



# GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2015

## BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Karsten Neumann  
Der Innovationsfonds – ein Übergangsphänomen?

AUSZUG aus:  
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2015 (Seite 92–103)

Karsten Neumann

## DER INNOVATIONSFONDS – EIN ÜBERGANGSPHÄNOMEN?

Der neue Innovationsfonds ist Bestandteil des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes. Dieser Fonds soll sowohl die innovative sektorenübergreifende Versorgung unterstützen als auch die Versorgungsforschung stärken. Der Fonds sieht in der Zeit von 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro vor. Zusätzlich ist ein Innovationsausschuss beim G-BA eingerichtet. Der Beitrag stellt sieben Forderungen an den Innovationsfonds vor, erläutert und diskutiert diese. Die Forderungen lauten: Projekte aller Typen fördern, keine Eingrenzung der Themen, Projekte mit dem größten Nutzen für die Regelversorgung priorisieren, Qualität vor Proporz, effizientes Projektmanagement fördern, alles fördern, was über die Regelversorgung hinausgeht, und Übertragbarkeit der Mittel sicherstellen.

### Die Einführung des Innovationsfonds als Reaktion auf zehn Jahre Selektivverträge

Der Innovationsfonds soll das bewirken, was der Krankenkassenwettbewerb nicht geschafft hat. So jedenfalls lassen sich die Beweggründe der Gesundheitspolitik interpretieren, ein zentrales Instrument zur Förderung von Prozessinnovationen einzurichten. Nach zehn Jahren Integrierter Versorgung war die Wirkung sowohl im Bereich der Selektivverträge (die nur etwa 0,7 Prozent des GKV-Budgets ausmachten) als auch in der Regelversorgung (in die praktisch kein Ansatz aus den Selektivverträgen übertragen werden konnte) äußerst gering (Sachverständigenrat 2012; Schaich-Walch und David 2014). Daher wurde von der Politik ein neuer Weg gesucht, ohne zunächst auf eine auch denkbare Veränderung der Rahmenbedingungen für den Wettbewerb zu vertrauen. Dies passt zu der Beobachtung, dass auch in anderen Bereichen der Gesundheitspolitik in der jüngsten Zeit eine steigende Wettbewerbskepsis zu erkennen war, die zu kollektiven Regelungen geführt hat. Als Beispiele seien hier unter anderem genannt: die Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V), die Erprobungsregelung (nach 137e SGB V), die Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V), Strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137f Absatz 1 SGB V), das Entlassmanagement (§ 39 Absatz 1 SGB V), die Terminservicestellen (§ 75 Absatz 1 SGB V), die Zweitmeinung (§ 27 SGB V) und die Prävention (§ 20[a-g] SGB V) (Albrecht, Neumann und Nolting 2015).

So auch hier: Der Innovationswettbewerb hatte die erhofften Innovations- und Effizienzpotenziale nicht erreicht (ebenda). Nun soll der Innovationsfonds als zentralisiertes Instrument Versorgungsinnovationen besser fördern und schneller erzeugen.

Der Innovationsfonds ist gemäß § 92a und b SGB V des am 11. Juni 2014 verabschiedeten Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) mit einem Volumen von 300 Millionen Euro jährlich für die Jahre 2016 bis 2019 ausgestattet. Für Projekte zu innovativen sektorenübergreifenden Versorgungsformen (vornehmlich Prozessinnovationen) sollen pro Jahr 225 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden, die restlichen 75 Millionen Euro sollen der Versorgungsforschung zugute kommen.

## Stand der Diskussion und offene Fragen

Zum Stand der Redaktion dieses Textes (Anfang Juli 2015) war das GKV-VSG zwar verabschiedet, viele wesentliche Fragen aber noch offen und kaum schriftlich behandelt. Dies betrifft zu diesem Zeitpunkt insbesondere sechs Themenkomplexe:

### Art der Projekte

Politik und Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) haben vorgeschlagen, sehr große Projekte mit einem jährlichen Millionenbudget zu fördern. Die Krankenkassen sehen die Möglichkeit solcher Projekte bisher skeptisch. Umso mehr, als diese Mittel anders als bei der Integrierten Versorgung nur für zusätzliche Leistungen verwendet werden dürfen. Offen ist zunächst auch, ob eine Eingrenzung von Themen, etwa auf die fünf in der Gesetzesbegründung genannten Themenschwerpunkte, erfolgen sollte.

