

# Inhaltsverzeichnis

<i>Danksagung</i> .....	V
<i>Erstes Geleitwort</i> .....	IX
<i>Zweites Geleitwort</i> .....	XIII
<b>1 Innovationsbedarf des deutschen Gesundheitswesens</b> .....	<b>1</b>
1.1 Innovationsanforderungen im deutschen Gesundheitswesen vor und nach Corona (Engehausen) .....	1
1.1.1 Das beste Gesundheitswesen der Welt? .....	1
1.1.1.1 Gut und teuer. ....	1
1.1.1.2 Belastbar und leidensfähig .....	6
1.1.2 Innovationsbedarf aus Über-, Unter- und Fehlversorgung. ....	8
1.1.3 Innovationsbedarf nach der Corona-Lage .....	11
1.1.4 Neue Innovationstreiber .....	14
1.1.4.1 Junge Generation .....	14
1.1.4.2 Digitale Vernetzung und neue Akteure. ....	15
1.1.5 Bewährungsphase für den Innovationsfonds .....	18
1.1.6 Mut statt Misstrauen als Gestaltungsprinzip .....	20
1.1.7 Fazit .....	21
1.2 Akzeptanz von Innovationen im Gesundheitswesen bei den Akteuren (Langner) .....	24
1.2.1 Einführung: Erfolgsformel für bessere Versorgung bei knappen Budgets gesucht .....	25
1.2.2 Akteure im Gesundheitswesen sind grundsätzlich offen für Innovationen. ....	26
1.2.2.1 Befragung: Deutsche Versicherte setzen auf digitale Services .....	27
1.2.2.2 Corona-Pandemie verhilft Telemedizin zum Durchbruch .....	27
1.2.2.3 Interesse der Leistungserbringer an Innova- tionen nimmt zu .....	28

1.2.2.4	Digitale Technologien reduzieren Kosten der Krankenversicherungen .....	28
1.2.3	Welche Innovationen das Gesundheitswesen verändern und verbessern werden .....	29
1.2.3.1	Sieben Technologiefelder mit hohem Innovationspotenzial .....	29
1.2.3.2	Schlaglicht: Warum sich Ökosysteme durchsetzen .....	31
1.2.4	Wie sich die Akzeptanz von Innovationen systematisch steigern lässt .....	34
1.2.4.1	Den Wandel mit Change Management begleiten .....	35
1.2.4.2	Die entscheidende Rolle der Versicherten ...	35
1.2.4.3	Kernerfolgsfaktoren beachten .....	36
1.2.5	Fazit .....	36
1.3	Digitale Innovationen wie die Telemedizin können verknappende ärztliche Ressourcen schonen (Gurr) .....	37
1.3.1	Der Mangel an ärztlichen Ressourcen .....	37
1.3.1.1	Ursachen .....	37
1.3.1.2	Therapie .....	38
1.3.2	Telemedizin als Ergänzung der „sprechenden Medizin“ .....	39
1.3.3	Das zeitversetzte Online-Sprechzimmer in der Praxis ..	42
1.3.4	Fazit .....	45
<b>2</b>	<b>Der Innovationsfonds – Ziele, Initiatoren und bisherige Entwicklungen .....</b>	<b>47</b>
2.1	Beweggründe und Zielstellungen für den Innovationsfonds und Rückblick vorheriger GKV-seitiger Innovationsförderung (Hohnel/Seidel) .....	47
2.1.1	Rückblick (GKV-seitiger) Innovationsförderung .....	47
2.1.1.1	Wettbewerb innerhalb einer solidarischen Wettbewerbsordnung .....	47
2.1.1.2	Von der sektoralen Trennung zur integrierten Versorgung .....	48
2.1.2	Beweggründe für den Innovationsfonds .....	50
2.1.2.1	Bisherige Möglichkeiten reichen nicht aus ...	50
2.1.2.2	Mögliche Ursachen für die langsame Diffusion von Prozess-Innovationen .....	51

