

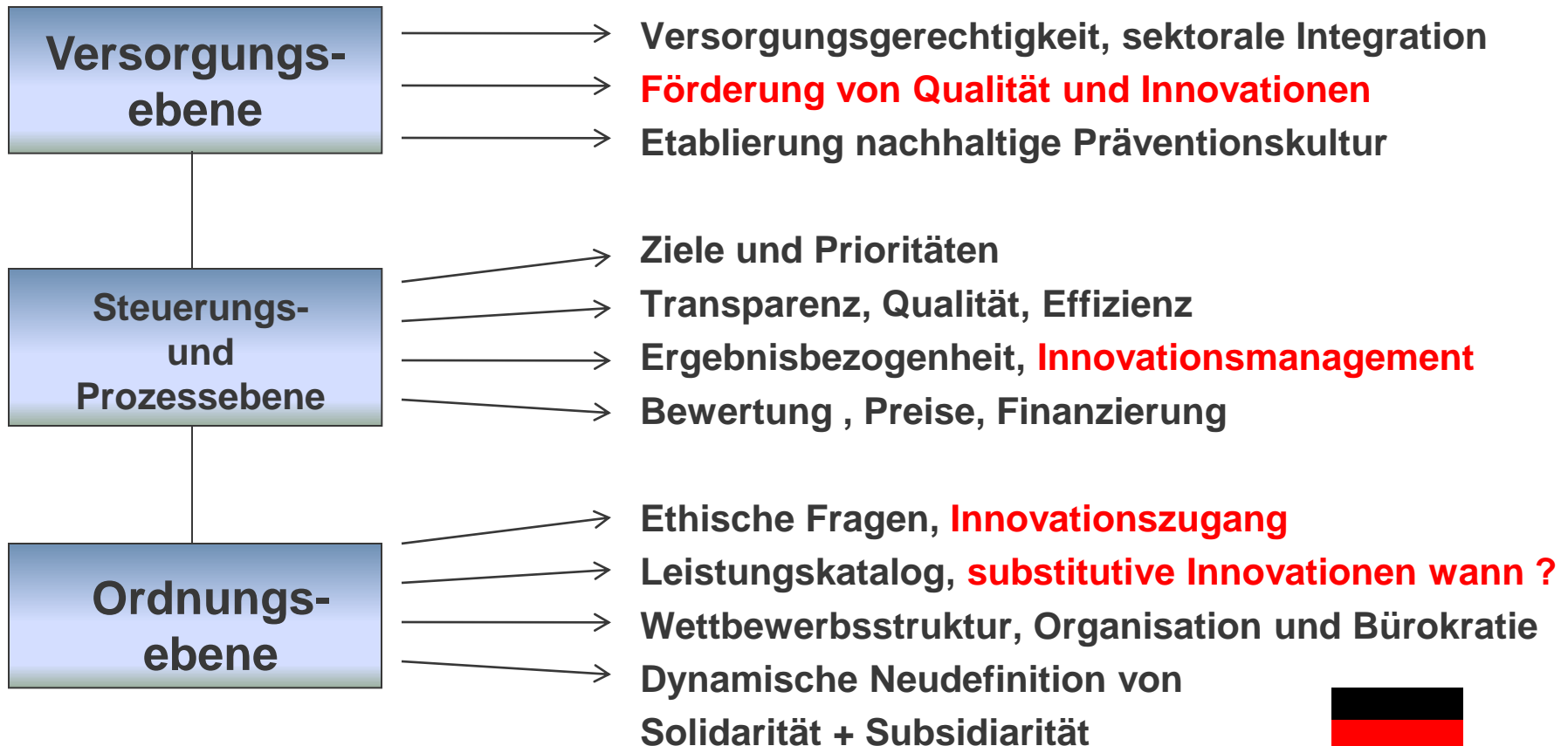
# **INNOVATIONSFÖRDERUNG DURCH POLITISCHE REFORMPROZESSE – DIE DEUTSCHE PERSPEKTIVE**