### Akteure

Trotz der gesetzlichen Forderung, Krankenkassen „in der Regel“ zu beteiligen, bleibt abzuwarten, wer das Antragsgeschehen vor allem treiben wird. Die Krankenkassen zeigen sich teilweise zurückhaltend. Auch ist noch gar nicht zu beurteilen, wie sie auf Projektvorschläge anderer Akteure (Leistungserbringer und Industrie) reagieren werden. Schließlich ist unklar, ob die Krankenkassen eher im Wettbewerb oder im Rahmen kollektiver Modelle agieren werden, die etwa verbandsbezogen oder regional funktionieren könnten.

## Telemedizin

Die Telemedizin stellt offensichtlich einen wichtigen Aspekt zur Unterstützung von sektorenübergreifender Vernetzung dar und wird dementsprechend auch in der Gesetzesbegründung an erster Stelle der möglichen Schwerpunktthemen genannt. Wie derartige Projekte im Fonds auszugestalten wären, ist noch in mehrerer Hinsicht offen: Zum einen benötigt Telemedizin immer auch Produktinnovationen, die im Fonds an sich nicht gefördert werden sollten. Zum anderen können für eine regionale IT-Vernetzung von Akteuren hohe Investitionskosten auftreten, welche entsprechende Projekte unrentabel machen würden. Schließlich ist der potenzielle Konflikt von geistigem Eigentum und Veröffentlichungspflichten hier besonders schwer zu lösen, da immer vorhandene Lösungen in die Projekte eingebracht werden dürften.

## Evaluation

Bei der verpflichtend vorgeschriebenen Evaluation ist noch unklar, wer die Evaluation vornimmt und welche Parameter dazu heranzuziehen sind.

## Governance und Auswahlverfahren

Während die Rollen im Innovationsausschuss durch das Gesetz festgeschrieben sind, ist die Besetzung des Expertenbeirats umstritten. Dies betrifft insbesondere den Mix an Fächern oder die Einbindung der nötigen Praxiserfahrung. Die Geschäftsstelle kurzfristig mit hoch qualifizierten Mitarbeitern auf zeitlich begrenzten Stellen zu besetzen, stellt eine weitere Herausforderung dar, die möglicherweise durch Einbeziehung eines Projektträgers zu lösen ist. Beim Auswahlverfahren ist die Wahl zwischen Ausschreibungsrecht (inklusive Zulassen ausländischer Bieter aus der EU) und Zuwendungsrecht noch offen, ebenso wie die Wahl zwischen ein- oder zweistufigen Verfahren.

## Zeitplan

Schließlich sind Startzeitpunkt und Fristen mit Stand Juli 2015 noch weitgehend unbestimmt, sodass auch für interessierte Akteure die Vorbereitung auf einen Antrag erschwert ist.

## Wie der Innovationsfonds funktionieren kann: das Gutachten für den vdek und die Einschätzung seiner sieben Thesen

Einige dieser Fragen hat das IGES Institut im Auftrag des vdek bearbeitet und im Rahmen des „Zukunftsforums 2015“ Ende Juni 2015 vorgestellt (Neumann und Wolfschütz 2015; Gesundheitspolitischer Informationsdienst 2015). In der Diskussion mit Experten ergaben sich zu diesem Zeitpunkt klare Tendenzen zu den Thesen des Gutachtens: Im Folgenden sollen diese kurz erläutert und anschließend das Potenzial ihrer Konsensfähigkeit beschrieben werden:

### These 1: Projekte aller Typen fördern

#### Erläuterung

Gesetzesbegründung und öffentliche Äußerungen des G-BA lassen darauf schließen, dass Projekte angestrebt werden, die ein jährliches Millionenvolumen umfassen. Gegenüber der heutigen Praxis in der Integrierten Versorgung, wo durchschnittlich pro Projekt und Jahr 0,8 Millionen Euro bewegt werden, die zudem zum größten Teil für die Krankenbehandlung verwendet werden, ist das ein großer Sprung. Aus Gründen der Machbarkeit für die beteiligten Organisationen plädieren wir daher dafür, auch kleinere Projekte zuzulassen, ohne dass sie deshalb unter die Grenze der statistischen Verwertbarkeit fallen sollten. Zudem zeigt die Erfahrung, dass auch sehr große Projekte, wie beispielsweise die Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg, nicht unbedingt zu eindeutigen Evaluationsergebnissen führen. Wir schlagen daher einen breiteren Korridor möglicher Projektgrößen vor. Um mittelgroßen Projekten die Chance auf Auswertbarkeit zu geben, ist eine Öffnungsklausel vorzusehen, mittels derer der Projektinitiator weiteren interessierten Krankenkassen den Beitritt gestatten kann.

