DGIV

Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung
im Gesundheitswesen e.V.

Denkpapier

Transfer innovativer Versorgungskonzepte

Wie kann eine Verstetigung erfolgreich erprobter Versorgungskonzepte gelingen

DGIV Arbeitskreis Digitalisierung

Dr. rer. pol. Katharina Hennig, Willi Wöllner

Dr. Michael Meyer (Vorwort)

April 2025

Vorwort

Eine umfängliche Gesundheitsversorgung, wie sie in Deutschland verfügbar ist, benötigt Innovationen, um in Zeiten steigender Lebenserwartungen und Kosten Bestand haben zu können. Ideen und Konzepte zur Verbesserung des Status Quo ergeben sich in der Praxis oft als Resultat positiver Erfahrungen einzelner Leistungserbringer. Nicht selten werden diese Konzepte auf Antrag engagierter Einzelakteure durch Modellvorhaben oder im Rahmen des Innovationsfonds erprobt. Unser System krankt allerdings daran, dass die nachhaltige Einbettung dieser Innovationen in die Regelversorgung trotz häufig positiver Evaluierungen nicht erfolgt.

Gerade dort, wo unterschiedliche Leistungsträger und damit auch verschiedene Interessen oder zumindest Vorgehensweisen adressiert und verknüpft werden, greift die bisherige, nicht erfolgreiche Überführungsmechanik ins Leere.

Mit dem vorgelegten Denkpapier leistet die DGIV einen Beitrag zur Auflösung dieses nicht mehr hinzunehmenden Umstands und stellt konkrete Vorschläge zur Änderung dar.

Dr. Michael Meyer, Generalsekretär DGIV e.V.

Ausgangslage

Sinnvolle Innovationen entstehen meist am Point-of-Care durch die Optimierung von Versorgungsprozessen durch eben die Akteure, die die alltägliche Patientenversorgung gewährleisten. Der Gesetzgeber hat dieses Potential erkannt und den Innovationsfonds ins Leben gerufen. Seit dem Jahr 2016 werden über den Innovationsfonds innovative, sektorenübergreifende und berufsgruppenübergreifende Versorgungsformen gefördert. Der Anspruch der Förderung lautet, erfolgreich erprobte Versorgungskonzepte in die Regelversorgung zu überführen. Die Realität zeigt allerdings, dass erfolgreiche Gesamtkonzepte trotz nachgewiesener höherer Effektivität, Kostenersparnissen und erfolgreicher berufsgruppen- und sektorenübergreifender Zusammenarbeit zur Überführung nicht als Ganzes, sondern bestenfalls in Einzelteile und damit nur suboptimal vorgeschlagen werden. Grund hierfür ist die fragmentierte Vergütungsstruktur unseres Systems und sicher

auch die mangelnde digitale Vernetzung. Positive Versorgungskonzepte können so ihre Wirkung in der Regelversorgung nie entfalten.

Mit dem Digital-Gesetz wurde der bisher befristete Innovationsfonds verstetigt. Die Überführung positiv evaluierter Projekte wurde innerhalb dieses Gesetzes jedoch nicht gelöst. Dies widerspricht nicht nur dem des BMG, die Versorgung entlang der Patientenpfade auszurichten, sondern verwehrt teils schwerkranken Patientinnen und Patienten eine erprobte bessere Versorgung.

Auch erfolgreich erprobte Modellvorhaben außerhalb des Innovationsfonds sehen sich mit denselben Verstetigungs- und/oder Übertragungsproblematiken konfrontiert. So werden jegliche Innovationen im Keim erstickt, engagierte Akteure demotiviert und ganz besonders kranken Menschen eine bessere Versorgung vorenthalten.

Man ist sich einig, dass innovative Versorgungslösungen sind ein zentraler Baustein für ein zukunftsfestes Gesundheitssystem sind. Dennoch verschwinden wirksame, effiziente und patientenzentrierte Modelle trotz positiver Ergebnisse, da weder rechtliche noch finanzielle Verstetigungsmechanismen greifen.

Problemanalyse

Innovative Versorgungsprojekte (wie regionale Modellvorhaben oder auch Innovationsfondprojekte) werden in der Regel während des Erprobungszeitraumes über einen Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V umgesetzt. Dieser bietet die Möglichkeit einer flexiblen Strukturierung von Vergütung über Berufs- und Sektorengrenzen hinweg. Zusätzlich ermöglicht diese Rechtsgrundlage auch die Vergütung der Bereitstellung einer Infrastruktur zur Umsetzung digitalgestützter, leitlinienbasierter und integrierter Versorgungspfade am Ort der Versorgung sowie eine externe Qualitätskontrolle auf Patientenebene.

