

Echter Fortschritt für die Versorgung?

Standpunkte und Erfahrungen von Hausarzt*innen in Bezug auf den Innovationsfonds

Real Progress for Care?

Viewpoints and Experiences of Family Physicians with Regard to the German Innovation Fund

Julian Wangler, Michael Jansky

Hintergrund

Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wurde 2015 der Innovationsfonds eingerichtet. Damit Interventionen und neue Versorgungsformen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit erprobt und in die Regelversorgung übernommen werden können, bedarf es der Einbeziehung der allgemeinmedizinischen Breitenversorgung.

Methoden

Zwischen Oktober 2021 und Januar 2022 wurden 16 halbstandardisierte Einzelinterviews mit Hausarzt*innen geführt, die bereits an Innovationsfonds-Projekten teilgenommen haben (Förderlinie ‚Neue Versorgungsformen‘). Inhalte des Leitfadens waren: Einstellungen in Bezug auf Innovationsfonds-Projekte und deren Nutzen; Teilnahmebereitschaft und deren Voraussetzungen; Erfahrungen bei Teilnahme an spezifischen Projekten; wahrgenommene Optimierungspotenziale.

Ergebnisse

Die Interviewten verbinden den Innovationsfonds mehrheitlich mit Chancen und Potenzialen (u.a. Intensivierung anwendungsnaher Versorgungsforschung, unabhängige Finanzierung, Einbeziehung der Breitenversorgung). Dennoch sind sich viele Hausarzt*innen unsicher, inwiefern speziell die Primärversorgung längerfristig vom Innovationsfonds profitieren können. Die Bilanz, die in Folge der Teilnahme an den Versorgungsmodellen gezogen wird, ist mehrheitlich positiv (Nutzen der Intervention, Aufwand-Nutzen-Verhältnis). Dennoch werden auch Hürden und Belastungsfaktoren berichtet, etwa Dokumentationspflichten und Eingriffe in Praxisabläufe.

Schlussfolgerungen

Um die Teilnahmebereitschaft von Hausarzt*innen an Innovationsfonds-Projekten zu erhöhen, gilt es, die Hausarztkonformität von Projekten sicherzustellen, v.a. mit Blick auf ärztliche Entscheidungsspielräume, die Limitierung von Dokumentationspflichten, die Gewährleistung von Praxisroutinen, eine stärkere Involvierung in die Forschungsplanung sowie eine Aufwertung des hausärztlichen Settings.

Schlüsselwörter

Innovationsfonds; Versorgungsforschung; Hausarzt; Primärversorgung; Rekrutierung

Background

In 2015, the German Innovation Fund was established to promote improvements in the quality of medical care provided under the statutory health insurance system. In order for new care models and interventions to be tested and incorporated into standard care in the future, primary care must be included.

Methods

Between October 2021 and January 2022, 16 semi-standardized individual interviews were conducted with family physicians who had already participated in Innovation Fund projects (Funding type ‚New forms of care‘). The guidelines focused on: attitudes towards Innovation Fund projects and their benefits; willingness to participate and prerequisites; experiences in participating in specific projects; perceived optimization potential.

Results

Most of the interviewees associate the Innovation Fund with opportunities and potential (including intensification of application-oriented health care research, independent financing, inclusion of primary care). Nevertheless, many interviewees are unsure to what extent primary care can benefit from the Innovation Fund in the longer term. The balance drawn as a result of participation in the care models is mostly positive (benefit of the intervention, cost-benefit ratio). However, hurdles and stress factors are also reported, such as documentation requirements and interventions in practice processes.

Conclusions

In order to increase the willingness of family physicians to participate in Innovation Fund projects, it is important to ensure that projects are fully compliant with primary care, especially with regard to the scope of medical decision-making, the limitation of documentation obligations, the guarantee of practice routines, greater involvement in research planning and an upgrading of the primary care setting.

Keywords

Innovation Fund; health services research; family physician; primary care; recruitment

Einleitung

Zur Optimierung der medizinischen Versorgung ist es längerfristig erforderlich, neue Versorgungsformen zu konzipieren sowie die anwendungsbezogene Versorgungsforschung zu stärken [1]. Zudem bedarf komplexe klinische Forschung einer unabhängigen und stabilen Finanzierung. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurde im Jahr 2015 der beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelte Innovationsfonds verankert [2]. Im Sinne eines gesundheitspolitischen Instruments zielt er darauf ab, durch Entwicklung neuer Versorgungskonzepte eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der umlagefinanzierten Gesundheitsversorgung voranzutreiben [2–4]. In der derzeitigen Förderphase stehen jährlich 200 Millionen Euro an Fördervolumen bereit, davon 160 Millionen für die Förderlinie neuer Versorgungsformen, die im Fokus dieses Beitrags stehen.

Eine wichtige Anforderung des Innovationsfonds ist es, dass geförderte Projekte geeignet sein müssen, im Hinblick auf die entwickelte Versorgungsform dauerhaft implementiert zu werden [2]. Hierzu müssen sie von hierfür gewonnenen Krankenkassen als Projektpartner unterstützt und wissenschaftlich evaluiert werden, um so die Wirksamkeit ihrer Intervention unter Beweis zu stellen. Bei Projekterfolg besteht die Aussicht auf Übernahme in die Regelversorgung [3].

Für Innovationsfonds-geförderte Interventionen und Versorgungskonzepte bildet die Primärversorgung einen wichtigen Dreh- und Angelpunkt. Eingedenk der Tatsache, dass neue Versorgungsmodelle v.a. im Niedrig-Prävalenz-Bereich mit einer ausreichend großen Anzahl an Patienten stattfinden müssen, um Effekte hinreichend belegen zu können, ist es oftmals erforderlich, mit dem hausärztlichen Setting zu kooperieren [5, 6]. Theoretisch birgt der Innovationsfonds die Chance, die durch Hausärzt*innen getragene Breitenversorgung besonders von neuen Versorgungsformen profitieren zu lassen [7]. Diesem Potenzial steht die Herausforderung gegenüber, eine ausreichende Zahl von

niedergelassenen Allgemeinärzt*innen für solche Forschungsvorhaben zu gewinnen.