#### Diskussion

Diese These hat die größte Bedeutung für die Ausgestaltung des Innovationsfonds. Zugleich ist sie am stärksten umstritten: Es ist ein Mittelweg zu finden zwischen zu kleinen Projekten (die statistisch schwer zu bewerten sind) und sehr großen Teilnehmerzahlen, die kurzfristig zumindest für die ersten Förderrunden nicht zu erreichen sind. Der Expertenbeirat wird im Einzelfall mit Augenmaß entscheiden müssen, denn die

Frage der statistisch erforderlichen Größe hängt von sehr viel mehr ab als der reinen Teilnehmerzahl (unter anderem von der Streubreite und der Größe des Effekts).

## These 2: Keine Eingrenzung der Themen

### Erläuterung

In der Gesetzesbegründung und in zahlreichen Äußerungen des G-BA im Vorfeld der Gesetzesverabschiedung 2014/2015 entstand der Eindruck, dass eine Konzentration auf wenige Schwerpunktthemen, etwa fünf an der Zahl und noch weniger in der ersten Förderrunde, erfolgen sollte (genannt wurden: Telematik, Delegation und Substitution, Arzneimitteltherapiesicherheit, ländliche Versorgung und geriatrische Versorgung [Gesetzesbegründung]). Von dieser Einschränkung raten wir ab, da sie die Kreativität und Vielfalt der Projekte einschränkt und zudem einen aus Eigeninteressen motivierten Streit um die Auswahl der „richtigen“ Themen erzeugen könnte.

### Diskussion

Diese These scheint konsensfähig zu sein. Wir gehen davon aus, dass die Vielfalt der Themen zugelassen wird, insbesondere auch deshalb, weil diese im Markt und bei den Akteuren des Gesundheitswesens in großer Zahl vorhanden sind.

## These 3: Projekte mit dem größten Nutzen für die Regelversorgung priorisieren

### Erläuterung

Statt der im Gesetz benannten eher formalen Kriterien (wie dem sektorenübergreifenden Charakter von Projekten) schlagen wir eine Bewertung allein anhand der Qualitätsverbesserung der Regelversorgung vor. Dazu werden Projekte nach dem Potenzial ihrer Qualitätsverbesserung im Einzelfall, nach der Umsetzungswahrscheinlichkeit (für die tatsächliche Erreichung der versprochenen Qualität) und der Zahl betroffener Patienten bewertet.

Alle drei Kriterien werden anhand mehrerer Unterkriterien auf eine Skala von 1 bis 10 gebracht und miteinander multipliziert. Für die ersten beiden Kriterien gelten Mindestpunktzahlen, danach entscheidet das größte Produkt aus der Multiplikation über die Reihenfolge der Projekte.

## Diskussion

Dieser Bewertungsansatz scheint mehrheitsfähig, allerdings erfordert seine Ausgestaltung ein zugleich flexibles und methodisch fundiertes Vorgehen. Dabei ist ein Gleichgewicht in der Bewertung von objektivierbaren (Surrogat-)Parametern und Patienteneinschätzungen (patient reported outcomes, PRO) zu finden, deren niemals völlig objektivierbare Gewichtung am Ende in die Beurteilung des Expertenbeirats gegeben werden muss.

Für Anträge in der Versorgungsforschung sind die ersten beiden der drei Kriterien derart zu modifizieren, dass bewertet wird, welches Potenzial zur Verbesserung der Regelversorgung durch eine Studie aufgedeckt wird. Statt reiner Grundlagenforschung müssten die Studien auf konkrete Ansätze zielen.