**6. Konsultation der DSGG  
am 24./25.06.2010 in Murten/Schweiz**





**Rolf Stuppardt**



# STRATEGISCHE HERAUSFORDERUNGEN ALS PERSPEKTIVEN



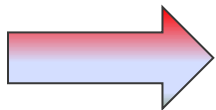
# GRUNDTHESEN ZU STATUS UND ENTWICKLUNG VON INNOVATIONSFÖRDERUNG

-  **Gesundheitsreformen haben bisher keine gezielte Innovationsförderung bewirkt**
-  **Sektoralisierung behindert rationale Innovationsprozesse**
-  **Leistungs- und Kostenträger haben keine gemeinsame Innovationsplattform**
-  **Wenig zielgerichtete Beschäftigung mit Innovativen Produkten, Prozessen und Leistungen**



## 4-Felder-Fokus politischer Reformprozesse in der Gesundheitspolitik

KOSTEN	FINANZIERUNG
STRUKTUREN, PROZESSE, ORGANISATION	QUALITÄT



Innovationsförderung zu keiner Zeit im direkten Fokus,  
durch Handlungsspielräume in der Vertragspolitik (DMP, integrierte Versorgung etc.) allenfalls indirekte Wirkungen auf Innovationsförderung



# DEFIZITÄRE SYSTEMISCHE ERSCHEINUNGEN BEIM THEMA INNOVATIONEN

➤ **keine durchlässige Beziehungs- und Kommunikationsstrategie**

➤ **sich gegenseitig misstrauende Beteiligte**

**die einen: Innovationen zu spät  
die anderen: Innovationen zu selten**

➤ **fatale Etablierung von Antipoden?**



**Je weniger rationale  
Innovationsstrategien desto mehr  
irrationale Rationierungsdebatten**



# INTERESSEN-KATEGORISIERUNG BEI INNOVATIONEN

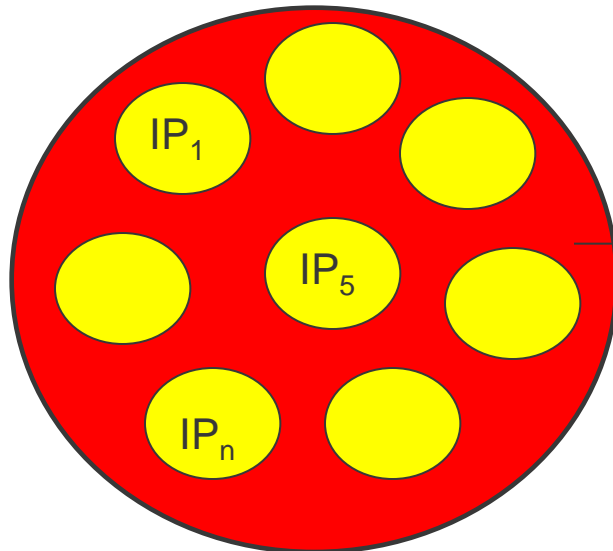
<b>Industrie</b>	<b>Alles Neue ist innovativ; Wettbewerbs- vs. Studien- Anforderungen</b>
<b>Leistungs- und intermediäre Anbieter</b>	<b>Innovationsaufgeschlossen; z.T. abnehmendes Interesse für schnelle Integration; IGeL!</b>
<b>Krankenkassen</b>	<b>Reaktive Zurückhaltung „Zusatzkostenphobie“</b>
<b>Verbraucher</b>	<b>bedarfsweise sofortigen Sachleistungsanspruch realisieren; „Zuzahlungsbereitschaft ?“</b>
<b>Politik</b>	<b>Proklamation „Innovationsstandort D.“ Gesundheit in I-Förder- programmen unter- repräsentiert</b>



