



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit
für den**

**Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisie-
rung von Versorgung und Pflege
(Digitale Versorgung und Pflege-
Modernisierungsgesetz - DVPMG)**

Stand: 07.12.2020

IKK e.V.

Hegelplatz 1

10117 Berlin

030/202491-0

info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung des Gesetzentwurfs	7
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 33a SGB V: Digitale Gesundheitsanwendungen	7
§ 75 SGB V: Inhalt und Umfang der Sicherstellung	9
§ 125 SGB V: Verträge	11
§ 134a SGB V: Versorgung mit Hebammenhilfe.....	13
§ 139e SGB V: Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung.....	15
Zu Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	17
§ 40a SGB XI: Digitale Pflegeanwendungen	17

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Innungskrankenkassen begrüßen die grundsätzliche Intention des Referentenentwurfs, die Enden der Digitalisierungsgesetzgebung der 19. Legislaturperiode zusammenzuführen.

Dass mit dem DVPMG auch eine grundsätzliche Neuausrichtung der digitalen Infrastruktur im Gesundheitswesen, hin zu einer online basierten Umsetzung eingeläutet wird, unterstützen die Innungskrankenkassen, denn ein Paradigmenwechsel ist auch aus ihrer Sicht notwendig. Der geplante „Zukunftskonnektor“ bietet die Möglichkeit, zukünftige onlinebasierte Anwendungen auch umsetzen zu können. Perspektivisch werden die stationären Konnektoren sowie die Datenbereitstellung über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) damit überflüssig. Eine weiterhin parallele Datenbereitstellung entweder auf Abruf, alternativ oder gleichzeitig über die eGK erscheint nicht sinnvoll, da somit weiterhin komplexe offline-basierte und kostenintensive technische Umgebungen bereitgehalten werden müssen, die ohne erkennbaren Mehrwert hohe Aufwände verursachen. Insofern erscheint die angestrebte kurzfristige Umstellung aufgrund vieler derzeit parallel stattfindender und im Fluss befindlicher Prozesse überambitioniert. Es wäre daher wünschenswert, die erfolgreiche Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und weiterer digitaler Services abzuwarten, bevor weitere Schritte eingeleitet werden.

DiPAs und DiGAs

Die Innungskrankenkassen sprechen sich *zum jetzigen Zeitpunkt* gegen eine Ausweitung der Verordnungsfähigkeit von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) auf den Pflegebereich aus. Die DiGAs befinden sich erst seit etwa zwei Monaten im Markt, es liegen daher noch keine Erfahrungen zum Nutzen, zur Verschreibungspraxis und zu den Kostensteigerungen für die Krankenkassen vor. Entsprechend gilt es, mit der Einführung Digitaler Pflegeanwendungen (DiPAs) zu warten, bis ausreichende und positive Erfahrungen mit der Verordnung von DiGAs gesammelt worden sind.

Darüber hinaus besteht im Bereich der DiGAs aus Sicht der Innungskrankenkassen noch folgender Klärungsbedarf:

Für die Krankenkassen ergeben sich mit den vorgesehenen Vergütungsregeln hohe finanzielle Risiken. Laut Referentenentwurf sollen die Preisverhandlungen für DiGAs erst nach der endgültigen Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis beginnen. Die Erprobungsphase für DiGAs beträgt bis zu zwei Jahre; in dieser Zeit gilt der vom Hersteller aufgerufene Preis. Der nach Abschluss der Erprobungsphase vereinbarte oder festgesetzte Betrag

soll dann rückwirkend ab dem 13. Monat nach der (probeweisen) Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis gelten.