Die Regelungen des § 140a SGB V sind jedoch aufgrund ihrer Historie auf eine „Selektive Besondere Versorgung“ ausgerichtet. Die Bereitstellung der erprobten Versorgung ist somit aufgrund der Struktur des § 140a SGB V nur den Versicherten der vertragschließenden Krankenkasse(n) möglich. Eine breite Umsetzung steht deshalb vor den Hürden der individuellen Vertragsgestaltung mit den einzelnen Krankenkassen und den damit assoziierten

komplexen, oft inhomogenen Bestandteilen dieser Verträge (bspw. Einschreibevorgängen von Leistungserbringern und Versicherten). Vor allem aber sind Vertragsabschlüsse nach § 140a SGB V für Leistungserbringende und Krankenkassen freiwillig.

Somit sind die Gründe für das Scheitern der Überführung vielschichtig und können wie folgt ergänzend skizziert werden:

- Fehlende gesetzliche Grundlage für einen verbindlichen Transferprozess.
- Unklare Zuständigkeiten zwischen G-BA, GKV-Spitzenverband und Leistungserbringern.
- Langwierige Bewertungs- und Entscheidungsverfahren, selbst bei eindeutiger Evidenz.
- Ende der Projektfinanzierung ohne Anschlusslösung in der GKV-Systematik.
- Heterogene Verfahren, die eine Vergleichbarkeit und Standardisierung erschweren.

Nutzen für das Gesundheitssystem

Die systematische Überführung erfolgreich evaluierter Versorgungskonzepte in die Regelversorgung bietet einen substanziellen Mehrwert für alle relevanten Akteure im Gesundheitswesen – von den Patientinnen und Patienten über die Leistungserbringer bis hin zur Solidargemeinschaft insgesamt. Die zentralen Nutzenaspekte sind:

1. Stärkung einer evidenzbasierten Versorgung

Ein verbindlicher Transferpfad für positiv bewertete Konzepte stellt sicher, dass medizinische und versorgungspraktische Innovationen nicht nur im Pilotstatus verharren, sondern zeitnah in die Breite getragen werden. Damit wird die Regelversorgung stärker an wissenschaftlichen Erkenntnissen und geprüfter Wirksamkeit ausgerichtet – ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung im Gesundheitssystem. Neue Erkenntnisse aus der Forschung und/oder Aktualisierungen der resultierenden Leitlinien finden über die digitale Struktur und die Vernetzung direkten Einzug in die Versorgung

2. Effizienzsteigerung und Ressourcennutzung (intersektoral und interprofessionell)

Viele der im Rahmen von Modellprojekten entwickelten Ansätze zeigen nicht nur medizinischen Nutzen, sondern auch wirtschaftliche Effekte – etwa durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Krankenhausaufenthalten oder Medikationsfehlern. Durch ihre zügige Übernahme in die Regelversorgung können knappe finanzielle und personelle

Ressourcen gezielter eingesetzt und ineffiziente Strukturen abgebaut werden. Grenzen zwischen Sektoren/Berufsgruppen werden aufgehoben und verbessern damit die intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit verbessert.

3. Innovationsförderung mit Anschlussgarantie

Ein klar geregelter Überführungsmechanismus wirkt motivationsfördernd für Akteure aus Wissenschaft, Versorgung und Wirtschaft, neue Versorgungslösungen zu entwickeln. Die Aussicht auf dauerhafte Integration erhöht die Attraktivität von Investitionen in evidenzbasierte Versorgungsmodelle und fördert eine innovationsfreundliche Kultur innerhalb des Gesundheitswesens.

4. Patientenzentrierung und Teilhabe

Viele erfolgreiche Modellprojekte adressieren bislang unzureichend versorgte Patientengruppen – etwa Menschen mit chronischen Erkrankungen, komplexen Mehrfachdiagnosen oder in ländlichen Regionen. Ihre zügige Einbindung in die Regelversorgung verbessert den Zugang zu wirksamen, individuell zugeschnittenen Leistungen und trägt zur Versorgungsgerechtigkeit bei.

