

Evaluationen führen zu Verbesserungen auf verschiedenen Ebenen

Was können Prozess- und Begleitevaluationen im Gesundheitswesen tatsächlich leisten? Und wann sollten diese Instrumente tatsächlich verstärkt zum Einsatz kommen? Über diese und weitere Fragen, welche die aktuellen Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem mit sich bringen, sprachen wir mit Professor Volker Amelung, Gründer und Gesellschafter des Instituts für angewandte Versorgungsforschung (inav), und Malte Haring, der seit dem 1. April als Geschäftsführer für das Institut verantwortlich zeichnet.

Herr Professor Amelung, Sie haben im Dezember ein Trend-Dossier mit dem Titel „Der Innovationsfonds – deutlich besser als sein Ruf“ bei den Gesundheitsforen veröffentlicht. Warum ist der Ruf beziehungsweise die Anerkennung des Innovationsfonds im Gesundheitssystem eher verhalten?

Amelung: Der Ruf des Innovationsfonds muss aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Zum einen hängt der Ruf maßgeblich von Erwartungen ab. Wenn Erwartungen extrem hoch sind, und die Realität dann nur als „hoch“ wahrgenommen wird, entsteht eine gewisse Diskrepanz und daraus resultierend Enttäuschung.

Bedingt ist diese hohe Erwartungshaltung auch durch die etwas unglückliche Formulierung im Innovationsfonds-Gesetzestext, in dem beschrieben ist: „Positiv evaluierte Projekte werden in die Regelversorgung überführt“. Das war richtig gedacht, denn wir brauchen weder in Deutschland noch in Europa weitere Pilotprojekte. Es war auch richtig zu sagen, wenn es „gut“ ist, wird es in die Regelversorgung überführt. Das hat nämlich dazu geführt, dass die Krankenkassen sehr genau überlegen, an welchen Projekten sie sich beteiligen.

Aus welchen weiteren Perspektiven sollte man das Thema betrachten?

Amelung: Fairerweise muss man festhalten, dass der Innovationsfonds aufgrund der Corona-Pandemie in eine schwere Zeit gefallen ist. Viele Projekte konnten in dieser angespannten Situation nur unter größeren Schwierigkeiten durchgeführt werden.

Der dritte Punkt ist eher systemimmanent: Letztendlich ist der Innovationsfonds eine Art Beauty-Contest. Das bedeutet: Probleme werden systematisch unter- und Chancen überschätzt. Und last but not least ist der Innovationsfonds sehr bürokratisch – aber es handelt sich ja auch um Steuergelder, mit denen sorgsam umgegangen werden muss.

Was macht den Innovationsfonds – von den eher kritischen Punkten abgesehen – letztendlich zu etwas Besonderem im Gesundheitssystem?

Amelung: Was wirklich entscheidend ist, dieser spezielle Forschungstopf ist sinnvoll. Es ist keine First-Best-Solution. Der Gesundheitsmarkt ist kein klassischer Angebot-Nachfrage-Markt. Denn wenn Angebot und Nachfrage frei funktionieren würden, würden sich Innovationen automatisch durchsetzen. Dieser Markt ist durch unterschiedliche Barrieren gekennzeichnet, und damit sich Innovationen etablieren können, braucht es den Innovationsfonds als Second-Best-Krücke.

Haring: Wichtig ist, dass Innovationen vorangetrieben werden und dass diese in verschiedenen Projekten ausprobiert werden. Leider wird häufig

auch die Möglichkeit unterschätzt, interessante und erfolgreiche Modelle aus anderen Gesundheitssystemen in den deutschen Markt zu transferieren und den deutschen Bedürfnissen entsprechend zu adaptieren.

Was müsste getan werden, damit der Innovationsfonds seinem Daseinsgrund gerecht wird und tatsächlich mehr Innovationen in die Regelversorgung gelangen?

Amelung: Wir würden uns mehr Austausch und eine offenere Diskussion über die Ergebnisse wünschen. Jedes Projekt aus dem Innovationsfonds sollte abschließend auf den Prüfstand, um zu schauen, was hat funktioniert und wo gab es Schwierigkeiten?

Eine Schwierigkeit, die bei nahezu allen Projekten gleich ist, ist die Rekrutierung. Diese Problematik tritt auf, da die ambulante Versorgung eine sehr hochgedrehte Organisationseinheit ist und in ihren Routinen verhaftet ist. Auch die Vernetzung zwischen den einzelnen Projekten wäre extrem sinnvoll, um voneinander lernen zu können.

Herr Haring, Sie haben gerade ein Paper zu Spannungen im Innovationsfonds eingereicht. Was hat es damit auf sich?