Um Einstellungen, Erfahrungswerte und mögliche Problemlagen in Bezug auf die Einbeziehung der Hausarztmedizin in Innovationsfonds-Projekte zu adressieren, kommt es entscheidend darauf an, die Sicht von niedergelassenen Allgemeinärzt*innen zu beleuchten. Bislang fehlt es an Studien, die untersuchen, welche Positionen Hausärzt*innen in Bezug auf den Innovationsfonds vertreten und welche Erfahrungen sie mit einer Projektteilnahme gemacht haben.

Erkenntnisinteresse

Folgende Fragestellungen stehen im Zentrum der vorliegenden Studie:

- Wie beurteilen Hausärzt*innen den Innovationsfonds und dessen Nutzen?
- Welche Erfahrungen wurden im Zusammenhang einer Teilnahme an innovativen Versorgungsmodellen gemacht?
- Welche Gründe waren ausschlaggebend für die Teilnahme?
- Wie werden die Projekterfahrungen bilanziert?
- Welche Verbesserungen werden für die Zukunft mit Blick auf die Ausgestaltung von Innovationsfonds-Modellen gewünscht?

Methodik

Um das skizzierte Forschungsdesiderat zu adressieren und ein Meinungs- und Erfahrungsbild hausärztlich tätiger Mediziner*innen zu gewinnen, wurde bei der vorliegenden Studie ein explorativer Ansatz verfolgt, der mithilfe qualitativer halbstandardisierter Interviews realisiert wurde. Die Studie zielte darauf, Hausärzt*innen mit Innovationfonds-Erfahrung gewinnen.

Erhebungsinstrument

Der Leitfaden wurde v.a. unter Berücksichtigung einer Literaturrecherche (u.a. Lech et al. [7] und Heytens et al. [3]) entwickelt (s. Anhang I). Er setzt sich aus vier inhaltlichen Schwerpunkten zusammen:

- Einstellungen in Bezug auf Innovationsfonds-Projekte und deren Nutzen
- Teilnahmebereitschaft und deren Voraussetzungen
- Erfahrungen bei Teilnahme an spezifischen Projekten
- Wahrgenommene Optimierungspotenziale

Rekrutierung und Stichprobe

Über sechs regionale Ärztenetzwerke in Rheinland-Pfalz und Südhessen wurde von den Autoren ein Aufruf gestartet (schriftlich-postales Anschreiben), dass eine Studie die Standpunkte und Erfahrungen von Hausärzt*innen einholen möchte, die bereits an Innovationsfonds-Projekten partizipiert haben. Dabei erfolgte bereits bei der Anfrage eine Konzentration auf die Innovationsfonds-Förderlinie ‚Neue Versorgungsformen‘, da hier die Konzeption und wissenschaftliche Evaluation neuer Intervention(-strukturen) zur Optimierung von Versorgung im Zentrum steht. In Bezug auf soziodemografische Merkmale oder Expertisen bzw. Weiterbildungshintergründe gab es aufgrund des explorierenden Charakters der Studie keine genauer definierten Einschlusskriterien oder Quotierungen.

Zurückgemeldet haben sich 16 Hausärzt*innen, mit denen letztlich auch die Interviews geführt wurden (keine Incentives).

Das Sample setzt sich wie folgt zusammen (s. Tab. 1).

Niederlassungsform	6 Gemeinschaftspraxis, 10 Einzelpraxis
Praxisumgebung	3 Landgemeinde/Kleinstadt, 6 Mittelstadt, 7 Großstadt
Status	11 Praxisinhaber, 5 angestellte Ärzte
Alter	Ø 53 Jahre
Geschlecht	10 männlich, 6 weiblich

Tabelle 1 Befragungsschwerpunkte und Soziodemografie der Befragungsstichprobe (N = 16)

Durchführung

Alle 16 Interviews wurden im Wechsel von den Autoren im Zeitraum zwischen Oktober 2021 und Januar 2022 auf mündlich-persönlichem Wege durchgeführt (Dauer: 40 bis 60 Minuten). Die Interviews wurden audiotechnisch aufgezeichnet.

Im Vorfeld erhielten die Interviewten eine Aufklärung über das Gesprächsthema sowie eine Einverständniserklärung (inkl. Zusicherung von Pseudonymisierung).

Datenanalyse

Nach zwölf Interviews ergaben sich Hinweise auf eine theoretische Sättigung. Von theoretischer Sättigung wird in der qualitativen Forschung gesprochen, wenn die Erhebung weiterer Daten und deren Analyse keine neuen Aspekte an einer Kategorie oder einem Kategoriensystem und somit keine neuen Erkenntnisse mehr zutage fördert. Dennoch wurden insgesamt 16 Interviews geführt.

Die im Anschluss an die Datenerhebung erstellten Transkripte wurden vom Erstautor mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [8] ausgewertet (Software MAXQDA, Version 2020). Das erstellte Kategoriensystem orientierte sich eng am Leitfaden und wurde mit Fortgang der Auswertung wiederholt geprüft und ggf. modifiziert. Im Mittelpunkt stand dabei, die unterschiedlichen Sichtweise und Erfahrungen logisch zu kategorisieren. Ergänzungen des Kategoriensystems, die im Zuge der Auswertung vorgenommen wurden, betrafen insbesondere erfahrungsbasierte Einschätzungen und erlebte Herausforderungen bei der Projektteilnahme. Die wesentlichen Kategorien sind im Anhang hinterlegt (s. Anhang II).