Es ist zu erwarten, dass der Vergütungsbetrag nach Abschluss der Erprobungsphase regelmäßig niedriger sein wird als der zuvor aufgerufene Preis des Herstellers und es somit regelhaft zu Nacherstattungsforderungen gegenüber dem Hersteller kommt. Die gesetzliche Krankenversicherung geht hier in Vorleistung und trägt das Risiko, im Falle einer Insolvenz etwaige Nacherstattungsforderungen nicht mehr durchsetzen zu können. Noch dazu steht es den Unternehmen frei, jederzeit den Vertrieb seiner DiGA einzustellen. Insbesondere, wenn DiGAs letztlich nicht in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen werden, dürfte ein entsprechendes Risiko bestehen. Das Ausfallrisiko ist für die gesetzlichen Krankenversicherungen beträchtlich. Entsprechend sollten Regelungen geschaffen werden, die das Kostenrisiko der Krankenkassen minimieren, zum Beispiel in Form eines Ausfallfonds.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen müssen darüber hinaus Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, der Beitragssatzstabilität, der Eigenbeteiligung und Eigenverantwortung, die für Sachleistungen selbstverständlich sind, auch für DiGAs gelten. Entsprechend sollten Wirtschaftlichkeitsziele fester Bestandteil der Evaluation werden, wenn eine DiGA in die Versorgung aufgenommen werden soll. Die Kosten der jeweiligen DiGA sollten – wo möglich – mit den Kosten einer herkömmlichen Versorgung verglichen werden. Im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Bewertung sind auch etwaige Versorgungsverbesserungen zu berücksichtigen.

Sollten Wirtschaftlichkeitsziele nicht erreicht werden, so regen die Innungskrankenkassen an, die DiGA als Selbstzahlerleistung zu qualifizieren und den Krankenkassen die Option zu bieten, die entsprechende Anwendung zu bezuschussen.

Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit via Fernbehandlung

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass der G-BA den Auftrag erhält, festzulegen, wann eine Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit, einschließlich der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung, möglich ist. Bereits im Zuge der pandemischen Lage von nationaler Tragweite hat sich der G-BA dieser Thematik angenommen und zeitlich sowie regional beschränkte Umsetzungen ermöglicht. Die bisherigen Ausnahme- und Sonderregelungen mit einer gesetzlichen Grundlage im SGB V zu verstetigen, erscheint daher sachgerecht.

Vernetzung zwischen Leistungsträgern

Der Entwurf sieht vor, die Mittel des gesetzlich vorgeschriebenen Strukturfonds nunmehr auch für die Förderung telemedizinischer Versorgungsformen und Kooperationen bereitzustellen. Dazu zählen insbesondere eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Förderung digitaler Netzwerke zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern mit Leistungserbringern der Pflege sowie Heilmittelerbringern.

Die Innungskrankenkassen bewerten diese Ergänzung zur Förderung telemedizinischer Versorgungsformen und Kooperationen als positiv, da zahlreiche Optionen und sinnvolle Fördermöglichkeiten zur Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen eröffnet werden.

Rolle der gematik

Die Ausweitung des Aufgabenbereichs der gematik mit Schaffung zahlreicher Doppelstrukturen hatten die Innungskrankenkassen schon im Zusammenhang mit dem PDSG kritisiert und angemahnt. Diese Kritik wird aufrechterhalten. Denn auch der vorliegende Entwurf sieht gleich an mehreren Stellen Aufgabenerweiterungen für die durch das DVG neu strukturierte gematik vor. So soll die gematik z.B. zu einer Koordinierungsstelle für gemeinsame Standards weiterentwickelt werden. Aber auch konkrete digitale Umsetzungsprozesse – wie z. B. hinsichtlich der Umsetzung des e-Rezepts oder die geplante Bereitstellung von Desktop-Geräten zur Einlesung der ePA in Krankenkassenfilialen – sollen durch Vorgaben der gematik gesteuert werden. Dabei wird immer deutlicher, dass die gematik nicht mehr allein organisatorische bzw. systemische Entwicklungsprozesse begleiten, sondern sowohl bei der Produktion, Umsetzung als auch bei der Kontrolle eine zentrale Rolle spielen soll. Dies ist, gerade was direkte Schnittstellen und Zugänge zu den Versicherten angeht – ein Kernbereich der Selbstverwaltung – so nicht hinnehmbar.

