

PULS

Wissensmagazin

NOT MACHT ERFINDERISCH

Wie Innovationen zu Veränderungen führen



Was ist Innovation?

Wie Veränderung und Erneuerung den Fortschritt vorantreiben

Wie viel Innovation können wir uns leisten?

Im Interview mit PULS

Was in der Medizin möglich werden kann

PULS hat recherchiert

INHALT

VORWORT	_ 3
WAS IN DER MEDIZIN MÖGLICH	
WERDEN KANN	_ 4
WAS IST INNOVATION?	
WIE VERÄNDERUNG UND ERNEUERUNG	
DEN FORTSCHRITT VORANTREIBEN	_ 10
VON DER INNOVATION INS DRG-SYSTEM	_ 14
INNOVATION BEDEUTET FÜR MICH	_ 18
INNOVATIONSFONDS FÖRDERT	
NEUE VERSORGUNGSFORMEN	_ 19
INTERVIEW: WIE VIEL INNOVATION	
KÖNNEN WIR UNS LEISTEN?	_ 24
WUSSTEST DU SCHON	_ 29
VORGESTELLT	_ 30

Impressum

Alle Quellen zu dieser Ausgabe können bei der Redaktion angefragt werden: puls@philips.com

Herausgeber Philips GmbH Market DACH

Anschrift

Philips GmbH Market DACH Röntgenstraße 22 22335 Hamburg E-Mail: puls@philips.com

Autoren dieser Ausgabe Markus Brendel, Julia Haefeli, Sibylle Keßler, Carolin Leßmann, Carsten Liess, Silke Nielsen, Katrin Pietschmann, Franziska Schwarz, Birgit Stabenau

Redaktion, Inhalt medproduction GmbH

Konzeption, Layout modus werbung gmbh

Produktion

Grunddesign GmbH







VORWORT

Liebe Leserinnen und Leser.

Straßen entstehen im Gehen, sagt ein spanisches Sprichwort. Warum wir so das Thema "Innovation" einläuten? Weil es sich mit Innovationen genauso verhält. Denn Innovationen sind mehr als bloße Veränderung. Sie schaffen neue Märkte. Sie sind aufregend und spannend. Innovationen haben uns zu dem gemacht, was wir heute sind.

Im Gesundheitswesen denken wir dabei oft automatisch nur an Innovationen aus dem medizintechnischen oder pharmakologischen Bereich. Doch welche Art von Innovation brauchen wir, um den Herausforderungen, denen unser Gesundheitssystem gegenübersteht, wirklich effektiv begegnen zu können?

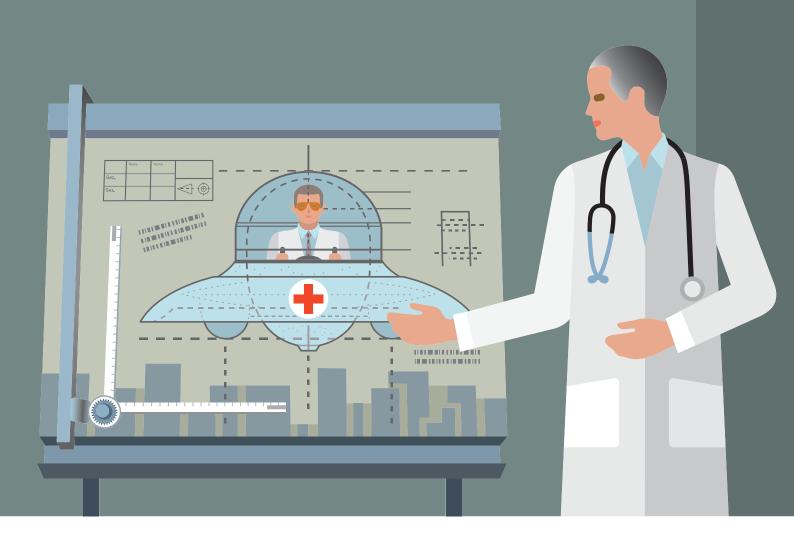
Um ab 2016 gezielt Innovationen zu fördern, die eine integrierte und sektorenübergreifende Versorgung und die Versorgungsforschung im Blick haben, hat der Bund einen Innovationsfonds ins Leben gerufen. PULS hat sich ihn in dieser Ausgabe einmal genauer angeschaut.

Ein wichtiger Partner bei der Durchsetzung von Innovationen in den Regelbetrieb sind die Krankenkassen. Der Gesundheitswissenschaftler Hardy Müller, Referent im wissenschaftlichen Institut der Techniker Krankenkasse, steht in PULS zum Thema Innovation Rede und Antwort.

Mit diesen und vielen weiteren Themen rund um Innovation haben wir uns dieses Mal in PULS auseinandergesetzt, sie versprechen Spannung für 2016 und darüber hinaus.

Wir wünschen auch diesmal viel Spaß beim Lesen.

Feedback bitte an: puls@philips.com Eure PULS-Redaktion



WAS IN DER MEDIZIN MÖGLICH WERDEN KANN

Jeder Fortschritt beruht auf einer Innovation – umgekehrt reicht aber eine Innovation nicht allein aus, um einen Fortschritt zu erreichen. Beim medizinischen Fortschritt handelt es sich oft um die Entwicklung von Zusatztechnologien, die bisher Unmögliches möglich machen. Kurz gesagt: Innovation ist dann Fortschritt, wenn sie besser ist als das Bisherige.

WIE HOCH IST **DER PREIS?**

Dr. Johann Müller und Dr. Felix Ernst sitzen im Zug und sind auf dem Weg nach Hause. Beide Ärzte kommen von einem Innovationskongress in Paris. Da öffnet sich die Abteiltür und Dr. Jan Neumann, ebenfalls Arzt, bittet um Platz. "Sagen Sie, waren Sie nicht auch auf dem Kongress in Paris? Faszinierend, was dort alles angesprochen wurde", sagt Neumann. "Faszinierend, sicher", bestätigt Dr. Ernst, ein Allgemeinmediziner. Aber vieles davon müsse noch Hürden überwinden und viel Kritik einstecken, bis es alltagstauglich werde. Müller schweigt. Der Internist denkt darüber nach, was es für seine Patienten bedeuten würde, wenn sich eines Tages Organe im 3D-Drucker erstellen ließen. Derzeit, so wurde es auf dem Kongress erklärt, hat sich ein US-amerikanisches Unternehmen in San Diego auf den 3D-Druck von lebenden Zellen spezialisiert. Bislang liegt der Schwerpunkt auf der Forschung, aber irgendwann soll es möglich sein, ganze Organe mit dieser Technik zu erstellen – aus körpereigenen Stammzellen. Dann gäbe es keine Abstoßungsreaktion des Körpers, die anschließende Behandlung mit Immunsuppressiva entfiele vielleicht. Die Lebensqualität würde steigen, die Behandlungskosten sinken.

Dr. Müller teilt diese Gedanken mit seinen Kollegen. "Ja, ich sehe da ebenfalls viele Vorteile", stimmt Chirurg Dr. Neumann zu. "Vor allem würde es die Debatte um Organspenden erheblich vereinfachen, wir bräuchten weit weniger Spenderorgane, irgendwann vielleicht gar keine mehr." Und auch die Forschung könnte profitieren. Dr. Neumann führt weiter aus: "Denken Sie nur, was derzeit die Medikamentenforschung kostet. An gedruckten menschlichen Leberzellen könnten toxische Wirkungen von Medikamenten sofort getestet und das Verfahren beschleunigt werden. Dann sinken auch die Kosten für Medikamente." Dr. Johann Müller zeigt sich skeptisch: "Sicher wäre das ein unglaublicher Fortschritt – nicht nur für den Patienten, auch für uns Mediziner. Ich bezweifle aber stark, dass die Pharmakonzerne die eingesparten Kosten weitergeben. Und es wird sicher zahlreiche Debatten darüber geben, ob es ethisch vertretbar ist, Organe künstlich herzustellen", gibt Dr. Müller zu bedenken. "Auf dem Kongress

wurde aber eine Innovation für Diabetiker vorgestellt, die ich für schnell umsetzbar halte: Eine Kontaktlinse, die den Blutzucker misst, und eine Insulinpumpe, die in den Körper implantiert wird, würden das Leben der Betroffenen deutlich erleichtern", sagt Dr. Müller und denkt an die Erläuterungen des Referenten zurück:

Menschen mit Diabetes mellitus messen bis zu sieben Mal täglich ihren Blutzucker. Jedes Mal ist ein Stich in die Fingerspitze nötig, um einen Bluttropfen zur Messung zu entnehmen. Das soll künftig vereinfacht werden. Ein Forscherteam hat vor knapp zwei Jahren das "smart contact lens project" vorgestellt: eine digitale Kontaktlinse, die in den Tränen von Diabetikern sekündlich den Blutzuckerwert analysiert und die Daten zur Auswertung an ein Smartphone sendet. Als weitere Neuerung wurde ein Gerät vorgestellt, das automatisch den Zuckerwert misst und die richtige Menge Insulin abgibt – quasi eine künstliche Bauchspeicheldrüse, die Diabetikern implantiert wird. Dieser sogenannte Closed Loop, also ein geschlossener Kreis, soll über eine App gesteuert werden. App, Pumpe und Messgerät sind dabei über Bluetooth-Schnittstellen verbunden.



Ich bezweifle aber stark, dass

die Pharmakonzerne die

eingesparten Kosten weitergeben.



"Natürlich wäre das für Betroffene im Alltag eine unglaubliche Erleichterung", stimmt der Allgemeinmediziner Dr. Ernst seinem Kollegen zu. "Für uns würde das vor allem bedeuten, dass der Faktor einer Fehlbedienung der heutigen Blutzuckermessgeräte wegfällt und es weniger Notfälle mit Unterzuckerung gäbe." Auch Neumann hält beide Innovationen für sinnvoll, hat aber Bedenken: "Bei der Kontaktlinse sehe ich das Problem, inwieweit akute Unterzuckerung »

über die Tränenflüssigkeit schnell erkannt werden kann", sagt er. "Immerhin ist die Konzentration von Blutzucker in der Tränenflüssigkeit etwa 50 Mal geringer als im Blut. Da ist noch eine Menge Forschungsarbeit nötig." "Und was halten Sie vom Closed Loop?", will Dr. Müller wissen. "Da sehe ich gute Chancen, dass sich das schneller durchsetzt. Es gibt ja heute bereits Insulinpumpen, die aber noch nicht implantiert, sondern extern getragen werden. Vor allem für Kinder und Jugendliche halte ich das System für sinnvoll, da es ihnen oft schwerfällt, selbst nach der Messung eine Prognose zu wagen und sich bei Bedarf die korrekte Dosis Insulin zu spritzen. Und in dieser Altersgruppe tritt Diabetes ja auch immer häufiger auf."