5. Stärkung des Vertrauens in das System

Ein lernendes, reformbereites Gesundheitssystem, das erfolgreiche Lösungen aufnimmt und in die Breite bringt, stärkt das Vertrauen von Bürgerinnen und Bürgern, Fachpersonal sowie politischen Entscheidungsträgern. Es zeigt: Gute Versorgungsideen sind nicht nur wissenschaftliche Theorien – sie wirken, und sie bleiben.

6. Entlastung der Regelversorgung

Viele Innovationsprojekte zielen auf sektorenübergreifende Zusammenarbeit, auf Digitalisierung oder neue Rollenverteilungen im Gesundheitswesen ab. Ihre Verstetigung kann insbesondere in angespannten Versorgungsbereichen – z. B. hausärztliche Grundversorgung, Pflege, psychische Gesundheit – zur nachhaltigen Entlastung beitragen. Durch die zusätzliche Voraussetzung der Interoperabilität bei Förderung (Erstellung eines Vesta-Standards) können Daten in die elektronische Patientenakte übertragen und die Ergebnisse unterschiedlicher Versorgungsformen verknüpft und bewertet werden.

<u>Lösungsansätze zur Behebung der fehlenden Transferoption</u>

Der Transfer positiv evaluierter Projekte, die aufgrund ihres Berufsgruppen- und / oder sektorenübergreifendenden Konzeptes nicht in die Verhandlungsroutinen der Systemarchitektur „Regelversorgung“ passen, ist in den aktuelle Rahmenbedingungen schlichtweg unmöglich. Für diese Projekte fehlt es operativ an einem strukturierten und verbindlichen Verfahren zur Umsetzung. Deshalb ist dringend eine ergänzende gesetzliche Grundlage notwendig, welche die organisatorische Flexibilität der Verträge zur *Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V* in die GKV-Struktur sicherstellt.

Vorschlag 1: Einführung eines § 140c im SGB V als „Kollektive Besondere Versorgung“

Zur Lösung der vorgenannten Probleme schlagen wir die Einführung eines § 140c im SGB V als „Kollektive Besondere Versorgung“ sowie ein „Überführungsinstitut /Transferinstitut“ vor.

Um eine der Erprobung gleichwertige Versorgungsstruktur zeitnah nach Projektabschluss für alle GKV-Versicherten flächendeckend zugänglich zu machen sind folgenden Schritte notwendig, die einer gesetzlichen Verankerung bedürfen.

1. Etablierung einer **unabhängigen Bewertung** von erprobten Versorgungen (existiert für Innovationsfondsprojekte bereits durch den finalen Beschluss des Ausschusses).
2. Integration der neuen Regelung zur „**Kollektiven Besondere Versorgung**“ in den § 140 SGB V als § 140c (neu) „Kollektive Besondere Versorgung“
3. Einrichtung eines „**Überführungsinstitut /Transferinstitut**“, für die verbindliche Umsetzung des erprobten Versorgungskonzeptes und dessen Weiterentwicklung.
4. Entwicklung eines **Regelwerkes zur Umsetzung** des neuen § 140c SGB V durch die Partner der Selbstverwaltung gemeinsam mit dem „Überführungsinstitut / Transferinstitut“.
5. Das „Überführungsinstitut/ Transferinstitut“ kann als **Managementgesellschaft** für die bundesweite Umsetzung zuständig sein und erhält seine Aufträge durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und das BMG.

<u>Folgende Aufgaben könnten durch das „Überführungsinstitut/ Transferinstitut“ erfüllt werden:</u>

a. **Vertragsgestaltung, Vertragsverhandlung und Vertragsabschluss** mit den relevanten Parteien geltend für alle Krankenkassen

b. Sicherstellung der **Leistungsabrechnung** (ggf. Beauftragung eines Dienstleisters)

c. **Information** über die abgeschlossenen Verträge zur kollektiven besonderen Versorgung auf einer Internetpräsenz

d. Anschluss **qualifizierter Leistungserbringer**

e. Bereitstellung der spezifischen **Patienteninformation und Teilnahmeerklärung** (Verbleib der unterzeichneten Version beim Leistungsbringer)

6. In die Entwicklung und Umsetzung des Versorgungsvertrages nach § 140c (neu) für die Verstetigung eines positiv evaluierten Projektes sollten alle an der Umsetzung beteiligten Parteien einbezogen werden.
7. Die Kosten zur Qualifizierung zur Teilnahme an einem Vertrag zur kollektiven besonderen Versorgung nach §140c als Leistungserbringer werden als Fortbildungskosten betrachtet und sollten entsprechend Marktstandards von den Leistungserbringern getragen werden.

