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV), je ein Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Unparteiische Vorsitzende des G-BA an. Zudem wurden zwei Vertreter aus dem Bundesministerium für Gesundheit sowie ein Vertreter aus dem Bundesministerium für Bildung und Forschung in den Innovationsausschuss berufen. Darüber hinaus nehmen zwei Patientenvertreter an den Beratungen teil – verfügen jedoch nicht über ein Stimmrecht.

Der Innovationsausschuss legt die konkreten Förderschwerpunkte und -kriterien fest, führt Interessenbekundungsverfahren durch, entscheidet über die Anträge und hat Weisungsbefugnis über die eigens für den Innovationsfonds eingerichtete Geschäftsstelle.

## Abbildung 1: Zusammensetzung und Aufgaben von Innovationsausschuss und Expertenbeirat



Quelle: Bundesverband Managed Care 2016

Im Sinne eines effizienten Arbeitsprozesses wurde zusätzlich ein Arbeitsausschuss gegründet, in dem dieselben Trägerorganisationen vertreten sind wie im Innovationsausschuss. Dort werden die Förderbekanntmachungen vorbereitet und die Förderanträge vorbewertet.

Die Geschäftsstelle unterstützt den Innovationsausschuss in den Bereichen Organisation und Verwaltung. Sie erstellt unter anderem Entwürfe für die Förderbekanntmachungen und Förderbescheide, prüft die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel und beantwortet Anfragen Dritter.

Zusätzlich hat der G-BA das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) mit der Projektträgerschaft für den Innovationsfonds beauftragt. Aufgabe des Projektträgers ist es, die nötige Infrastruktur für das Bewerbungsverfahren in Form einer Online-Plattform zur Verfügung zu stellen und dafür zu sorgen, dass dem Innovationsausschuss ausschließlich vollständige Anträge zugehen. Zudem erfüllt der Projektträger eine beratende Funktion gegenüber den Antragstellern.

Dem Innovationsausschuss wurde als beratendes Gremium ein zehnköpfiger Expertenbeirat zur Seite gestellt, der durch den Bundesminister für Gesundheit berufen wurde. Seine Aufgabe besteht vor allem darin, wissenschaftliche und versorgungspraktische Expertise einzubringen. In diesem Sinne führt er Kurzbegutachtungen durch und gibt Förderempfehlungen ab.

Patientenvertreter aus den zu den jeweiligen Themenschwerpunkten relevanten Organisationen haben im Innovationsausschuss ein Mitsprache- und Antragsrecht.

## Ausschreibungsverfahren und Entscheidungswege

Im Jahr 2016 hat der Innovationsausschuss im Teilbereich der Neuen Versorgungsformen zwei und in der Versorgungsforschung eine Förderwelle ausgelöst. Die jeweiligen Themenschwerpunkte werden vom Innovationsausschuss festgelegt. Sie sind den Förderbekanntmachungen zu entnehmen (G-BA 2017).

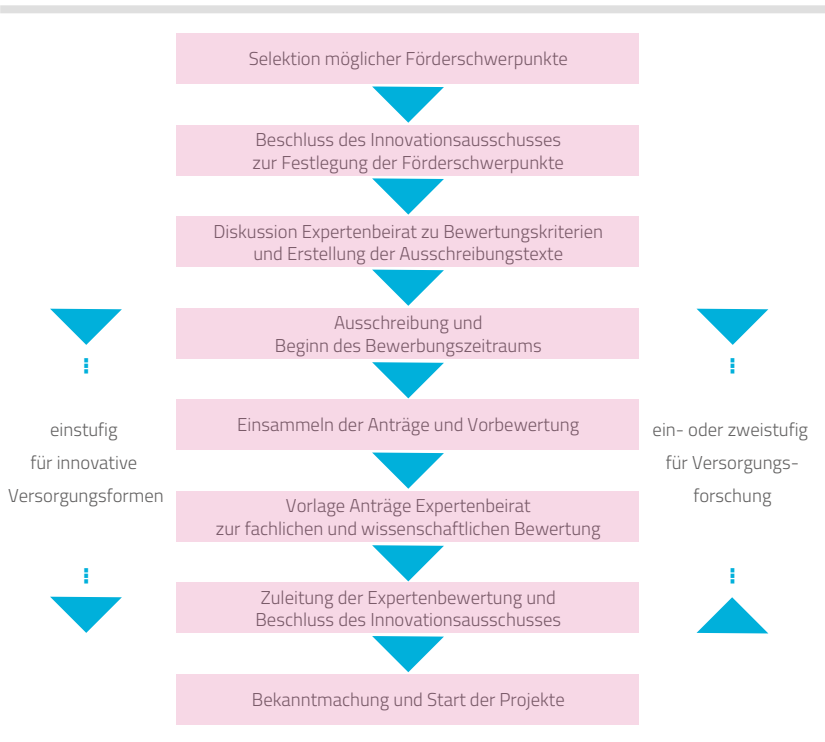
Anträge können jeweils zu den festgelegten Terminen über das Online-Portal des Projektträgers eingereicht werden. Die eingegangenen Anträge werden vom Projektträger auf Vollständigkeit und formale Korrektheit geprüft. Gegebenenfalls werden Unterlagen nachgefordert. Anträge, die die Fördervoraussetzungen formal erfüllen, gehen dann zur Vorbewertung an den Expertenbeirat und den Arbeitsausschuss.

