

Der Innovationsfonds



Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss

Interview: Innovationsfonds für Krankenkassen

Ideen umsetzen, Selektivverträge refinanzieren

1,2 Milliarden Euro über vier Jahre stellt der Innovationsfonds für die Förderung neuer Versorgungsformen und von Versorgungsforschung zur Verfügung. Dabei handelt es sich komplett um Versicherungsgelder. Das sollte Grund genug für Krankenkassen sein, sich mit Förderanträgen daran zu beteiligen.

Am 8. April 2016 gab der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Startschuss: Seitdem ist es möglich, Projektanträge zu neuen Versorgungsformen und zur Versorgungsforschung zu stellen. Die Förderung ist themenoffen oder in spezifischen Schwerpunkten möglich. Der G-BA hat in Förderbekanntmachungen im April und Mai Themenfelder, Förderkriterien

und Details zum Antragsverfahren festgelegt.

Mit einer Beteiligung können Krankenkassen eigene Projektideen umsetzen und die oft erheblichen Vorinvestitionen und Overheadkosten von Selektivverträgen teilweise refinanzieren. Über den Innovationsfonds und seine Chancen für Krankenkassen, aber auch über seine Tücken sprach CONtext mit Dr. Roland Leuschner, stellvertretender Abteilungsleiter Versorgungsforschung beim Dachverband der Betriebskrankenkassen (BKK DV).

Herr Dr. Leuschner, welche Faktoren erhöhen oder mindern die Förderchancen?

Man sollte die Förderbekanntmachungen genau lesen um sicherzugehen, dass ein Antrag nicht schon aus formalen Gründen aussortiert wird. Sind Dinge noch unklar oder ergeben sich beim Schreiben des

Förderantrags noch konkrete Fragen, empfiehlt es sich, den Projektträger direkt anzurufen. Kontaktdaten dazu hat der G-BA mit den Förderbekanntmachungen veröffentlicht (nähere Informationen unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/versorgungsformen/>).

Welche Antragsfristen gibt es?

Für die neuen Versorgungsformen läuft die Frist der ersten Welle noch bis zum 5. Juli, für die zweite Welle bis zum 19. Juli. Für die erste Förderwelle Versorgungsforschung ist die Frist schon abgelaufen. Die Zeitschiene für die zweite Förderwelle hat der G-BA noch nicht bekannt gegeben. Die Förderbekanntmachungen sind für August/September zu erwarten.

Muss man zu vergebende Aufträge ausschreiben mit der Gefahr, dass andere Partner als die im Konsortium den Zuschlag kriegen?

Die vergaberechtliche Situation ist in jedem Einzelfall zu bewerten. Das Konsortialkonstrukt kann

Inhalt:

Innovationsfonds für Krankenkassen

Ideen umsetzen, Selektivverträge refinanzieren ... S. 1

Verbundversorgung Berlin-Brandenburg

Erfolgreiche Kombination aus Qualität und Wirtschaftlichkeit ... S. 3

Lean SixSigma im Versorgungsmanagement

Wertschöpfung rauf, Fehlerquote runter... S. 3



dabei helfen, Ausschreibungen zu vermeiden. Für jeden Konsortialpartner ist genau zu beschreiben, welche Leistung er einbringt. Nach Einschätzung der Juristen entfällt die Ausschreibungspflicht, wenn nur für genau diese Leistung Fördermittel beantragt werden.



Dr. Roland Leuschner, BKK Dachverband (Foto privat)

Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA, forderte im September 2015, Krankenkassen sollten eine zentrale Rolle beim Innovationsfonds spielen. Ist das so?

Wäre es nach der Vorstellung der Krankenkassen gegangen, hätte Herr Hecken beim Innovationsfonds jedenfalls keine Rolle gespielt. Aus Sicht der Krankenkassen war es falsch, den Innovationsfonds beim G-BA anzusiedeln. Damit hat man die Förderung von Innovationen, die insbesondere Sektorengrenzen überwinden sollen, einer korporatistischen Institution mit Mandatsträgern überlassen, die nur ihren Sektoren verpflichtet sind.

Der Einfluss der Krankenkassen beim Aufsetzen des Innovationsfonds und bei der Ausgestaltung der Prozesse war eher gering. Welche Rolle sie bei den Förderanträgen spielen, wird sich in den nächsten Wochen und Monaten zeigen.

Welche Aufgabe kommt dem BKK Dachverband zu?

Der BKK DV hat eine koordinierende Funktion. Gerade im BKK-System mit vielen kleinen Kassen ist es wichtig, Ressourcen zu bündeln und bei Anträgen zu kooperieren. Wir haben Krankenkassen, Landesverbände und Systemdienstleister - auch CONVEMA - über die aktuellen Entwicklungen informiert. Gemeinsam haben wir Themen priorisiert, geclustert und in Arbeitsgruppen überführt, um aussichtsreiche Ideen zu Förderanträgen weiterzuentwickeln.