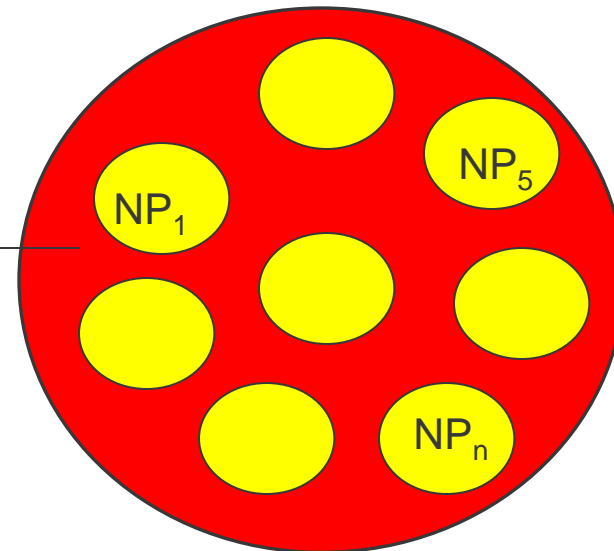
# INNOVATIONEN IM GESUNDHEITSWESEN

## – STATUS QUO SCHEMA –

Innovationspotenziale



Nachfragepotenziale



Industrie  
 Anbieter von  
 Gesundheitsleistungen



Art der Innovationsmanagement-Beziehung



- **Alles Neue gilt als innovativ**
- **Alles Alte wird ebenfalls angeboten (additiv statt substitutiv)**
- **Kosten(-sparen) versus Nutzen(-stiftung)**
- **Wirklicher Fortschritt kommt zu spät**
- **Kein GKV-eigenes Innovationsverständnis**



## 3 Trends

-  von kurzfristiger Kostenorientierung zu mittelfristiger Nutzenorientierung
-  Medizin, Ökonomie und Ethik gehören zusammen  
(eine unökonomische Medizin ist unethisch)
-  Proaktives Innovationsmanagement  
(gemeinsame T-Plattform Industrie – Anwendungsebene – Kostenträger)



**großes Potential für Innovationsförderung  
auf der Prozess-Seite**

**Ziele, Nutzen, Bewertung, Ergebnisse  
bekommen größere Bedeutung**

**Förderung von Versorgungsforschung,  
Stellenwert gegenüber klinischer Forschung  
steigt**



1. Neues wird in stationärer Versorgung eingeführt und erprobt. Evidenzbasierung nicht vorgeschrieben  
(**VERBOTSVORBEHALT**)
2. Neues wird in ambulanter Versorgung nach entsprechend normierten Bewertungsverfahren auf Basis von Studienergebnissen in den Leistungskatalog aufgenommen oder nicht (**ERLAUBNISVORBEHALT**)