Der Expertenbeirat gibt seine Empfehlungen zur Förderwürdigkeit der Projekte an den Arbeitsausschuss weiter. Unter Berücksichtigung dieser Empfehlungen erstellt der Arbeitsausschuss seinerseits eine Bewertungsempfehlung, die er dem Innovationsausschuss vorlegt. Er strebt dabei an, einen Konsens unter den Ausschussmitgliedern zu erreichen (Innovationsausschuss 2017: 6).

Die letztendliche Förderentscheidung wird im Innovationsausschuss getroffen. Weicht der Innovationsausschuss von den Empfehlungen des Expertenbeirats ab, so hat er dies schriftlich zu begründen (§ 92 b Absatz 5 SGB V). Die Begründungen wurden bisher jedoch weder gegenüber der Öffentlichkeit noch gegenüber dem Antragsteller transparent gemacht.

Im Großen und Ganzen entspricht das Ausschreibungsverfahren des Innovationsfonds den Standards, die auch im wissenschaftlichen Kontext üblich sind, beispielsweise bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Allerdings sind viele der Akteure, insbesondere die im Bereich der Neuen Versorgungsformen adressierte Zielgruppe, mit solchen Antragsanforderungen wenig vertraut. Die Anhänge zu den Schwerpunktthemen sind teilweise sehr komplex und bergen zahlreiche juristische Fallstricke. Die formalen Hürden, die im Bewerbungsverfahren zu überwinden sind, sollten daher nicht unterschätzt werden.

**Abbildung 2: Ablauf des Förderverfahrens**



Quelle: Prof. Josef Hecken, BMC-Diskussionsforum am 14. September 2015

## Die Bedeutung der Evaluation beim Innovationsfonds

Die Evaluierbarkeit der Projekte stellt beim Innovationsfonds ein Kernelement für die Förderfähigkeit eines Projektes dar. Ziel des Fonds ist es, erfolgreiche neue Versorgungsformen in die Regelversorgung zu überführen. Dafür ist ein belastbarer Wirksamkeitsnachweis unerlässlich. Das bedeutet, dass im Projektantrag nicht nur die geplante Intervention selbst beschrieben und beziffert, sondern dass in diesem Zuge auch ein schlüssiges Evaluierungskonzept entwickelt werden muss.

Dass der Evaluation ein so hoher Stellenwert beigemessen wird, ist auch aus den Erfahrungen mit der Anschubfinanzierung in den Jahren 2004 bis 2008 heraus zu verstehen. Mithilfe der Anschubfinanzierung konnten zwar zahlreiche innovative Projekte durchgeführt werden, in diesen wurde jedoch nur wenig Evidenz generiert (Sachverständigenrat 2012: 313).

Die Entscheidungsprozesse rund um den Innovationsfonds verstärken die Bedeutung der Evaluation zusätzlich. Das Votum des Expertenbeirats ist der Beurteilung durch den Innovationsausschuss vorgeschaltet. Gleichzeitig liegt die Expertise des sehr wissenschaftlich ausgerichteten Expertenbeirats in besonderer Weise darin, die Evaluierbarkeit beziehungsweise die Qualität des Evaluationskonzepts zu beurteilen, sodass dieses Förderkriterium vermutlich hoch gewichtet wird (Meyer und Mühlhauser 2017).