2.1.3	Zielstellungen für den Innovationsfonds.....	52
2.1.3.1	Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18. Legislaturperiode .....	52
2.1.3.2	GKV-seitige Zielstellungen für den Innovationsfonds.....	54
2.2	Überblick über bisherige Innovationsfondsprojekte (Scholz/Winkler) .....	58
2.2.1	Überblick über geförderte Projekte und relevante Akteure .....	59
2.2.1.1	Förderbekanntmachungen und geförderte Projekte seit 2016. ....	60
2.2.1.2	Überblick über Themenfelder innerhalb der Förderbekanntmachungen .....	64
2.2.1.3	Involvierte Akteure: Analyse der Projektleitung und Konsortialpartnerschaften .....	68
2.2.1.4	Regionale Analyse geförderter Projekte unter Berücksichtigung der Fördermittel .....	78
2.2.1.5	Datenakquise und Analysemethode .....	84
2.2.2	Fazit.....	86
3	<b>Der Innovationsfonds - Zuständigkeiten für den Transfer in die Regelversorgung .....</b>	<b>89</b>
3.1	Innovationen und solidarische Wettbewerbsordnung – ordnungspolitische Implikationen für die Integration in die Regelversorgung (Zerth) .....	89
3.1.1	Wettbewerb und Gesundheit – eine (immerwährende) Herausforderung .....	89
3.1.2	Leistungswettbewerb und Versorgungsinnovationen: Bedingungen und Limitationen .....	93
3.1.2.1	Regulierter Wettbewerb und „Level-Playing-Fields“ .....	93
3.1.2.2	Fokus Versorgungsinnovationen – vom Ideal zur Umsetzung?.....	95
3.1.3	Translation und Implementierung: Implikationen für einen regulierten Gesundheitswettbewerb.....	97
3.1.3.1	Einschub: die Bedeutung von Innovation und Imitation. ....	97
3.1.3.2	Imitation und Translation im Versorgungswettbewerb – Hinweise aus der Anwendungsumsetzung .....	98
3.1.4	Gesundheitspolitische Implikationen.....	102

3.2	Wie kommt das Neue praktisch in die (Versorgungs-)Welt? (Deh) .....	105
3.2.1	Was ist eigentlich Regelversorgung? .....	105
3.2.2	Wer sollte Empfänger des Transfers in die Regelversorgung sein? .....	105
3.2.3	Die gemeinsame Selbstverwaltung .....	106
3.2.4	Was steht am Ende der Förderphase? .....	107
3.2.4.1	Kategorien von Transferempfehlungen für die Regelversorgung .....	108
3.2.4.2	Abschätzung der Verteilung. ....	109
3.2.5	Mögliche Transferprobleme .....	110
3.2.5.1	Problemfeld: Innovationsfonds intern. ....	110
3.2.5.2	Problemfeld: Konkurrierende Innovations- zugänge. ....	110
3.2.5.3	Problemfeld: Konkurrenz aus der Regelver- sorgung. ....	111
3.2.5.4	Problemfeld: Strategisches Handeln der Akteure. ....	112
3.2.6	Fazit und Ausblick .....	113
<b>4</b>	<b>Der Innovationsfonds – Learnings aus beispielhaften Best Practice-Projekten</b> .....	<b>115</b>
4.1	DEMAND – Innenansichten der Implementierung eines Großprojektes im Innovationsfonds (Herrmann/Willms) .....	115
4.1.1	Einleitung .....	115
4.1.2	Das DEMAND-Projekt .....	117
4.1.2.1	Vorgeschichte: Motivation und das „Window of Opportunity“ .....	117
4.1.2.2	Der Weg ist das Ziel: Von der Idee zum Antrag. ....	120
4.1.2.3	Projektdurchführung .....	122
4.1.2.4	Evaluation .....	128
4.1.2.5	Aktueller Stand .....	130
4.1.3	Lessons learned? .....	131
4.2	Herausforderungen bei der Umsetzung und Translation von Innovationsfondsprojekten (Tomaschko) .....	135
4.2.1	Ist der Innovationsfonds ein geeignetes Instrument für eine nachhaltige Versorgungsverbesserung? .....	135
4.2.1.1	Innovationskraft Krankenkassen .....	136
4.2.1.2	Evaluation unter Laborbedingungen .....	136

4.2.1.3	Falsche Anreize .....	137
4.2.1.4	Fehlende Agilität .....	138
4.2.2	Versorgungskontinuität sichern: Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern – VESPEERA .....	138
4.2.2.1	Projekthinhalte und -ziele .....	138
4.2.2.2	Herausforderungen bei der Umsetzung .....	140
4.2.2.3	Lessons learned .....	142
4.2.2.4	Herausforderungen bei der Translation .....	142
4.2.3	Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung – eine kontrollierte Studie mit qualitativ-quantitativer Prozessevaluation (TeleDerm) .....	143
4.2.3.1	Projekthinhalte und -ziele .....	143
4.2.3.2	Herausforderungen bei der Umsetzung .....	144
4.2.3.3	Lessons learned .....	145
4.2.3.4	Herausforderungen bei der Translation .....	146
4.2.4	Fazit .....	147
4.3	Mut zu echter Innovation: Die Einführung von Gesundheitslotsen in Deutschland (Galle/Brinkmeier) .....	148
4.3.1	Einleitung .....	148
4.3.2	Bedeutung und Hintergrund des Schlaganfall-Lotsen-Projekts .....	150
4.3.2.1	Sozioökonomische Relevanz des Schlaganfalls .....	150
4.3.2.2	Sektorale Trennung kennzeichnet Status quo der Versorgung .....	151
4.3.3	STROKE OWL legt Basis für die strukturelle Verbesserung der Schlaganfall-Nachsorge .....	152
4.3.3.1	Zielsetzung und methodisches Vorgehen .....	153
4.3.3.2	Prozess des Case- und Care-Managements ..	154
4.3.3.3	Projektlaufzeit und Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung .....	155
4.3.3.4	Konsortialprojekt STROKE OWL und die zentrale Rolle der Krankenkassen im Innovationsfonds .....	156
4.3.4	Herausforderungen und Implementierungsbarrieren ..	157
4.3.4.1	Instrument Selektivvertrag .....	157
4.3.4.2	Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden .....	158
4.3.4.3	Zugang zu GKV-Routinedaten .....	158
4.3.4.4	Vorlage des Evaluationsberichts .....	159