Ergebnisse

Hintergründe des Innovationsfonds-Engagements

Elf Interviewte geben an, bislang an einem Innovationsfonds-Projekt teilgenommen zu haben bzw. dies aktuell zu tun, fünf Befragte geben zwei oder mehr Projekte an. Überwiegend bezog sich die Teilnahme auf bestimmte Krankenkassen.

Schwerpunkte der Projekte betrafen die Optimierung der spezifischen Patientenversorgung, Arzneimitteltherapie bzw. Arzneimitteltherapiesicherheit, den Ausbau von regionalen, multiprofessionellen und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen sowie die Förderung von Evidenzbasierung bzw. Leitlinienadhärenz. Ebenfalls zeigt sich ein hoher Anteil von Projekten mit telemedizinischer Komponente.

Einstellungen in Bezug auf Innovationsfonds-Projekte

Die meisten Interviewten beurteilen die Einrichtung des Innovationsfonds positiv. Rund jeder dritte Interviewte nimmt darin einen großen Nutzen für die Patientenversorgung wahr, ein weiteres Drittel einen moderaten Nutzen.

„Natürlich muss man vorsichtig sein, dieses Konstrukt mit Erwartungen zu überfrachten. Ich denke aber, dass wir dadurch die Möglichkeit haben, gezielte und nachhaltige Verbesserungen in der Versorgung umzusetzen.“ (I-2m)

Ein großer Teil der Interviewten (12 Befragte) assoziiert den Innovationsfonds mit Chancen und Potenzialen für das Gesundheitswesen, besonders mit Blick auf eine unabhängige Finanzierung und die Identifizierung bzw. Schließung von Versorgungslücken. Ebenfalls wird von einer Mehrheit (11 Befragte) begrüßt, dass Hausärzt*innen sich nun tendenziell stärker in wissenschaftliche Forschung einbringen können.

„Wenn es darum geht, die Hausärzte bei klinischer Forschung mit ins Boot zu holen, war Deutschland lange sowas wie ein Entwicklungsland. Hier findet doch die praktische Versorgung der allermeisten Patienten statt. [...] Deshalb ist das bestimmt ein Schritt in die richtige Richtung.“ (I-11w)

„Mir ist es wichtig, dass diese großen Summen für Forschung von einer neutralen Stelle zur Verfügung gestellt werden.“ (I-13m)

Trotz der wahrgenommenen Potenziale des Innovationsfonds artikulieren Teile der Interviewten die Sorge vor negativen Effekten und geringer Passgenauigkeit, z.B. in Bezug auf die Adressierung hausärztlicher Versorgungsbedarfe. So hat fast jeder Zweite im Sample Zweifel, dass Inno-

vationsfonds-Projekte längerfristig zu einer Aufwertung der hausärztlichen Breitenversorgung werden beitragen können.

„Das Ganze kann auch seine Schlagseiten haben. [...] Zum Beispiel sehe ich die Gefahr, dass solche Studien am Ende doch zu stark an der Realität der Hausärzte vorbeigehen und uns damit wenig nützen [...], im schlimmsten Fall: eher belasten.“ (I-7m)

„Wie nachhaltig solche Interventionen für die Gesamtversorgung sind, muss man erst sehen.“ (I-11w)

Einige Interviewte äußern die Befürchtung, dass Hausärzt*innen im Innovationsfonds-Kontext „mehr als Lückenbüßer herangezogen werden“ (I-8m) könnten, um Patienten bereitzustellen und Interventionen auszuprobieren, ohne dass sie selbst ausreichende Mitgestaltungsmöglichkeiten haben.

„Das kennen wir schon aus der Vergangenheit. Hausärzte werden rekrutiert, aber sie sind mehr Mittel zum Zweck.“ (I-8m)

Bei einigen Befragten besteht Skepsis gegenüber dem Innovationsfonds „als politisch gewollter Einrichtung“, die „nicht zwangsläufig Projekte fördert, die das Gesundheitswesen braucht“ (I-7m) Aus eigener Erfahrung mit Projekten, in denen neue Gesundheitsakteure (z.B. spezielle Case Manager) etabliert wurden, wird die Sorge angesprochen, dass es letztlich eine „auf Kosten des Hausarztbudgets“ gehende „Verkomplizierung und Aufblähung des Gesundheitswesens“ (I-16m) geben könne. Offen sei auch, ob Innovationsfonds-Modelle „tatsächlich den Weg in die Regelversorgung finden“ (I-11w).

Teilnahmebereitschaft und Voraussetzungen

Als Begründung für ihre erfolgte Teilnahme führen die Interviewten v.a. Neugier und Mitwirkung in Bezug auf wissenschaftliche Forschung sowie den Wunsch an, zu einer besseren Versorgung und Lebensqualität von Patienten beizutragen. Ein Teil der Interviewten (sechs Befragte) macht allerdings deutlich, zunächst abgewogen zu haben, ob es machbar ist, angesichts hoher Arbeitsbelastung an einer großen wissenschaftlichen Studie teilzunehmen.

Wenn es darum geht, an (künftigen) Innovationsfonds-Studien zu partizipieren, benennen die Befragten verschiedene Voraussetzungen. Neben dem absehbaren diagnostischen bzw. therapeutischen Nutzen sprechen sie hier v.a. Fragen der (begrenzten) Mehrbelastung (z.B. Vor- und Nachbereitung, Dokumentationsaufwand, Patienteneinschreibung), der angemessenen Honorierung sowie der strukturellen Aufwertung der hausärztlichen Tätigkeit an (z.B. indem über die erfolgreiche Erprobung von Versorgungsmodellen perspektivisch Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen für Hausärzt*innen stärker verankert werden). Ebenfalls wichtig ist den Interviewten, dass Projekte keine größeren Veränderungen von Arbeitsabläufen und Zuständigkeiten innerhalb der Praxis bewirken und die Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsebenen optimiert wird.