## Hürden bei der Evaluation komplexer Interventionen

Diese zentrale Bedeutung der Evaluation bringt gleichermaßen Vor- und Nachteile mit sich. Ein wesentlicher Vorteil liegt darin, dass die Antragsteller gezwungen sind, Hypothesen zu formulieren. Eine solche Hypothese könnte beispielsweise lauten: Durch die Intervention X können Krankenhauseinweisungen für Patienten mit der Indikation Y um den Prozentsatz Z im Vergleich zur Regelversorgung verringert werden. Auf diese Weise wird der Nutzen quantifiziert und somit messbar.

Allerdings handelt es sich gerade bei neuen Versorgungsformen zum überwiegenden Teil um komplexe Interventionen, in denen eine Vielzahl von Variablen aktiviert wird (Dörries et al. 2017). Geht es beispielsweise um eine verzahnte Betreuung

multimorbider Patienten durch ambulante Praxen, Pflegedienste, soziale Einrichtungen, Fallmanager und über telemedizinische Konsultationen, so ist im Ergebnis nur schwer abzugrenzen, welcher Baustein letztlich entscheidend ist für eine Verbesserung des Gesundheitszustands, eine Reduzierung von Arztbesuchen, eine Verbesserung der Patientencompliance oder eine Erhöhung der Lebensqualität. Das heißt, es besteht kein linearer Wirkungszusammenhang. Hinzu kommt, dass die Messung von weichen Faktoren wie Lebensqualität oder individuelle Zufriedenheit ohnehin schon kompliziert ist.

Bei einfachen (nicht komplexen) Interventionen stellen randomisierte kontrollierte Studien (englisch: randomized controlled trials, RCTs) den Goldstandard für Evaluationen dar. Ein solcher Goldstandard existiert für komplexe Interventionen bisher nicht. Viele Antragsteller beim Innovationsfonds behelfen sich deshalb damit, ihren Evaluationskonzepten die Logik von RCTs zugrunde zu legen und diese an das spezielle Setting ihres Projektes anzupassen (inav 2017).

Mit diesem Vorgehen stößt man jedoch schnell an Grenzen. So ist es beispielsweise häufig nicht möglich, eine Kontrollgruppe zu bilden. In der Regel werden die Innovationsfonds-Projekte von einer oder mehreren Krankenkassen mitgetragen. Ethische Grundsätze würden es jedoch verbieten, einer Patientengruppe die Intervention – von der man ja annimmt, dass sie besser ist als die bisherige Versorgung – zugutekommen zu lassen (Interventionsgruppe), sie aber einer anderen Patientengruppe vorzuenthalten (Kontrollgruppe).

Weiterhin wäre es im Grunde nötig, jeden Baustein einer komplexen Intervention einzeln auszurollen, um entsprechende Impact-Daten zu generieren. Dies ist innerhalb der Laufzeit und mit den verfügbaren Ressourcen der Innovationsfonds-Projekte jedoch häufig nicht möglich.

Ethik und Machbarkeit sind lediglich zwei von mehreren Faktoren, die bei komplexen Interventionen die üblichen Studiendesigns von RCTs sprengen. Diesen Problemen ist nur durch einen Mix an Methoden und Erhebungsinstrumenten beizukommen, die dafür allerdings häufig überhaupt erst einmal entwickelt werden müssen (Dörries et al. 2017).



Für die Projekte im Innovationsfonds bedeutet dies, dass meist ebenso viel Aufwand in die Entwicklung des Evaluationskonzeptes fließen muss wie in die Entwicklung der Intervention selbst. Zudem verschiebt sich der Zweck der Evaluation weg vom reinen Wirksamkeitsnachweis hin zu einem Erkenntnisgewinn über die Wirkungszusammenhänge der einzelnen Elemente der Intervention.

Eine weitere Problematik besteht darin, dass die Evaluation am Schluss des Förderzeitraums steht. Das heißt, die Finanzierung durch den Fonds läuft aus, bevor klar ist, ob der Ansatz in die Regelversorgung übernommen wird. Im Zweifelsfall bedeutet dies, dass erfolgreich aufgebaute Strukturen erst wieder zurückgeschraubt werden müssen, bevor sie dann erneut aufgebaut werden können, wenn sie tatsächlich in die Regelversorgung übernommen werden. Solche Zäsuren lassen sich vermeiden, wenn Zwischenevaluationen stattfinden, auf deren Basis dann über die Weiterführung eines Projekts entschieden werden kann.