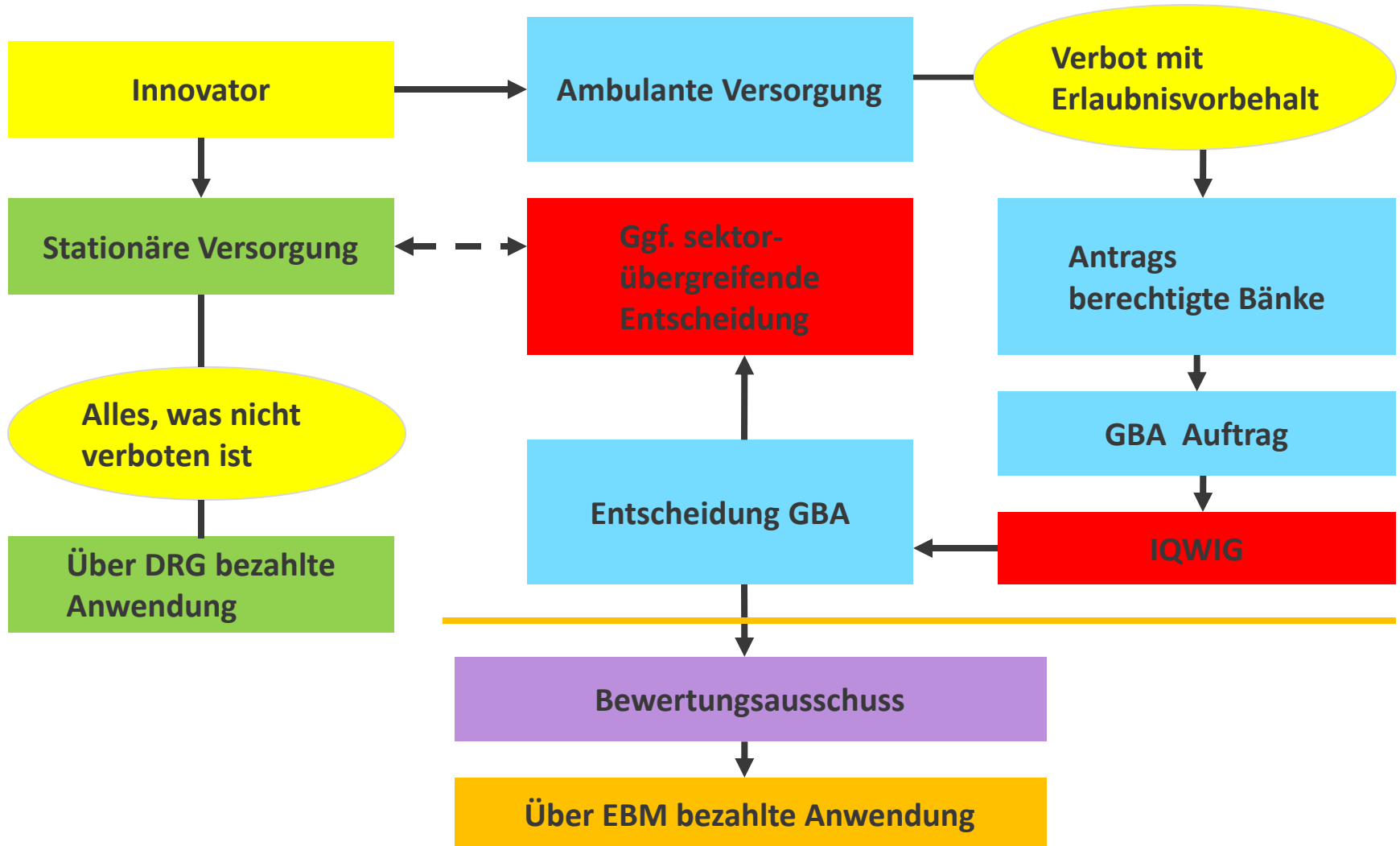
## FOLGE

**ZU WENIG** evidenzbasierte deutsche **STUDIEN**

Neues ist i. d. R. alt, wenn es in ambulanter Praxis ankommt (**VERFAHRENSDAUER ZU LANG**)

