

Versorgungsforschung: Gestaltung der Versorgung und Innovationsfonds

Vortrag am Institut für Versorgungsforschung
und Gesundheitsökonomie
Universität Düsseldorf

19.01.2016

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
www.matthias.schrappe.com

pdf-Version unter
matthias.schrappe.com

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Der Begriff und das Versprechen
- ➔ Der Resonanzboden
- ➔ Wechselbeziehung
- ➔ Scheitern *reloaded?*
- ➔ Zusammenfassung

Gesundheitspolitischer Hintergrund

- ➔ 1993 Gesundheitsstrukturgesetz
- ➔ 2000 GKV-2000 Reform
- ➔ 2005 Gesundheitsmodernisierungsgesetz
- ➔ 2014 Finanzstruktur- u. Qualitätsweiterentwicklungsges.
- ➔ 2015 Versorgungsstärkungsgesetz
- ➔ 2015 Krankenhausstrukturgesetz
- ➔ 2015 Präventionsgesetz

Prof. Dr. M. Schrappe

Versorgungsforschung: Politik

"Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung. Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung des Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen. Versorgungsforschung bezieht sich auf die Wirklichkeit der medizinischen Versorgung."

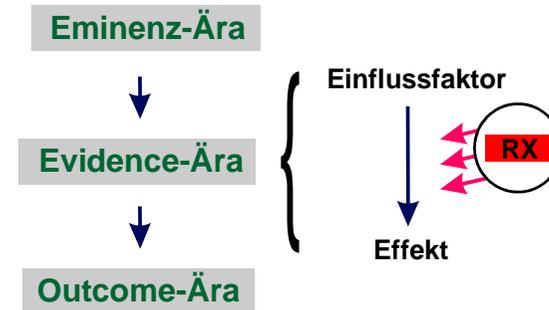
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, E 25.2.2015,
Begründung S. 106 zu §92a Abs. 2

Prof. Dr. M. Schrappe

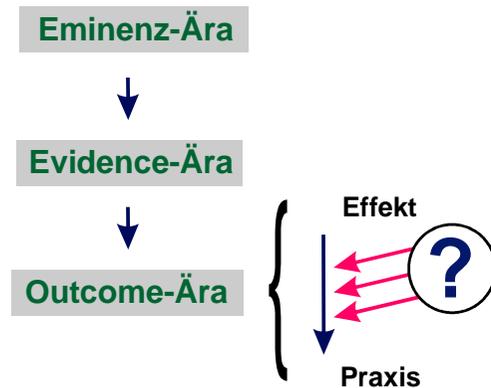
Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Der Begriff und das Versprechen
- ➔ Der Resonanzboden
- ➔ Wechselbeziehung
- ➔ Scheitern *reloaded?*
- ➔ Zusammenfassung

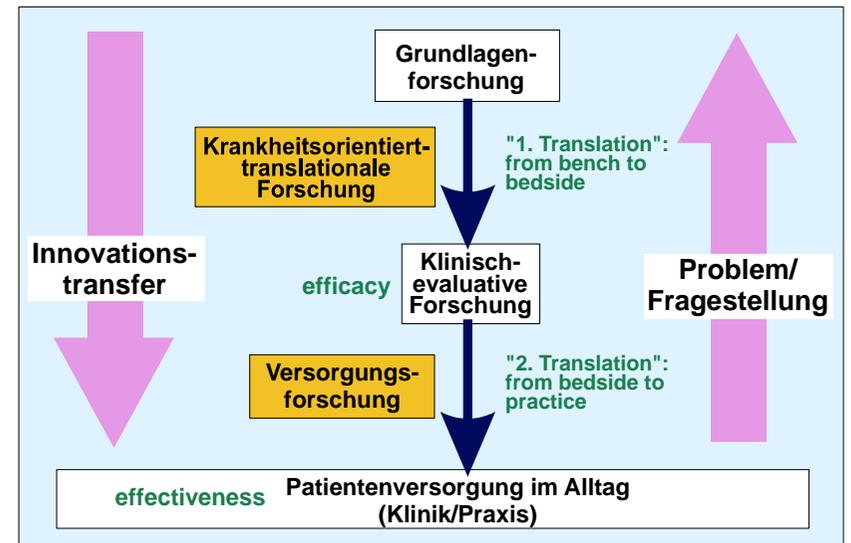
Das Outcome-Paradigma



Das Outcome-Paradigma



Klinische und Versorgungsforschung



Die Intervention

Händedesinfektion
mit Chlorkalk-Lösung



Mortalität an Kindbettfieber:

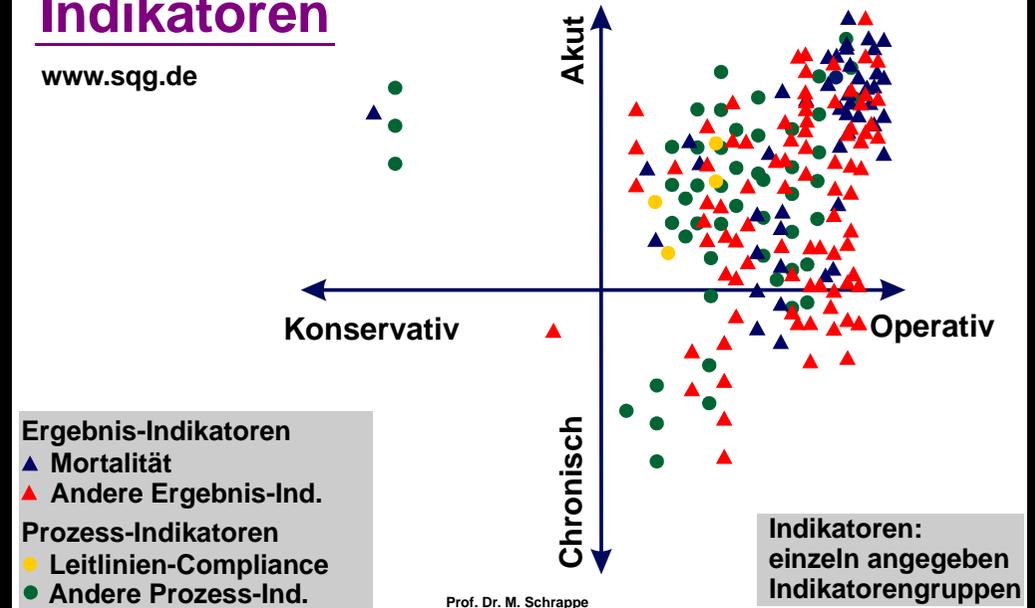
Kreißsaal 1	Kreißsaal 2
1,2%	1,3%

Prof. Dr. M. Schrappe

Für den AQUA-Qualitätsreport 2013:

Indikatoren

www.sgg.de



Versorgungsforschung: Stand 2016

Wissenschaftliche Aspekte zur Definition

- ➔ Stärkung der Patientenorientierung
- ➔ Populationsbezug (zusätzlich zum Patientenbezug)
- ➔ Komplexe Interventionen nicht ausschließlich als einzelne Behandlungsmethode bei individuellen Patienten, sondern ebenso auf Ebene der Professionen, Organisationen und System
- ➔ Kontext: nicht nur passiver, sondern aktiver Faktor
- ➔ Zielorientierung: Patientenperspektive, Nutzen, Verbesserung
- ➔ Validität: Evidence-based Health Care

Prof. Dr. M. Schrappe

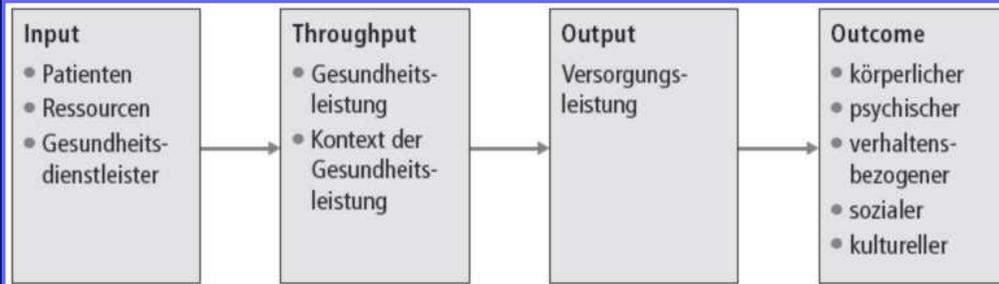
Definition Versorgungsforschung

Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Versorgungsstrukturen- und -prozesse der Kranken- und Gesundheitsversorgung untersucht, dabei die Patienten-Relevanz der Ergebnisse, die Angemessenheit und die Verbesserung der Versorgung in den Mittelpunkt stellt und besonders die **Patienten- und Populationsperspektive, den organisatorischen und System-Kontext der Umsetzung sowie die Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen** in den Blick nimmt.

Schrappe und Pfaff 2016 (in print)

Prof. Dr. M. Schrappe

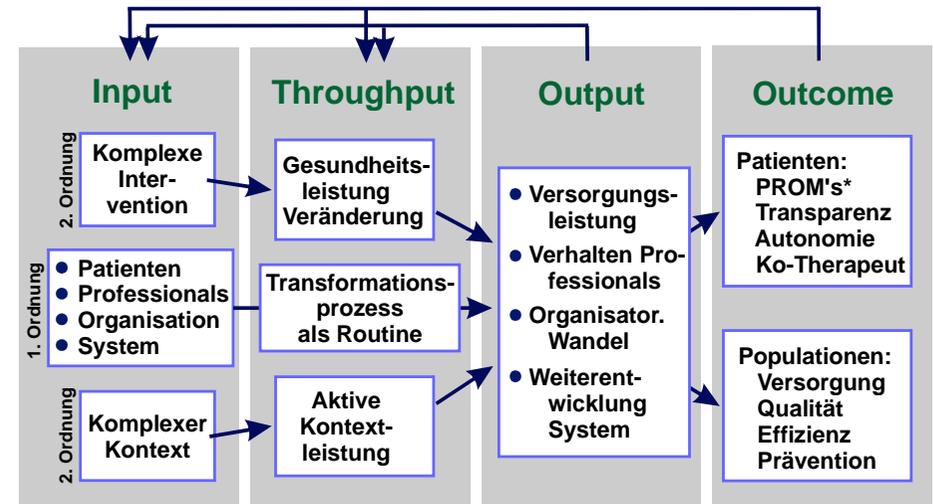
VF: Throughput-Modell



Pfaff, H., Schrappe, M. in:
Pfaff/Neugebauer/Glaeske/Schrappe
Lehrbuch Versorgungsforschung, 2011