Dass man im Innovationsfonds in Bezug auf die Evidenzgenerierung nicht noch einmal denselben Fehler machen möchte wie bei der Anschubfinanzierung ist verständlich und richtig. Allerdings muss man sich auch fragen, ob die hohen Anforderungen an die Evaluation nicht eine Überfrachtung des Innovationsfonds darstellen. In jedem Fall sollte man sich bei der Beurteilung der Evaluationskonzepte vom Paradigma der RCTs lösen und auch hier eine Offenheit für innovative Ansätze an den Tag legen.

## Förderentscheidungen der ersten beiden Wellen

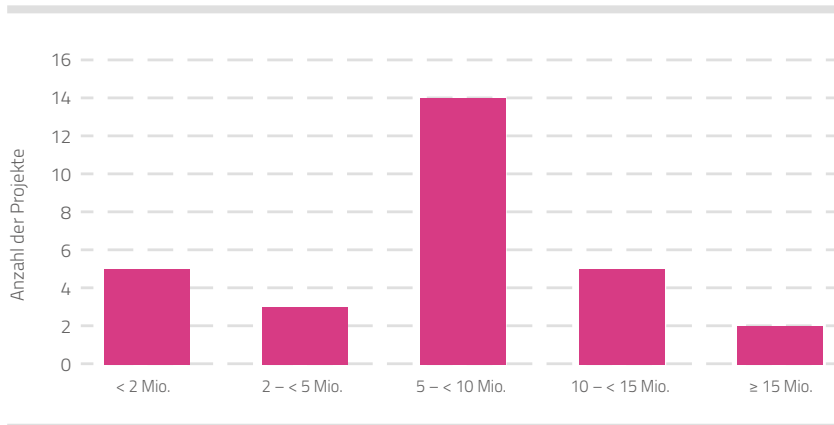
### Durchschnittszahlen: Fördervolumen und Förderdauer

Es kann an dieser Stelle nicht auf die Förderentscheidungen im Einzelnen eingegangen werden, da aktuell bereits mehr als 100 Projekte gefördert werden (G-BA 2017; BMC 2017).

Im Bereich der Neuen Versorgungsformen wurden für die erste Förderwelle insgesamt 120 Projekte mit einem beantragten Gesamtvolumen von 868 Millionen Euro eingereicht (Innovationsausschuss 2017). 19 Prozent der Projekte beantragten Fördermittel, die

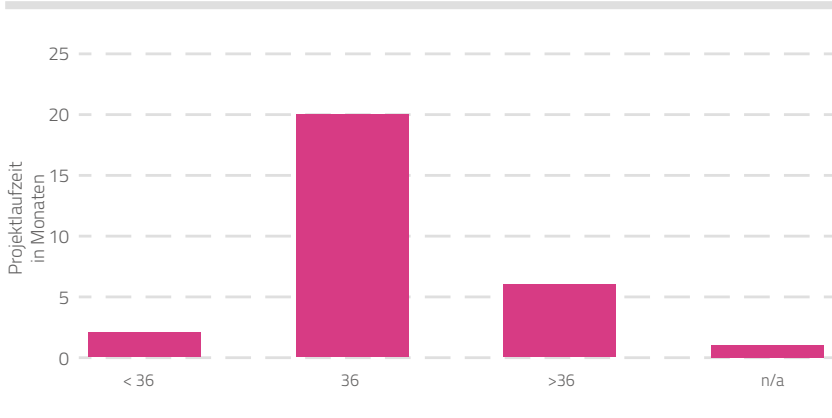
weniger als eine Million Euro betragen. Bei 62 Prozent der Projekte variierte die Antragssumme zwischen einer und zehn Millionen Euro. Die übrigen 19 Prozent beantragten mehr als zehn Millionen Euro (Monitor Versorgungsforschung 2017: 22). Die beantragte Laufzeit der Projekte lag zwischen 18 und 60 Monaten, wobei der Großteil (74 Prozent) eine Förderdauer von 36 Monaten veranschlagte. 29 Projekte erhielten in der ersten Förderwelle einen positiven Förderbescheid. In der zweiten Förderwelle wurden 107 Anträge mit einem Volumen von 485 Millionen Euro eingereicht, 26 von ihnen werden gefördert. Sämtliche Förderentscheidungen wurden im Innovationsausschuss einstimmig und mit Zustimmung der Patientenvertreter getroffen (Monitor Versorgungsforschung 2017b: 8). Auf der G-BA-Webseite zum Innovationsfonds sind alle geförderten Projekte mit Kurzbeschreibung aufgelistet (G-BA 2017).