"Implantate, die bestimmte Werte messen, sind ja generell auf dem Vormarsch", sagt Dr. Ernst. "Haben Sie gehört, was auf dem Kongress zum Thema Chipimplantate erzählt wurde?" "Natürlich", sagt Müller. "Was mich besonders überrascht hat, ist, dass sich jeder fünfte Deutsche vorstellen kann, sich einen solchen Gesundheitschip einsetzen zu lassen. Bei den über 65-Jährigen sogar knapp jeder Dritte. Und das bei der aktuellen Debatte um Überwachung unserer Daten durch Geheimdienste." Langzeitimplantate wie Herzschrittmacher, aber auch Hörgeräte sind inzwischen ja längst medizinischer Standard. "Spannend wird es für uns doch durch die Miniaturisierung von Sensoren und Batterien", sagt Müller. "Das macht die

Technik für die Akutbehandlung und Diagnostik interessant." Herzschlag, Blutdruck, Temperatur oder Atemfunktion könnten von Chips überwacht werden.

"Gerade älteren oder chronisch kranken Patienten wird es ein Gefühl der Sicherheit geben, wenn Verschlechterungen ihrer Werte frühzeitig entdeckt werden und sie schnell ärztliche Hilfe suchen können", ist sich Dr. Ernst sicher.

"Die Patienten müssen sich aber auf jeden Fall die Frage stellen, ob sie wollen, dass ihr Gesundheitszustand und eventuell auch ihr Aufenthaltsort überwacht werden", gibt Dr. Neumann zu bedenken. "Wie hoch ist also der Preis, damit schnelle Hilfe garantiert werden kann?" "Das ist natürlich richtig," schränkt Ernst ein, "aber in Zeiten einer alternden Gesellschaft und des immer größer werdenden Ärztemangels in ländlichen Gebieten können solche Chips eine sinnvolle Ergänzung zum Besuch beim Arzt sein - und uns würde es die Diagnostik erleichtern und damit Kosten im Gesundheitssystem sparen, wenn die Chips erst einmal so weit entwickelt sind, dass sie bezahlbar werden." Von der Bezahlbarkeit abgesehen, ergänzt Neumann, müssten solche Implantate noch ganz andere Voraussetzungen erfüllen: "Sie müssen leicht implantierbar sein. Und der Nutzen muss so hoch sein, dass er das Implantationsrisiko überwiegt. Da gibt es noch viele Hürden", erläutert Dr. Neumann. "An der idealen Energieversorgung solcher Chips muss ebenso noch gearbeitet werden wie an der Einkapselung der Sensoren durch Fremdkörperreaktionen."

"Dann wird hoffentlich schnell weitergeforscht", sagt Dr. Ernst. "Gerade für die Diagnostik und die Entscheidung für eine individuelle Therapie fände ich solche Implantate ideal."

"Für diese Zwecke wurde eine weitere Entwicklung vorgestellt", erinnert ihn Kollege Neumann. "Watson ist ein Computerprogramm aus dem Bereich der künstlichen Intelligenz. Es wurde von IBM entwickelt, um Antworten auf Fragen zu geben, die in digitaler Form in natürlicher Sprache eingegeben werden. Das kann uns helfen, in schwierigen Fällen schnell eine richtige Therapieentscheidung zu treffen." Eine von fünf Diagnosen ist falsch oder unvollständig, weil Ärzte nur 20 Prozent evidenzbasiertes Wissen nutzen können. Aber die Informationen, die Mediziner für bessere Entscheidungen benötigen, sind längst verfügbar. Die Menge an medizinischen Daten verdoppelt sich alle fünf Jahre. Fachzeitschriften veröffentlichen weltweit jeden Tag Informationen zu neuen Behandlungsmethoden und Forschungsergebnissen. Ein Arzt kann nun Watson zur Unterstützung bei der Diagnose sowie der Behandlung von Patienten verwenden. Der Mediziner stellt dem System eine Frage und schildert dabei Symptome und weitere wichtige Daten. Watson beginnt dann mit der Analyse, um die wichtigsten Informationen zu ermitteln. Dabei geht es vor allem darum, das in immensen Datenbergen versteckte Fachwissen allen zugänglich zu machen.

"Eine derartige Software könnte uns Ärzte bei komplexen Entscheidungen unterstützen. Vor allem, wenn wir Entscheidungen unter Zeitdruck treffen müssen", sagt Dr. Neumann. "Ich halte da auch die Sammlung von Daten aus Forschung und Praxis nicht nur für vertretbar, sondern für vorteilhaft. Wir würden sehr viel Zeit bei der Behandlung sparen und ohne große Umwege zu einer Diagnose finden. Davon profitiert doch vor allem der Patient." Müller zeigt sich skeptisch: "Die Vernetzung aller Gesundheitsdaten ist bei uns doch gesetzlich gar nicht möglich. Denken Sie nur an den Paragrafen 203

im StGB. Da geht es um die ärztliche Schweigepflicht, Herr Kollege." "Dann muss eben jeder Patient individuell entscheiden, ob er der Verarbeitung seiner Daten zustimmt. Ich bin davon überzeugt, dass das viele machen werden, wenn sie erst einmal selbst von Watsons Nutzen profitiert haben", ist sich Neumann sicher.

"Unser Gesundheitssystem wird sich ohnehin verändern", stimmt Müller zu. "Auch, weil sich die Patienten heute schon vorab im Internet informieren können. Es gibt Selbsthilfeforen, Communitys – manche Kollegen bloggen sogar zu ihren Fachthemen. Jeder hat Zugriff darauf." "Stimmt, darauf müssen wir uns einstellen. Das Vertrauen zwischen Arzt und Patient wird wichtiger denn je. Denn statt zu informieren, müssen wir den Patienten nun auch über falsche oder überflüssige Informationen aufklären, ohne ihm seine Selbstbestimmung zu nehmen", bestätigt Neumann. »





Der Vorteil sei, so der Chirurg, dass sich die Menschen generell mehr mit dem Thema Gesundheit beschäftigen. "Einer Studie von Philips zufolge steht Gesundheit als Wunsch noch über intakten Partnerschaften und Reichtum. Die

Menschen sind heute auch bereit, mehr dafür zu tun. Viele überwachen sich ja schon selbst mit Gesundheits- und Bewegungs-Apps." Müller nickt: "Ich denke, solange die Menschen Zugriff auf ihre Gesundheitsdaten und damit eine gewisse Kontrolle haben, sind sie eher bereit, diese Daten – gegebenenfalls anonymisiert – auch für Datenbanken zur Verfügung zu stellen."

"Ein Dilemma wird uns aber noch eine Weile erhalten bleiben", sagt Dr. Neumann: "Einerseits wünschen sich die Patienten die bestmögliche Behandlung und der Philips Gesundheitsstudie zufolge auch, dass ihre Körper- und Gesundheitsdaten besser überwacht werden können, andererseits bleibt die Angst vor dem Missbrauch." "Beruhigend finde ich aber", sagt Müller, "dass die Patienten die Kompetenz der Ärzte dennoch als wichtigsten Faktor bei der Gesundheitsversorgung sehen und sich nicht ausschließlich auf die Technik verlassen. Das hat die Gesundheitsstudie nämlich ebenfalls aufgezeigt. Dr. Google in allen Ehren – aber den Patienten ist das Gespräch mit dem Arzt nach wie vor wichtig. Computer und Roboter werden uns Ärzten nicht so schnell den Rang ablaufen."

"Dabei werden Roboter mehr und mehr in der Medizintechnik eingesetzt", mischt sich Dr. Ernst wieder in die Debatte ein. "Und das auch zu unserem Vorteil. Die Roboter ermöglichen uns ein präziseres Arbeiten. Mit dem Da-Vinci-System gibt es schon heute ein roboterassistiertes Chirurgiesystem, das intensiv im urologischen Bereich genutzt wird. Und auf dem Kongress wurde vorgestellt, dass Google und Johnson & Johnson gemeinsam neue OP-Roboter entwickeln." "Ja", sagt Müller, "die Unternehmen haben zusammen Verb Surgical gegründet, die Firma soll künftig die Roboter bauen." Die Geräte, so hieß es beim Kongress, würden weiterhin von der Johnson & Johnson-

AM ENDE WERDEN DIE MEISTEN INNOVATIONEN ZUM ALLTAG GEHÖREN

Tochter Ethicon hergestellt, die sich auf technische Assistenzsysteme im Operationssaal spezialisiert hat. Google solle die Software für die Roboter weiterentwickeln sowie Bildsensoren und andere Werkzeuge beisteuern, die zur Verbesserung der Sichtsteuerung bei Roboteroperationen beitragen. Roboterassistierte minimalinvasive Chirurgie solle unter anderem die Narbenbildung durch wenige exakte Schnitte verringern und die Heilung nach einer OP beschleunigen.

"Nun ja, schonende OPs sind schön und gut", sagt Müller. "Aber die greifen auch nur, wenn rechtzeitig die richtige Diagnose gestellt wird. Bei Watson bin ich ein bisschen skeptisch, aber den Bericht über die Nanopartikel fand ich überaus informativ. Was damit alles möglich wird, vor allem in der Onkologie." Ein kanadischer Chemiker hatte auf dem Kongress diese Nanopartikel vorgestellt, die wahlweise als Tumormarker oder Medikamententransporter genutzt werden sollen. Eine Neuerung ist, dass diese Partikel aus körperverträglichen organischen Stoffen bestehen und wieder abgebaut werden können. "Sehr interessant fand ich die besonderen Eigenschaften", ergänzt Dr. Ernst. "Die Teilchen beginnen zu fluoreszieren, sobald sie in einen Tumor eindringen. Das verbessert die Tumordiagnostik in den bildgebenden Verfahren deutlich."

Manche Innovation sieht zuerst wie

Science-Fiction aus und Fortschritte

werden am Anfang kritisch beäugt.