„Es ist keine Kleinigkeit, sich an eine solche Studie zu binden. Man sollte schon gucken, dass man den Hausärzten da entgegenkommt. Ich glaube, das geschieht noch zu wenig.“ (I-6w)

Erfahrungen bei Teilnahme an spezifischen Projekten

Ein Teil der Hausärzt*innen (sieben Interviewte) gibt an, selbst auf das entsprechende Innovationsfonds-Projekt aufmerksam geworden zu sein und sich, z.B. als Reaktion auf das Lesen einer Bekanntmachung, gemeldet zu haben. Ein anderer Teil (neun Interviewte) nennt eine Rekrutierung durch Projektmitarbeiter*innen oder -partner (z.B. jeweiliges Ärztenetzwerk, Krankenkasse).

Zehn Interviewten geben an, dass es in Folge der Projektteilnahme erforderlich gewesen sei, Mitglieder des Praxisteam zu schulen. Insgesamt berichten elf Ärzt*innen, aufgrund der Projektpartizipation sei es im Praxisbetrieb temporär zu moderaten bis stärkeren Einschränkungen bzw. Behinderungen gekommen.

„Die Vorbereitungen auf Seiten des Praxisteam waren immens, der kurzfristige Schulungsbedarf groß... Wir wurden nicht von Anfang an über Art und Ausmaß der Schulungen informiert, und diese wurden zu kurzfristig angesetzt. Das

hat das normale Geschäft erschwert.“ (I-14w)

Insgesamt ziehen die Interviewten ein positives Fazit in Bezug auf den Nutzen der erprobten Intervention. So urteilen zwölf Ärzt*innen, die Versorgung bzw. Therapie der einbezogenen Patienten habe (sehr) stark profitiert. In ähnlicher Größenordnung wird bilanziert, der Nutzen der Projektteilnahme habe gegenüber dem Aufwand überwogen. Insbesondere Projekte zur Versorgung in strukturschwachen Gebieten, Arzneimitteltherapie/-sicherheit, Delegation und Substitution (z.B. gezielte Weiterbildungsmaßnahmen mit Ziel der Arztlastung bzw. -unterstützung) sowie sektorenübergreifende Versorgung werden hinsichtlich ihres Mehrwertes positiv beurteilt.

Die Ärzt*innen zeigen sich mit den beobachteten (Therapie-)Resultaten, der besseren Kooperation mit anderen Versorgungsakteuren und der Erweiterung diagnostischer bzw. therapeutischer Kompetenzen zufrieden. Als negativ wurden Dokumentationspflichten und ein oftmals hoher bürokratischer Aufwand erlebt, die Beeinträchtigung von Praxisroutinen sowie eine aus Sicht mancher Ärzt*innen zu geringe Einbeziehung in Forschungsprozesse und projektbezogene Entscheidungen. Vereinzelt wird von Druck aus der Projektleitung berichtet, *„unrealistisch viele Patienten zu rekrutieren“* (I-2m).

„Die Hürden und Mehrbelastungen sind nicht zu unterschätzen. Ich kann schon nachvollziehen, dass das nicht alle Ärzte mitmachen können.“ (I-15m)

Zwei Befragte, die bereits an Innovationsfonds-Projekten partizipiert haben, geben an, ihre Teilnahme schon einmal aufgrund von Überbelastung abgebrochen zu haben.

Dennoch käme es für die meisten Befragten prinzipiell in Frage, in Zukunft an weiteren Innovationsfonds-Projekten teilzunehmen, soweit diese aus ihrer Sicht lohnenswerte Effekte für die hausärztliche Versorgung versprechen.

Optimierungspotenziale

Vor dem Hintergrund ihrer Projekterfahrung wünschen sich die Interviewten eine Reihe von Verbesserungen. Diese beziehen sich auf eine Be-

grenzung von Dokumentationspflichten, mehr organisatorische Klarheit in Bezug auf die Projektkoordination, die Ermöglichung von mehr ärztlicher Entscheidungsflexibilität (z.B. bei der Patienteneinbestellung und therapiebezogenen Entscheidungen), weniger starke Eingriffe in Praxisabläufe sowie die Stärkung und bessere Strukturierung der Kommunikation bzw. Kooperation an den Schnittstellen mit anderen Versorgungsakteuren. Nicht zuletzt sprechen sich die teilnehmenden Ärzt*innen für eine aufwandsgerechte(re) Honorierung aus. Aus den Antworten geht ferner hervor, dass die Position von Hausärzt*innen in verschiedenen Etappen von Innovationsfonds-Projekten weiter gestärkt werden sollte.

Diskussion

Die Studienergebnisse zeigen, dass die Positionen der interviewten Hausärzt*innen mit Innovationsfonds-Erfahrung mehrheitlich positiv auffallen und Chancen des Konzepts wahrgenommen werden. Zugleich ist eine z.T. kritisch-distanzierte Haltung festzustellen, wenn es um die langfristige Zielorientierung und den konkreten Nutzen entsprechender Studien für die Hausarztmedizin geht. Die Bilanz, die in Folge der Projektteilnahme gezogen wird, ist mehrheitlich positiv (Therapiequalität, Aufwand-Nutzen-Verhältnis). Zugleich schildern die Befragten verbreitet Belastungsfaktoren, die sich in Dokumentationspflichten und Verwaltungsaufwand, einer Veränderung von Praxisabläufen und einer nicht immer aufwandsadäquaten Honorierung niederschlagen.