Prof. Dr. M. Schrappe

Throughput-Modell: Weiterentwicklung

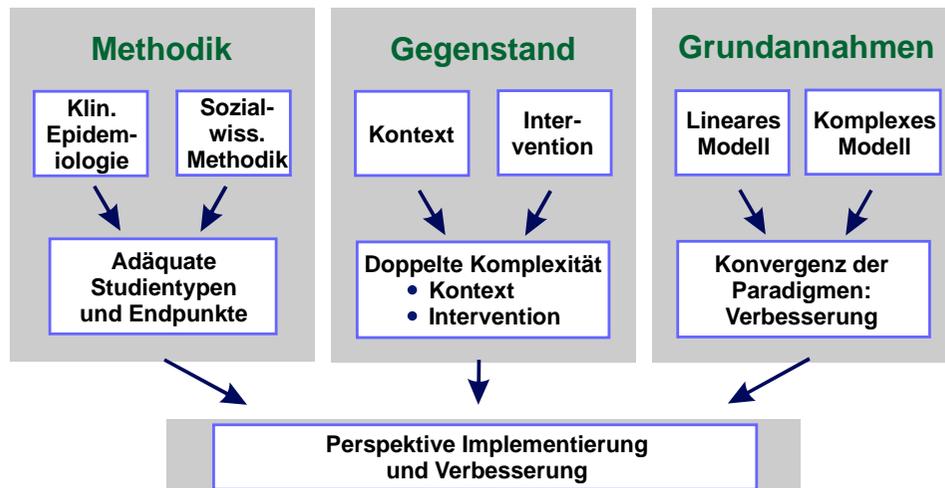


Schrappe und Pfaff 2016 (in print)

Prof. Dr. M. Schrappe

*Patient Reported Outcome Measures

VF: Entwicklung des Forschungsgebietes



Schrappe und Pfaff 2016 (in print)

Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Der Begriff und das Versprechen
- ➔ Der Resonanzboden
- ➔ Wechselbeziehung
- ➔ Scheitern *reloaded?*
- ➔ Zusammenfassung

Umfeld Versorgungsforschung

➤ Patientenorientierung

- Patientenrechtegesetz 2013
BGB Teil 8 Untertitel 2 "Behandlungsvertrag" §§630c-h

➤ Qualität

- Neuordnung, Neufassung, Ergänzung §§135a-137a SGB V
- Neufassung u. Ergänzung §§1, 6, 8, 12-15 KHG

➤ Integration

- Neufassung §140a SGB V ("Besondere Versorgung")

➤ Steuerung

- GBA §91, 92, IQWiG §§139a ff, IQTiG §137a, Geschäftsstelle Inno-Fonds §§92a, 92b SGB V

Prof. Dr. M. Schrappe

§137a (FQWG): Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

„(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Hierzu errichtet er eine Stiftung des privaten Rechts, die Trägerin des Instituts ist.

(2) Der Vorstand der Stiftung bestellt die Institutsleitung mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit entsendet ein Mitglied in den Vorstand der Stiftung.

(3) Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden, (...)

(3) Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen,
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,
6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen, die dem Institut von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a auf der Grundlage von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt werden sowie
7. Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren. (Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) 6.5.2014)

(7) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 sind zu beteiligen:

1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
3. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
4. der Verband der Privaten Krankenversicherung,
5. die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer,
6. die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe,
7. die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften,
8. das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung,
9. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene,
10. der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,
11. zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreter sowie
12. die Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind.

Umfeld Versorgungsforschung

➤ Patientenorientierung

- Patientenrechtegesetz 2013
BGB Teil 8 Untertitel 2 "Behandlungsvertrag" §§630c-h

➤ Qualität

- Neuordnung, Neufassung, Ergänzung §§135a-137a SGB V
- Neufassung u. Ergänzung §§1, 6, 8, 12-15 KHG

➤ Integration

- Neufassung §140a SGB V ("Besondere Versorgung")

➤ Steuerung

- GBA §91, 92, IQWiG §§139a ff, IQTiG §137a, Geschäftsstelle Inno-Fonds §§92a, 92b SGB V

Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

- **Demographie:** Nicht-Wiederbesetzung von KV-Sitzen in überversorgten Regionen, Facharzttermine, kommunale MVZ
- **Strukturelle Weiterentwicklung:** Besondere Versorgung (140a), Stärkung der Hausärzte in der KV, Entlassmanagement, arztgruppengleiche MVZ, zusätzliche DMP
- **Qualität:** Zweitmeinung, Datenzusammenführung für Qualitätssicherung, Medizinprodukte Nutzenbewertung, Haftung Hebammen
- **Innovationsfonds:** "drittes Institut" des GBA, 300 Mill. € pro Jahr, davon 75 Mill. € für Versorgungsforschung, Ziel: Etablierung neuer Versorgungsformen; Antrag durch zugelassene Leistungserbringer, geringe Rolle der Wissenschaft bei der Vergabe

Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

- **Demographie:** Nicht-Wiederbesetzung von KV-Sitzen in überversorgten Regionen, Facharzttermine, kommunale MVZ
- **Strukturelle Weiterentwicklung:** **Besondere Versorgung (140a)**, Stärkung der Hausärzte in der KV, Entlassmanagement, arztgruppengleiche MVZ, zusätzliche DMP
- **Qualität:** Zweitmeinung, Datenzusammenführung für Qualitätssicherung, Medizinprodukte Nutzenbewertung, Haftung Hebammen
- **Innovationsfonds:** "drittes Institut" des GBA, 300 Mill. € pro Jahr, davon 75 Mill. € für Versorgungsforschung, Ziel: Etablierung neuer Versorgungsformen; Antrag durch zugelassene Leistungserbringer, geringe Rolle der Wissenschaft bei der Vergabe

GKV-VSG: Besondere Versorgung nach §140a

"(1) Die Krankenkassen können Verträge mit [Abs. 3] eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglicht eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (**integrierte Versorgung**) sowie unter Beteiligung zugelassener vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften **besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge.**"

- auch über NUBs
- Qualität, Wirksamkeit oder Wirtschaftlichkeit verbessern
- kann allein Organisation betreffen ("Managementverträge")
- Evaluation nach 4 Jahren
- Versorgungsauftrag nicht bindend
- zu Selektivverträgen: s. Eckpunktepapier "Qualitätsverträge"

GKV-VSG: Reform des §140a (Besondere Versorgung)

(3) Die Krankenkassen können nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 Verträge abschließen mit:

1. nach diesem Kapitel* zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
2. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
3. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,
4. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1,
5. pharmazeutischen Unternehmern,
6. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte,
7. Kassenärztlichen Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen.

Die Partner eines Vertrages über eine besondere Versorgung nach Absatz 1 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.

* Viertes Kapitel SGB V: „Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern“ (§69 bis §140h); 2. Abschnitt: niedergelassene Ärzte/KV, 3. Abschnitt: Krankenhäuser, 4. Abschnitt: dreisseitige Verträge ...

Umfeld Versorgungsforschung

➔ Patientenorientierung

- Patientenrechtegesetz 2013
BGB Teil 8 Untertitel 2 "Behandlungsvertrag" §§630c-h

➔ Qualität

- Neuordnung, Neufassung, Ergänzung §§135a-137a SGB V
- Neufassung u. Ergänzung §§1, 6, 8, 12-15 KHG

➔ Integration

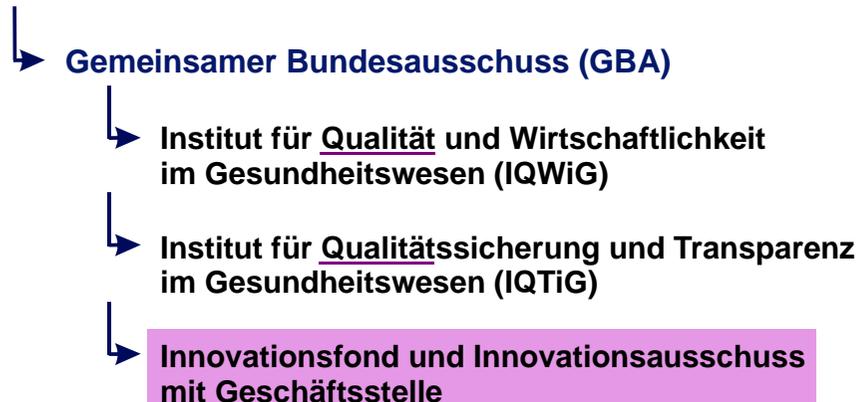
- Neufassung §140a SGB V("Besondere Versorgung")

➔ Steuerung

- GBA §91, 92, IQWiG §§139a ff, IQTiG §137a, Geschäftsstelle Inno-Fonds §§92a, 92b SGB V

Qualität und Gesundheitspolitik in D

➔ BMG/Länder



§ 92a Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. **Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.** Voraussetzung für eine Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt. Förderkriterien sind insbesondere:

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz,
2. Behebung von Versorgungsdefiziten,
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,
4. interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,
6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,
7. Evaluierbarkeit. Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. **Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen.** Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

Begründung zu §92a Abs. 1

Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Satz 1 enthält die allgemeine Vorgabe, dass die geförderten Vorhaben über die bisherige Regelversorgung hinausgehen müssen. Übergeordnetes Ziel des Innovationsfonds ist eine **qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.**

Satz 2 ergänzt diese Vorgabe dahingehend, dass schwerpunktmäßig Vorhaben gefördert werden sollen, die eine Verbesserung der **sektorenübergreifenden Versorgung** zum Ziel haben, also Ansätze enthalten, um die strikte Trennung der Sektoren zu überwinden. Die Vorhaben müssen weiterhin hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Dies bezieht sich zunächst auf eine Überführung in die Regelversorgung. Diese kann durch eine Änderung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss oder erforderlichenfalls auch durch eine **Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen** erfolgen. **Vorhaben, die auf eine dauerhafte Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung abzielen,** können ebenfalls gefördert werden.

