

STELLUNGNAHME



Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)

NDGR – Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V.

Datum: 29. August 2019

Anschrift
NDGR – Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V.
Palisadenstraße 48, 10243 Berlin
Telefon: +49 (0)30 / 498 550-60
Fax:
E-Mail: hilbert@iat.eu , info@ndgr.de
Internetadresse: www.deutsche-gesundheitsregionen.de

Stellungnahme des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen e.V. zum Digitale-Versorgung-Gesetz

Das Netzwerk deutsche Gesundheitsregionen (NDGR e.V.)¹ vertritt 22 Gesundheitsregionen, in denen Akteure aus allen ‚Säulen‘, Sektoren und Kompetenzfeldern der Gesundheitswirtschaft vertreten sind. Viele dieser Regionen bemühen sich seit mehr als zehn Jahren darum, in Forschungs-, Entwicklungs-, Erprobungs- und Umsetzungsprojekten digitale Technik für Verbesserungen der Versorgung, aber auch für mehr Attraktivität der Arbeitsplätze bei Gesundheit und Pflege zu nutzen. Vor diesem Hintergrund stoßen Aktivitäten auf Bundesebene, im Parlament und in der politischen Verwaltung zur beschleunigten und zur verbesserten Nutzung digital gestützter Gesundheitsleistungen in Gesundheitsregionen auf Sympathie und hohe Aufmerksamkeit. Das gilt gerade auch für den Kabinettsentwurf zum „Digitale Versorgung Gesetz“ (DVG) aus dem Juli 2019. Die folgende Stellungnahme zum genannten Kabinettsentwurf ist in der Diskussion innerhalb des NDGR entstanden und lebt von der Vielfalt der Regionen in der Mitgliedschaft des NDGR. folgende Einschätzungen, Anmerkungen und Anregungen zeichneten sich in den einschlägigen Debatten innerhalb der NDGR-Mitgliedschaft ab:

1. Die wesentlichen Zielrichtungen und Ansatzpunkte des Kabinettsentwurfs werden im NDGR geteilt. Es ist erfreulich, dass die jahrelangen Ermunterungen an die Gesundheitspolitik, digital gestützte Erneuerungen nicht nur in der Forschung, Entwicklung und Erprobung anzugehen, sondern auch für den Versorgungsalltag fruchtbar zu machen, nunmehr engagiert aufgegriffen werden.
2. Die Möglichkeiten der Förderung digitaler Innovationen und der Unterstützung von Versorgungsinnovationen durch Krankenkassen sollen noch stärker ausgeweitet werden als im Entwurf vorgesehen. Parallel dazu sollen die Möglichkeiten von Leistungsanbietern und Kostenträgern gestärkt werden, mit Dritten zusammenzuarbeiten. In der Innovationspraxis der letzten Jahre hat sich gezeigt, dass Gesundheitsregionen (und mit ihnen oftmals Managementgesellschaften oder Trägereinrichtungen für gemeinschaftliche Versorgungsaktivitäten) für das Zustandekommen und für das Management innovativer Versorgungsinitiativen (seien sie nun digital gestützt oder nicht) von großer, oft ausschlaggebender Bedeutung sind. Aus diesem Grund scheint es sinnvoll, die regionale Ebene, verfasste Gesundheitsregionen und Managementgesellschaften explizit im DVG zu erwähnen und stärken, wenn es um die Aktivierung und Nutzung von Zusammenarbeit mit Dritten bei digitalen Innovationen und bei Versorgungsinnovationen geht.
3. Aus Sicht der deutschen Gesundheitsregionen/-netzwerke scheint es insbesondere sinnvoll, kommunalen Gebietskörperschaften als auch Gesundheitsregionen (und mit ihnen verbundenen Managementgesellschaften) ein Vorschlagsrecht für Erneuerungen auf der regionalen Ebene zu geben. Parallel dazu sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes zu solchen Vorschlägen Stellung zu nehmen