Mit dem bisherigen Ergebnis sind wir sehr zufrieden. Der BKK DV übernimmt für das Thema BGF-innovativ, ein neues Versorgungskonzept im betrieblichen Kontext, aufgrund der großen Systemrelevanz und auf Wunsch der beteiligten Kassen zudem die Konsortialführung bei der Antragsstellung. Wir helfen auch gerne dabei, die Antragstellung vorzubereiten und Experten für die Evaluation und als Unterstützung für die Formulierung der Förderanträge zu gewinnen.

Wo gibt es noch gesetzlichen Nachbesserungsbedarf?

Laut Sozialgesetzbuch sind im Haushaltsjahr nicht ausgegebene Mittel an Gesundheitsfonds und Krankenkassen zurückzuführen. Aktuell versucht man über ein Omnibusgesetz, das Transplantationsgesetz, diese Norm zu ändern: So sollen bewilligte Förderanträge aus den Mitteln des Jahres der Zuschlagserteilung über die gesamte Projektlaufzeit ausfinanziert werden können.

Beispiel: Erhält ein Projekt mit einer Laufzeit von drei Jahren 2016 eine Förderzusage, lassen sich die zugesagten Finanzmittel für die gesamte Projektlaufzeit aus den 300 Millionen Euro zurückstellen, die dem Innovationsfonds in diesem Jahr zur Verfügung stehen. Diese Änderung ist sinnvoll, weil nun auch Projekte, deren Förderanträge 2019 eingehen, noch für mehrere Jahre förderfähig sind.

Wichtig: Die in einem Jahr nicht ausgegebenen beziehungsweise für erteilte Förderzusagen zurückgestellten Fondsgelder sind an Krankenkassen und Gesundheitsfonds zurückzuführen. Das ist sachgerecht und soll so bleiben.

Projekte sollen „in der Regel“ nur bis zu drei Jahre gefördert werden. Reicht das?

Nein, das gefährdet vor allem die valide Evaluation und damit die Förderchancen besonders innovativer Projekte. Eine Förderung für theoretisch mögliche vier Jahre wünschen wohl weder der G-BA-Vorsitzende noch das Bundesgesundheitsministerium (BMG).

Spätestens jetzt, wo Evaluationskonzepte für Förderanträge ausgearbeitet werden, zeigt sich aber, dass selbst ein Förderzeitraum von vier Jahren durchaus sehr knapp bemessen sein kann. Für die Vorbereitung, Implementierung, Intervention, Rekrutierung, Datenerhebung, Auswertung und Evaluation neuer, innovativer Versorgungsmodelle ist mehr Zeit wünschenswert oder sogar erforderlich. Man sollte also eher darüber nachdenken, eine Förderung in begründeten Ausnahmefällen auch für maximal fünf Jahre zu ermöglichen.

Warum die Beschränkung auf drei Förderjahre?

Das könnte damit zu tun haben, dass der Bundestag 2019 aufgrund eines dann vorzulegenden Zwischenberichtes über eine Verlängerung des Innovationsfonds entscheiden soll. Schon bei einer dreijährigen Förderung ist kaum vorstellbar, dass belastbare Ergebnisse in den Zwischenbericht einfließen.

Bei längeren Förderzeiträumen kämen die Erkenntnisse für 2019 definitiv zu spät. Denn sie stünden dann als Entscheidungsgrundlage für den Bundestag nicht zur Verfügung.

Herr Dr. Leuschner, vielen Dank!



Verbundversorgung Berlin-Brandenburg

Erfolgreiche Kombination aus Qualität und Wirtschaftlichkeit

Die Verbundversorgung Berlin-Brandenburg hat sich im Laufe ihres über 10-jährigen Bestehens als größter Anbieter elektiver Eingriffe in der Region etabliert. Der Vorteil für Krankenkassen liegt vor allem darin, dass die Ausschöpfung ambulanter Reserven Wirtschaftlichkeitspotenziale realisierbar macht. Patienten profitieren in erster Linie durch zügige Behandlungen und eine qualitätsgesicherte, hochwertige medizinische Versorgung.

Über 6.300 Operationen durch 500 niedergelassene Fachärzte, 7 OP-Zentren und 8 Krankenhäuser – das war die Verbundversorgung Berlin-Brandenburg alleine im Jahr 2015. Ein medizinisches Netzwerk, das Versorgungssektoren verbindet und dessen Beteiligte intensiv zusammenarbeiten – das ist die Verbundversorgung seit ihrem Start. Versicherte von 63 Krankenkassen nutzen derzeit das Angebot der Verbundversorgung.