§ 92a Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss
(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss **fördert Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist.** Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung können insbesondere universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen sein. **Für Verträge, die nach den §§ 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung** geschlossen wurden, kann auf Antrag der Vertragsparteien eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung gefördert werden, wenn die Vertragsinhalte hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können auch für **Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingesetzt werden.**

Förderschwerpunkte für die Förderung von neuen Versorgungsformen könnten beispielsweise sein: **Telemedizin, Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten, Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen, Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung, Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten.** Die Festlegung der konkreten Förderschwerpunkte und Förderkriterien erfolgt in Förderbekanntmachungen durch den beim Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92b Absatz 2 einzurichtenden Innovationsausschuss. Dabei sind Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungseffizienz bei Personen mit **Migrationshintergrund** einzubeziehen. **Die Vorhaben können insbesondere in der Form von Selektivverträgen der Krankenkassen durchgeführt werden.** Generell haben sich die Krankenkassen zur Durchführung der Vorhaben der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Handlungsmöglichkeiten zu bedienen, ein neues Handlungsinstrumentarium wird nicht geschaffen. Nicht zugelassene beziehungsweise nicht zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung berechnete Leistungserbringer sollen nicht einbezogen werden. **Produktinnovationen** sind nicht Gegenstand der Förderung nach dieser Vorschrift. Die bestehenden Regelungen zur Nutzenbewertung und Erprobung bleiben unberührt.

Begründung GKV-VSG KE 5.12.2014

Satz 3 eröffnet die **Möglichkeit, aus den für die Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mitteln die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung (Evaluation) von Verträgen zur besonderen Versorgung nach § 140a zu fördern.** Ziel ist festzustellen, ob und inwieweit innovative Versorgungskonzepte das Potential für die Übernahme in die Regelversorgung haben. Diese Fördermöglichkeit besteht nur für Verträge, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes geschlossen worden. Diese Verträge können nicht nach Absatz 1 gefördert werden. Andererseits können Verträge, die nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes geschlossen werden, nicht nach Absatz 2 Satz 3 gefördert werden. Den Umfang der Förderung einer Evaluation der genannten Verträge und die Förderkriterien, insbesondere Kriterien dafür, wann die Vertragsinhalte hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden, legt der nach § 92b Absatz 2 beim Gemeinsamen Bundesausschuss einzurichtende Innovationsausschuss fest.

Da die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 1 ein zentrales Element der Gestaltung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, können nach Satz 5 die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel auch für **Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingesetzt werden.**

Begründung GKV-VSG KE 5.12.2014

§ 92b Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

(1) Zur Durchführung der Förderung wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 1. Januar 2016 ein **Innovationsausschuss** eingerichtet. Dem Innovationsausschuss gehören **drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen** benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils **ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft** benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, der **unparteiische Vorsitzende** des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie **zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung** an.

3 + 3 Bänke, GKV-Vorsitzender, 2 + 1 Politik = 10, Mehrheit 7

§ 92b Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

(3) Zur Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses wird eine **Geschäftsstelle** eingerichtet. Der personelle und sachliche Bedarf des Innovationsausschusses und seiner Geschäftsstelle wird vom Innovationsausschuss bestimmt und ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Haushalt einzustellen.

(4) Die Geschäftsstelle nach Absatz 3 untersteht der **fachlichen Weisung des Innovationsausschusses** und der **dienstlichen Weisung des unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses** und hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erarbeitung von Entwürfen für Förderbekanntmachungen, (...)
4. Veranlassung der Auszahlung der Fördermittel, (...)
6. Veröffentlichung der aus dem Innovationsfonds geförderten Vorhaben.

(Zu Abs. 3) Die Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses soll **nicht in den Gremienstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses** (Unterausschüsse, Arbeitsgruppen) erfolgen. **Wegen der strukturellen Unterschiede** zu den sonstigen Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses wird dafür nach Satz 1 eine **eigenständige Geschäftsstelle** eingerichtet. Diese Geschäftsstelle ist eine **selbständige Verwaltungseinheit** der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses. (...)

(Zu Abs. 4) Die Verwaltungseinheit nach Absatz 3 nimmt alle Aufgaben wahr, die zur Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses erforderlich sind. Sie ist mit den hierzu erforderlichen Mitteln auszustatten. **Sie übernimmt damit im Wesentlichen die Aufgaben eines Projektträgers**. Die Geschäftsstelle untersteht unmittelbar der fachlichen Weisung des Innovationsausschusses und der dienstlichen Weisung des unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses.