**Abbildung 3: Fördervolumina der ersten Förderwelle (Neue Versorgungsformen)**



Quelle: Webseite des Innovationsausschusses, Darstellung Bundesverband Managed Care 2016

Abbildung 4: Projektlaufzeiten der ersten Förderwelle (Neue Versorgungsformen)



Quelle: Webseite des Innovationsausschusses, Darstellung Bundesverband Managed Care 2016

### Querschnittsthemen bei den geförderten Projekten

Gemäß der Intention des Gesetzgebers widmet sich der Innovationsausschuss vorrangig den derzeitigen Schwachstellen im System. Die Schwerpunktthemen, die in den ersten Förderbekanntmachungen genannt sind, spiegeln dies wider (G-BA 2017). Darüber hinaus lassen sich unter den geförderten Projekten im Bereich Neue Versorgungsformen jedoch noch einige Linien ausmachen, die quasi quer zu diesen Schwerpunktthemen verlaufen.

Dazu gehört beispielsweise die Notwendigkeit, die Versorgungspfade der Patienten besser zu koordinieren. Sei es im onkologischen Bereich, in der Schlaganfallversorgung oder bei der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger: Bisher fehlte es meist an einer zentralen Ansprechperson, die als Koordinator agiert, denn bezahlt wird im Gesundheitssystem die konkrete Behandlung, nicht aber die Koordination derselben. Diese Lücke wird in einigen der geförderten Projekte geschlossen, beispielsweise bei „CoCare – Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung“, „HerzEffekt MV – Entwicklung und spezifischer Aufbau eines sektorenübergreifenden Care-Centers zur Versorgungsoptimierung chronischer Herzerkrankungen in MV“ oder „MSTVK – Aufbau und Implementierung eines multimodalen, sektoren- und trägerübergreifenden Versorgungskonzepts bei Majoramputationen“.

Ein weiteres Metathema lässt sich unter dem Stichwort Patientenzentrierung zusammenfassen. Hierzu gehören alle Ansätze, die die individuellen Bedürfnisse der Patienten stärker einbeziehen, als dies üblicherweise im Versorgungsalltag geschieht. Aufgegriffen wird dieser Gedanke beispielsweise in den Projekten „MUK – Erweiterung des Selektivvertrags zu Maßnahmen der Unterstützten Kommunikation“, „BGM-innovativ – Arbeitsplatznahe, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen“ und „MAKING SDM A REALITY – Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus“.

Ein dritter Querschnittsbereich befasst sich mit der Verzahnung zwischen Health und Social Care, also dem Zusammenspiel zwischen Gesundheitsversorgung und sozialen Versorgungsangeboten. Dies geschieht unter anderem in den Projekten „INVEST Billstedt/Horn – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen“, „OSCAR – Onkologisches Social Care-Projekt der BKK“ und „NWGA – NetzWerk GesundheitAktiv“.

## Alternative Modelle zur Innovationsförderung und flankierende Maßnahmen

Wie oben beschrieben, handelt es sich beim Innovationsfonds nicht um eine grundsätzliche Weichenstellung im System, sondern um einen künstlich geschaffenen Innovationsanreiz, der zudem zeitlich begrenzt ist. Es ist somit zwar kurzfristig eine größere Innovationswelle zu erwarten, es erfolgt aber keine dauerhafte, sich selbst erhaltende Stärkung des Innovationsgeschehens im Gesundheitsmarkt. Daher stellt sich die Frage, wie auch über das Jahr 2019 hinaus gewährleistet werden kann, dass Innovationen ins System gelangen.

## Alternative Fördermodelle

Gesundheit besitzt einen hohen Wert in der Bevölkerung und eine gute Gesundheitsversorgung wirkt sich zudem volkswirtschaftlich positiv aus (Henke et al. 2011). Vor diesem Hintergrund wäre auch eine dauerhafte Innovationsförderung aus Steuergeldern denkbar. Dies hätte zudem den Vorteil, dass das derzeit bestehende Ungleichgewicht zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung aufgehoben würde.