Patienten haben dabei im gesamten Prozess einen ganz bestimmten Facharzt als Ansprechpartner, also während Vor- und Nachbehandlung sowie beim Eingriff selbst. Außerdem vermeidet sie unnötige Krankenhausaufenthalte.

Wirtschaftlichkeit durch ambulant vor stationär

Der medizinische Fortschritt ermöglicht es heute, viele Eingriffe ambulant zu erbringen. Und genau das macht sich die Verbundversorgung zu Nutze: Sie bedient sich vorhandener ambulanter Versorgungsangebote und versucht, vollstationäre Behandlungen zu vermeiden – wann immer das medizinisch sinnvoll und bedarfsgerecht ist.

Innerhalb der Verbundversorgung stehen drei Versorgungsalternativen zur Verfügung: ambulant, ambulantPlus und stationär. Unter

ambulantPlus versteht man eine ambulante Operation mit bis zu zwei Übernachtungen im Operationszentrum. Die konsequente Ausschöpfung ambulanter Therapieoptionen hilft dabei, Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erkennen und daraus konkrete Einsparungen zu generieren.

Welche Einsparungen das sein können, zeigt die folgende Tabelle an vier beispielhaften Eingriffen.

Eingriff	Einsparung durch ambulant vor stationär
Adenotomie	67,46%
Arthroskopie	47,81%
Hallux Valgus	69,54%
Varizen	56,40%

Potenzielle Einsparungen in der Verbundversorgung (Quelle: eigene Darstellung)

QUALITÄTSSICHERUNG wird großgeschrieben

Im Zuge einer laufenden Qualitätssicherung werden Ärzte und Patienten in Fragebögen aufgefordert, ihre Erfahrungen mit der Verbundversorgung zu schildern. Weil Patienten so verschiedene Vorteile realisieren, wie zum Beispiel kürzere Wartezeiten, die Unterbringung in einem Komfortzimmer oder den Wegfall der Eigenbeteiligung, ist die Zufriedenheit sehr hoch. Diese Daten erhebt ein unabhängiges Institut und wertet sie jedes Jahr in einem Bericht aus.

Bei Fragen zur Verbundversorgung wenden Sie sich bitte an:

CONVEMA
Versorgungsmanagement GmbH

Versorgungssteuerung/
Services
Detlef Chruscz

T 030 2593861 – 121
detlef.chruscz(at)convema.com

Steuerungspotenziale erschließen

Über den regionalen Schwerpunkt der Verbundversorgung lassen sich zudem passgenaue Lösungen für die Probleme vor Ort entwickeln und Steuerungspotenziale punktgenau erschließen. Die Besonderheit von Berlin ist, dass Versicherte eine Krankenhausverordnung bei ihrer Krankenkasse zur Genehmigung einreichen müssen. Das bietet dem Fallsteuerungsteam der Krankenkasse die Chance, dem Versicherten über ein Zweitmeinungsverfahren die Verbundversorgung als attraktive Alternative zur klassischen stationären Behandlung anzubieten.