"Und auch der Arzneimitteltransport innerhalb des Körpers kann durch die Nanopartikel verbessert werden", ergänzt Müller. "Die Teilchen tragen die Wirkstoffe auf ihrer Hülle und docken dann an der Hülle der Krebszelle an – das wäre ein unglaublicher Fortschritt in der Krebsmedizin. Was meinen Sie, Dr. Neumann?" Neumann räuspert sich: "Ich bin da ganz Ihrer Meinung, sehe allerdings noch einige Hindernisse. Nach aktuellem Stand der Forschung gibt es noch viele unerwartete Nebenwirkungen und auch die Kosten sind immens. Ich denke, dass sich diese Entwicklung eines Tages durchsetzen wird, aber deutlich später als viele andere Innovationen, die auf dem Kongress vorgestellt wurden."

"Sie spielen auf die Neurostimulation an?", fragt Müller. Jan Neumann bejaht: "Neurostimulation wird ja heute durchaus schon angewandt, wenn auch nicht als Therapie erster Wahl. In meinen Augen hat die Methode großes Potenzial in der Schmerzmedizin. Es ist aber einfach noch zu unbekannt, was elektrische Reize im Bereich der Schmerztherapie leisten können. Es wurde ja auch von implantierbaren Neurostimulatoren gesprochen." "Ja", sagt Dr. Ernst, "die elektrischen Reize an den Nerven soll der Patient nur als feines Kribbeln wahrnehmen, das den Schmerz verschwinden lässt. Sinnvoll scheint mir eine Implantation aber erst dann zu sein, wenn vorher mit einem externen Gerät Erfolge erzielt wurden. Auch die Intervalle für das Implantat müssen vorher sinnvoll eingestellt werden. Außerdem wurde berichtet, dass die Implantate noch recht groß sind. Aber da scheinen mir Verbesserungen schnell umsetzbar zu sein." Müller ergänzt: "Den größten Vorteil sehe ich in den geringen Nebenwirkungen. Langfristig könnte die Neurostimulation vielleicht den Einsatz nebenwirkungsstarker Schmerzmittel vermeiden."

Eine Durchsage unterbricht die Diskussion. Der Zug hat sein Ziel erreicht und die drei Ärzte trennen sich. Sie sind sich einig: In der Medizintechnik wird sich auch in Zukunft viel tun. Manche Innovation sieht zuerst wie Science-Fiction aus und die meisten Fortschritte werden am Anfang kritisch beäugt. Es wird über die Kosten und über mögliche soziale und ethische Folgen diskutiert. Aber am Ende werden viele Innovationen zu Fortschritten führen und dann zu unserem Alltag gehören und die Patientenversorgung verbessern. So wie heute die Organtransplantation, künstliche Herzklappen, Röntgenstrahlen oder Antibiotika. Denn auch diese Dinge waren zu Beginn ihrer Erforschung einfach nur eine Idee, aus der eine Innovation und schließlich medizinischer Standard wurde. ■



WAS IST INNOVATION?

WIE VERÄNDERUNG UND ERNEUERUNG DEN FORTSCHRITT VORANTREIBEN

Laut einer Untersuchung des Weltwirtschaftsforums existieren 88% der Konzerne nicht mehr, die in der Zeit zwischen 1955 und 2015 zu den 500 umsatzstärksten Konzernen weltweit gehörten. Was ist mit diesen Unternehmen passiert? War mangelnde Innovationsbereitschaft der Grund für ihr Verschwinden? Denn Innovationen sind nicht nur für eine dynamische Gesellschaft überlebenswichtig. Sie sind auch entscheidend für einen nachhaltigen unternehmerischen Erfolg. PULS hat sich auf die Suche nach Antworten gemacht.

Das Wort "Innovation" stammt vom lateinischen "innovatio" ab. Es bedeutet so viel wie "Erneuerung, Veränderung, Wandel". Das ist mit einem Blick in den Duden schnell geklärt. Trotzdem ist nicht jede Veränderung oder Verbesserung mit einer Innovation gleichzusetzen. Damit aus einer Neuerung eine Innovation wird, müssen weitere Bedingungen erfüllt sein. Eine Innovation verbessert ein Produkt oder ein Verfahren nicht einfach, es macht vielmehr etwas möglich, was vorher nicht möglich war.

Viele Innovationen, die einen Markt oder gar unsere Gesellschaft verändern, verdrängen sogar vollständig eine bisher vorherrschende Technologie, ein Produkt oder eine Dienstleistung. In der Medizin konnten gleich eine ganze Reihe dieser sogenannten disruptiven Innovationen die bisherige Gesundheitsversorgung revolutionieren. Zu nennen wären hier das Penicillin, die moderne Anästhesie oder die Röntgenuntersuchung. Diese Innovationen haben Möglichkeiten geschaffen, die vorher undenkbar waren.



Innovationstreiber Zufall

Als Alexander Fleming am 28. September 1928 entdeckte, dass sich versehentlich ein Schimmelpilz auf seiner Petrischale breitgemacht hatte, konnte er noch nicht ahnen, dass sein "missglücktes" Experiment die Medizin revolutionieren würde. Seine Entdeckung legte den Grundstein für die Entwicklung der modernen Antibiotika.

Gerade in der Medizin bedeuten diese Innovationen eine entscheidende Veränderung. Während Innovationen im Bereich der Konsumentenelektronik das Leben vielleicht angenehmer machen, sind sie in der Medizin häufig eine Frage von Leben und Tod. Diagnosen können früher gestellt werden und Krankheiten, die bisher zwangsläufig tödlich endeten, werden behandelbar. In der Folge steigt durch eine bessere medizinische Versorgung die durchschnittliche Lebenserwartung messbar.

Grundlegende Veränderungen sind aber nie unumstritten. Als die ersten Roboter in den OP einzogen, zelebrierten die einen den technischen Fortschritt, bei anderen stieß der Roboter auf Skepsis oder gar Feindschaft. Einerseits wurden die hohen Kosten kritisiert, andererseits mussten sich die Erfinder die Frage gefallen lassen, was ein Roboter besser könne, wo doch der Eingriff genauso gut von einem

Menschen durchgeführt werden kann. Für wiederum andere waren OP-Roboter Ausdruck einer zunehmend entmenschlichten Hightech-Medizin.

Unternehmen reagieren unterschiedlich auf Innovationen

Nicht nur die Gesellschaft hegt am Anfang unter Umständen Vorbehalte gegen Innovationen, gerade große Unternehmen fürchten die damit verbundenen Umwälzungen: Sie verändern bewährte Geschäftsmodelle, sie erfordern neue Organisationsformen und vor allem stellen sie liebgewonnene Überzeugungen in Frage. Kleine Unternehmen dagegen sind häufig die Profiteure von Innovationen, treiben sie mit viel Energie voran oder gründen sogar ihr gesamtes Geschäftsmodell darauf. Sie haben es schon deshalb leichter, weil ihre Organisationsformen nicht so starr sind und weil sie eher bereit und in der Lage sind, flexibel auf Marktveränderungen oder Kundenbedürfnisse zu reagieren.

Innovationstreiber Forschung

Die Entschlüsselung des menschlichen Genoms im Jahr 2001 hat die Tür zu neuen Diagnose- und Therapieverfahren geöffnet und war ein Meilenstein auf dem Weg zur personalisierten Medizin – die heute aber lieber unter dem Titel "individualisierte Medizin" firmiert.



Innovationstreiber Mobilität

Das Potsdamer Start-up medneo reagiert auf die Marktanforderungen strukturschwacher Regionen in Entwicklungs- und Schwellenländern, indem es modulare Radiologie im Schiffscontainer mit angebundenem Teleradiologie-Netzwerk betreibt.

Innovationstreiber Kosten

Der Kostendruck im Gesundheitswesen setzt Krankenhäuser unter Druck. Ambulante OP-Zentren oder medizinische Versorgungszentren beispielsweise können ein Ausweg aus der Kostenspirale sein. Innovationen sind also immer wieder ein Segen für die Menschheit, sind Triebfeder der wirtschaftlichen Entwicklung und schaffen neue Märkte. Trotzdem stoßen sie auch auf Widerstände. Wie ist dieses Dilemma – gerade für große Unternehmen – zu lösen?

Fehlt großen Unternehmen die Innovationskraft?

Der direkte Weg zu mehr Innovationsfähigkeit ist oft steinig. Ein großes Unternehmen hat es schwer, die Flexibilität kleiner Unternehmen anzunehmen. Zwei Wege bleiben den Unternehmen dann noch: Entweder kaufen sie kleine innovative Unternehmen auf oder sie gliedern Innovationsabteilungen aus und statten sie mit einer hohen Selbstständigkeit aus, was aber auch ein hohes Maß an Kontrollverlust bedeutet. Viele Technologiekonzerne gehen diesen Weg und sind damit erfolgreich.

Der andere Weg ist der am häufigsten beschrittene: Große Konzerne beteiligen sich an kleinen flexiblen, innovativen Unternehmen. Die Herausforderung ist hier, die

Vorteile des neuen Unternehmens nicht aufs Spiel zu setzen, indem man es in die starre Organisationsform des Mutterkonzerns presst. Denn dann verändert

sich die Unternehmenskultur meist auch radikal und die Flexibilität, die man nutzen wollte, ist verschwunden.

Können große Unternehmen also keine Innovationen umsetzen? Mitnichten! Auch große Autokonzerne können Elektrofahrzeuge zur Marktreife bringen, Computerhersteller entwickeln völlig neue Produkte und begeistern damit Millionen Kunden und ein Suchmaschinenbetreiber entwickelt ein Betriebssystem für Smartphones und wird damit Marktführer.



Die Schwergewichte sollen ihre Vorteile erkennen und nutzen

Gerade große Unternehmen bringen einige Eigenschaften mit, die ihnen einen Vorteil gegenüber kleinen Unternehmen im Kampf um Innovationen verschaffen. Sie besitzen genug finanzielle und personelle Ressourcen, um Ideen und Erfindungen zur Marktreife zu führen, Vertriebsorganisationen müssen nicht erst aufgebaut, sondern nur neu ausgerichtet werden und nicht zuletzt hilft die Markenbekanntheit



MUT ZUM SCHEITERN GEHÖRT DAZU

bei der Markteinführung. Die Unternehmen müssen ihre Vorteile nur geschickt genug ausspielen, dann sind sie bei Innovationen vorn mit dabei.

Als Erstes müssen sich Unternehmen darüber im Klaren sein, dass es keine Erfolgsgarantie gibt. Ob aus einer Erfindung eine Innovation oder gar ein Markterfolg wird, unterliegt so vielen Faktoren, die Einfluss darauf nehmen, dass eine Zukunftsaussage immer dem Blick in die Glaskugel gleichkommt. Ein gewisser Mut zum Scheitern gehört zur Innovationsfähigkeit dazu.