Zudem soll mit der Anpassung des Mitgliedbeitrags auf 1,50 EUR die jährliche Zuweisung auf ca. 85 Mio. EUR gesteigert werden. Bisher wurden etwaige höhere Finanzbedarfe per Ersatzvornahme durch das BMG umgesetzt. Eine dauerhafte Erhöhung auf regelhaft 1,50 Euro lehnen die Innungskrankenkassen ab, da gegebenenfalls geringere Finanzbedarfe dann nicht mehr umgesetzt werden.

Vor dem Hintergrund, dass die gematik über die letzten Digitalisierungsgesetze immer mehr an staatlichen Einfluss gewinnt, mahnen die Innungskrankenkassen deshalb an, die Rolle und den Aufgabenbereich der gematik auf das zwingend notwendige zu begrenzen.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung des Gesetzentwurfs

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 33a SGB V: Digitale Gesundheitsanwendungen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Absatz (5) wird das Zuweisungsverbot für Vertragsärzte auch konkret auf DiGAs erweitert. Somit sollen insbesondere Rechtsgeschäfte und Kooperationen zum Zwecke der Zuweisung von Verordnungen zwischen Vertragsärzten und den DiGA-Herstellern unterbunden werden.

Bewertung

Die beabsichtigte Neuregelung wird generell begrüßt.

Der Grundsatz des Zuweisungsverbots ist nachvollziehbar, sollte jedoch keinen absoluten Charakter aufweisen. Im Bereich der DiGAs ist die Besonderheit zu berücksichtigen, dass sich die Auswahl der angebotenen und einschlägigen DiGAs mit den im Verzeichnis des BfArM aufgeführten Anwendungen erschöpft.

Anders als im Arzneimittelbereich, in dem bei Verordnungen regelhaft ein Wirkstoff verordnet wird, ist es bei digitalen Angeboten sinnvoll, eine Auswahl der in Frage kommenden Anwendungen zu treffen. Die Auswahl muss dabei zwingend gemeinsam mit dem Patienten getroffen werden.

Laut Begründung soll das Verbot von Kooperationen zwischen Vertragsärzten und Anbietern digitaler Anwendungen verhindern, dass der Eindruck entsteht, Ärzte seien Teil eines Vertriebssystems. Es ist jedoch fraglich, ob mit der vorgesehenen Formulierung der Norm diesem Umstand hinreichend Rechnung getragen werden kann.

Zusätzlich erscheint es sinnvoll, dass im § 33a SGB V Formulierungen hinsichtlich der Thematiken „Zuzahlung“ sowie „sozialmedizinischer Prüfung“ hinzugefügt werden. Andernfalls besteht eine willkürliche und nicht diskriminierungsfreie Behandlung der DiGA gegenüber anderen Sachleistungen. Es gelten die §§ 1, 12, 61, 62, 71, 275 auch für DiGA.

Änderungsvorschlag

Nach § 33a Absatz 5 (neu) werden die folgenden Absätze hinzugefügt:

Absatz 6: „Krankenkassen können durch den Medizinischen Dienst vor Genehmigung einer DiGA nach § 275 Absatz 3 Nummer 1 (Ergänzung DiGA) prüfen lassen, ob die DiGA erforderlich ist. Eine Beauftragung Dritter ist nicht zulässig.“

Absatz 7: „Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jeder zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen digitalen Gesundheitswendung als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43c Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei digitalen Gesundheitsanwendungen, die über mehrere Monate dauern, beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro je Monat.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 75 SGB V: Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine gesetzliche Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung, Versicherte bei der Suche nach telemedizinischen Angeboten zu unterstützen. Zu diesem Zweck sollen die Vertragsärzte freiwillig freie Termine für Videosprechstunden, sofern sie diese anbieten, an die Terminservicestellen melden. Zudem sollen auch die Kassenärztlichen Vereinigungen selbst telemedizinische Leistungen zur Sicherstellung des Notdienstes anbieten. Dazu kann auch die Nutzung technischer Ausstattung der Krankenhäuser im Rahmen der Kooperation nach Satz 3 vereinbart werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen gestalten den Zugang zu Informationen im Internet über Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte sowie Barrierefreiheit bundesweit einheitlich. Zu diesem Zweck erlässt die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine entsprechende Richtlinie.