Beim Innovationsfonds liegt die Investitionslast allein bei den gesetzlichen Kassen, während die privaten Krankenversicherungen sich daran nicht beteiligen müssen, obwohl auch ihre Versicherten von Prozess- und Strukturinnovationen profitieren.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben in der Vergangenheit außerdem moniert, dass sie den Innovationsfonds zwar allein finanzieren müssen, aber nicht allein über die zu fördernden Projekte entscheiden dürfen. Würde man die Krankenkassen dazu verpflichten, ein Forschungs- und Entwicklungsbudget einzurichten, aus dem sie Innovationsvorhaben finanzieren könnten (und müssten), ginge die Entscheidungsgewalt an die Kassen über, ohne dass man Gefahr liefe, dass die Investitionsbereitschaft sofort wieder gegen Null strebt. Auf diese Weise würde nicht nur der Wettbewerbsgedanke gestärkt, sondern es könnte auch der hohe bürokratische Aufwand verringert werden, der mit dem Innovationsfonds einhergeht. In diesem Rahmen müsste allerdings auch die Frage neu diskutiert werden, in welcher Weise den Kassen eine Art zeitlich begrenzter Patentschutz auf erfolgreiche Ansätze eingeräumt werden könnte. Auf der anderen Seite würden damit jedoch kassenübergreifende Projekte möglicherweise wieder schwieriger – sowohl unter administrativen Gesichtspunkten als auch vor dem Hintergrund des Wettbewerbsgedankens.

## Flankierende Maßnahmen

Sollte der Gesetzgeber den Innovationsfonds noch über das Jahr 2019 hinaus aufrechterhalten, so wäre in Erwägung zu ziehen, ob nicht eine Teilfinanzierung bei der Förderung und die Vergabe von Darlehen das Innovationsklima stärker anheizen könnten. Die Vollfinanzierung ist für die Projektverantwortlichen vergleichsweise komfortabel. Scheitert das Projekt, passiert nichts. Bringen die Antragsteller dagegen selbst Finanzmittel ein, sind sie in der Regel erfolgsorientierter, weil sie auch am Risiko beteiligt sind.

Überdies wäre es sinnvoll, sich in der Förderung nicht allein auf das SGB V zu fokussieren, sondern den Zielbereich explizit auch auf die Schnittstellen zu anderen Sozialgesetzbüchern auszuweiten, insbesondere SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung).

Als weitere flankierende Maßnahme sollte die Rechtsaufsicht durch das Bundesversicherungsamt (BVA) weiter liberalisiert werden, da sich die restriktive Aufsichtspraxis in der Vergangenheit eher als Innovationsbremse ausgewirkt hat. Ein erster Schritt in diese Richtung ist im Rahmen des GKV-VSG bereits erfolgt. So hat man das BVA von der präventiven Rechtsaufsicht über Verträge zur Integrierten Versorgung entbunden und eine nachgelagerte Aufsicht eingeführt, in der der Wirtschaftlichkeitsnachweis erst nach vier Jahren erbracht werden muss. Insgesamt sollte den Krankenkassen aber noch mehr unternehmerischer Spielraum gewährt werden, was beispielsweise bedeuten könnte, dass sie bei Investitionen auch stärker ins Risiko gehen dürften.

Mindestens genauso wichtig wie der Aspekt der Wirtschaftlichkeit ist im Übrigen der Gesundheitsmehrwert, der durch eine neue Versorgungsform erzielt wird. Daher wäre es sinnvoll, wenn die Krankenkassen neben ihren Finanzergebnissen auch eine Leistungsbilanz über die Versorgungsergebnisse erstellen würden. Solche Zahlen könnten einerseits in die Prüfung von Versorgungsverträgen durch die Rechtsaufsicht einfließen. Andererseits würden sie den Versicherten wichtige Anhaltspunkte für die Wahl ihrer Krankenkasse bieten und auf diese Weise den Wettbewerbsgedanken stärken. Selbstverständlich müssten hierfür einheitliche Bewertungsindikatoren entwickelt werden.

### Zwischenfazit: Was ist gut, was könnte besser werden?

Als erster Erfolg des Innovationsfonds kann schon jetzt gesehen werden, dass er Dynamik ins System gebracht hat. Er regt dazu an, über die Verbesserung von Versorgungsstrukturen nachzudenken und Lösungen für bestehende Probleme zu entwickeln. Dass hier weiterhin viel Potenzial zu heben ist, lässt sich daran ablesen, dass auch in der dritten Förderwelle noch sehr viel Engagement unter den Akteuren vorhanden ist. Was aktuell fehlt ist allerdings ein verbindlicher Fahrplan mit Terminen, Fristen und Themenschwerpunkten der nächsten Förderwellen. Dies würde den Antragstellern eine längerfristige Planung erleichtern.