Als Nächstes müssen Unternehmen wissen, dass Innovationen am Anfang immer zarte Pflänzchen sind. Es bedarf viel Sorgfalt und Pflege, sie zu kräftigen Bäumen heranzuziehen. Innovationen brauchen also immer Raum, Zeit und Schutz. Am

Anfang war das Penicillin auch nur ein verunglücktes Experiment von Alexander Fleming. Hätte er damals unter Erfolgsdruck gestanden, wäre die mit Schimmelpilzen verunreinigte Kultur von Staphylokokken wohl im Müll gelandet.

Zuletzt müssen Unternehmen bereit sein, sich vom Erfolg verändern zu lassen. Denn wenn eine Innovation ihre Wirkung entfaltet, kann es sein, dass sie das bisherige Geschäftsmodell obsolet macht. Nur wer bereit ist, das zuzulassen und unter Umständen das ganze Unternehmen auf die neuen Gegebenheiten neu auszurichten, wird die Früchte seiner Anstrengungen ernten können.

Diese Anstrengungen lohnen sich: Unternehmen, die die zerstörerische Schöpfungskraft von Innovationen nutzen, sorgen nachhaltig für ihre Zukunftsfähigkeit. Denn wenn der Wind der Veränderung weht, bauen die einen Mauern und die anderen Windmühlen.

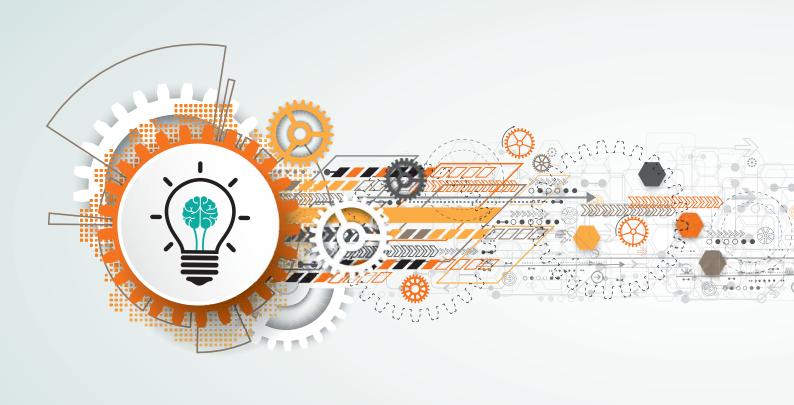
Innovationstreiber Technologie

Das Internet hat den Umgang mit Themen wie Gesundheit, Krankheit und Versorgung revolutioniert. Der mündige Patient verlangt nach Innovationen wie neuen Internetplattformen, um sich zu informieren. Das verändert die Arbeit von Ärzten – nicht immer zu deren Zufriedenheit.

Innovationstreiber Gesellschaft

Menschen werden anspruchsvoller und mit Blick auf die wachsenden technischen Möglichkeiten verlangen sie Lösungen, die auch die medizinische Versorgung radikal umkrempeln können. So erhalten entsprechende Geräte, beispielsweise für die Heimdialyse, Marktchancen.

Auf der anderen Seite verbessert die Einführung patientennaher Prozessinnovationen in Krankenhäusern, wie z.B. der Clinical Pathway, den Aufenthalt für den Patienten merklich.

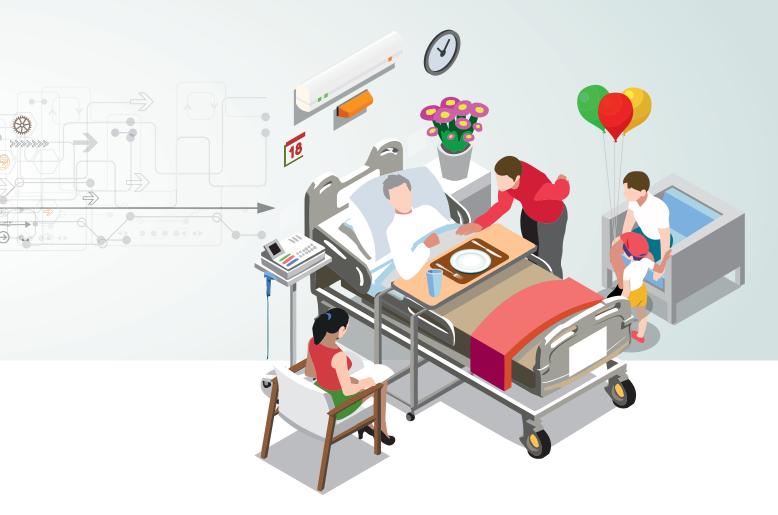


VON DER INNOVATION INS DRG-SYSTEM

Anna Heinrich erinnert sich noch gut an die Zeiten mit ständiger Übelkeit, Sodbrennen und häufigem Erbrechen.

Die Diagnose: Gastroparese. Anna Heinrichs Magen ist in seiner Beweglichkeit eingeschränkt, die Muskulatur zu großen Teilen erschlafft. Über längere Zeit nimmt sie sogenannte Prokinetika ein, Medikamente, die die Magen-Darm-Motilität fördern und der Gastroparese entgegenwirken. Doch nach einigen Monaten wirken die Medikamente nicht mehr und Anna Heinrich steht wieder am Anfang, weil es keine andere Behandlungsmöglichkeit mehr gibt.

Das war vor zehn Jahren. Heute geht es ihr wieder gut – dank eines innovativen Magenschrittmachers, einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB).



Eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist ein Verfahren, dessen medizinische Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit noch nicht eindeutig nachgewiesen ist und das deshalb nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgeführt ist. Wie kann das sein, wo das Verfahren doch geholfen hat? Oder anders gefragt: Wie bekommen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die Chance, in diesen Leistungskatalog aufgenommen zu werden?

Eine Frage, die für die Innovationskraft in der Medizin von entscheidender Bedeutung ist. Denn neue Verfahren sind erst einmal teuer. Und ihr Nutzen noch nicht eindeutig wissenschaftlich belegt. Wenn es Anna Heinrich heute besser geht, ist dies eben noch kein Beweis, dass ein Magenschrittmacher einer signifikanten Anzahl von Patienten mit ähnlichen Beschwerden auch hilft.

Das Krankenhaus muss jedes Jahr

einen neuen Antrag stellen.

Aber Innovationen sind notwendig, um eine erstklassige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Ohne sie gäbe es keinen Fortschritt. Und dieser Fortschritt hat immer auch eine wirtschaftliche Komponente. Wie setzt unser Gesundheitssystem also einerseits Anreize für Innovationen und sorgt andererseits dafür, dass nur wirklich sinnvolle Innovationen in den Kanon anerkannter Verfahren aufgenommen werden?

Um die Hürde der Anerkennung zu nehmen und den Ritterschlag des Eintrags in den GKV-Leistungskatalog zu erhalten, muss ein neues Verfahren oder eine neue Technologie seine medizinischen oder wirtschaftlichen Vorteile gegenüber den bestehenden Alternativen beweisen. Das kann natürlich nur gelingen, wenn dieses Verfahren oft genug angewendet wird. Aber wer soll das bezahlen? Medizinische Einrichtungen können nicht so lange warten, bis genug Daten zur Wirksamkeit vorliegen, und derweil die teilweise aufwändigen Verfahren ohne Abrechnungsmöglichkeiten durchführen.

Will also zum Beispiel ein Krankenhaus eine Methode anwenden, ohne dass dafür ein DRG-Code besteht, muss es beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) einen Antrag stellen. Wenn der Antrag genehmigt wird, kann das Krankenhaus mit den Krankenkassen das Entgelt für die NUB verhandeln. Solange das neue Verfahren noch nicht im DRG-System abgebildet ist, muss das Krankenhaus jedes Jahr einen neuen Antrag stellen, so lange, bis die NUB die systemische Lücke überwunden hat und im DRG-System verankert ist.



Obwohl also der Nutzen bei dieser experimentellen Anwendung neuer Methoden undefiniert und das Risiko für Patienten unklar ist, werden diese Leistungen vorerst durch die GKV finanziert. Wie im Fall von Anna Heinrich.

Diese Vorgehensweise sorgt dafür, dass Neuerungen zu Erprobungszwecken zum Beispiel in bestimmten Technologiebereichen, Regionen, Versorgungsmodellen oder über einzelne Leistungsanbieter zum Einsatz kommen. So können genug Informationen über das Verfahren gewonnen werden, um seine Wirksamkeit zu beurteilen.

Der Prozess von der Einführung einer neuen Methode über die Erstellung und Einführung einer zugehörigen Verschlüsselung bis hin zur Kalkulation der DRG dauert allerdings mehrere Jahre, bei hochpreisigen Produktinnovation etwa drei bis fünf.

Die zentrale Regelungskompetenz neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) inne. Er prüft anhand von Qualitätsanforderungen hinsichtlich des Nutzens, der Sicherheit und der Wirtschaftlichkeit, ob eine NUB in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden kann und wie sie vergütet wird.

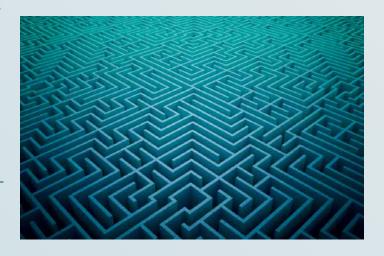
NUBs 2015 - eine Bilanz

In 2015 sind beim InEK Anträge zu 670 inhaltlich verschiedenen Methoden oder Leistungen eingegangen. Mit einer Zulassung für eine krankenhausindividuelle Entgeltverein-

barung wurden 112 Anträge bemessen.
Volle 497 Anträge erfüllen die Kriterien der
NUB-Vereinbarung nicht und bei 38 Anträgen waren die eingereichten Informationen zur
Leistung unzureichend oder unplausibel. Für
20 Methoden wurde eine inhaltlich differenzierte
Statuskennzeichnung vergeben und bei drei Methoden ist die Festlegung ausgesetzt.

In Deutschland benötigt die Verbreitung von Innovationen – insbesondere von Implantaten wie dem Magenschrittmacher von Anna Heinrich – mit etwa 72 Monaten sehr lange im Vergleich zu den USA (ca. 21 Monate) und Frankreich (ca. 49 Monate), obwohl innerhalb Europas ein weitgehend vereinheitlichtes Zulassungsverfahren besteht. Der Anteil der durch NUB-Verfahren existenten Leistungen an allen Behandlungen beträgt lediglich 0,1 Prozent.