4.3.5	Auf dem Weg in die Regelversorgung . . . . .	160
4.3.5.1	Ein Selektivvertrag als finales Ziel? . . . . .	160
4.3.5.2	Die Lösung ist sozialgesetzbuchübergreifend ..	161
4.4	Managing Healthcare Transformation (Brandt/Laag) . . . . .	165
4.4.1	Der Transfer in die Regelversorgung als Bestimmungsfaktor für den Projekterfolg . . . . .	165
4.4.2	Wie der Transfer in die Regelversorgung gelingen kann . . . . .	167
4.4.2.1	Transferorientiert projektieren: Handlungs- felder für das Projektkonsortium . . . . .	167
4.4.2.2	Transferorientiert fördern: Handlungsfelder für Gesetzgebung und Politik . . . . .	168
4.4.3	Beispiele des Projekttransfers: Zwei Lotsenprojekte stellen sich vor . . . . .	170
4.4.3.1	Zum Nutzen von Lotsenkonzepten . . . . .	170
4.4.3.2	Das onkologische Lotsenprojekt PIKKO. ....	171
4.4.3.3	Das geriatrische Lotsenprojekt RubiN. ....	172
4.4.3.4	Der aktuelle Stand der Transferplanung und -umsetzung. . . . .	173
4.4.4	Fazit . . . . .	174
4.5	Der steinige Weg vom Einzelprojekt zur systematischen Vergütung (Kerkemeyer/Lägel/Amelung). . . . .	176
4.5.1	Innovationen und Regelversorgung – wie passt das zusammen? . . . . .	176
4.5.2	Generische Themenfelder für die Übertragung in die Regelversorgung . . . . .	179
4.5.2.1	Stratifizierung von Patientenkollektiven . . . . .	180
4.5.2.2	Lotsenmodelle . . . . .	181
4.5.2.3	E-Health und M-Health-Lösungen . . . . .	182
4.5.2.4	Lösungen für spezifische Patientengruppen ..	183
4.5.3	Denken in Versorgungssystematiken, Gebührenord- nungsziffern und Komplexpauschalen. . . . .	184
4.5.4	Fazit . . . . .	185
5	<b>Innovationsförderung und Transfer in anderen Ländern . . . . .</b>	189
5.1	Innovationsförderung in nordeuropäischen Ländern durch Health Technology Assessment (HTA) (Preusker) . . . . .	189
5.1.1	Ausgangssituation in den nordischen Ländern . . . . .	189
5.1.2	Health Technology Assessment als Teil des Innova- tionsprozesses . . . . .	191

5.1.3	Systematische staatliche Förderung von Innovationen und öffentlich-private Zusammenarbeit . . . . .	194
5.1.4	Kritik am Nordischen Innovationsmodell im Gesundheitsbereich . . . . .	195
5.2	Vorbild Katastrophenschutz? (Burkhardt/Eichinger) . . . . .	198
5.2.1	Prävention beim Katastrophenschutz am Beispiel der Feuerwehr . . . . .	198
5.2.2	Die derzeitige Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland . . . . .	201
5.2.3	Fallzahl- und OP-Entwicklung in deutschen Krankenhäusern . . . . .	202
5.2.4	Pro-Einwohner-Pauschalen als Grundlage einer neuen Krankenhausfinanzierung . . . . .	204
5.2.5	Schlussfolgerung . . . . .	211
5.3	Entstehung und Transfer von innovativen Managed Care-Modellen: Internationale Erfahrungen und Fallbeispiele (Benstetter/Erdmann/Kottmair/Negele) . . . . .	214
5.3.1	Einführung . . . . .	214
5.3.2	Internationale Erfahrungen: Vorgehen . . . . .	216
5.3.3	Internationale Fallbeispiele . . . . .	218
5.3.3.1	Utilization Management . . . . .	219
5.3.3.2	Disease Management . . . . .	222
5.3.3.3	Pay for Performance . . . . .	227
5.3.3.4	Capitation/Regionale Gesundheitsbudgets . . . . .	231
5.3.4	Fazit und Schlussfolgerungen . . . . .	235
<b>6</b>	<b>Ungenutzte Potenziale digitaler Health-Innovationen und Perspektiven . . . . .</b>	<b>239</b>
6.1	Innovationsförderung Digitaler Gesundheitsanwendungen aus Unternehmensicht (Schinköthe/Fink) . . . . .	239
6.1.1	Überblick . . . . .	239
6.1.2	Das Gantt-Problem . . . . .	240
6.1.3	Intrinsische oder opportunistische Innovationskultur . . . . .	241
6.1.4	Unternehmerische Innovation . . . . .	242
6.1.5	Das Problem der Förderung digitaler Versorgungsformen . . . . .	243
6.1.6	Die Pilot-Projekt Falle . . . . .	245
6.1.7	Geht es auch anders? . . . . .	246
6.2	Der Healthy Hub und das DVG (Waldschmitt) . . . . .	248