Die Resultate der Befragung können als Bestätigung gewertet werden, dass Hausärzt*innen heute in stärkerem Maße bereit sind, sich an empirisch-evidenzorientierten Studien zur Optimierung von Versorgung zu beteiligen [9]. Dennoch widerspiegeln die Ergebnisse eine gewisse Widersprüchlichkeit zwischen klar wahrgenommenen Potenzialen des Innovationsfonds sowie positiven Projekterfahrungen einerseits und einer bei vielen Gesprächspartner*innen feststellbaren Skepsis in Bezug auf die langfristigen Entwicklungslinien der Gesundheitspolitik. Hinzu kommt eine verbreitete Sorge, dass Haus-

ärzt*innen trotz des Nutzens einzelner Interventionen durch Innovationsfonds-Modelle in besonderem Maße belastet und womöglich längerfristig benachteiligt werden könnten.

Damit zusammenhängend, berichten diverse Arbeiten darüber, dass ein erheblicher Teil der allgemeinmedizinischen Praxen solchen Forschungsvorhaben nach wie vor nicht zur Verfügung steht [5–7]. Aufgrund dessen kommt es zu einem Mangel an Hausärzt*innen, die für komplexe Studien rekrutierbar wären, wie gerade Projekterfahrungen aus dem Innovationsfonds-Kontext belegen; oft wurden ursprünglich angestrebte Ärzte- und Patientenzahlen nicht erreicht [10, 11].

Obwohl die Gründe für die Hürden und Herausforderungen, Hausärzt*innen für Innovationsfonds- und andere komplexe klinische Studien zu rekrutieren, bis dato kaum untersucht wurden, gibt es Hinweise, dass sich entsprechende Projekte nicht immer reibungslos mit dem hausärztlichen Versorgungsalltag vereinbaren lassen. Neben dem Problem einer grundsätzlichen Zeit- bzw. Ressourcenknappheit [12] werden im allgemeinmedizinischen Fachumfeld Sorgen hinsichtlich logistischer Machbarkeit und ausufernder Mehrbelastung artikuliert, aber auch gelegentlich Zweifel an der Integrierbarkeit bzw. Passgenauigkeit von Interventionen im Praxisalltag und der Anreizstruktur von klinischen Studien [12–20].

In einer Übersichtsarbeit identifizieren Fletcher et al. [21] Barrieren wie schlechte Kommunikation durch Studienkoordinator*innen, hausärztliche Schwierigkeiten beim Verständnis von Forschungsmethoden, Bedenken hinsichtlich möglicher Schäden für Patienten und das Gefühl, von zu vielen Forschungsanfragen überfordert zu sein, ohne als echter Forschungspartner*innen wahrgenommen zu werden. Lech et al. [7] diskutieren Anforderungen an eine spezifische Rekrutierung von hausärztlich tätigen Mediziner*innen. So wird hervorgehoben, dass diese bei RCT-Studien effektiviert werden könnte, wenn es eine stärkere Konzentration auf regionale, thematisch spezialisierte Ärztenetze gäbe [22].

Die von den Befragten artikulierten Wünsche und Voraussetzungen für eine Beteiligung an Innovationsfonds-Studien gehen konform mit anderen Studien und zeigen Perspektiven auf, wie in Zukunft mehr Hausärzt*innen gewonnen werden könnten. So wünschen sich Allgemeinmediziner*innen nicht nur mit Blick auf die Teilnahme an Forschungsaktivitäten, sondern auch hinsichtlich der Partizipation an evidenzbasierten Strukturen bzw. Instrumenten einen



Dr. Julian Wangler ...

... ist wissenschaftlicher Mitarbeiter (Postdoc) in der Abteilung Allgemeinmedizin des Zentrums für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz. Sein Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich der empirischen Versorgungsforschung unter besonderer Berücksichtigung der hausärztlichen Versorgung sowie der Auswirkungen von eHealth und mHealth auf die allgemeinmedizinische Tätigkeit und das Gesundheitssystem.

Foto: Universitätsmedizin Mainz

Spielraum für individuelle Entscheidungsflexibilität, die Limitierung von Verwaltungsaufwand und die Aufrechterhaltung eingefahrener Praxisroutinen [14]. Zudem besteht der Wunsch, Projektaktivitäten (stärker) mitgestalten zu können. Dies deckt sich mit Resultaten vorangegangener Befragungen von hausärztlichen Forschungspraxennetzen [z.B. 12–14, 23, 24]. All dies verweist auf eine übergeordnete Hausarztkonformität von klinischen Forschungsprojekten, die bis dato nicht immer gegeben ist [11, 13].

Stärken und Schwächen

Die vorliegende Studie ist eine der ersten Arbeiten, die sich mit der Frage nach Einstellungen und Erfahrungen

von Hausärzt*innen mit Blick auf Innovationsfonds-Studien befasst. Aufgrund der begrenzten Fallzahl und des regionalen Rekrutierungsschwerpunktes kann die Studie keinen repräsentativen Anspruch erheben. Zudem waren sämtliche rekrutierten Hausärzt*innen Mitglieder in einem Ärztenetzwerk. Daher kann die vorliegende Studie weder Aussagen über Innovationsfonds-partizipierende Hausärzt*innen außerhalb solcher Netze treffen noch über die große Zahl von Hausärzt*innen ohne bisherige Projekterfahrung im Innovationsfonds-Kontext.

Angesichts der großen Zahl von Hausärzt*innen, die Innovationsfonds-Studien (noch) nicht zur Verfügung stellen, wird es bei künftigen Studien v.a. darauf ankommen, diese Gruppe mit Blick auf ihre Einstellungen, Erwartungen und Wünsche zu untersuchen und Maßnahmen zu erarbeiten, die eine größere Attraktivität einer Innovationsfonds-Teilnahme bewirken. In diesem Zusammenhang ist gerade die Frage von Interesse, welche Sichtweisen Hausärzt*innen ggf. davon abhalten, sich an Versorgungsmodellen zu beteiligen.