Woran liegt es, dass sich Innovationen so schwer durchsetzen? Vor allem an mangelhaften Refinanzierungsmöglichkeiten, aber auch an der Art der Innovation selbst und ihrer



INNOVATIONEN SCHNELL VERFÜGBAR MACHEN

Akzeptanz bei Ärzten und Patienten. Verbessern Innovationen bestehende Behandlungsmöglichkeiten oder können sie auf bestehende Infrastrukturen aufgesetzt werden, erfolgt die Verbreitung rasch. Müssen erst infrastrukturelle oder organisatorische Voraussetzungen geschaffen werden oder mangelt es an Bedarf, hat es die Innovation schwer. Ist dann auch der Neuigkeitsgrad nicht hoch, wird es umso schwerer. Die Erfüllung der notwendigen Kriterien für den Eingang in das DRG-System garantiert eben nicht automatisch die Verbreitung der Innovation.

Es kann sogar vorkommen, dass die innovative Leistung während des langwierigen Genehmigungsprozesses technisch veraltet und zum Zeitpunkt ihrer Zulassung schon nicht mehr dem State of the Art entspricht.

In 2015 sind beim InEK

670 Anträge eingegangen.

Gleichzeitig bedeutet das Nichterfüllen der Kriterien auch nicht das "Aus" für die beantragte NUB, weil die Innovation dennoch umgesetzt werden kann. Eine Möglichkeit sind beispielsweise verbindliche Beschlüsse für Gutachter und Krankenkassen, die einer zeitlichen Befristung unterliegen, oder sektorübergreifende Gesetze und Richtlinien. So kann sichergestellt werden, dass Innovationen schnell verfügbar sind und eine hohe Lebensqualität ermöglichen.

Dank des NUB-Verfahrens profitieren also viele Patienten von innovativen Therapieverfahren oder Technologien wie dem Magenschrittmacher. Aber es schaffen eben nicht alle den Weg in die Regelversorgung des DRG-Systems. ■

Die Innovation nimmt Gestalt an

Bevor sie als Therapiemaßnahme eingesetzt werden kann, durchläuft die Innovation mehrere Schritte:

Forschung und Entwicklung

Finanzierung durch pharmazeutische und medizintechnische Industrie, Hochschulen, Bund und Länder (z.B. Max-Planck-Gesellschaft)

Patentschutz

Ermöglicht temporäre Monopolstellung und Refinanzierung. Eine Anmeldung beim Europäischen Patentamt (EPA) erwirkt einen Schutz in mehreren Ländern gleichzeitig

Marktzulassung

Sicherheit, Eignung und Qualitätsstandards stehen im Mittelpunkt



Erstattung

Die GKV und die private Krankenversicher sind der wichtigste Regelungsbereich für medizintechnische Innovationen

INNOVATION BEDEUTET FÜR MICH ...

... dass wir Neuerungen im Bereich der Gäste-(Patienten-)
Beschäftigung als sinnvollen Zeitvertreib einführen. Wir
sehen es als sehr wichtig an, die Symptome der Erkrankung,
die auch häufig Angst, Depressionen und Schmerzen mit sich
bringen, durch Beschäftigung erträglich zu machen, wenn
keine Heilung mehr möglich ist. Dafür entfernen wir uns
bewusst von der reinen Pflege und arbeiten eng mit Sozialarbeitern zusammen. Das ist für uns Innovation.

Geschäftsführer eines Hospizes

... fortschrittliche Änderungen, die mir im klinischen Alltag helfen, Erkrankungen schneller zu erkennen und auch besser zu behandeln. Im Krankenhaus haben sich in den letzten Jahren der Aufbau und damit der Ablauf so verändert, dass ich in der Notaufnahme schneller, leichter und besser am Patienten eine richtige Diagnose stellen kann. Kürzere Wege sind für meine Arbeit eine wichtige Prozessinnovation.

Assistenzärztin in der Chirurgie

... dass ich meinem Arzt – sei es in der Praxis oder im Krankenhaus – auf Augenhöhe begegnen kann. Wenn ich verstehe, auf welchen Eckpfeilern meine Erkrankung oder eine neue Therapieoption steht, bin ich auch motivierter, mich an die Therapie zu halten. Ich habe sogar schon die Erfahrung gemacht, dass meine Symptome schneller abklingen, je besser ich verstehe, was in meinem Körper gerade passiert. Eine Verhaltensanpassung von Ärzten und medizinischem Personal halte ich deshalb für innovativ, weil es meine Genesung vorantreibt und nicht viel kostet.

Rheumapatientin

... die finanziellen Mittel und Ressourcen im Gesundheitswesen möglichst wertstiftend auszuschöpfen und dabei unnötige Untersuchungen und Operationen von Patienten zu vermeiden. Durch Ausbau und Optimierung von integrierten Versorgungskonzepten, Therapiekonzepten für (chronisch kranke) Patienten sowie standardisierten Behandlungspfaden könnten die bereits vorhandenen Budgets durch Umverteilung auch in anderen Bereichen die Entwicklung von neuen Methoden fördern.

Assistenzärztin in der Anästhesie

... zweierlei: Zum einen betrifft es die Entwicklung neuer technischer oder medizinischer Verfahren, die beispielsweise zu einer weiteren Strahlendosisreduktion im Bereich von Röntgen oder CT führen oder die zur Behandlung von Krebserkrankungen einen neuen Beitrag leisten. Auch der Ersatz von invasiven Verfahren in der Medizin durch nichtinvasive Verfahren gehört dazu.

Zum anderen betrifft es den betriebswirtschaftlichen Aspekt. Dieser gewinnt heute in der Medizin immer mehr an Bedeutung, da die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel beschränkt sind. Daher sehe ich auch alle Maßnahmen, die zu einem effizienteren Arbeiten führen, als Innovation. Je einfacher, genauer und schneller eine Untersuchung oder Behandlung durchführbar ist, desto wertvoller die Innovation. Im Radiologiebereich haben sich solche Innovationen in den letzten Jahren vor allem auf MRT und CT bezogen, wobei das besonders für den IT-Bereich gilt.

Radiologe und Vorstandsvorsitzender der RNR AG

... das Vorhandensein der elektronischen Gesundheitsakte und telemedizinischer Anwendungen in greifbarer Nähe. Um bei bestehendem Kostendruck gepaart mit steigender Lebenserwartung und einer Vielzahl von Behandlungen eine qualitativ hochwertige flächendeckende Versorgung gewährleisten zu können, wird deren Einsatz und Ausbau immer mehr zur Notwendigkeit. Die Speicherung aller bereits erhobenen Patientendaten in einer zentralen Datenbank und deren Nutzung vermeiden zum Beispiel Doppeluntersuchungen und Zeitverlust. Mehr Flexibilität und Komfort für Patient und Arzt durch räumliche Unabhängigkeit sind Vorteile der Telemedizin gerade in ländlichen Regionen mit schwindender ärztlicher Versorgung.

Assistenzarzt in der Chirurgie

INNOVATIONS-FONDS

FÖRDERT NEUE VERSORGUNGSFORMEN



An Ideen mangelt es im Gesundheitswesen nicht.

Doch neue Versorgungsmodelle sind immer auch mit einem Risiko verbunden. Setzen die erwarteten Effekte tatsächlich ein? Trägt sich das System langfristig? Gegebenenfalls müssen Leistungen vorfinanziert werden. Dieses Risiko soll ab 2016 der Innovationsfonds zumindest teilweise übernehmen. 300 Millionen Euro stehen jährlich bereit, um vielversprechende Projekte zu fördern. Ziel ist es, positive Ergebnisse auf andere Regionen oder Indikationen zu übertragen.

Kerstin Gruber aus Gengenbach bekam ihre erste Depression mit 22 Jahren. Damals ging es ihr erst nach einem Krankenhausaufenthalt und einigen Wochen Behandlung in einer Tagesklinik langsam besser. Sie bekam Antidepressiva und machte eine Psychotherapie. Mit ihrem Studium musste sie allerdings über ein Jahr lang aussetzen, ehe sie wieder in der Lage war, Seminare zu besuchen. ▶



Als sich Kerstin Gruber sieben Jahre später jeden Morgen zur Arbeit quälte, besorgte Freunde gar nicht erst zurückrief und am liebsten einfach nur im Bett geblieben wäre, erkannte sie das Problem recht schnell – sie stand am Beginn einer erneuten depressiven Episode.

Ab 2016 stehen jährlich

225 Millionen Euro bereit.

In solch einer Situation treffen Erkrankte häufig auf ein Problem: Sie müssen oftmals Monate warten, ehe sie einen Termin bei einem Psychiater bekommen, geschweige denn einen Therapieplatz. In dieser Zeit können sich psychische Krankheiten gravierend verschlimmern. Aber die 29-Jährige hatte Glück. Sie wohnt in der Region Kinzigtal im Schwarzwald. Dort läuft seit dem Jahr 2005 das Pilotprojekt "Gesundes Kinzigtal".

Ein Gesundheitswissenschaftler hat sich mit einem Ärztenetzwerk zusammengeschlossen, und gemeinsam haben sie zwei Krankenkassen von einem neuen Ansatz überzeugt: Statt in erster Linie Kranke zu behandeln, investieren sie Geld und Zeit, damit die Menschen gesund bleiben – und erhalten von den Kassen einen Anteil der eingesparten Kosten. Zum Angebot gehört auch das Programm "PsychotherapieAkut". Die teilnehmenden Ärzte garantieren, dass Patienten in einer psychischen Krise zeitnah einen Termin für zunächst sieben Sitzungen bekommen. Kerstin Gruber konnte schon eine Woche später zum Arzt gehen und so verhindern, dass sie wieder in eine tiefe Depression rutschte.

Budget für Modellprojekte mit Potenzial

Ob und unter welchen Umständen sich neue Ansätze tatsächlich tragen, zeigt sich immer erst in der Praxis. In Kinzigtal mussten die Ärzte für ihr Modell zunächst ein hohes finanzielles Risiko eingehen. Dazu ist nicht jeder bereit oder in der Lage. Viele hervorragende Ideen bleiben daher in der Schublade – das will der Innovationsfonds ändern. Ab 2016 stehen jährlich 225 Millionen Euro bereit, um neue Versorgungsfor-

men zu fördern, "die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden" (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz). Weitere 75 Millionen Euro sind für die Forschung gedacht. Unterstützt werden damit Projekte, "die auf einen Erkenntnisgewinn der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind".

Die Kassen, also indirekt die Versicherten, sind es auch, die das Geld – zunächst für drei Jahre – bereitstellen müssen. Das heißt aber nicht, dass sie allein entscheiden dürfen, wer die Förderung erhält. Das tut der Innovati-



onsausschuss, der beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelt ist und über die Anträge entscheiden wird. Außerdem beruft das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Mitglieder eines Expertenbeirates, der dem Ausschuss zur Seite steht.