## These 4: Qualität vor Proporz

### Erläuterung

Die Mittel aus dem Fonds sollen ausschließlich nach einer objektiven Bewertung ähnlich der oben geschilderten verteilt werden. Proporz erwägungen sollten weder regional noch nach Sektoren oder Krankenkassenarten eine Rolle spielen. Das mag schwierig umsetzbar erscheinen, die Praxis anderer Verfahren des Bundesforschungsministeriums zeigt aber, dass es möglich ist.

### Diskussion

Die These wird kaum bestritten werden, die Umsetzung erfordert allerdings Mut von den Entscheidern.

## These 5: Effizientes Projektmanagement fördern

### Erläuterung

Bei der Stellung von Anträgen sollte keine Eigenbeteiligung vom Antragsteller gefordert werden. Negative Anreize sind weiter zu reduzieren, indem für das Projektmanagement ein degressiver prozentualer Aufschlag auf das Projektvolumen gewährt wird. Den Antragstellern steht es dann frei, mit diesen Mitteln interne oder externe Kosten zu decken.

### Diskussion

Sowohl der Verzicht auf Eigenbeteiligung als auch die Ausgestaltung einer Verwaltungskostenpauschale scheinen konsensfähig. (Im Übrigen schlägt das Gutachten für den Vorschlag auch vor, auf Budgetbereinigung zu verzichten.)

## These 6: Alles fördern, was über die Regelversorgung hinausgeht

### Erläuterung

Im Zusammenspiel von Gesetz und Begründung können Grenzfälle entstehen, bei denen nicht klar ist, ob zusätzliche Krankenbehandlung förderfähig ist (Moormann 2015). Dies sollte in dem Sinn geklärt werden, dass alle Aufwendungen gefördert werden, die über die heutige Regelversorgung hinausgehen – auch wenn sie nur bei zusätzlichen Patienten angewendet oder gegenüber der heutigen Praxis ausgeweitet werden.

### Diskussion

Wir erwarten bei diesen Fragen Konsens im Grundsatz. Die Anwendung im Einzelfall kann trotzdem Schwierigkeiten bereiten. Etwa in einem Projekt, welches eine anerkannte Unterversorgung beseitigt und dadurch zu einer (in diesem Fall sinnvollen) Mengenausweitung vorhandener Leistungen führt. Die zusätzlichen durch den Fonds zu finanzierenden Leistungen sind dann nur schwer abzugrenzen.



## These 7: Übertragbarkeit der Mittel sicherstellen

### Erläuterung und Diskussion

Zum Redaktionsschluss (Juli 2015) war unklar, ob mehrjährige Projekte gefördert werden können. Alle Stimmen im Gesundheitswesen sind sich einig, dass dies erforderlich ist, um sinnvolle mehrjährige Projektlaufzeiten zu ermöglichen. Die Gesundheitspolitiker arbeiten zu diesem Zeitpunkt an einer gesetzlichen Grundlage (Gesundheitspolitischer Informationsdienst a. a. O.).

### Weitere Konkretisierung: die Ausgestaltung des Ausschreibungs- und Bewertungsverfahrens, Arbeit der Gremien und Evaluation

Sofern diese Grundsatzfragen geklärt sind, betreffen die weiteren Fragen vor allem die Governance und Abwicklung von Innovationsfondsprojekten.

Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Zusammensetzung und Kompetenz des Expertenbeirats. Die von Kassen teilweise vorgetragene Forderung, auch hier Kostenträger zu beteiligen, kann nicht unterstützt werden, da sonst immer Proporzermäßigungen der einen oder anderen Art in den Expertenbeirat hineingetragen würden. Stattdessen wird empfohlen, dass der Expertenbeirat ein Gremium von drei Kassenmitarbeitern hört, welche langjährige Erfahrung mit der Gestaltung von Selektivverträgen haben (je ein Mitarbeiter aus den Mitgliedskassen von AOK, vdek und IKK/BKK, nicht aus den Verbänden, möglichst rotierend). Diese könnten aus Praxissicht beurteilen, ob die Anträge Aussicht auf Erfolg haben und mit welchen Schwierigkeiten zu rechnen ist.