Bewertung

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet weiter voran. Die Corona-Pandemie bewirkt zudem eine dringend notwendige Beschleunigung des Transformationsprozesses. Es ist daher zu begrüßen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen, die bereits die Terminservicestellen eingerichtet haben und somit die Versicherten ohnehin bei der Suche nach vertragsärztlichen Angeboten unterstützen, ihr digitales und telemedizinisches Angebot erweitern und die Zugangs- und Informationsmöglichkeiten an die Ansprüche und Bedürfnisse der Versicherten anpassen.

Folglich sollen Vertragsärzte, soweit sie Leistungen in Form der Videosprechstunde anbieten, freie Termine freiwillig der Terminservicestelle melden. Anderenfalls können die Kassenärztlichen Vereinigungen Versicherte nicht oder nur eingeschränkt bei der Suche nach telemedizinischem Versorgungsangebot unterstützen. Es ist daher zwingend geboten, dass die Vertragsärzte zur Bekanntgabe ihrer freien Videosprechstunden gegenüber der Terminservicestelle zu verpflichten.

Es wird begrüßt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Sicherstellung des Notdienstes auch telemedizinische Leistungen zur Verfügung stellen sollen.

Im Rahmen der Kooperation mit Krankenhäusern wird die Möglichkeit geschaffen, die technische Ausstattung des Krankenhauses zur Erbringung telemedizinischer Leistungen durch Notdienstpraxen zu nutzen oder die Erbringung telemedizinischer Leistungen durch das Krankenhaus zu ermöglichen. Diese Regelung wird grundsätzlich begrüßt.

Der Vorgabe an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Richtlinien für die Umsetzung der Bundeseinheitlichkeit der auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 1a Satz 2 bereitzustellenden Informationen zu erlassen, ist zuzustimmen. In dem Referentenentwurf fehlt lediglich am Ende das Wort „aufzustellen“.

Änderungsvorschlag

a) Absatz 1a dd) wird wie folgt gefasst:

„Soweit Vertragsärzte Leistungen in Form der Videosprechstunde anbieten, können mel-
den die Vertragsärzte den Terminservicestellen freie Termine ~~freiwillig melden~~.“

In Absatz 7 Satz 1 wird nach Nummer 3 folgende Nummer 3a wie folgt gefasst:

„3a. Richtlinien für die Umsetzung der Bundeseinheitlichkeit der auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 1a Satz 2 bereitzustellenden Informationen aufzustellen,“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 125 SGB V: Verträge

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht eine Verstetigung der Leistungserbringung durch Videobehandlung für bestimmte Heilmittelanwendungen vor, die bereits im Rahmen der Corona-Pandemie befristet ermöglicht wurden. Die Vertragspartner legen die geeigneten Heilmittelleistungen und die zugehörigen Voraussetzungen fest. Außerdem sollen Regelungen für die Vergütung bei der Anwendung therapiebegleitender DiGAs und die technischen Voraussetzungen in den bundeseinheitlichen Verträgen geschaffen werden.

Bewertung

Die Änderungen sind zu begrüßen.

Der G-BA prüft derzeit die Möglichkeiten und Grenzen der dauerhaften Einführung von Videotherapie im Heilmittelbereich. Im Anschluss erfolgt eine Überprüfung der Heilmittelrichtlinie. Dieses Verfahren sollte zunächst abgewartet werden. Auf Basis der Ergebnisse können die weiteren Schritte (z.B. Verhandlungen mit den Berufsverbänden) erfolgen. Vor diesem Hintergrund erscheint die gesetzte Frist 30.09.2021 nicht umsetzbar.

Darüber hinaus sollte inhaltlich ebenso die Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots einbezogen werden. Die Versorgung von heilmittelbezogenen DiGAs ist mit einzu beziehen, da eine Physio-DiGA wirtschaftlicher sein kann als die persönlich zu erbringende Videoberatung. Daher ist gleichermaßen eine Nutzenbewertung von DiGAs und Videobehandlungen, insbesondere im Verhältnis zueinander im Heilmittelbereich, unumgänglich. Zudem ist eine Entwicklung hin zu zahlreichen Add-on Behandlungen zu unterbinden.