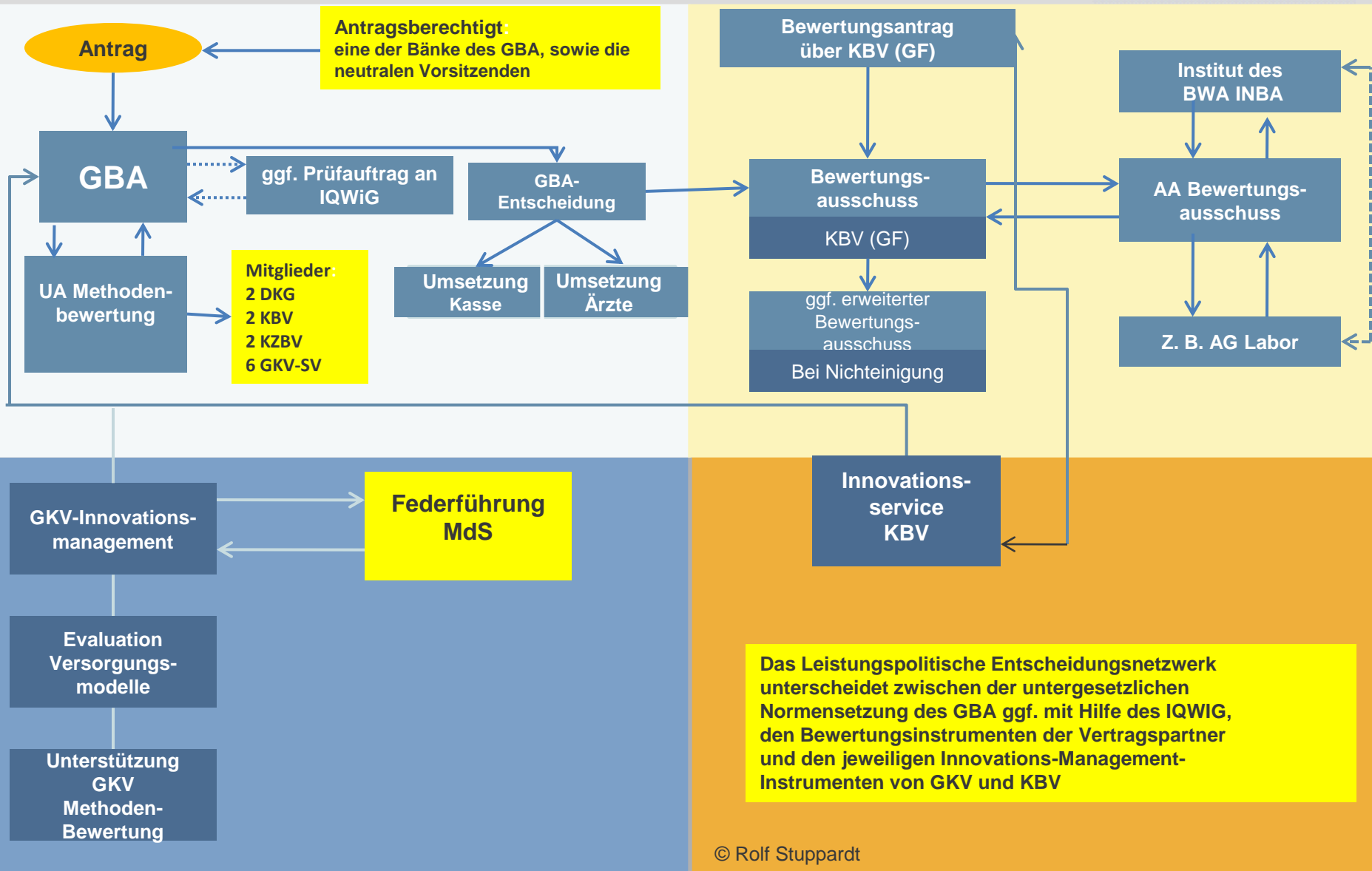


# WIE KOMMEN INNOVATIONEN INS SYSTEM?



# LEISTUNGSPOLITISCHES ENTSCHEIDUNGSNETZWERK

## FOCUS: AMBULANTE VERSORGUNG



## **„Versorgungsdilemma“**

**Nicht alles was neu ist,  
ist auch gut**

**Nicht alles, was gut ist,  
kommt schnell genug  
ins System**



**Fortschritt** aus der Sicht des Patienten und der GKV liegt dann vor, wenn eine **systematische evidenzbasierte** und **gewichtete** Zusammenschau von **Vor- und Nachteilen** eines neuen Verfahrens (inkl. Prozesse/Strukturen) und neuer Produkte **im Vergleich** zur gegenwärtigen medizinischen Versorgung zu einer **Verbesserung** führt.