### Zum Zeitplan

Man darf vermuten, dass das erste Förderverfahren noch nicht ganz den künftigen formalen Vorgaben entsprechen kann, da kürzere Fristen und eventuell auch etwas großzügigere Anforderungen gelten. Anschließend existiert ausreichend zeitlicher Vorlauf, um ein zweistufiges Verfahren zu etablieren, in dem Kurzschilder eingereicht werden und auf dieser Basis eine Auswahl an Bieter zu endgültigen Angeboten aufgefördert wird. Dabei kann auch die von Professor Karl Lauterbach, MdB und stellvertretender

Fraktionsvorsitzender der SPD, vorgeschlagene Beratung der Antragsteller zu statistischen Größen institutionalisiert werden.

### Was wären gute Themen und wie kommen wir zu Großprojekten?

Wir glauben nicht an eine abstrakte Festlegung von „guten“ Themen für den Fonds. Zahlreiche Gespräche mit Akteuren haben gezeigt, dass sehr viele gute Ideen zu sehr heterogenen Themen existieren. Ein gutes Projekt zu einem mittelmäßig interessanten Thema ist besser als ein schlechtes Projekt zu einem vermeintlich aktuellen Thema. Wir halten es für sinnvoll, diejenigen Fragestellungen anzugehen, die im normalen Verlauf von Selektivverträgen niemals zur Sprache kommen können oder werden. Dazu gehören etwa eine systematische Untersuchung verschiedener Ansätze zur Lebensstilbeeinflussung oder eine umfassende Untersuchung der Optimierungspotenziale in der Arzneimittelversorgung an den Sektorengrenzen, wo die Daten bisher noch nie zusammengeführt werden konnten. Oder die Frage, ob Koordination zu einer besseren Versorgung führt. Wie entsteht die hohe Zahl von Arztkontakten in Deutschland und wie wäre sie zu reduzieren? Diese und zahlreiche andere ähnliche Ideen wären wichtiger, um die einmalige Chance des Fonds zu nutzen, als die Wiederholung schon bekannter Ideen.

Daneben wäre es zu begrüßen, wenn im Fonds auch internationale Ansätze vorkämen sowie Erfahrungen und Experten aus anderen Ländern eingebunden werden, um die Übertragbarkeit fremder Ansätze zu testen. Schließlich sollte die Offenheit bestehen, neben reinen Prozessverbesserungen auch abstraktere Themen wie Veränderungen der Vergütung oder Qualitätssteuerung zu testen.

Kritisch sehen wir durchaus die offenbar starke Fokussierung auf Qualitätsverbesserungen, welche der nur momentan guten Finanzlage der GKV geschuldet ist. Eine Effizienzverbesserung bei mindestens gleicher Qualität wäre mindestens ebenso förderungswürdig und als Beitrag zur Nachhaltigkeit der Finanzierung hoch zu schätzen.

## Schließlich zu den Großprojekten

Trotz unserer Einschätzung, dass ein alleiniger Fokus auf Großprojekte nicht empfehlenswert ist, wäre es dennoch zu wünschen, einige dieser sehr großen Projekte durchzuführen. Denn dies eröffnet die Chance, umfangreichere Veränderungen des Versorgungsgeschehens unter Alltagsbedingungen zu testen. Wegen der großen Verwaltungsaufwände in Vorlauf und Durchführung wird das nur gelingen, wenn mehrere Kassen zusammenkommen. Beispielsweise könnten im Zusammenspiel von ähnlichen Ansätzen mehrerer Kassen eine Art multizentrischer Studien aufgesetzt werden, welche unter den vergleichbaren Ansätzen die besten Varianten ermitteln. Handlungsfelder hierfür wären die unterschiedlichen Formen, einen schnellen Zugang zu Psychotherapie zu vermitteln (insbesondere bei krankgeschriebenen Arbeitnehmern), chronisch Kranke telefonisch zu coachen oder Zweitmeinungsverfahren durchzuführen.

## Ausblick: Brauchen wir den Fonds nach 2019 tatsächlich noch? Ein Alternativmodell

Wird der Innovationsfonds durchhalten, und wie geht es nach 2019 weiter? Wir hoffen, dass auch in Zeiten steigender Zusatzbeiträge der Mut besteht, Prozessverbesserungen zu fördern. Dies wird auch mittelfristig eine Form der finanziellen Unterstützung benötigen, weil bisher noch kein Wettbewerbsmodell gefunden wurde, in dem ausreichende Anreize für Investitionen aus den jeweiligen Kassenbudgets gegeben wären. Jedoch schlagen wir ein anderes Modell vor. Bereits das unvermeidlich bürokratische Verfahren zur Auswahl und Prüfung der Anträge, welches sich momentan für den Innovationsfonds abzeichnet, spricht gegen eine zentralisierte Förderung. Auch die Auswahl nach – vermutlich nie ganz vermeidbaren – Proporzermäßigungen ist ein gewichtiges Gegenargument, ebenso wie die ordnungspolitisch zu Recht beklagte Vermischung von Politik und Selbstverwaltung im Entscheidungsgremium sowie der Machtzuwachs des G-BA.