Obwohl sowohl bei der Rekrutierung als auch im Vorfeld der Interviews sowie bei deren Durchführung der Fokus deutlich auf das Instrument des Innovationsfonds bzw. die Förderlinie ‚Neue Versorgungsformen‘ enggeführt wurde, kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige der rekrutierten Hausärzt*innen ihre Antworten vor dem Erfahrungshintergrund anderer klinischer Studien gegeben haben. Dies kann eine Unschärfe für die Einordnung der Befunde bedeuten.

Schlussfolgerungen

Anhand der Interviews lassen sich Rückschlüsse ziehen, wie Hausärzt*innen aus bestehender Projekterfahrung den Innovationsfonds wahrnehmen und welche Anforderungen Studien erfüllen müssen, damit eine Teilnahme für Hausärzt*innen in Frage kommt. So gilt es insbesondere, die Hausarztkonformität von Projekten sicherzustellen, v.a. mit Blick auf ärztliche Entscheidungsspielräume, die Limitierung von Dokumentationspflichten, die Beein-

trächtigung von Praxisroutinen und eine stärkere Involvierung in die Forschungsplanung und eine längerfristige Aufwertung des hausärztlichen Settings. Innovationsfonds-Projekte sollten so ausgestaltet und kommuniziert werden, dass eine klare Relevanz für den hausärztlichen Alltag erkennbar ist.

Zusatzmaterial im Internet (www.online-zfa.de)

Anhang I: Interviewleitfaden

Anhang II: Hausärztliche Einstellungen zu und Erfahrungen mit Innovationsfonds-Studien – Erstelltes Kategoriensystem

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

- Schmitt J, Petzold T, Nellessen-Martens G, et al. Priorisierung und Konsentierung von Begutachtungs-, Förder- und Evaluationskriterien für Projekte aus dem Innovationsfonds: Eine multiperspektivische Delphi-Studie. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 570–579
- Deutscher Bundestag. Drucksache 19/8500, 2019. <https://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/085/1908500.pdf> (letzter Zugriff am 22.01.2022)
- Heytens H, Walther F, Keßler L, et al. Charakteristika von durch den Innovationsfonds geförderten Interventionsstudien: Review und Dokumentenanalyse von Studienprotokollen, Publikationen und Abschlussberichten. *Gesundheitswesen* 2021; 83: 20–37
- Schmitt J, Geraedts M, Maier B, et al. Zum Status quo und der vorgesehenen Weiterentwicklung des Innovationsfonds (Version 3, 4.2.2020). *Gesundheitswesen* 2020; 82: 374–377
- Hummers-Pradier E, Bleidorn J, Schmiemann G, et al. General practice-based clinical trials in Germany – a problem analysis. *Trials*. 2012; 13: 205
- Hummers-Pradier E, Chenot J-F, Scherer M. Sind Hausarztpraxen Forschungsinfrastruktur? *Z Allg Med* 2014; 90: 317–322
- Lech, O’Sullivan JL, Wellmann L, et al. Recruiting general practitioners and patients with dementia into a cluster randomised controlled trial: strategies, barriers and facilitators. *BMC Med Res Methodol* 2021; 21: 61
- Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11. Aufl. Weinheim: Beltz, 2010
- Wangler J, Jansky M. What is the significance of guidelines in the primary care setting? Results of an exploratory online survey of general practitioners in Germany. *Wien Med Wochenschr* 2021; 171: 321–329
- Beerheide R. Projekte mit ungewisser Zukunft. *Dtsch Arztebl* 2020; 117: 188–190
- Schmid S. Innovationsfonds und Regelversorgung. Kaum Effekte für Hausarztpraxen. *doctors|today* 2021; 1: 38
- Hummers-Pradier E, Scheidt-Nave C, Martin H, et al. Simply no time? Barriers to GPs’ participation in primary health care research. *Fam Pract* 2008; 25: 105–112
- Güthlin C, Beyer M, Erler A, et al. Rekrutierung von Hausarztpraxen für Forschungsprojekte – Erfahrungen aus fünf allgemeinmedizinischen Studien. *Z Allg Med*. 2012; 88: 173–181
- Wolf F, Kreuse M, Wiegand S, et al. Was motiviert Hausärztinnen und Hausärzte, sich an einem Forschungspraxennetz zu beteiligen? Ergebnisse einer Befragung in Thüringen. *Z Allg Med* 2020; 96: 490–495
- Tan ACW, Clemson L, Mackenzie L, et al. Strategies for recruitment in general practice settings: the iSOLVE fall prevention pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Med Res Methodol* 2019; 19: 236
- Johnston S, Liddy C, Hogg W, et al. Barriers and facilitators to recruitment of physicians and practices for primary care health services research at one Centre. *BMC Med Res Methodol* 2010; 10: 109
- Page MJ, French SD, McKenzie JE, et al. Recruitment difficulties in a primary care cluster randomised trial: investigating factors contributing to general practitioners’ recruitment of patients. *BMC Med Res Methodol* 2011; 11: 35
- Voorhees JR, Xierali IM, Bazemore AW, et al. A small percentage of family physicians report time devoted to research. *J Am Board Fam Med* 2013; 26: 7–8
- Messner DA, Moloney R, Warriner AH, et al. Understanding practice-based research participation: The differing motivations of engaged vs. non-engaged clinicians in pragmatic clinical trials. *Contemp Clin Trials Commun* 2016; 4: 136
- Bower P, Wallace P, Ward E, et al. Improving recruitment to health research in primary care. *Fam Pract*. 2009; 26: 391–397
- Fletcher B, Gheorghe A, Moore D, et al. Improving the recruitment activity of clinicians in randomised controlled trials: a systematic review. *BMJ Open* 2012; 2: e000496
- Bleidorn J, Heim S, Lingner J, et al. Wie sehen Hausärzte allgemeinmedizinische Forschung im Praxennetz? Eine Fokusgruppenanalyse. *Z Allg Med* 2014; 90: 348–353
- Poß-Doering R, Kunz A, Pohlmann S, et al. Hausarztpraxen für ein Forschungsprojekt zur Erprobung einer elektronischen Patientenakte gewinnen. *Z Allg Med* 2019; 95: 515–519
- Peters-Klimm F, Freund T, Bentner M, et al. „Aus der Praxis und für die Praxis!“ Aufbau eines Netzes von akademischen hausärztlichen Forschungspraxen – ein Werkstattbericht. *Z Allg Med* 2013; 89: 183–188