Neue Medizinprodukte können allerdings nicht gefördert werden. Außerdem werden keine medizinischen Leistungen aus dem Fonds bezahlt, die ohnehin zur Regelversorgung gehören. Geld gibt es demnach in erster Linie für innovative Prozesse. Für sie hat die Bundesregierung sieben Kriterien festgelegt, die zunächst recht allgemein formuliert sind und vom Innovationsausschuss inhaltlich mit Leben gefüllt werden müssen:

- 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

DER ZEITDRUCK IST **HOCH**

Schnelle Entscheidungen erforderlich

Angelegt ist der Innovationsfonds zunächst für vier Jahre. Zum 31. März 2019 wird dann das Bundesgesundheitsministerium der Regierung einen Zwischenbericht vorlegen. Sie entscheidet dann, ob das Konzept fortgesetzt wird. Der Zeitdruck für neue Projekte ist also hoch.

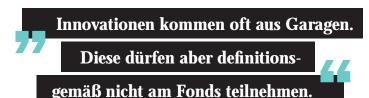
Bundesregierung der Meinung vieler Experten folgt und eine Übertragung des Geldes ins Folgejahr noch ermöglicht.

Festgelegte Förderkriterien

Der Erfolg des Innovationsfonds wird ohne Frage davon abhängen, wie sinnvoll der Ausschuss das Geld verteilt. Mögliche Themenfelder, die Berücksichtigung finden könnten, hatte

Kritik trotz positiver Grundstimmung

Außer Frage steht für die Akteure, dass die Einführung eines Innovationsfonds sinnvoll ist. Dennoch steht vor allem die mögliche Verteilung des Geldes unter Beschuss. Franz Knieps zum Beispiel. Vorstandsvorsitzender des Dachverbands der Betriebskrankenkassen, sagte dem Deutschen Ärzteblatt: "Ich bin immer skeptisch, wenn die Innovation aus Ministerien oder einem Dachverband kommen soll. Innovationen kommen oft aus Garagen. Garagen dürfen aber definitionsgemäß am Fonds nicht teilnehmen." Er wünscht sich also, dass auch kleine Projekte eine Chance bekommen.



Darüber hinaus kann die Zeit knapp werden, die eingehenden Anträge ausführlich zu beurteilen. Denn die Projektträger sollen Finanzierungssicherheit erhalten und über einen längeren Zeitraum gefördert werden. Allerdings müssen die Mittel aus dem Fonds in jedem Jahr komplett verteilt werden, da sonst im Folgejahr entsprechend weniger Geld bereitgestellt wird. Der Ausschuss müsste also im ersten Jahr entscheiden, welche Projekte im Laufe der vier Jahre Geld erhalten. Der Ausschussvorsitzende Josef Hecken hofft daher, dass die

die Bundesregierung daher bereits im Gesetzentwurf aufgeführt:

- Telemedizin
- Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten
- Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen
- Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung
- Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten

Auch kleine Projekte sollten zum Zuge kommen

Diese Forderung unterstützt das unabhängige Berliner IGES Institut, das im Auftrag des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) ein Gutachten zum Innovationsfonds erstellt hat. Darin hält es unter anderem fest: "Wir plädieren dafür, Projekte zu fördern, die innovativ sind. Dabei kommt es nicht auf das Fördervolumen an, sondern auf den Innovationsgrad der erwarteten Effekte für die

Patientenversorgung beziehungsweise den Patientennutzen."

Hecken bezweifelt hingegen, dass ohne vorgegebene Mindestgröße eine "ausreichend belastbare Evidenz generiert werden kann, um ein Projekt in die Regelversorgung zu überführen." Mit anderen Worten: Die Ergebnisse kleiner Projekte seien aus seiner Sicht wahrscheinlich nicht aussagekräftig genug, weswegen sich der Innovationsausschuss eher auf größere Vorhaben konzentrieren will.

Wissenschaftliche Beurteilungsmaßstäbe gefordert

Viele Gesundheitsexperten bemängeln zudem, dass der Expertenrat zwar seine Meinung abgibt, aber keine Entscheidung treffen darf. So beklagt Prof. Dr. Matthias Schrappe, der lange Jahre Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens war sowie Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V., die geringe Rolle der Wissenschaft: "Dieser Umstand widerspricht nicht nur der Autonomie der Wissenschaft, sondern lässt auch starke Zweifel aufkommen, ob ohne Beteiligung der Wissenschaft Fragestellungen, methodische Durchführung und Auswertung der Ergebnisse sinnvoll und sachgerecht aufgestellt beziehungsweise durchgeführt werden können, vor allem wenn Untersuchungen und Studien in einem derart umfangreichen Maß vorgenommen werden sollen, wie sie der Fördersumme entsprechen." Grundsätzlich hält er die Einführung des Innovationsfonds jedoch im positiven Sinne für einen "Quantensprung". Wie erfolgreich er sein wird, muss die Praxis zeigen.



Die aktuellen Mitglieder des Innovationsausschusses setzen sich zusammen aus:

- drei Vertretern des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV): Dr. Doris Pfeiffer, Gernot Kiefer und Johann-Magnus Frhr. v. Stackelberg
- einem Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): Dr. Andreas Gassen
- einem Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV): Dr. Wolfgang Eßer
- einem Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG): Georg Baum
- dem unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): Prof. Josef Hecken
- zwei Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG): Staatssekretär Lutz Stroppe und Oliver Schenk
- einem Vertreter des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF): Petra Steiner-Hoffmann
- zwei Patientenvertretern: Dr. Ilona Köster-Steinebach und Dr. Martin Danner

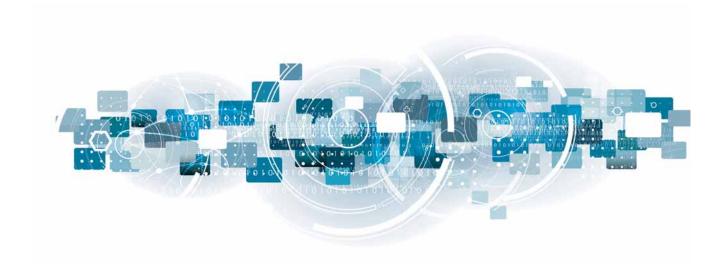
Als unparteiisches Mitglied des Innovationsausschusses wird Professor Josef Hecken den Vorsitz übernehmen.

WIE VIEL INNOVATION KÖNNEN WIR UNS LEISTEN?

Hardy Müller ist Gesundheitswissenschaftler und Anthropologe. Seit 2009 ist er Referent im wissenschaftlichen Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG). Er beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit Patientensicherheit, der Analyse von Routinedaten, der Evaluation medizinischer Leistungen und der evidenzbasierten Patienteninformation. Ehrenamtlich engagiert er sich als Geschäftsführer des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V., APS.

Herr Müller, was ist für Sie "Innovation"?

Da ich mich seit 20 Jahren mit Versorgungsmanagement beschäftige, verfolgt mich der Begriff schon lange. Erfahrungsgemäß wird der Begriff "Innovation" inflationär und in vielfältiger Auslegung genutzt. Um Missverständnisse auszuräumen, empfiehlt es sich, den Begriff heute vor seinem Einsatz zu definieren. Der Industriemagnat Henry Ford stellte fest: "Nicht mit Erfindungen, sondern mit Verbesserungen macht man Vermögen." Punkt eins also: Innovation heißt Verbesserung. Für uns als Techniker Krankenkasse sind neben den Produktinnovationen vor allem die



sogenannten sozialen oder Prozessinnovationen interessant und vielversprechend. Diese Verbesserungen resultieren aus veränderter Koordination, z.B. dem Abbau von Sektorengrenzen, aus neuen Arbeitsabläufen – denken wir an das "patient empowerment" - und auch aus weiterentwickelten Haltungen. Zum Ausbau der Patientensicherheit erwarte ich z.B. bei der Entwicklung der sogenannten Sicherheitskultur die wertvollsten und weitreichendsten Effekte. Punkt zwei: Die GKV muss immer den Versorgungsprozess für die gesamte Versichertenpopulation im Fokus haben. Neuerungen bzw. Veränderungen in Teilbereichen der Versorgung dürfen nicht auf Kosten der Versorgung in anderen Bereichen gehen. Eine Innovation verbessert insofern die Performanz des Gesamtsystems. Dieser Anspruch wird verletzt, wenn Innovationsund Forschungsschwerpunkte ausschließlich Rand- und Teilbereiche der Versorgung für kleine Versichertengruppen adressieren. Innovationen sind daher auch medizinethisch aus der Perspektive der Versichertenkollektive zu legitimieren. Dieser Aspekt war und ist z.B. bei den umfänglichen Förderprogrammen zur "personalisierten Medizin" kritisch zu diskutieren. Nicht zuletzt müssen Innovationen auch wirtschaftlich sinnvoll sein und gesundheitsökonomisch aus Sicht des Gesamtsystems vorzüglich sein. Innovationen sind also medizinethisch legitimierte und wirtschaftlich sinnvolle Verbesserungen des Gesundheitssystems.

Wie geht denn die TK zum Beispiel mit innovativen Ansätzen um, wenn es um individuelle Fälle geht? Greift dann immer noch der Versorgungsauftrag, der allen Mitgliedern eine ungefähr gleiche Behandlung zukommen lassen soll?

Solidarische Krankenversicherung heißt nicht, dass alle gleich behandelt werden und dass man Einzelnen nicht eine besondere Behandlung zukommen lassen sollte. Man sichert sich gegen existenzielle Risiken ab, die ein Einzelner zu schultern niemals in der Lage wäre. Ungefähr 90% der Ausgaben entfallen so auf 10% der Versicherten. Das ist ein unspektakuläres Merkmal von Versicherung. Sie brauchen keine Versicherung z.B. für die Zahnprophylaxe, weil Sie die Kosten auch so absparen können und die Inanspruchnahme der Leistung kalkulierbar ist. Sie brauchen aber eine Versicherung für existenzielle unkalkulierbare Risiken, wenn Sie z.B. eine Leukämie diagnostiziert bekommen haben. Die GKV sichert dafür existenzielle Risiken ihrer Mitglieder ab. Der Auftrag der Krankenkassen besteht in einer optimalen Versorgung der Versichertengemeinschaft. Daran ist der Wert und die Leistungsfähigkeit einer Krankenversicherung zu messen und nicht an der maximalen Versorgung in einzelnen Erkrankungsgruppen oder gar an einzelnen Fällen.



