

Der Innovationsfonds – eine vertane Chance?

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) könnte in diesem Jahr ein Jubiläum feiern. Vor 20 Jahren wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), das zum 1. Januar 1993 in Kraft trat, ab 1996 die weitgehende Wahlfreiheit für die Versicherten in der GKV eingeführt. Das wurde damals als Weichenstellung für eine wettbewerbliche Ausrichtung der GKV gesehen. Seitdem können sich die Versicherten für eine Kasse entscheiden, deren Angebote den eigenen Vorstellungen am besten entsprechen. Und das sollte sich nicht nur auf die Höhe des Beitrages beziehen.

Die seinerzeit gehegten Erwartungen, dass dies der erste Schritt zu einer solidarischen Wettbewerbsordnung in der GKV sein würde, um auf diesem Weg eine Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erreichen, wurden jedoch rasch enttäuscht. Denn den Gesetzgeber hat der Mut zu mehr Wettbewerb in der GKV schon bald wieder verlassen.

Heute zeigt sich, dass nicht Wettbewerbsorientierung, sondern staatliche Reglementierung vorherrschende Steuerungselemente in der GKV sind. Die Vorstellung, dass die Suche nach besseren Versorgungsmodellen durch einen Vertragswettbewerb befördert werden könnte, scheint weitgehend abhanden gekommen zu sein.

Jüngstes Beispiel ist der Innovationsfonds. Über den Innovationsfonds sollen ab diesem Jahr in der GKV Innovationsprojekte gefördert werden, die über die Regelversorgung hinausgehen und die das Potenzial haben, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Dafür stehen bis 2019 jedes Jahr 225 Millionen Euro zur Förderung neuer Versorgungsformen, also insgesamt 900 Millionen Euro, zur Verfügung. Weitere 75 Millionen Euro werden jedes Jahr für Versorgungsforschung bereitgestellt. Die insgesamt 1,2 Milliarden Euro werden je zur Hälfte von den Krankenkassen und vom Gesundheitsfonds aufgebracht.

Der Innovationsfonds adressiert vor allem Versorgungsprobleme, von denen man annehmen sollte, dass sie in einem wettbewerblich ausge-

richteten Gesundheitssystem durch selektive Vertragsvereinbarungen der Akteure vor Ort längst gelöst sein könnten. Dem ist aber nicht so. Und dies ist vor allem den Rahmenbedingungen geschuldet, die einen Wettbewerb um bessere Versorgungslösungen immer wieder erschwert und behindert haben.

Dabei gibt es durchaus Vorstellungen: Viel besser als ein zentral gesteuerter Innovationsfonds wäre es, jede einzelne Kasse würde über ein eigenes Innovationsbudget verfügen, aus dem sie dann in neue Versorgungsmodelle investieren könnte. Natürlich müssten solche Modelle wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Nach fünf Jahren könnte man dann einigermaßen zuverlässig beurteilen, ob sich die Investition gelohnt hat – sprich, ob sie zu einer Verbesserung der Versorgung geführt hat.

Stattdessen hat sich der Gesetzgeber für eine zentrale Lösung entschieden. Nun soll also der Innovationsfonds die Dinge zurechtrücken. Welche Projekte künftig gefördert werden entscheidet in bewährter Verwaltungsmanier ein zehnköpfiger Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der sich im Oktober konstituiert hat. Dem Ausschuss gehören drei Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, je ein Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der GB-A-Vorsitzende, zwei Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums und ein Vertreter des Bundesforschungsministeriums sowie zwei Patientenvertreter an. Unter dem Vorsitz von GB-A-Chef Josef Hecken wird der Innovationsausschuss die Schwerpunkte und Kriterien zur Vergabe der Mittel festlegen und über Förderanträge entscheiden. Daneben gibt es noch einen Expertenbeirat aus Wissenschaft und Praxis, dessen Mitglieder vom Bundesgesundheitsministerium berufen werden, sowie eine Geschäftsstelle.

Noch weiß man nicht, welche Projekte gefördert werden. Man kann jedoch davon ausgehen, dass die Verbesserung von Versorgungsqualität

und Versorgungseffizienz, die Behebung von Versorgungsdefiziten und die Verbesserung der Zusammenarbeit von Sektoren, Versorgungseinrichtungen oder Berufsgruppen wichtige Förderkriterien sein werden.

Schwerpunkte könnten Telemedizin, Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten oder die Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten sein. Auch das Pflegeheim und der Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung scheinen wichtig zu sein. Die Antragsteller sitzen schon in den Startlöchern. Absehbar ist aber auch, dass die meisten wohl nicht zum Zuge kommen werden. Immerhin: Alle positiven und negativen Förderbescheide sollen veröffentlicht werden. Bei den abgelehnten Bescheiden sollen die Gründe jedoch nicht bekannt gemacht werden.

Dass es an der Ausgestaltung des Innovationsfonds kaum noch Kritik von Seiten der Krankenkassen gibt, liegt auch daran, dass die Kassen von dem Geld, das sie einzahlen, möglichst viel wieder zurückbekommen wollen. Auch deshalb geht jetzt alles seinen geregelten Gang, geradeso wie man sich denkt, dass Innovationen zustande kommen.

Aber so ist halt unser Gesundheitswesen. Ein immer mächtiger werdender G-BA mit dem Bundesgesundheitsministerium im Hintergrund gibt die Richtung vor. Von Wettbewerb keine Spur.



Autor

Jürgen Stoschek,
Freier Journalist,
Starnberg

Anmerkung der Redaktion: Gastkommentare geben die Meinung des Autors und nicht grundsätzlich die Meinung der Redaktion oder der Bayerischen Landesärztekammer wieder.