Vorschlag 2: Schnelle Einführung der DiGA.Pro in das DiGAV

Bereits im Jahr 2022 haben die Firma fbeta und der Fraunhofer FOKUS das Projekt DiGA.Pro ins Leben gerufen, welches durch das BMG gefördert wird.[1]

Auf der Projektseite heißt es wie folgt:

„Durch die Analyse innovativer Ansätze am Markt, aus Projekten des Innovationsfonds, aus besonderen Versorgungsverträgen und aus Good Practices in den Gesundheitssystemen anderer Länder wird im Projekt DiGA.pro konzipiert, wie Digitalisierung in konkreten Versorgungsszenarien Mehrwerte für Patient:innen und andere Akteure herstellen kann. Die betrachteten Szenarien reichen von eher technologisch getriebenen Themen wie der Anbindung von Hilfsmitteln an DiGA bis hin zu sektoren- und professionsübergreifenden integrierten Versorgungsformen wie z. B. einem digitalisierten DMP. Im Schwerpunkt geht es dabei um die Ausarbeitung von technischen Konzepten, die jedoch immer aus konkreten Versorgungsbedarfen und Versorgungsabläufen heraus begründet sind. Alle Szenarien sind hybrid angelegt, d. h. zielen auf die Integration von ärztlichen, pflegerischen und digital erbrachten Leistungen ab. Patientenzentrierung, Personalisierung und Erfolgsmessung bilden Querschnitte über alle betrachteten Szenarien.“

[1] https://www.digapro-projekt.de/project/

Es liegt nahe, die aktuell bereits implementierten Prozesse zur Abrechnung der DiGAs zu nutzen, um **ganze Versorgungskonzepte „zu rezeptieren“**. Auf diese Weise könnte eine Vergütung der beteiligten Leistungserbringer für die innovativen Bestandteile sektorenübergreifend durch den Hersteller der DiGA.Pro erfolgen, der die Struktur einer erfolgreich erprobten Versorgung im Rahmen der rezeptierten DiGA.Pro abbildet. Das Risiko, dass eine so etablierte Pauschalvergütung zu hohen Auszahlungen an die Hersteller und Leistungserbringer führen könnte, ohne dass eine Gegenleistung erfolgt, könnte wie folgt minimiert werden:

1. Die Bepreisung der DiGA.Pro stellt transparent die einzelnen Vergütungskomponenten dar, die bestenfalls aus dem erprobten Vertrag nach § 140a SGB V übernommen werden. Die Vergütung beinhaltet somit die gesundheitlichen Versorgungsleistungen, eine Infrastrukturpauschale und ggf. eine Evaluationspauschale.
2. Die Hersteller sind verpflichtet, die erbrachten Leistungen im Rahmen der rezeptierten Versorgungsprogramme der DiGA.Pro nachzuweisen.
3. Es werden Abschläge auf den Preis definiert, die eine Quote der Inanspruchnahme der oben genannten Leistungen widerspiegeln und die zu unterschiedlichen Preiskategorien führen.
4. Die Abrechnung, der DiGA.Pro erfolgt jeweils nach dem Leistungsquartal entsprechend der Kategorie der Inanspruchnahme.

Die aktuell bereits existierenden DiGA-Regelungen zur Interoperabilität und zur Anbindung an die ePA bieten eine ideale Voraussetzung, die Überführungsproblematik erfolgreich erprobter Konzepte niedrigschwellig zu lösen und sicherzustellen, dass die in Kapitel 1 beschriebenen Vorteile der innovativen Versorgung ihre maximale Entfaltung finden.

Fazit

Das deutsche Gesundheitswesen sieht sich mit großen Herausforderungen konfrontiert. Es ist universell bekannt, und auch in der Digitalstrategie des BMG festgeschrieben, dass die Umsetzung digitalgestützter Versorgungsprogramme außerhalb unserer überalterten, fragmentierten Vergütungsstruktur eine absolute Notwendigkeit ist, die längst Realität sein sollte. Mit unseren Vorschlägen haben wir Möglichkeiten einer **verbindlichen Überführung** erfolgreich validierter Versorgungskonzepte dargelegt, die unserer Meinung nach durch den Gesetzgeber **zeitnah umsetzbar** sind.