Nicht zuletzt müssen Innovationen

auch wirtschaftlich sinnvoll sein.



Wie definieren Sie den Begriff "Nutzen"?

Nutzen, oder besser Nettonutzen, ist die Bilanz aus Vorzügen und Schädigungen. Wenn wir Verfahren hinsichtlich des Nutzens bewerten, schauen wir insbesondere auf den Patientennutzen, auf den Nutzen in der persönlichen Wahrnehmung der Versicherten und vor allem auch auf deren Lebensqualität. Die vom Patienten berichteten Ergebnisse von Behandlungen sind als relevante harte Outcome-Parameter zu werten. Dagegen können die weit verbreiteten Surrogat-Parameter •

WAS PASSIERT MIT DEN GANZEN ,,DATENABGASEN"?

wie etwa veränderte Blutwerte keine befriedigende und vor allem keine alleinige Antwort auf die Nutzenfrage liefern. Ein weiteres Kriterium ist der relevante Unterschied des Nutzens im Vergleich zu einer anderen Behandlung, also die Frage nach dem Zusatznutzen.

Würden Sie es in diesem Zusammenhang für innovativ halten, den Nutzen einer Behandlung vom Patienten zu erfragen? Ganz sicher. Gerade der Weg von Produkt- zu den Prozessoder sozialen Innovationen birgt großes Potenzial. Die vorherige Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient und deren gemeinsame Bewertung der Zielerreichung nach Behandlungen wäre eine soziale Innovation, die zu mehr Qualität und Nutzerorientierung des Systems führen würde.

Der Trend des Quantified Self (QS) und des Selbsttrackings reißt nicht ab. Glauben Sie, dass Gesundheit ein genauso starker Innovationstreiber sein kann wie Krankheit?

Gesundheit und Krankheit sind zwei Seiten einer Medaille. Die Übergänge der beiden Konzepte sind fließend. Insofern sind Gesundheit und Krankheit gleichermaßen Motivation für Veränderungen. Bei Ihrem Beispiel des QS als Innovation im Gesundheitswesen können wir uns fragen, ob durch die Datenerfassung allein schon eine ethisch legitimierte wirtschaftliche Verbesserung des Gesundheitssystems erreicht werden kann. Sicher sind die Verfahren des QS und darüber hinaus die Anwendung von Big Data für gesundheitliche

Zwecke neu. Wir sprechen hier von einer Invention, sie ist durch den Neuigkeitswert gekennzeichnet. Eine Invention ist eine Erfindung, eine Neuerung. Wenn die Invention sich auf dem Markt durchsetzt, sprechen wir von Innovation. Mit der Selbstvermessung und zum Beispiel spätestens seit der Verfügbarkeit der Apple-Watch besteht eine solche Marktdurchdringung. Wenn Sie das am Ende noch mit einer Big-Data-Auswertung verknüpfen, könnte dies innovativ sein. Derzeit fehlt im Hinblick auf Selbsttracking die Evidenz für einen Nettonutzen dieser Verfahren.

Glauben Sie, dass Innovation ohne Daten überhaupt noch geht?

Das Problem sind nicht die Daten, sondern die Frage, wie wir damit umgehen. Was passiert mit den ganzen sogenannten Datenabgasen, die entstehen, wenn Sie permanent über das Smartphone, bei Internetanwendungen und durch öffentliche Video-Überwachung getrackt werden? Wer ist der Dateneigner? Wer kontrolliert die Daten? Wie werden sie ausgewertet? Hierüber muss Transparenz geschaffen werden. Nicht nur in Fachkreisen, sondern eben besonders bei den Nutzerinnen und Nutzern.

Aber könnte es nicht auch sein, dass ich im großen Abgasnebel von Daten zufällig auf etwas stoße, das mir eine innovative Erkenntnis bringt? Da wäre es ja hinderlich, wenn ich mich nur auf einen bestimmten Zweck konzentrieren darf und



vielleicht die Chance verpasse, zufällig einen aussagekräftigen Zusammenhang zu entdecken.

Könnte sein: Bei der Ansammlung riesiger Datenmengen ist dies sogar zu erwarten. Könnte aber auch sein, dass sich Risiken von Big Data wie eine "Pflicht oder zumindest eine Obliegenheit zur Gesundheit" verwirklichen. Auch dies ist zu erwarten und m.E. zu befürchten. Es geht also wie immer um eine Abwägung der Chancen und Risiken.

Das Versorgungsmanagement in der TK geht von einem ganzheitlichen Bild des Menschen und der Erfahrung aus, dass Versorgung nicht nur auf die Gestaltung von Biomarkern und Datensätzen abzielt, sondern auch die soziale Komponente einzubeziehen hat.



Die Streichung von Leistungen

ist ein großes Problem.

Wie viel Innovation können wir oder wollen wir uns wirklich leisten?

Leistungen, die die GKV bezahlt, müssen erstens auf dem Markt verfügbar sein. Zweitens muss ein Zusatznutzen belegt sein und drittens müssen diese wirtschaftlich Sinn machen. Nach diesem Verständnis können wir uns keine Innovationen nicht leisten.

Können Sie uns ein Beispiel geben für eine Innovation, die die Techniker Krankenkasse unterstützt und die erwähnenswert ist?

Sehr gerne. Die TK erstattet erstmals innovative Gesundheits-Apps auf Rezept. Ein Beispiel dafür ist die Tinnitus-Behandlung Tinnitracks.

Unsere Versicherten können über bestimmte Vertragsärzte diese Therapie und die App verordnet bekommen. Dabei wird ihre individuelle Tinnitus-Frequenz bestimmt. Über die Tinnitracks-App können sie dann ihre Lieblingsmusik hören, aus der zuvor ihre individuelle Tinnitus-Frequenz herausgefiltert wurde. Tun sie das regelmäßig, beruhigen sich die überaktiven Tinnitus-Nervenzellen und die Intensität des Tinnitus wird gemildert. Dieses Beispiel zeigt Nutzen und Kosteneffizienz und verdient es, gefördert zu werden.

Wenn zum Beispiel eine Methode wirklich etwas nützt, gleichzeitig aber auch sehr teuer ist – etwa die genaue Untersuchung der DNA von Tumorzellen, um auch wirklich die richtige Medikation auszuwählen –, würden Sie diese nützlichen, aber teureren Methoden wieder "entfernen" wollen?

Die Streichung von Leistungen ist ein großes und dringend zu lösendes Problem. Wenn wir von Innovation sprechen, sollten wir immer auch an Exovationen denken, also die Aussonderung von komparativ schlechten Verfahren. Der Mangel an Exovationen stellt das größte Innovationshindernis dar. Wir sollten also Möglichkeiten finden, Verfahren mit •

nachgewiesenem Negativeffekt wieder aus dem System zu streichen. Ein System, das nur das "add on" kennt, wird erdrückt und kann nicht effizient sein.

Wenn Innovation tatsächlich die Versorgung verbessert, würde das ja auch bedeuten, dass aus den 10 % Leistungsempfängern immer mehr werden, weil sie zum Beispiel älter werden, indem die medizinische Versorgung immer intensiver und besser wird. Tritt dann nicht irgendwann ein Missverhältnis auf? Wo würden Sie denn da die Grenzen der Innovation sehen? Innovation nach den eingangs besprochenen Kriterien ist für mich grundsätzlich positiv konnotiert, obgleich sie auch neue, teilweise kritische versorgungspolitische Fragen aufwirft. Ist es nicht erstaunlich, dass wir bei der medizintechnologischen Entwicklung im Gesundheitswesen nur in eine Richtung denken: Alles wird langfristig immer teurer – so denken



wir. Erstaunlicherweise taucht dieses Phänomen aber nur im Gesundheitswesen auf. In anderen Branchen führen Innovationen nachweislich dazu, dass Leistung erhöht und Kosten reduziert werden, denken wir etwa an die Entwicklung bei Computern oder Smartphones. Wir müssen uns daher die Frage stellen, ob eine Effizienzentwicklung mit Kostenreduzierungen in der gesundheitlichen Versorgung nicht auch stattfinden kann.

Aber so etwas würde schließlich voraussetzen, dass Ihre Exovation funktioniert, weil der Markt sich ja selbst reguliert.

Richtig, die Realisation von Exovationen wäre ein wichtiger Beitrag. Es gibt sicher aber auch weitere Felder. Wir müssen uns auch mit der wertebasierten Bepreisung von Medikamenten und Verfahren auseinandersetzen und uns die Frage stellen: Muss ein Medikament wirklich bei Markteinführung und belegtem Zusatznutzen extremst teuer sein? Nehmen Sie

doch einmal das Human Genome Project: Das menschliche Genom zu entschlüsseln, hat um die Jahrtausendwende mehrere Milliarden Dollar gekostet. Durch technologische und innovative Entwicklungen spricht man heute vom 1.000-Dollar- Genom, weil Kosten und Leistungen gesenkt werden konnten. Es gibt also auch Potenziale, die die Versorgung günstiger machen können. Und wir müssen ein gemeinsames Verständnis von "angemessenen" Preisen entwickeln.

Glauben Sie eigentlich, dass sich Innovation und eine soziale Versicherung ausschließen?

Nein, für die Entwicklung der GKV benötigen wir Innovationen, also Verbesserungen der Versorgung, die medizinethisch gerechtfertigt und gesundheitsökonomisch sinnvoll sind. Insofern schließen GKV und Innovation sich nicht aus, sondern sie bedingen sich gegenseitig.

Wie schätzen Sie den Innovationsfonds ein?

Ich finde es gut, dass die Gelder für die genannten Zwecke zur Verfügung stehen – die gesamte Konstruktion ist beachtlich. Fraglich ist aber, wie der Fonds verteilt wird und welche Projekte umgesetzt und letztlich in der Routineversorgung verankert werden können. Meine persönliche Einschätzung ist, dass das Ganze ob der Größe und des Zeitdrucks holprig starten muss. Ob alle geförderten Projekte überzeugend sind, davon lasse ich mich überraschen. Ich denke aber, dass wir nach der ersten Förderbekanntmachung gut beraten sind, uns auch mit Projekten zu engagieren.

Wo sehen Sie Zusammenhänge zwischen Innovation und Patientensicherheit? Sehen Sie überhaupt welche?