Änderungsvorschlag

Die Frist sollte an das Inkrafttreten der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der für die Videotherapie definierten Bereiche geknüpft werden. Eine Frist von 6 Monaten nach Inkrafttreten erscheint realistisch.

§ 139e Abs. 2 Nummer 3 wird wie folgt geändert:

„3. positive Versorgungseffekte aufweist und“
die Wirtschaftlichkeit gegenüber herkömmlicher Versorgung nachgewiesen hat.“

§ 139e Abs. 2 wird um folgenden Satz 5 ergänzt:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erarbeitet zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit nach Satz 2 Nummer 4 gemeinsam mit den Krankenkassen einen Kriterienkatalog zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit. Dieser Katalog wird Bestandteil der Digitalen-Gesundheitsanwendungen-Verordnung.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 134a SGB V: Versorgung mit Hebammenhilfe

Beabsichtigte Neuregelung

Die im Rahmen der Corona-Pandemie ermöglichte Leistungserbringung durch Hebammen in Form von Videosprechstunden soll gesetzlich verstetigt werden. Die Vertragspartner sollen dazu die vergütungsrechtlichen und technischen Voraussetzungen regeln. Ebenso sollen Regelungen zur Vergütung von Hebammen beim therapiebegleitenden Einsatz von DiGAs getroffen werden.

Bewertung

Die Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Die derzeitige Leistungserbringung von Hebammen in Form von Videosprechstunden im Rahmen der Corona-Empfehlungen kann als eine Erprobungsphase betrachtet werden. Vor einer dauerhaften Etablierung sollten allerdings zunächst die Ergebnisse analysiert und eine Nutzenbewertung forciert werden, um entscheiden zu können, welche Leistungen sich tatsächlich als dauerhafter Beitrag zur Verbesserung der Versorgung eignen. Dabei sollte zudem eine qualitätsorientierte Differenzierung stattfinden, da nicht alle Arten der Leistungserbringung für eine Videobetreuung als geeignet erscheinen (z.B. Gruppenkurse).

Generell erscheint es sinnvoll, erst die Erkenntnisse im Heilmittelbereich im Allgemeinen zu bewerten und diese – sofern nicht ausreichend – gegebenenfalls durch spezielle Bewertungen im Hebammenbereich zu ergänzen.

Auch bei der digital gestützten Leistungserbringung bzw. Betreuung durch Hebammen gilt es Doppelversorgungen oder Add-on Angebote zu verhindern

Änderungsvorschlag

Nach Absatz 1c wird folgender Absatz 1d wie folgt gefasst:

„(1d) In den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 sind auch Regelungen zu treffen über die

1. Vergütung von Leistungen, die alternativ ganz oder teilweise im Wege der Videobehandlung erbracht werden,
2. die technischen Verfahren, die zur Erbringung von Leistungen im Wege der Videobetreuung nach Nummer 1 erforderlich sind, und
3. Vergütung von nach § 33a i.V.m. § 139e SGB V bestimmten Leistungen, die im Zusammenhang mit einer digitalen Gesundheitsanwendung erbracht werden.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 139e SGB V: Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 4a sieht vor, dass der Hersteller in begründeten Ausnahmefällen eine Verlängerung des Erprobungszeitraums beantragen kann. Dies kann der Fall sein, wenn die zu erbringenden Nachweise aufgrund der behandelten Krankheit nicht innerhalb von 12 Monaten erbracht werden können. Eine Verlängerung kann die Erprobungsphase auf bis zu 24 Monate ausdehnen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen diese Regelung ab. Es steht zu befürchten, dass diese längere Laufzeit zur Nutzenbewertung zur Regel wird. Das BfArM-Verzeichnis sollte grundsätzlich ausschließlich wirksame digitale Anwendungen mit nachgewiesenen Versorgungseffekten beinhalten. Zudem ist es wahrscheinlich, dass in den benannten Fällen aufgrund der Besonderheit der Krankheit auch der 24-monatige Erprobungszeitraum nicht ausreichend sein wird. Den Patienten, DiGA-Herstellern und den Kassen sollte dieses Interregnum nicht zugemutet werden. Stattdessen sollten Hersteller und Kassen gemeinsam die Möglichkeiten des 68 SGB V nutzen, um entsprechende Effekte vor Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis nachzuweisen.