Haring: Das Paper befindet sich aktuell im Review-Verfahren. Wir beleuchten in diesem Artikel einige Punkte, die Professor Amelung angesprochen hat. Wenn wir uns den fehlenden Markt im Gesundheitswesen, aber auch andere Branchen anschauen, dann gibt es Aspekte, die man im Innovationsfonds aktuell noch vermisst, obwohl sie sich anbieten würden.

Könnten Sie diese Aspekte konkretisieren?

Haring: Ein Grundgedanke des Innovationsfonds ist die Zusammenstellung von Konsortien im Sinne einer integrierten Versorgung – also unterschiedliche Stakeholder wie Kassen, Leistungserbringer, Hersteller digitaler Komponenten arbeiten in einem Projekt zusammen. Diese Form der Zusammenarbeit sind die Akteure nicht gewohnt – diese Konstellation ist schon eine Innovation an sich.

Ein weiterer Aspekt, der zu Spannungen innerhalb dieser Konsortien führen kann, ist der lange Zeitraum dieser Innovationsfonds-Projekte. Die Projektpartner müssen sich über einen Zeitraum von bis zu fünf Jahren zusammenfinden. Was das tatsächlich für die Zusammenarbeit bedeutet, wird anfangs häufig unterschätzt. Im Endeffekt heißt das: Man muss sich über einen langen Zeitraum zusammenraufen und zusammenfinden. An der einen oder anderen Stelle führt das natürlich zu Reibungen.



Professor Volker Amelung

Gründer und Gesellschafter des inav Instituts



Malte Haring

Geschäftsführer des inav Instituts

Welche Konflikte treten dabei zutage?

Haring: Wir können Konflikte beobachten, die durch unterschiedliche Kulturen, Überzeugungen, Währungen und Interessen der verschiedenen Akteure verursacht werden. Es ist wichtig, diese Konflikte zu nutzen. Denn Konflikte müssen tendenziell nicht destruktiv sein. Sie haben durchaus das Potenzial, produktive Spannungen zu erzeugen. Über Dinge sachlich zu streiten, kann dazu führen, dass man zu einem Kompromiss kommt, der viel besser ist, als wenn man Dinge einfach nur abnickt und sich keiner Konfrontation stellt. Finanzminister Lindner hat im Anschluss an die Koalitionsausschuss-Gespräche gesagt: „Man schweigt sich auseinander und diskutiert sich zusammen.“ Diese Aussage könnte auch als Motto für den Innovationsfonds gelten.

Herr Haring, Sie sind als Geschäftsführer des inav Instituts auch mit der konkreten Abwicklung von Projekten betraut. Welche Hürden gilt es da zu überwinden?

Haring: Wir haben das Thema schon kurz gestreift – der Innovationsfonds arbeitet mit Steuergeldern, die sorgsam verwendet werden müssen. Aber das steht gar nicht zur Disposition. Die Frage ist vielmehr, wie man den sorgsamen Umgang über einen längeren Zeitraum umsetzt. Von der Antragsstellung, Bewilligung, Exekution, Implementierung und Durchführung des Projektes bis hin zum Endbericht vergehen wie bereits erwähnt zum Teil bis zu fünf Jahre. Über diesen Zeitraum ergeben sich Veränderungen und es entstehen Änderungsbedarfe. Unsere Erfahrung zeigt, dass wir wegkommen sollten vom Modell der reinen Bewilligung der Mittel hin zu einer Art Rechenschaftsmodell. Es sollte einen kleinen, variablen Anteil innerhalb der Projekte geben, mit dem man der Situation entsprechend reagieren kann.

Das würde – wie unsere Erfahrungen zeigen – im Umgang mit Spannungen helfen. Wenn ein Konflikt im Laufe des Projektprozesses entsteht, sollte rechtzeitig positiv moderierend eingeschritten werden. Für solche Dinge wäre es gut, einen Budgetfaktor zu haben.

Kommen wir zum Thema Evaluationen. Ihr Institut verfügt in dem Bereich über eine sehr große Expertise. Welche Bedeutung hat das Thema für das Gesundheitssystem?

Amelung: Für mich ist die Evaluation so ein bisschen ein Hygienefaktor. Die Beteiligten wissen, dass das Projekt von einem Dritten wissenschaftlich genauer unter die Lupe genommen wird. Da achtet man dann besonders darauf, dass alles korrekt ist und den Projektanforderungen gerecht wird.