Ich sehe starke und wertvolle Zusammenhänge. Qualitätsund Patientensicherheitsdefizite stellen die größte Herausforderung im Gesundheitswesen dar. Gerade in diesem Bereich sind daher Innovationen notwendig und möglich. Darüber hinaus stelle ich die These auf, dass kein anderes Verfahren, sei es technologischer oder sozialer Art, ein derart großes innovatives Potenzial birgt wie eben die Verfahren zur Erhö-



hung der Patientensicherheit. Sowohl was den Return on Investment betrifft als auch die absoluten Zielstellungen bei der Reduktion von persönlichem Leid wie auch bei der Reduktion von Kosten. Ein Verfahren wie die flächendeckende Handdesinfektion zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen und zur Reduktion von Antibiotikaresistenzen wäre ein innovatives Vorgehen, das die Patientensicherheit enorm erhöhen könnte. Wir fordern daher, dass gerade auch Projekte zum Ausbau der Patientensicherheit im Innovationsfonds prüf- und förderfähig werden.

Stichwort Gesundheitskonsum. Glauben Sie, dass diese innovative Kraft eine Revolution mit sich bringen und den Gesundheitsmarkt verändern kann?

Gesundheitskonsum ist eine wesentliche Kraft, die für die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens relevant ist. Ich glaube, dass wir die rational-gestalterische Kraft des "souveränen Patienten" in unseren Versorgungskonzepten noch nicht ausreichend berücksichtigen. Die Frage ist, ob der Gesundheitskonsum ein positiver oder negativer Treiber für die weitere Entwicklung ist. Ein Patient, der Wahloptionen bekommt, muss wissen, was er auswählt. Und diese Gesundheitsmündigkeit ist heute in dem Maße noch nicht verwirklicht. Der Patient braucht umfassende Kenntnisse, um verantwortungsvoll mitentscheiden zu können.

Meiner Meinung nach gibt es im Rahmen dieser Entwicklung keinen Weg zurück. Die Patienten werden nicht mehr in alte paternalistische Modelle zurückweichen, sondern verstärkt Mitbestimmung einfordern. Und dafür brauchen sie bessere und andere Informationen: Das schulden wir als Akteure des Gesundheitswesens den Patientinnen und Patienten. Dies wird kein Selbstzweck sein, sondern die Methoden von "Patienteninformation und -beteiligung" bergen ein enormes Innovationspotenzial zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung.

Lieber Herr Müller, wir bedanken uns ganz herzlich für das offene Gespräch. ■

WUSSTEST DU SCHON ...

... dass der erste

Nobelpreisträger für

Physik ein Deutscher war?

Es war Wilhelm Conrad Röntgen.

... dass Deutschland
Patent-Europameister ist?
2014 wurden 32.000
Patentanmeldungen
eingereicht.

... dass in den USA ein Bluttest entwickelt wurde, der feststellt, ob es sich um eine virale oder bakterielle Infektion handelt? Somit wird sich zukünftig die Antibiotikagabe reduzieren lassen.

... dass Philips in Europa 2014 auf **Platz zwei der Unternehmen** mit den meisten Patentanmeldungen lag?

VORGE STELLT

Geschichte

Die Klinikgruppe Schön Klinik ist eine der größten inhabergeführten Klinikketten in Deutschland mit 17 Standorten in vier Bundesländern. Die Schwerpunkte der Klinikgruppe liegen in den drei Bereichen Orthopädie, Neurologie, Psychosomatik, ergänzt um ausgewählte Gebiete der Chirurgie und der inneren Medizin. Die erste Klinik wurde im Jahr 1985 in Prien am Chiemsee eröffnet, wo das Unternehmen bis heute seinen Hauptsitz hat. Die Gründer des Unternehmens, Franz-Josef und Else Schön, waren seit den 1970er Jahren als Bauträger aktiv.

Kliniken

- 17 Standorte in 4 Bundesländern (Bayern, Hessen, Hamburg und Schleswig-Holstein)
- 9.200 Mitarbeiter
- 100.000 Patienten/Jahr
- 15 Kliniken mit verschiedenen Behandlungsschwerpunkten
- 2 Zentren für Rückenerkrankungen (München und Hamburg)
- 2 psychosomatische Tageskliniken (München und Hamburg)
- Online-Klinik (Angebote zur Online-Therapie und Online-Nachsorge für depressive Patienten)

Überblick

Die Schön Klinik ist ein Klinikbetreiber in privater Trägerschaft und als Familienunternehmen im vollständigen Besitz der Familie Schön unter der Geschäftsführung von Dieter Schön (Inhaber), Dr. Markus Hamm, Dr. Michael Knapp, Carla Naumann und Dr. Alexander Hauenschild. Mit einer Gesamtleistung von 695,1 Millionen Euro im Jahr 2014 gehört die Schön Klinik zu den fünf größten privaten Klinikbetreibern in Deutschland.

Größe: 9.200 Mitarbeiter an 17 Standorten

Umsatz: 695,1 Millionen Euro

in 2014

Bettenanzahl: 3.660 (Stand 2013)

Regionalität: Deutschland



Strategie

Die Schön Klinik verfolgt eine Strategie des nachhaltigen Wachstums innerhalb der Fachbereiche Orthopädie, Neurologie und Psychosomatik sowie in ausgewählten Bereichen der Chirurgie und der inneren Medizin. Die Schön Klinik will ihre Marktposition in diesen Bereichen weiter ausbauen, indem sie das Leistungsportfolio der Kliniken mit dem Ziel der Abbildung der kompletten Behandlungskette systematisch erweitert. Zur durchgängigen Behandlung auf exzellentem medizinischem Niveau beabsichtigt die Schön Klinik, sich auch über die sektoralen Grenzen hinaus mit weiteren Leistungsanbietern zu vernetzen.

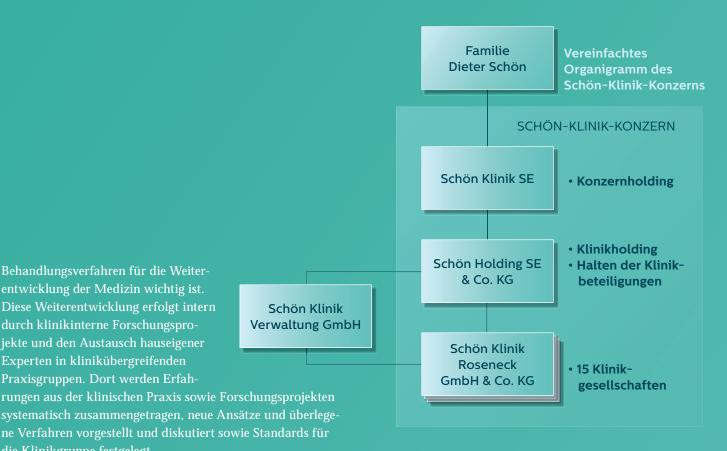
Sämtliche Krankenhäuser der Schön Klinik verfügen über eine hohe Auslastung und arbeiten auf einem wirtschaftlich stabilen und nachhaltigen Niveau.

Klinische Schwerpunkte

Orthopädie, Neurologie, Psychosomatik, Chirurgie und innere Medizin

Forschung und Entwicklung

Seit Eröffnung der ersten Schön Klinik wurde der Erfolg der Behandlungen in Form von Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit gemessen. Die Klinikbetreiber sind der Überzeugung, dass die kontinuierliche Evaluation der



Außerdem fördert die Schön Klinik durch zehn Stiftungsprofessuren den Austausch zwischen klinischer Praxis, Forschung und Lehre und unterstützt die Mitarbeit der Experten in zahlreichen Leitlinienkommissionen medizinischer Fachgesellschaften. Die Chefärzte der Schön Klinik engagieren sich zudem in der klinischen Forschung und Lehre durch eine Vielzahl wissenschaftlicher Publikationen und beteiligen sich an nationalen und internationalen Forschungsprojekten.

Expansionsverhalten

entwicklung der Medizin wichtig ist.

durch klinikinterne Forschungsprojekte und den Austausch hauseigener

Experten in klinikübergreifenden

die Klinikgruppe festgelegt.

Praxisgruppen. Dort werden Erfah-

Die Schön Klinik konzentriert sich wie in den vergangenen Jahren auch in Zukunft auf organisches Wachstum durch Kapazitätserweiterungen, den weiteren Ausbau der Spezialisierung und eine strukturierte Marktbearbeitung. Ergänzt wird das Wachstum durch die Übernahme und Integration von neuen Kliniken. Besonderes Interesse gilt Kliniken oder Klinikverbünden, die neue Märkte und Regionen erschließen sowie das bestehende Portfolio sinnvoll ergänzen.

Mit einem signifikanten Investitionsprogramm entwickelt die Schön Klinik ihre bestehenden Standorte kontinuierlich weiter. Durch Neubauten und Erweiterungen von Operationssälen und Bettenhäusern sowie weitere Investitionen in Medizintechnik und in die Infrastruktur schafft sie den Rahmen für exzellente Medizin und optimierte Abläufe. In den nächsten fünf Jahren sind Investitionen von über 400 Millionen Euro geplant.

Hierarchien und Entscheiderstrukturen

Die Schön Klinik SE mit Sitz in Prien am Chiemsee stellt die

Konzernobergesellschaft dar und nimmt neben dem Finanzierungsmanagement vor allem die Führung der Beteiligung an der Klinikgruppe wahr.

Die Schön Holding SE & Co. KG hält als Klinikholding die Beteiligungen an den einzelnen Klinikgesellschaften und beinhaltet zudem einzelne Steuerungsfunktionen der zentralen Verwaltung.

Neben der Wahrnehmung der Geschäftsführungsfunktion erbringt die Schön Klinik Verwaltung GmbH kaufmännische Management- und Steuerungsfunktionen für die Klinikgesellschaften. Dies betrifft zum einen die Erbringung von kaufmännischen Dienstleistungen für die Kliniken, zum anderen das Vorhalten von fachlichem Expertenwissen für einzelne funktionale Bereiche.

Marketing

Die Kliniken der Schön Klinik sind keine Privatkliniken. Sowohl gesetzlich wie auch privat versicherte Patienten werden im Rahmen des Versorgungsauftrags mit hoher medizinischer Qualität behandelt. Das Erfolgsrezept der Klinikgruppe: Sie versteht sich als Familienunternehmen, das eine nachhaltige Wachstumsstrategie verfolgt. Die Klinikgruppe kommuniziert klare Werte und einen hohen Qualitätsanspruch an die geleistete Arbeit. Den Patienten soll eine messbar und spürbar bessere Medizin geboten werden. Der deutsche Mittelständler mit starken Wurzeln in Bayern engagiert sich lokal und übernimmt Verantwortung für Patienten, Mitarbeiter sowie die