Ausgaben für DiGA sind nach § 71 SGB V für jede DiGA zu prüfen.

Stellt sich beim Nachweis der Versorgungseffekte einer DiGA heraus, dass ihr Nutzen (unter Berücksichtigung gleicher Endpunkte) besser ist als eine verglichene analoge Leistung, sind für die analogen Leistungen Konsequenzen wie Streichung der Position einzurichten, um keine weniger effektiven Leistungen zu bezahlen und therapeutische Mehrfachaufwendungen zu verhindern. Sind Nutznachweise für einen bestimmten Zeitraum nicht nachgewiesen, sollte die DiGA bei Übereinstimmung von Versordnungszeitraum und evaluiertem Zeitraum nicht über diesen Zeitraum hinaus genutzt werden.

Sind bei DiGAs Module zu absolvieren (Level, Ebenen, Einheiten etc.) können die Preismodelle nicht nach Monaten bezahlt werden, sondern es gilt ein Preis für die Teilnahme

an einem Programm. Somit löst nicht der Download die Zahlung aus, sondern die tatsächliche Nutzung. Alles andere führt zu einer Kostenausweitung zulasten der Beitragszahler.

Änderungsvorschlag

Streichung des neuen Absatz 4a.

Stattdessen wird § 139e Abs. 2 wie folgt gefasst:

„3. positive Versorgungseffekte aufweist- und“

4. die Wirtschaftlichkeit gegenüber herkömmlicher Versorgung nachgewiesen hat.“

§ 139e Abs. 2 wird um folgenden Satz 5 ergänzt:

„5. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erarbeitet zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit nach Satz 2 Nummer 4 gemeinsam mit den Krankenkassen einen Kriterienkatalog zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit. Dieser Katalog wird Bestandteil der Digitalen-Gesundheitsanwendungen-Verordnung.“

Darüber hinaus regen die Innungskrankenkassen die Einführung eines Ausfallfonds an, der im Falle von Insolvenzen oder Marktaustritten die entstandenen Kosten der DiGA-Erprobungsphase auffängt.

Zu Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 40a SGB XI: Digitale Pflegeanwendungen

Beabsichtigte Neuregelung

Für digitale Pflegeanwendungen (DiPA), die sowohl den in § 33a des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht. Ansprüche nach anderen Vorschriften dieses Buches bleiben unberührt.

Bewertung

Die Einführung von DiPAs sind in dieser Reform abzulehnen. Nutzen und Effekte der DiGAs sind zuvor abzuwarten.

Darüber hinaus sind Kranken- und Pflegeversicherung voneinander unabhängige Träger der Sozialversicherung mit eigenem Rechtskreis. Insofern kann weder die Kranken- noch die Pflegeversicherung feststellen, dass ein verbindlicher Anspruch gegen den jeweils anderen Leistungsträger besteht. Der Leistungsanspruch kann jeweils nur für den eigenen Bereich geprüft und festgestellt werden. Die Regelung führt somit zwangsläufig zu Abgrenzungsproblemen zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung.

Die Problematik ist bereits bei den Hilfsmitteln aufgetreten, die sowohl den Zwecken des § 33 SGB V wie auch denen des § 40 SGB XI dienen. Nach langen aufsichtsrechtlichen Querelen wurde daraufhin der Begriff der duofunktionalen Hilfsmittel gesetzlich normiert, um für alle Beteiligte Rechtssicherheit herzustellen.

Änderungsvorschlag

Streichen und in Konsequenz auch § 78a SGB XI streichen.