§ 92b Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

(5) Zur Einbringung **wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstands** in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses wird ein Expertenbeirat gebildet. Mitglieder des Expertenbeirats sind Vertreter aus **Wissenschaft und Versorgungspraxis**. Die Zahl der Mitglieder soll zehn nicht überschreiten. Der Expertenbeirat wird vom Bundesministerium für Gesundheit berufen. Die Empfehlungen des Expertenbeirats sind vom Innovationsausschuss in seine Entscheidungen einzubeziehen. Abweichungen vom Votum des Expertenbeirats sind vom Innovationsausschuss schriftlich zu begründen.

(6) Der Expertenbeirat hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Abgabe von Empfehlungen zum Inhalt der Förderbekanntmachungen **auf Grundlage von Entwürfen der Geschäftsstelle nach Absatz 3**,
2. Durchführung von Kurzbegutachtungen der Anträge auf Förderung,
3. Abgabe einer Empfehlung zur Förderentscheidung.

(Zu Abs. 5) Der nach Satz 1 zu bildende Expertenbeirat soll **wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstand** in das Förderverfahren einbringen. Er ist sowohl bei der Förderung neuer Versorgungsformen als auch bei der Förderung der Versorgungsforschung einzubeziehen.

Im wissenschaftlichen Bereich sollen im Expertenbeirat vor allem **versorgungswissenschaftliche, klinische und methodische Expertise** vertreten sein. Daneben sollen Experten aus der Versorgungspraxis praktische Aspekte in die Ausgestaltung der Förderung einbringen.

(Zu Abs.6) Die Vorschrift enthält die Aufgaben des Expertenbeirats. Der Expertenbeirat ist bei der Erarbeitung der Förderbekanntmachungen und bei den konkreten Förderentscheidungen eng einzubinden. Dies sichert, dass sowohl bei der Erarbeitung der Förderbekanntmachung als auch bei der Förderentscheidung wissenschaftliche und praktische Expertise einfließen kann. **Hauptaufgabe des Expertenbeirats ist die Durchführung von externen Kurzbegutachtungen der Anträge auf Förderung.**

Begründung GKV-VSG KE 5.12.2014

Innovationsfonds (GKV-VSG)

gesoeko/innofondsvsg_innofonds.cdr

➔ System-Dimension

- 225T€ als Strukturfonds Qualität/Integration (§92a Abs. 1)
- allerd. Morbiditätsdefizite nur in Begründung (§92a Abs. 1)

➔ Stakeholder-Logik

- Antragssteller: Starke Rolle der Krankenkassen
- Selektivverträge (§140a) im Vordergrund (§92a Abs. 1+2)

➔ Institutionelle Logik

- Inno-Ausschuss mit Geschäftsstelle: 3. Institut für GBA
- Prioritär: Evaluation der GBA-Richtlinien
- Externe Referenz gering (Expertenbeirat, 3 Sitze BMG/BMBF)

➔ Perspektive Wissenschaft

- Mittel nach §92a Abs. 1 primär Projektförderung
- Mittelvergabe nicht nach wissenschaftlichem Verfahren

16.07.2015

Prof. Dr. M. Schrappe

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Der Begriff und das Versprechen
- ➔ Der Resonanzboden
- ➔ **Wechselbeziehung**
- ➔ Scheitern *reloaded?*
- ➔ Zusammenfassung

So wär's super !

Studienergebnis



EBM



Wahrheit



Politik



Machen

(Ist doch klar!)

Prof. Dr. M. Schrappe

vfpolitikistklar.cdr

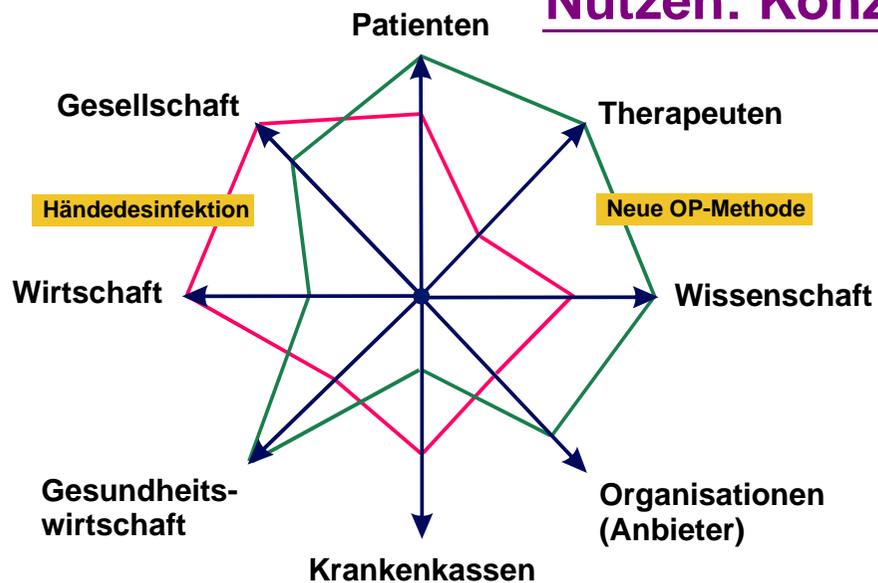
Interaktion VF/Politik

- ➔ Verschiedene Logiken
- ➔ Induktiv vs. deduktiv
- ➔ Reduktion der Komplexität nach unterschiedlichen Gesichtspunkten
- ➔ Divergierende Sichtweise "dritter" gesellschaftlicher Diskurse
- ➔ Unterschiedliche Ziele