Die Verbesserung kann sich in einer oder mehreren Ergebnisdimensionen zeigen:

- erzielter **med. Nutzen** hinsichtlich patienten-relevanter Endpunkte,
- **Sicherheit** eines Verfahrens,
- erforderlicher **ökonomischen Ressourceneinsatz**



- Solidarprinzip verbietet Beliebigkeit der Methoden und Bewertung von Innovation
- Analyse und Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden bedarf evidenzbasierter Entscheidungsgrundlagen
- Über Effektivität hinaus sind höherer Nutzen und Wirtschaftlichkeit entscheidend



**Innovative Lösungen =  
Kosteneinsatz bringt höheren  
Nutzen als zuvor**

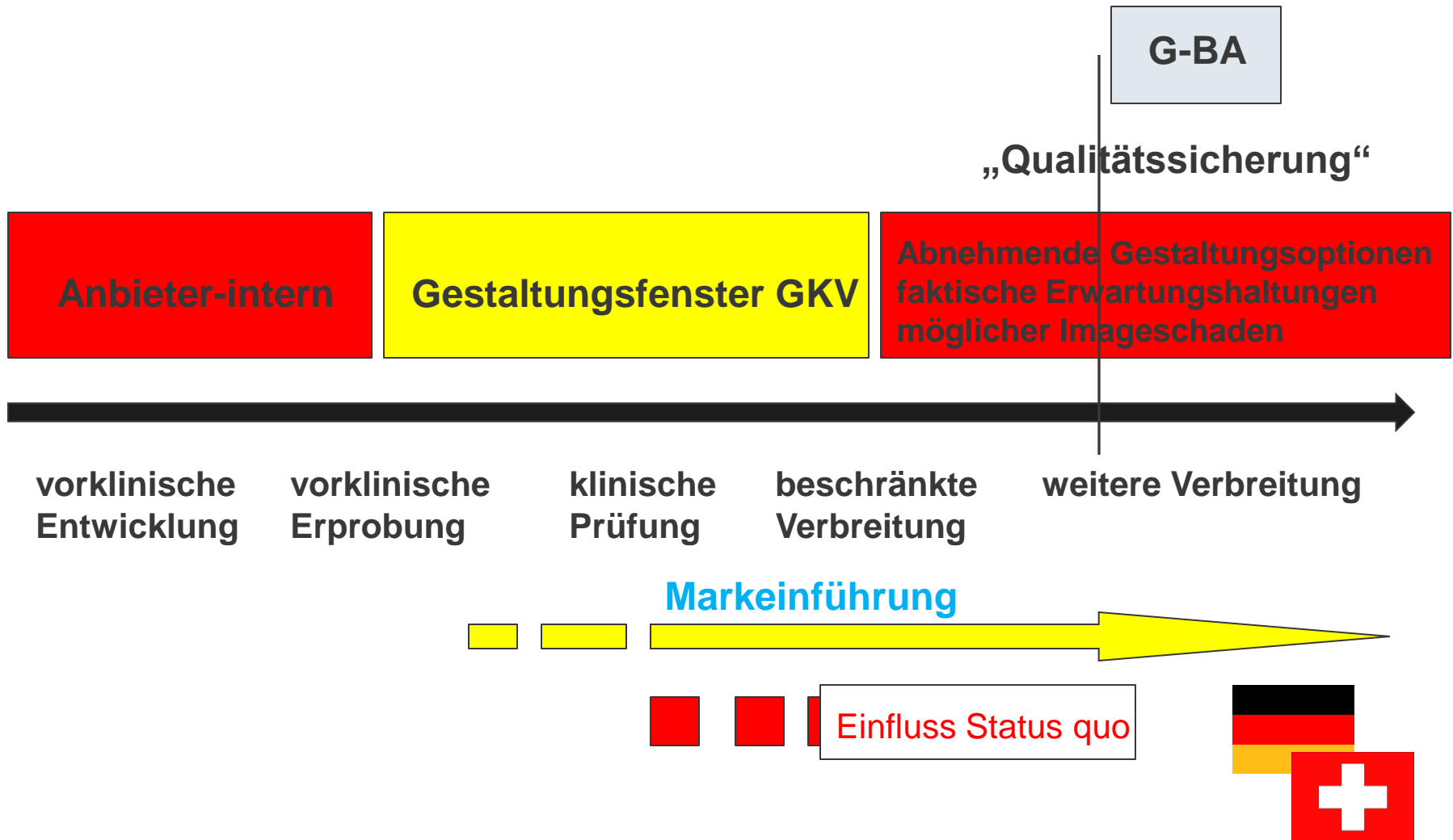


# DIE GKV BENÖTIGT EIN EIGENSTÄNDIGES INNOVATIONSMANAGEMENT



- **Systematisches Herausfiltern (horizon scanning) potentiell sinnvoller Innovationen**
- **Kriterienraster i.V.m. Versorgungszielen**
- **Kooperierendes Experteninfomanagement**
- **Innovationsförderung parallel zu bestehenden Bewertungsverfahren**
- **Schaffung einer eigenständigen Inno-Lobby**
- **Intensivierung von Versorgungsforschung**





# INNOVATIONSMANAGEMENT DER GKV

## - BESTANDTEILE -



- I. **systematische Informationsbeschaffung**
- II. **Kriterien gestützte Analyse/Bewertung**
- III. **begleitende und unterstützende Erprobung/  
Bewertung/Einführungsmöglichkeiten**
- IV. **frühzeitigere positive Entscheidung oder  
„Verhinderung“ bzw. Ausschluss ungeprüfter,  
zweifelhafter oder schädlicher  
Verfahren.**





# BEWERTUNG DER NEUERUNGEN ANHAND FESTGELEGTER KRITERIEN

## Nutzen

- z.B. Plausibilität/  
Nachvollziehbarkeit  
des Verfahrens