Ein vorteilhaftes Gegenmodell wäre eine dezentrale Innovationsförderung. So stellt die Einrichtung eigenständiger Krankenkassenbudgets für Forschung und Entwicklung innovativer Versorgungsprozesse eine Möglichkeit dar, die Innovationsförderung wieder wettbewerblicher auszurichten (Albrecht, Neumann und Nolting 2015). Im Rahmen eines Budgets für Forschung und Entwicklung (F&E) können Kassen bei Erfüllung

bestimmter Mindestkriterien Projekte eigenverantwortlich anstoßen. Die Verbreitung erfolgt über die Publikation der Ergebnisse und einen Nachahmerwettbewerb.

Es bleibt zu hoffen, dass im Jahr 2019 nach vier Jahren Erfahrung mit dem Fonds wesentlich mehr Interesse an Innovationen vorhanden ist und damit auch mehr Eigeninitiative der Kassen. Wir werden mehr Innovationen zur Sicherung der künftigen medizinischen Versorgung dringend benötigen.

## Literatur

- Albrecht, M., K. Neumann und H.-D. Nolting (2015): IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: H. Rebscher (Hrsg.): Update: Solidarische Wettbewerbsordnung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 11). Heidelberg.
- Albrecht, M. und K. Neumann (2014): Wie geht es mit der integrierten Versorgung weiter? – Ein Vorschlag zur Stärkung des Wettbewerbsgedankens. In: U. Fink, M. Kücking, E. Walzik und J. Zerth (Hrsg.): Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen – Ein Suchprozess. Festschrift für H. Rebscher. Heidelberg.
- Gid - Gesundheitspolitischer Informationsdienst (2015): Wie viel lässt der Innovationsfonds zu? 20. Jahrgang, 17/18 vom 1. Juli 2015.
- Häussler, B. und M. Albrecht (2015): Innovationsfonds. Überlegungen zur Gestaltung einer wertvollen nationalen Initiative. Wie gibt man 300 Mio. Euro aus? In: Monitor Versorgungsforschung 03/2015.
- Häussler, B., K. Neumann, M. Albrecht und H.-D. Nolting (2014): Versorgung verbessern durch den Innovationsfonds. In: Monitor Versorgungsforschung 03/2014.
- Hecken, J. (2015): Innovationsfonds – aus Sicht des G-BA. Vortrag auf dem 3. DNVF-Forum Versorgungsforschung (18. Mai 2015). [www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/DNVF%20Forum/Hecken\\_GBA\\_Vortrag.pdf](http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/DNVF%20Forum/Hecken_GBA_Vortrag.pdf) (Download am 13. Juli 2015).
- Moormann, T. (2015): Großbaustelle Innovationsfonds. In: Betriebskrankenkassen. Magazin für Politik, Recht und Gesundheit im Unternehmen 03/2015.

- Neumann, K. und A. Wolfschütz (2015): Rahmenbedingungen im Innovationsfonds. Welche Projekte und Förderverfahren helfen, Innovationsdefizite zu überwinden? Gutachten im Auftrag des vdek. [www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2015/innovationsfonds.html](http://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2015/innovationsfonds.html) (Download am 13. Juli 2015).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2012. [www.svr-gesundheit.de/index.php?id=436](http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=436) (Download am 18. Mai 2015).
- Schaich-Walch, G., S. David et al. (2014): Innovation für eine bessere Gesundheitsversorgung Gestern – Heute – Morgen. Wirtschaft und Politik. Impulse – Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung; Oktober 2014. [library.fes.de/pdf-files/managerkreis/10988.pdf](http://library.fes.de/pdf-files/managerkreis/10988.pdf) (Download am 13. Juli 2015).