Unterschiedliche Logik

- ➔ **Versorgungsforschung**
 - Fragestellung - Methodik - Theorie
- ➔ **Politik**
 - Kompromiss - Networking - Akzeptanz

Nutzen: Konzept



Erkenntnis: Vorgehen

- ➔ **Versorgungsforschung**
 - eher induktiv
- ➔ **Politik**
 - eher deduktiv

Reduktion der Komplexität

- ➔ **Versorgungsforschung**
 - Elimination der Confounder
- ➔ **Politik**
 - nach Machbarkeit

"Dritte" Diskurse

- ➔ **Versorgungsforschung**
 - Intellektuelle Präferenzen
- ➔ **Politik**
 - Tagesgeschäft



hidden agenda: Beispiele

- ➔ **Schuldenbremse einhalten**
- ➔ **Bund-Länder-Konflikt**
- ➔ **Selektivverträge anstreben**
- ➔ **Kleine Krankenhäuser erhalten**

Schließlich: primäre Ziele

➔ Versorgungsforschung

- Erkenntnis

➔ Politik

- Macht

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Der Begriff und das Versprechen
- ➔ Der Resonanzboden
- ➔ Wechselbeziehung
- ➔ Scheitern *reloaded?*
- ➔ Zusammenfassung

Evaluation von Versorgungsleistungen

	Individuelle Patienten	Populationen
Definierte Behandlungs- methode	Klin.-evaluative Forschung Studientyp: RX, Plazebo Validität: EBM Nutzen: efficacy Praxis: Ev.-Based Practice z.B. Medikament, OP-Methode	Versorgungsforschung Studientyp: RX, Plazebo Validität: EBHC/EBPH Nutzen: <u>effectiveness</u> Praxis: EB Health Policy z.B. Impfung
Komplexe Interventionen/ komplexer Kontext	Versorgungsforschung Studientyp: RX, andere Kontrollen, Beobachtung, qualitativ Validität: EBHC Nutzen: <u>effectiveness</u> Praxis: Ev.-Based Practice z.B. Mehrfachtherapie	Versorgungsforschung Studientyp: RX, Plazebo Validität: EBHC Nutzen: <u>effectiveness</u> Praxis: EB Health Policy z.B. Evaluation P4P

Verhaltensänderung: Konzepte

- ➔ Lerntheoretische Konzepte
- ➔ Soziale Wahrnehmung
- ➔ *Behavioural engineering*
- ➔ Organisatorischer Wandel
- ➔ Kontext-bezogene Konzepte

Verhaltensänderung: Konzepte

- ➔ **Lerntheoretische Konzepte**
- ➔ Soziale Wahrnehmung
- ➔ *Behavioural engineering*
- ➔ Organisatorischer Wandel
- ➔ Kontext-bezogene Konzepte

Qualitätswettbewerb

- ➔ **Public Disclosure/Reporting**
 - Transparenz I: Veröffentlichung mit Nennung Institution (evtl. mit Arzt)
- ➔ **Pay for Reporting**
 - Transparenz II: Zusätzlich Vergütung der Dokumentation
- ➔ **Pay for Performance**
 - Qualitäts-bezogene Vergütung
- ➔ **Non-Payment for Non-Performance (Never-Events)**
 - Sonderfall von P4P
- ➔ **Value-Based Purchasing**
 - Effizienz-bezogene Vergütung (Qualität zu Kosten)

Die Metapher mit den Radmuttern

Für welche Werkstatt entscheiden Sie sich:

("informierte Wahlentscheidung")



Nach dem Reifenwechsel sind die Radmuttern nicht angezogen in

- 3% aller Fälle
- 5% aller Fälle
- 8% aller Fälle

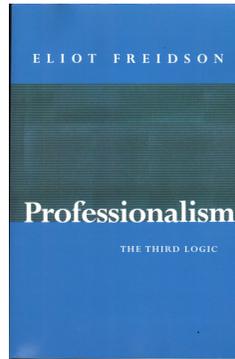


Verhaltensänderung: Konzepte

- ➔ Lerntheoretische Konzepte
- ➔ **Soziale Wahrnehmung**
- ➔ *Behavioural engineering*
- ➔ Organisatorischer Wandel
- ➔ Kontext-bezogene Konzepte

Professionalismus

Hochgradige Spezialisierung
 Spezifisches Wissen und Können
 Zertifizierung durch Profession
 Exklusive Eigengerichtsbarkeit
 Geschützte Stellung auf dem Arbeitsmarkt
 Hohe Priorität gegenüber professionellen Werten



Freidson 2001, s. auch Relman JAMA 298, 2007, 2668

Prof. Dr. M. Schrappe

Verhaltensänderung: Konzepte

- ➔ Lerntheoretische Konzepte
- ➔ Soziale Wahrnehmung
- ➔ **Behavioural engineering**
- ➔ Organisatorischer Wandel
- ➔ Kontext-bezogene Konzepte