- zugrunde liegende/  
vorhandene Evidenz in  
Bezug auf postulierten  
Nutzen
- Art und Anzahl  
laufender Studien

## Notwendigkeit

- Versorgungsbe-  
darf/Alternativen
- Häufigkeit des  
möglichen Einsatzes  
(i.d.R. Prävalenz)

## Wirtschaftlichkeit

- Kosten
- Substitutions-  
potential
- potentielle  
Auswirkungen auf  
reale Versorgungs-  
situation

# SCHAFFUNG EINER INNOVATIONSPLATTFORM UND „INNOVATIONSFONDS“



**Neben und zur Unterstützung der öffentlich-rechtlichen Ausgestaltung des Leistungskataloges:**

**Plattform von Industrie und Kostenträgern zur Förderung von vielversprechenden Innovationen**

**Auflage von geeigneten Versorgungsstudien und Modellvorhaben für Prozess- und Produkt- bzw. Dienstleistungs-Innovationen**



# ACHT TRENDS IM GESUNDHEITSMARKT

<b>Trend 1:</b>	<b>Gesundheitsmärkte in Europa gleichen sich an.</b>
<b>Trend 2:</b>	<b>Der Gesundheitsmarkt konsolidiert sich und wächst</b>
<b>Trend 3:</b>	<b>Neue staatliche Instrumente drosseln den Anstieg der gesetzlich geregelten Gesundheitsausgaben.</b>
<b>Trend 4:</b>	<b>Krankversicherungen übernehmen mehr Verantwortung für Ausgabenkontrolle und Versorgungssteuerung</b>
<b>Trend 5:</b>	<b>Anbieter stellen sich der qualitätsgesicherten Ergebnisorientierung</b>
<b>Trend 6:</b>	<b>Krankenversicherungen werden zu Gesundheitsmanagern</b>
<b>Trend 7:</b>	<b>Das Gesundheitsbewusstsein allgemein und die Verbrauchersouveränität nehmen zu.</b>
<b>Trend 8:</b>	<b>Informationstechnologie treibt umfassende Vernetzungen voran.</b>





**Herzlichen Dank,  
wir bleiben  
in Verbindung**

