

Inhaltsverzeichnis

<i>Danksagung</i>	V
<i>Erstes Geleitwort</i>	IX
<i>Zweites Geleitwort</i>	XIII
1 Innovationsbedarf des deutschen Gesundheitswesens	1
1.1 Innovationsanforderungen im deutschen Gesundheitswesen vor und nach Corona (<i>Engehausen</i>)	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 (<i>Langner</i>)	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 Innovationen 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	Kernerfolgskriterien beachten	36
1.2.5	Fazit	36
1.3	Digitale Innovationen wie die Telemedizin können verknappende ärztliche Ressourcen schonen (<i>Gurr</i>)	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
2	Der Innovationsfonds – Ziele, Initiatoren und bisherige Entwicklungen	47
2.1	Beweggründe und Zielstellungen für den Innovationsfonds und Rückblick vorheriger GKV-seitiger Innovationsförderung (<i>Hohnel/Seidel</i>)	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	Der Innovationsfonds - Zuständigkeiten für den Transfer in die Regelversorgung	89
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? (<i>Deh</i>)	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
4	Der Innovationsfonds – Learnings aus beispielhaften Best Practice-Projekten	115
4.1	DEMAND – Innenansichten der Implementierung eines Großprojektes im Innovationsfonds (<i>Herrmann/Willms</i>)	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 (<i>Tomaschko</i>)	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	Projekthalte 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	Projekthalte 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 (<i>Brandt/Laag</i>)	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 (<i>Kerkemeyer/Lägel/Amelung</i>).	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	Innovationsförderung und Transfer in anderen Ländern	189
5.1	Innovationsförderung in nordeuropäischen Ländern durch Health Technology Assessment (HTA) (<i>Preusker</i>)	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? (<i>Burkhardt/Eichinger</i>)	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 (<i>Benstetter/Erdmann/Kottmair/Negele</i>)	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
6	Ungenutzte Potenziale digitaler Health-Innovationen und Perspektiven	239
6.1	Innovationsförderung Digitaler Gesundheitsanwendungen aus Unternehmenssicht (<i>Schinköthe/Fink</i>)	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 (<i>Waldschmitt</i>)	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
7	Erfolgsfaktoren für eine erfolgreiche Übertragung von Innovationen in die Regelversorgung aus Sicht der Akteure.	263
7.1	Transfer positiv evaluierter Innovationsfondsprojekte in die Regelversorgung (<i>Pfaff/Nellessen-Martens</i>).	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 (<i>Stoff-Ahnis/Nölke</i>).	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 (<i>Hager/Henn</i>)	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
8	Fazit		
		(Scholz/Engehausen)	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