Prof. Dr. M. Schrappe

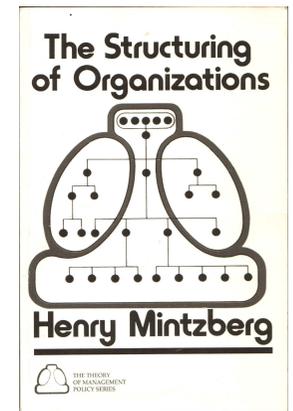
Verhaltensänderung: Konzepte

- ➔ Lerntheoretische Konzepte
- ➔ Soziale Wahrnehmung
- ➔ *Behavioural engineering*
- ➔ **Organisatorischer Wandel**
- ➔ Kontext-bezogene Konzepte

Prof. Dr. M. Schrappe

Expertenorganisation

- ➔ Funktionale Organisation
- ➔ Autonomie der Experten
- ➔ Direkte Kundenbeziehung
- ➔ Koordination durch Standardisierung
- ➔ Karrierechancen über Profession
- ➔ *Pigeon-Holing*
- ➔ Toleranz von Unsicherheit
- ➔ Innovations-Paradoxon
- ➔ Management wenig ausgebildet
- ➔ Schwächen: Innovationsresistenz, Überdehnung der Angebotsmacht, Verlust der Akzeptanz



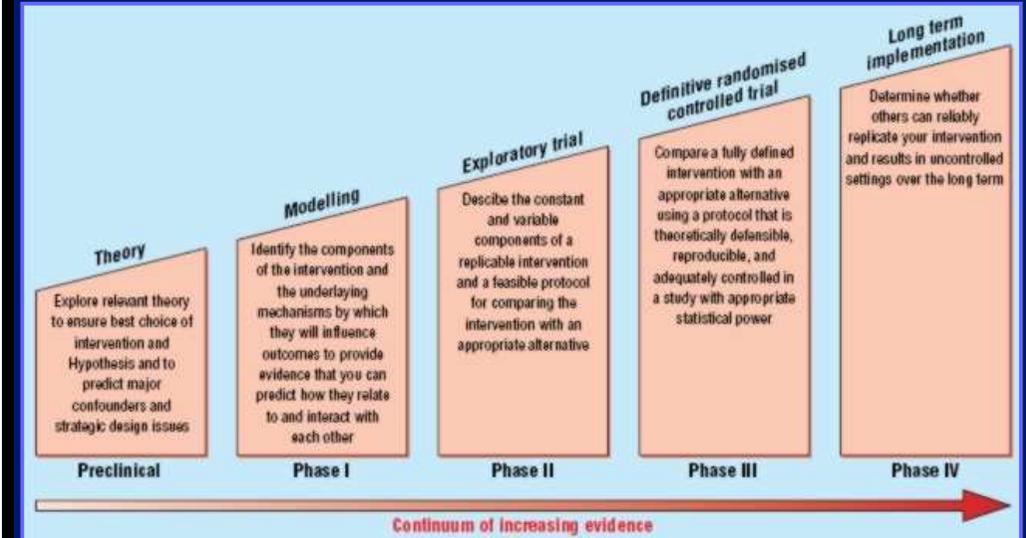
n. Mintzberg, H.: The Structuring of Organizations, 1979

Prof. Dr. M. Schrappe

Verhaltensänderung: Konzepte

- ➔ **Lerntheoretische Konzepte**
- ➔ **Soziale Wahrnehmung**
- ➔ ***Behavioural engineering***
- ➔ **Organisatorischer Wandel**
- ➔ **Kontext-bezogene Konzepte**

Evaluation komplexer Interventionen



Prävention

- ➔ Technische Lösungen
- ➔ **Kommunikation**
- ➔ Stärkung des Teams
- ➔ Aktive Einbindung der Patienten
- ➔ **Präzise Spezifikation**
- ➔ **Standardisierung**
- ➔ Multiple Interventionen
- ➔ Disseminierung und Implementierung

Gliederung

- ➔ Einführung
- ➔ Der Begriff und das Versprechen
- ➔ Der Resonanzboden
- ➔ Wechselbeziehung
- ➔ Scheitern *reloaded?*
- ➔ **Zusammenfassung**

Zusammenfassung

- ➔ Komplexe Interventionen auf Professions-, Organisations- und vor allem Systemebene spielen immer größere Rolle
- ➔ VF ist operativ beim IQTiG, in Ansätzen bei der Nutzenbeurteilung und v.a. bei Strukturveränderungen gefragt
- ➔ Resonanzboden: Innofonds ist ein der Strukturfonds der ambulanten Versorgung, Schwerpunkt Selektivverträge
- ➔ Die bidirektionale Interaktion von Wissenschaft (VF) und Politik erfordert wechselseitige Beachtung der Präferenzen
- ➔ Gefahren für den gegenwärtigen Erfolgskurs: Nomenklatur unklar, keine Konzepte Verhaltensänderung (*Improvement Science*), keine Weiterentwicklung der Theorie

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Download pdf-Version unter
www.matthias.schrappe.com