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Julian Wangler
Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie
Universitätsmedizin Mainz
Am Pulverturm 13
55131 Mainz
julian.wangler@unimedizin-mainz.de

Anhang I: Interviewleitfaden

Vorab mittels Kurzbefragung geklärte Fragen

1. Im Jahr 2016 wurde der sogenannte Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eingerichtet, der zur Verbesserung der medizinischen Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung neue Versorgungsformen und die Versorgungsforschung finanziell fördert. In der derzeitigen Förderphase stehen jährlich 200 Millionen Euro an Fördervolumen bereit, die von den gesetzlichen Krankenkassen und dem Gesundheitsfonds getragen werden. Gefördert wurden u.a. Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten, für spezielle Patient*innen-gruppen (z.B. ältere Menschen, Menschen mit psychischen und/oder seltenen Erkrankungen), zur Arzneimitteltherapie oder Modelle mit Delegation. Insbesondere werden Projekte gefördert, die zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung beitragen und ein Umsetzungspotential besitzen sowie Projekte, deren Ziel in der dauerhaften Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung besteht. Bei Projekterfolg und nachgewiesener Wirksamkeit der Interventionen besteht die Aussicht auf Übernahme in die Regelversorgung oder Aufnahme in große Selektivverträge.

Inwiefern war Ihnen vor Ihrer Teilnahme an Ihrem ersten Innovationsfonds-Projekt bekannt, dass es den Innovationsfonds gibt, inwiefern war Ihnen dies neu?

2. Auch vertragsärztlich tätige Hausarzt*innen können an Innovationsfondsprojekten teilnehmen und hierzu Patient*innen einschreiben. Die Teilnahme an Innovationsfondsprojekten ermöglicht Hausarzt*innen etwa, ihren Patient*innen neue Versorgungsformen anzubieten (z.B. Unterstützung der Versorgung durch bestimmte diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen oder telemedizinische Geräte), die bislang nicht Teil der Regelversorgung sind. Je nach Projekt besteht dabei die Möglichkeit, die Versorgungsform Patient*innen nicht nur einer, sondern aller gesetzlichen Krankenkassen anzubieten. Darüber hinaus erhalten Hausarzt*innen für diese Form der Versorgung eine zusätzliche Vergütung.

Inwiefern war Ihnen vor Ihrer Teilnahme an Ihrem ersten Innovationsfonds-Projekt bekannt, dass es Hausarzt*innen möglich ist, an Innovationsfonds-Projekten teilzunehmen, inwiefern war Ihnen dies neu?

3. Wie oft ist es bereits vorgekommen, dass Sie gefragt wurden, ob Sie an einem Innovationsfonds-Projekt teilnehmen möchten bzw. es Versuche gab, Sie für ein solches Projekt zu rekrutieren?

4. An wie vielen Innovationsfonds-Projekten haben Sie bereits teilgenommen oder tun dies aktuell? (Addieren Sie bitte frühere und aktuelle Teilnahmen.)
5. Bezieht bzw. bezog sich Ihre Teilnahme auf alle oder nur auf bestimmte Krankenkassen?
6. Welchen der folgenden Themengebiete lässt sich das/die Innovationsfonds-Projekt(e), an dem/denen Sie beteiligt sind bzw. waren, zuordnen?

Gesprächsfragen

1. Ganz allgemein gefragt: Wie beurteilen Sie Innovationsfonds ganz grundsätzlich, wenn Sie zugrunde legen, was Sie bereits darüber gehört haben und ggf. eigene Erfahrungen mit bestimmten Projekten einbeziehen?
2. Warum sehen Sie das so bzw. kommen Sie zu diesem Urteil?
3. Wie groß ist Ihrer Einschätzung nach der Nutzen, den der Innovationsfonds insgesamt für die Patient*innenversorgung in Deutschland bringt?
 - a) Inwiefern sehen Sie das Potenzial, dass mithilfe des Innovationsfonds nachhaltige und bedarfsorientierte Verbesserungen in der Patient*innenversorgung bewirkt werden können?
 - b) Inwiefern sehen Sie die Möglichkeit, dass speziell die hausärztliche Versorgung hiervon profitiert bzw. aufgewertet wird?
4. Inwiefern würden Sie sagen, dass sich Ihre grundlegende Einstellung zum Innovationsfonds in den letzten Jahren eher verbessert oder eher verschlechtert hat? Inwiefern hat Ihre Projektteilnahme etwas daran geändert?
5. Weshalb haben Sie an dem bzw. den Innovationsfonds-Projekten teilgenommen? Was bildete hierfür die Motivation bzw. den Anreiz?
6. Auf welchem Weg haben Sie zu dem/den Innovationsfonds-Projekt(en) gefunden (z.B. selbst gemeldet, durch Projektmitarbeiter*innen bzw. -partner rekrutiert)?
 - a) Wie ist die Rekrutierung konkret abgelaufen?
 - b) Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise Ihrer Rekrutierung?