Als Evaluator ist man zum einen Mitglied des Konsortiums. Auf der ande-

ren Seite sind wir Wissenschaftler und agieren entsprechend. Als Evaluator verhalten wir uns aber nicht wie ein externer Controller, der versucht, die kleinste Schwachstelle zu finden. Gerade in Hinblick auf die Prozessevaluation ist das vielmehr ein Begleiten und kontinuierliches Verbessern – insofern ist das eine ganz wesentliche Rolle. Ich glaube, es stärkt die Projekte und sollte eine Selbstverständlichkeit sein.

Wie sind Ihre Erfahrungen, Herr Haring?

Haring: Professor Amelung hat einen entscheidenden Punkt angesprochen: Eine Evaluation ist nicht als Audit zu verstehen, sondern vielmehr im Sinne eines begleitenden Qualitätsmanagements. Nicht nur die Evaluation der Ergebnisse ist wichtig, sondern die kontinuierliche Überprüfung der Prozesse wie auch des Zusammenwirkens der Akteure. So gewinnt man ein stärkeres Verständnis für die Sache und für die Versorgung der Patienten.

Gehen wir nochmals etwas genauer auf die Bereiche Begleit- und Ergebnisevaluation ein. Was können diese Tools leisten? Wo sollten sie verstärkt zum Einsatz kommen?

Haring: Um das zu veranschaulichen, gebe ich Ihnen einen kleinen Einblick in ein aktuell laufendes Projekt zur Begleitevaluation, an dem wir beteiligt sind. Beim „DigitalRadar“ messen wir den digitalen Reifegrad der Krankenhäuser in Deutschland. Dass die Begleitevaluation bei den Beteiligten auf großes Interesse stößt, zeigen unsere Zahlen. Wir hatten einen Survey mit 515 Teilnehmenden laufen, was über 30 Prozent der teilnehmenden Einrichtungen entspricht. Aus unserer Sicht ein fantastischer Erfolg. In den Interviews und Fokusgruppen wurde deutlich, dass die Akteure ein großes Interesse haben, den Transformationsprozess aktiv mitzugestalten. Als Evaluator haben wir die Chance, einen neutralen Blick anzuwenden und in die im „DigitalRadar“ erhobenen Daten auch das Feedback der Akteure miteinfließen zu lassen. Das stärkt die Aussagekraft und führt dazu, dass die beteiligten Stakeholder sich abgeholt und wertgeschätzt fühlen.

Lassen Sie uns das Thema Digitalisierung und digitale Transformation genauer anschauen. Was sagen Sie zur neuen Digitalstrategie des Bundesgesundheitsministers?

Amelung: Ich finde das Vorgehen absolut richtig. Man braucht eine Strategie und man braucht klare Eckpunkte, die das Ziel definieren. Zentraler Lernfaktor ist: Die betroffenen Akteure müssen eingebunden werden. Wenn man für die Healthcare Professionals den Nutzen nicht spürbar

macht, dann wird das nicht funktionieren. Das ist immer wieder die Frage: Brechstange versus Mitnehmen.

Sie sprachen gerade von dem Problem, dass Akteure nicht eingebunden waren. Bei der Gematik waren die Akteure aber eingebunden und das Ergebnis war eher Stillstand.

Amelung: Sie haben gerade das Problem benannt. Habe ich die Akteure oder habe ich die Vertreter der Akteure? Es muss soweit kommen, dass ein niedergelassener Arzt sagt: Okay, ich brauche das. Das Thema Digitalisierung hätte man schon vor 20 Jahren vor allem in der Medizinerbildung ansetzen müssen.

An Erkenntnissen mangelt es ja nun nicht in dem Bereich. Denken Sie, es kommt jetzt tatsächlich zum Start – auch im Sinne der Patienten?

Haring: Man wünscht es sich, aber ob ich es glaube, ist etwas anderes. Die Fakten, die aktuell dominieren hinsichtlich Finanzierungsfragen oder auch Datenschutz, sind natürlich Enabler für das weitere Vorgehen. Wenn diese Fragen zeitnah beantwortet werden oder ein Umgang gefunden wird, dann würde ich sehr positiv auf das Thema blicken. Allerdings müssen diese Weichen erst einmal gestellt sein.

Amelung: Wir müssen vor allem schauen, was sind die Bremsklötze, die die Bewegung verhindern? Das Thema Datenschutz muss außerhalb des Gesundheitssystems gelöst werden. Auch das Thema Vergütungssysteme muss angegangen werden. Als notorischer Optimist bin ich überzeugt, dass das zu lösen ist. Was ist der Game Changer, um die Entwicklung voranzutreiben? Das hat weniger mit Technologie und Geld zu tun, sondern vor allem mit Haltung.