Die meisten Projektanträge werden in Konsortien erarbeitet. Dies stärkt die Vernetzung im Gesundheitswesen über die üblichen Kooperationen hinaus. Die Tatsache, dass per se niemand von der Berechtigung zur Antragstellung ausgeschlossen ist, hat den Weg für neue Allianzen freigemacht, ob mit Pharmaunternehmen, Start-ups oder branchenfremden

Organisationen. Allerdings zeigen die ersten Erfahrungen in den geförderten Projekten auch, dass die Kultur für solche Formen der Zusammenarbeit erst geschaffen werden muss. Wo beispielsweise Krankenkassen, Ärztenetze, Kliniken, IT-Unternehmen, Pharmakonzerne, universitäre Einrichtungen und Evaluationsdienstleister aufeinandertreffen, müssen sich die Beteiligten zwangsläufig auch mit unterschiedlichen Erfahrungshorizonten, Handlungsspielräumen, Entscheidungswegen und Mentalitäten auseinandersetzen. Das ist gut für das System, läuft im Einzelnen aber nicht immer ganz spannungsfrei ab und kostet oft mehr Zeit, als zunächst gedacht.

Hinzu kommt, dass nahezu alle geförderten Projekte einen hohen Grad an Komplexität vorweisen. Was auf dem Papier in Idealform skizziert wurde, kann in der Realität meist nur schwer eins zu eins umgesetzt werden.

Das Ziel, erfolgreiche Ansätze in die Regelversorgung zu übertragen, und die damit verbundene Notwendigkeit einer sauberen Evaluation sind grundsätzlich richtig. Gleichzeitig ist die Evaluation komplexer Interventionen enorm schwierig. Gerade weil die Etablierung besserer Prozesse und Strukturen in der Versorgung so wichtig und wertvoll ist, sollte gewährleistet sein, dass innerhalb des rechtlichen Rahmens ausreichend Spielraum vorhanden ist, um aus den ersten Umsetzungserfahrungen zu lernen und gegebenenfalls nachzujustieren.

Letztendlich wird man in Bezug auf die Förderkriterien und Evaluationsdesigns nur mit der richtigen Mischung aus wissenschaftlichem Anspruch und Pragmatismus zum Erfolg kommen. Dies darf allerdings nicht zulasten der Transparenz gehen, die vonseiten der Versorgungsforschung gefordert wird. Sie betrifft unter anderem die Offenlegung des methodischen Beurteilungskatalogs (Meyer und Mühlhauser 2017), die Darlegung der konkreten Ablehnungsgründe an die Antragsteller und die Veröffentlichung der Ablehnungsgründe in kumulativer Form (EbM Netzwerk 2017).

Zwischenevaluationen sollten zudem die Entscheidungsgrundlage dafür bilden, ob ein Projekt nach Auslaufen der Förderung weitergeführt werden soll oder nicht, um den gerade erfolgten Aufbau der neuen Strukturen nicht sofort wieder zu gefährden.

Ein grundsätzlicher Webfehler des Innovationsfonds, der schon früh angesprochen wurde und bisher nicht korrigiert ist, betrifft die Zusammensetzung des Innovationsausschusses. Dass die Mehrheit der Mitglieder im Innovationsfonds den Banken im G-BA angehört (sechs von zehn Mitgliedern), birgt einen gewissen Interessenkonflikt, denn die Effekte der Innovationen betreffen größtenteils die eigenen Interessengruppen. Es entscheidet also kein neutrales, unabhängiges Gremium, sondern die von den Entscheidern vertretenen Interessengruppen sind teilweise selbst in Projekte involviert. Zudem sind Voreingenommenheiten, beispielsweise gegenüber disruptiven Innovationen, die die Strukturen an sich infrage stellen, nicht auszuschließen, vor allem wenn sich dadurch ökonomische Verschiebungen ergeben, die nicht im Interesse einer oder mehrerer Banken liegen.

Abbildung 5: Entwicklungspotenziale und Webfehler des Innovationsfonds



Quelle: Bundesverband Managed Care 2017

Insgesamt sind die bürokratischen Anforderungen, denen Innovatoren im Gesundheitswesen unterliegen, sehr hoch. In anderen Branchen schaffen Inkubatoren oder Accelerators Raum für innovatives Denken und Kreativität. Dort speist man Ideen ein, lässt sie sich entfalten und wachsen, bis sie einen Reifegrad erreicht haben, der marktfähig ist. Speist man dagegen eine gute Idee ins Gesundheitssystem ein, läuft man



Gefahr, dass sie von den starren Strukturen so weit zurechtgestutzt wird, dass am Ende kein echter Innovationseffekt mehr erkennbar ist. Dass der Innovationsfonds hier als eine Art Pfadbrecher wirken kann, bleibt zu hoffen und abzuwarten.