7. Womit waren Sie hinsichtlich der Innovationsfonds-Projekte, an denen Sie bislang teilgenommen haben, zufrieden bzw. was ist Ihrer Einschätzung nach positiv hervorzuheben? (Bitte um Ausführung)
8. Und womit waren Sie hinsichtlich der Innovationsfonds-Projekte, an denen Sie bislang teilgenommen haben, eher unzufrieden bzw. was haben Sie als negativ erlebt? (Bitte um Ausführung)
9. Wie schätzen Sie das insgesamt ein: Wie stark hat die Versorgung bzw. Therapie der einbezogenen Patient*innen von den Innovationsfonds-Projekten, an denen Sie bislang teilgenommen haben, profitiert?
10. Inwiefern war es in Folge Ihrer Teilnahme erforderlich, Mitglieder Ihres Praxisteam(s) zu schulen?
 - a) Wie verlief(en) die Schulung(en)?
 - b) Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Durchführung der Schulung(en)?
11. Die Teilnahme an einem Innovationsfonds-Projekt kann dazu führen, dass Praxisroutinen verändert werden müssen, wodurch sich Komplikationen im Praxisablauf ergeben können. Inwiefern gab es aufgrund Ihrer Teilnahme an einem oder mehreren Innovationsfonds-Projekten Einschränkungen bzw. Komplikationen im Praxisablauf (z.B. Verzögerungen, Schwierigkeiten)? Wie schwerwiegend waren diese?
12. Wenn Sie versuchen würden, eine Bilanz zu ziehen: Inwiefern stand der (Mehr-)Aufwand aufgrund Ihrer Teilnahme an den Innovationsprojekten im Verhältnis zum Nutzen?
13. Unter welchen Voraussetzungen käme es für Sie in Frage, in Zukunft an weiteren Innovationsfonds-Projekten teilzunehmen? Was müsste ein solches Projekt für Sie erfüllen (z.B. Anforderungen, Erwartungen, Wünsche)?
14. Welche Verbesserungen würden Sie sich aus Ihrer eigenen Erfahrung für die Zukunft bei Innovationsfonds-Projekten wünschen?
15. Wie wichtig wäre es Ihrer Ansicht nach, wenn Hausärzt*innen stärker als bislang in die Konzeption und Entwicklung neuer Innovationsfonds-Projekte einbezogen werden?

Anhang II: Hausärztliche Einstellungen zu und Erfahrungen mit Innovationsfonds-Studien – Erstelltes Kategoriensystem

- 1) **Einstellungen in Bezug auf Innovationsfonds-Projekte und deren Nutzen:**
 - a) Prinzipieller Nutzen für die Verbesserung von (Regel-)Versorgung
 - b) Neutrale Forschungsfinanzierung vs. politische Beeinflussung
 - c) Anwendungsorientierte bzw. nachhaltige Beseitigung von Über-, Unter- und Fehlversorgung
 - d) Hausärztliche Partizipation an klinischer Forschung
 - e) Adressierung hausärztlicher Versorgungsbedarfe bzw. Passgenauigkeit von Interventionen
 - f) Hausärztliche Stellung im Innovationsfonds-getriebenen Forschungsgeschehen
 - g) Strukturelle Veränderungen des Gesundheitswesens aufgrund von Innovationsfonds-getriebenen Interventionen
- 2) **Teilnahmebereitschaft und deren Voraussetzungen:**
 - a) Interesse bzw. Mitwirkung an klinischer Forschung
 - b) Optimierung von Versorgung und Lebensqualität der Patient*innen bzw. diagnostischer und/oder therapeutischer Nutzen
 - c) Aufwand und Belastung
 - d) Honorierung
 - e) (Strukturelle) Aufwertung hausärztlicher Tätigkeit
 - f) Veränderung von Arbeitsabläufen, Praxisroutinen und Zuständigkeiten
 - g) Verbesserung der sektorenübergreifenden bzw. multiprofessionellen Versorgung
 - h) Schulung bzw. Ausbau diagnostischer oder therapeutischer Kompetenzen
 - i) Optimierung von Strukturierung bzw. Effizienz der Patient*innenversorgung
 - j) Bessere Antizipation von Versorgungskrisen
- 3) **Erfahrungen bei Teilnahme an spezifischen Projekten:**
 - a) Art und Weise der Rekrutierung bzw. Einschreibung
 - b) Schulungserfordernisse in Bezug auf das eigene Team
 - c) Veränderungen bzw. Einschränkungen des Praxisbetriebs aufgrund der Projektteilnahme
 - d) Erfahrungen und Beobachtungen in Bezug auf den Nutzen der erprobten Intervention
 - e) Aufwand-Nutzen-Relation der Projektteilnahme
 - f) Beurteilung einzelner Elemente der Projektteilnahme
 - g) Vollständige Beendigung der Projektteilnahme bzw. vorzeitiger Abbruch
 - h) Bereitschaft zur künftigen Teilnahme an Innovationsfonds-Projekten vor dem Hintergrund gemachter Erfahrungen
- 4) **Wahrgenommene Optimierungspotenziale:**
 - a) Begrenzung von Verwaltungsaufwand und Belastung
 - b) Organisatorische Strukturierung und Projektkoordination
 - c) Ermöglichung hausärztlicher Entscheidungsflexibilität
 - d) Begrenzung von Eingriffen in Praxisabläufe
 - e) Steuerung der interdisziplinären Kommunikation
 - f) Aufwandsgerechte Honorierung
 - g) (Stärkere) Beteiligung von Hausarzt*innen bei Projektkonzeption und -umsetzung