Lassen Sie uns zum Schluss noch über das AMNOG und Market Access sprechen. Im europäischen Bereich tut sich gerade sehr viel mit EU-HTA-Verordnung und Pharmapaket – welche Konsequenzen sehen Sie da für Ihre Kunden?

Amelung: Das AMNOG wird als sinnvolles Instrument längst nicht mehr in Frage gestellt. Dennoch müssen Gesetzgebung- und Entscheidungsmechanismen immer wieder hinterfragt und nachjustiert werden. Dazu braucht es einen entsprechenden Dialog zwischen den Akteuren, um kontinuierlich zu schauen, was geht. Für die Forschung und die Industrie braucht es verlässliche Rahmenbedingungen. Es muss ein deutliches Signal geben, dass man sich auf politische Entscheidungen verlassen kann. Mit Blick auf die Zukunft: Wir müssen uns auch die Frage stellen: Wie verändert sich Medizin? Wie sieht die Forschungspipeline der nächsten zehn Jahre aus? Kann das Verfahren den neuen Therapien noch gerecht werden? Darauf müssen Antworten gefunden werden.

Haring: Es sollte eine übergreifende Strategie für den Forschungs- und Innovationsstandort Deutschland geben. Technologien müssen in die Anwendung gebracht werden, um auch weiterhin ein relevanter Standort zu bleiben. Auf Seiten der Politik müssen für die verschiedenen Bereiche strategische Zielbilder entwickelt werden, auch um damit Orientierungspunkte zu setzen. Gesundheitspolitik umfasst technologische, wirtschaftliche und soziale Fragen. Diese drei Aspekte müssen ineinandergreifen, um nachhaltigen Erfolg zu haben.

Es gibt diverse Großbaustellen im deutschen Gesundheitssystem, bei denen 2023 Weichen gestellt werden müssen: GKV-Finanzierung, Pflegefinanzierung, Krankenhausreform, digitale Transformation. Welche gesundheitspolitischen (Weiter-)Entwicklungen stehen auf Ihrer Forcierungs- bzw. Wunschliste?

Haring: Viele wichtige und richtige Aktivitäten sind angestoßen und zum Teil auch auf dem Weg. Die Lehren aus der Corona-Pandemie machen deut-

lich, dass es Handlungsbedarf gibt. Bei einem so relevanten Spannungsfeld wie der Krankenhausreform zeigt sich, dass der Diskurs zwischen den Akteuren notwendig ist, um zu Lösungen zu kommen. Aber nicht nur der stationäre, auch der ambulante Bereich braucht zukunftssichere Antworten. Aus meiner Sicht ist es eines der Themen mit Top-Priorität. Über die Digitalisierungsstrategie haben wir bereits gesprochen. In Deutschland haben wir bei der Digitalisierung einige Jahrzehnte ungenutzt gelassen. Hier gilt es nun aufzuholen und andere Länder zu überholen. Wir müssen Antworten finden, wie die Versorgung der Zukunft aussieht. Das sind Fragestellungen, die uns in den nächsten Jahren begleiten werden. Wir brauchen Lösungen, die Perspektiven für die Zukunft in sich tragen.

Amelung: Ich mache mir relativ wenig Sorgen um die GKV-Finanzierung. Klar ist, sowohl die Versicherten als auch der Staat werden zukünftig mehr für Gesundheit ausgeben müssen. Die Jahre des sorglosen Umgangs mit den Finanzen sind vorbei. Das Entscheidende ist jedoch der value for money, das heißt, gehen wir mit unseren Ressourcen effizient um? Wir müssen den Knoten auflösen, was das Thema Prävention betrifft und diese vielmehr in den Versorgungsfokus rücken. Wie Herr Haring schon erwähnt hat, ist die Krankenhausreform dringend notwendig.

In dem Zusammenhang komme ich zu einem Punkt, den ich extrem wichtig finde: Ich habe den Eindruck, dass die Schere zwischen der Versorgung in hochspezialisierten Zentren und in der Fläche immer weiter auseinandergeht. Wir müssen Rahmenbedingungen schaffen, dass die modernsten Erkenntnisse der medizinischen Forschung in den unterschiedlichen Indikationen nicht nur in den Zentren verfügbar sind, sondern auch in der Breite. Möglich wird das durch Telemedizin und Digitalisierung. Last but not least: Wir reden seit Jahren darüber, Gesundheits- und Sozialpolitik zusammenzudenken. Da müssen wir endlich einen Riesenschritt vorankommen.

Herr Professor Amelung und Herr Haring, vielen Dank für das Gespräch.

■ Das Interview führte Jutta Mutschler, Chefredakteurin der Market Access & Health Policy