Lean SixSigma im Versorgungsmanagement

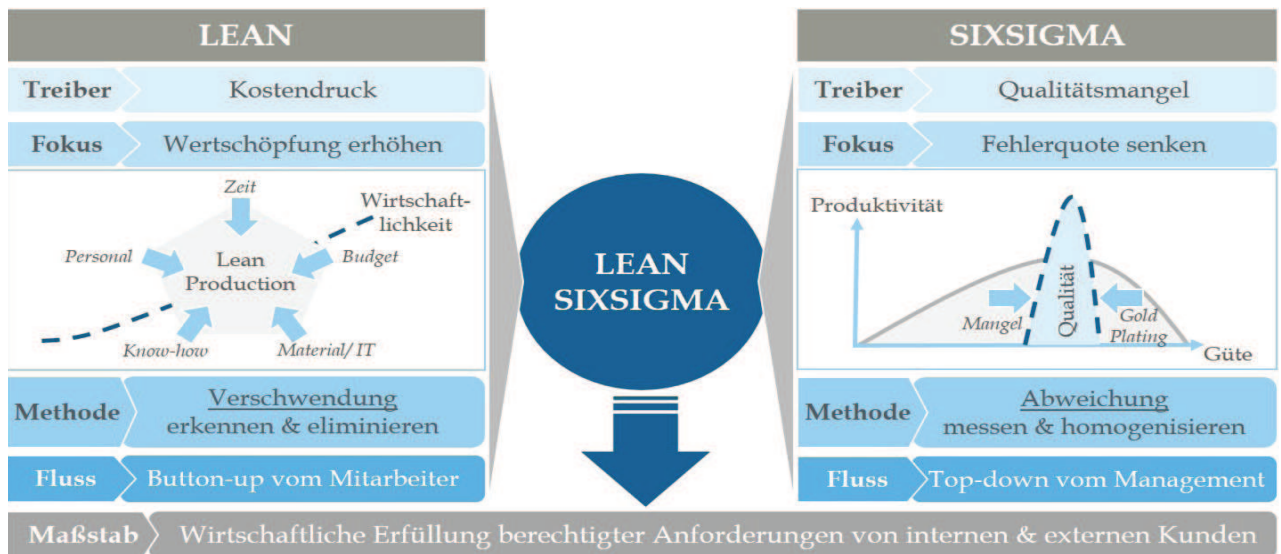
Wertschöpfung rauf, Fehlerquote runter

Lean SixSigma ist ein Instrument, das sich CONVEMA zu Nutze macht, interne Prozesse in Arbeitsschritte zu zerlegen und auf ihre Wertschöpfung für den Kunden zu beurteilen. Daneben spielt die Senkung von Fehlerquoten eine wichtige Rolle.

Lean SixSigma wurde ursprünglich im industriellen Umfeld entwickelt und angewendet. Dieses Konzept kombiniert die Philosophie des Lean Managements, nämlich Wertschöpfung optimieren und Verschwendung reduzieren, mit den Grundsätzen von SixSigma, die vor allem auf darauf abzielen, Fehlerquoten zu senken.

Durch diesen universellen Ansatz ist es auch im Dienstleistungsbereich anwendbar, unter anderem auch bei Krankenkassen.

Seit Anfang 2014 nutzt CONVEMA dieses Werkzeug, um interne Prozesse zum Vorteil seiner Kunden zu optimieren. Seitdem unterstützt CONVEMA seine Mitarbeiter durch regelmäßige Workshops dabei, Lean SixSigma im Arbeitsalltag einzusetzen und anzuwenden.



Auswahl von Tätigkeitsfeldern und Zielen

Zu Beginn galt es, für relevante Tätigkeitsfelder Ziele zu definieren, die der strategischen Entwicklung des Unternehmens und der Steigerung des operativen Outputs dienen sollten. Ziele in den Feldern Kundenorientierung, Effizienz, Mitarbeiter und Qualitätssertifizierung waren:

- Fehlerfreie Dienstleistung
- Vermeidung nicht wertschöpfender Tätigkeiten
- Mitarbeiterförderung
- Unterstützung der QM-Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015

Dann waren die Tätigkeitsfelder auf ihr Potenzial für Lean SixSigma zu prüfen.

Ergebnisse und Bewertung

Zweieinhalb Jahre nach der Einführung von Lean SixSigma ist

den Mitarbeitern die Philosophie „in Fleisch und Blut“ übergegangen. Die Abteilungen können ihre wertschöpfenden Potenziale aus Sicht des Kunden beurteilen. Lean SixSigma hat auch die Kommunikation zwischen Fachebene und Geschäftsführung gestärkt.

Das Ganze ist kein Selbstläufer: Die Workshops gehen weiter. Sie helfen, Prozesse zu optimieren

Inhaltliche Systematik Lean SixSigma (Quelle: Sebastian Lempfert)

und das Unternehmen für Kunden up-to-date zu halten. Einen ausführlichen Bericht über Lean SixSigma bei CONVEMA finden Sie in der **Welt der Krankenversicherung** (Nr. 2-3/2016).

Bei Fragen zu Lean Six-Sigma bei CONVEMA wenden Sie sich bitte an:

CONVEMA
Versorgungsmanagement GmbH

Stabsstelle Markt und Produkte
Adrian Schmidt

T 030 2593861 – 122
adrian.schmidt(at)convema.com

Weitere Fragen? So erreichen Sie uns:

Abrechnungsprüfung ambulant:
Anja Olschewsky
T 030 2593861 – 131
anja.olschewsky(at)convema.com

Abrechnungsprüfung Krankenhaus:
Martin Sattler
T 030 2593861 - 103
martin.sattler(at)convema.com

Versorgungssteuerung/ Services:
Detlef Chruscz
T 030 2593861 – 121
detlef.chruscz(at)convema.com

Impressum:

CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH, Karl-Marx-Allee 90A, 10243 Berlin, Telefon: (030) 259 38 61-0, Fax: (030) 259 38 61-199, E-Mail: info@convema.com, Internet: www.convema.com, Geschäftsführer: Thomas Mohaupt und Martin Sattler, Gerichtsstand: Berlin, Amtsgericht: HRB 107057, USt-IdNr.: DE 253862415, IK: 591103482



Texte und Redaktion:
Holger Wannewetsch,
Journalist, Berlin