## Literatur

- Amelung, V., Wolf, S. (2013): Innovationsförderung in der GKV. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2013 2. S. 111–117.
- Amelung, V., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägél, R., Ozegowski, S., Schlenker, R., Sjuts, R. (Hrsg.) (2015): Patientenorientierung – Schlüssel für mehr Qualität. MWV Berlin.
- Amelung, V., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägél, R., Ozegowski, S., Schlenker, R., Sjuts, R. (Hrsg.) (2017): Innovationsfonds – Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. MWV Berlin.
- BMC (2017): Innovationsfonds – Impulsgeber für das deutsche Gesundheitssystem?! [www.bmcev.de/themen/innovationsfonds/](http://www.bmcev.de/themen/innovationsfonds/) (Download am 27. Juni 2017).
- Dörries, M., Leppert, F., Greiner, W. (2017): Das Evaluationskonzept im Antrag. In: Amelung, V., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägél, R., Ozegowski, S., Schlenker, R., Sjuts, R. (Hrsg.): Innovationsfonds – Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. S. 109–116. MWV Berlin.
- EbM Netzwerk (2017): Innovationsfonds – Vorschläge zur Verbesserung der Transparenz – Offener Brief. [www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/offener-brief-innofonds.pdf](http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/offener-brief-innofonds.pdf) (Download am 20. Juni 2017).
- Henke, K.-D., Troppens, S., Braeseke, G., Dreher, B., Merda, M. (2011): Volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. Innovationen, Branchenverflechtung, Arbeitsmarkt. Baden-Baden.
- G-BA (2017): Der Innovationsfonds und der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss. <https://innovationsfonds.g-ba.de> (Download am 13. Juni 2017).
- IGiB (2017): „Rundum-Betreuung“ für Templin. [www.gesundeideenfürbrandenburg.de/?p=4705](http://www.gesundeideenfürbrandenburg.de/?p=4705) (Download am 28. Juni 2017).
- inav (2017): Evaluation komplexer Interventionen. Unveröffentlichtes Manuskript des privaten Instituts für angewandte Versorgungsforschung inav. Berlin.

- Innovationsausschuss (2017): Der Innovationsfonds. In: Amelung, V., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägel, R., Ozegowski, S., Schlenker, R., Sjuts, R. (Hrsg.): Innovationsfonds – Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. S. 1–14. MWV Berlin.
- Koalitionsvertrag (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. [www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile) (Download am 26. Juni 2013).
- Meyer, G., Mühlhauser, I. (2017): Editorial: Klasse statt Masse! Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 121. S. 1–4.
- Monitor Versorgungsforschung (2017): „Zukunft inside“ in 29 Projekten. Innovationsfonds: Die erste Förderwelle. 01/2017. S. 21–36.
- Monitor Versorgungsforschung (2017a): „Enormes Innovationspotential im System“. Interview mit Professor Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA. 01/2017. S. 6–12.
- Neumann, K., Wolfschütz, A. (2015): Rahmenbedingungen im Innovationsfonds. Welche Projekte und Förderverfahren helfen, Innovationsdefizite zu überwinden? Gutachten im Auftrag des vdek. [www.vdek.com/presse/Broschueren/\\_jcr\\_content/par/publicationelement\\_0/file.res/IGES\\_Publikation\\_Rahmenbedingungen\\_Innovationsfonds.pdf](http://www.vdek.com/presse/Broschueren/_jcr_content/par/publicationelement_0/file.res/IGES_Publikation_Rahmenbedingungen_Innovationsfonds.pdf) (Download am 26. Juni 2017).
- Ozegowski, S., Alsdurf, B. (2017): Innovationsfonds als Alleinstellungsmerkmal? Internationale Erfahrungen in der Anschubfinanzierung von Versorgungsinnovationen. In: Amelung, V., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägel, R., Ozegowski, S., Schlenker, R., Sjuts, R. (Hrsg.): Innovationsfonds – Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. S. 70–74. MWV Berlin.
- Sachverständigenrat (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. [www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2012/GA2012\\_Langfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf) (Download am 27. Juni 2017).