6.2.1	Was tun mit dem Digitalen? Digital Health in der Zeit vor dem Digitale-Versorgung-Gesetz. ....	248
6.2.2	Der Healthy Hub – Idee, Ziel, Konzept. ....	251
6.2.3	Zur Weiterentwicklung des Healthy Hub – kein Widerspruch zwischen Regel- und Selektivversorgung	257
<b>7</b>	<b>Erfolgsfaktoren für eine erfolgreiche Übertragung von Innovationen in die Regelversorgung aus Sicht der Akteure. ....</b>	<b>263</b>
7.1	Transfer positiv evaluierter Innovationsfondsprojekte in die Regelversorgung (Pfaff/Nellessen-Martens) . ....	263
7.1.1	Einleitung und zentrale Begriffe . ....	263
7.1.2	Erfolgsfaktoren des Innovationstransfers . ....	264
7.1.2.1	Allgemeine Einflussfaktoren des Innovationstransfers . ....	264
7.1.2.2	Transfer-Erfolgsfaktor 1: Kontextabhängigkeit der Wirkung einer Innovation beachten. ....	266
7.1.2.3	Transfer-Erfolgsfaktor 2: Sozialen Innovationscharakter von Versorgungsinnovationen ernst nehmen . ....	269
7.1.2.4	Transfer-Erfolgsfaktor 3: Autopoietische Abstoßungsreaktionen verhindern . ....	271
7.1.2.5	Transfer-Erfolgsfaktor 4: „Innovation-Kontext-Prozess-Fit“ herstellen. ....	273
7.1.3	Schlussfolgerungen für den Innovationsfonds . ....	276
7.2	Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Überführung aus der GKV-Perspektive (Stoff-Ahnis/Nölke) . ....	279
7.2.1	Ergebnisse thematisch verwandter Projekte gemeinsam bewerten . ....	281
7.2.2	Breite regionale Umsetzung unterstützen . ....	282
7.2.3	Aus nicht erfolgreichen Projekten lernen . ....	283
7.2.4	Ergebnisse aus der Versorgungsforschung nutzen . . . .	283
7.2.5	Zwischenfazit und Ausblick . ....	285
7.3	Ambulante Versorgung braucht Innovation – Erfolgsfaktoren und Hindernisse (Hager/Henn) . ....	287
7.3.1	Dienstleistungsinnovationen im Gesundheitswesen. . .	287
7.3.2	Erfolgsfaktoren für Innovationen im ambulanten Sektor . ....	289
7.3.2.1	Strategische Faktoren und Unternehmensziele . ....	289
7.3.2.2	Kulturelle Faktoren . ....	290



	7.3.2.3 Organisatorische Faktoren .....	290
	7.3.2.4 Umweltfaktoren.....	291
7.3.3	Der Innovationsfonds – Chance oder Hindernis? ....	292
7.3.4	Die Logik größerer Einheiten in der ambulanten Versorgung .....	294
<b>8</b>	<b>Fazit</b>	
	<b>(Scholz/Engelhausen)</b> .....	297
8.1	Hoher Innovationsbedarf .....	297
8.2	Strukturen bestimmen den Innovationskontext – internationale Vergleiche.....	299
8.3	Innovations-Engagement aller Akteure .....	300
	8.3.1 Innere Innovationskraft in der Regelversorgung .....	300
	8.3.2 Wettbewerbliche Innovationen durch Selektivverträge.....	301
	8.3.3 Rolle des Gesetzgebers bei der Innovationsförderung .....	303
8.4	Innovationsfonds 4.0 .....	304
	8.4.1 Veränderungsbedarf in der Antrags- und Förderphase .....	304
	8.4.2 Verbindlicherer Transfer in die Regelversorgung .....	306
	<i>Stichwortverzeichnis</i> .....	313
	<i>Herausgeber- und Autorenverzeichnis</i> .....	317