und zu beantworten, ob sie die Anregungen aufgreifen, modifizieren oder verwerfen. Im Falle einer Ablehnung sollte diese begründungspflichtig sein. Konkret könnten die skizzierten Anliegen etwa durch die Einführung eines § 68c „Regionale- Erprobungsregelungen und Förderungsmöglichkeiten“ realisiert werden, der wie folgt formuliert sein könnte: „Krankenkassen erhalten einzeln oder gemeinsam die Möglichkeit, regionale und explizit auf bestimmte Postleitzahlen und die Gesamtzahl der dort wohnenden Versicherten begrenzte Erprobungsregelungen und Förderungsmöglichkeiten unter Anbindung an die Telematik-Infrastruktur mit § 140a-Verträgen zu vereinbaren. Gesundheitsregionen, regionale Gesundheitskonferenzen bzw. alternativ regionale Gebietskörperschaften erhalten die Möglichkeit, Krankenkassen mit mehr als 3% Marktanteil in der Region zu regionalen Erprobungsregelungen aufzufordern. Entsprechend angesprochene Krankenkassen werden dazu angehalten, innerhalb von drei Monaten verbindliche Rückmeldungen zu geben.“

4. Der Kabinettsentwurf sieht vor, die Telemedizin zu stärken. Dabei spielen erfreulicherweise Telekonsile eine große Rolle; leider finden jedoch telemedizinische Versorgungsleistungen (etwa im Sinne einer Telekardiologie oder Telediabetologie) kaum Berücksichtigung. Angesichts des mittlerweile erreichten Entwicklungs- und Erprobungsstandes - oftmals vorangetrieben durch Gesundheitsregionen - scheint es aus Sicht der Gesundheitsregionen angemessen, telemedizinisch unterstützte Versorgungssysteme - die sich in Pilotprojekten bewährt haben - mit Blick auf die Zulassung wie auf die Finanzierung ähnlich zu behandeln wie digitale Gesundheitsanwendungen (im Sinne von § 33a des DVG Kabinettsentwurfs)).
5. Der Bewegungsspielraum für Krankenkassen ist durch die nahezu überall als restriktiv empfundene Aufsicht des Bundesversicherungsamtes (BVA) sehr eingeschränkt. Dass DVG enthält wenig Vorkehrungen dafür, die „Vorsichts- und Vorbehaltlogik“ des BVA zu ändern. Für eine ‚Entfesselung‘ der Innovationskraft der Krankenkassenlandschaft scheint es aus Sicht der Gesundheitsregionen sinnvoll, das BVA von einer „Vorsichts“ und Vorbehaltinstitution“ in eine „Möglichmach-Institution“ umzubauen. Konkret könnte dies etwa bedeuten, § 92b Absatz 3, Satz 3 SGB V wie folgt zu ergänzen: „Die Beschlüsse nach Satz 1 und nach Satz 2 müssen einen konkreten Vorschlag enthalten, wie die Überführung in die Regelversorgung mit Patientenzugang unabhängig der Krankenkassenzugehörigkeit erfolgen soll und welche Organisation der Selbstverwaltung oder welche andere Einrichtung für die Überführung zuständig ist. Das Bundesversicherungsamt befragt die Krankenkassen jährlich nach ihrer Umsetzung von positiv evaluierten Versorgungslösungen in die Regelversorgung (Kollektiv- und Selektivvertrag). Die Antworten der Krankenkassen werden in den öffentlich zugänglich gemachten Bericht zum Stand der Überführung von Innovationsfondsprojekten in die Regelversorgung übernommen.“ Eine solche Umkehr der Anforderungen hin zu einer öffentlich einsehbaren Begründungspflicht einer Nichtumsetzung würde die Anreize für die Krankenkassen verändern und sie von einem Zögerer zu einem Treiber bei innovativen Lösungen machen.

6. Regionale Versorgungsoptimierung setzt die Kenntnis der regionalen Versorgungsdaten voraus. Diese Daten werden zwar in Deutschland beim BVA gesammelt, sie liegen aber den regionalen Gesundheitskonferenzen und Parlamenten nicht vor. Wir halten es für eine gesundheitspolitische Pflicht, dass das BVA auf Verlangen der kommunalen Gremien bzw. Einrichtungen, die von diesen beauftragt worden sind, auf eine den legitimen Forderungen des individuellen Datenschutzes konforme Weise die GKV-Routinedaten der Regionen zur Verfügung stellen muss. Eine solche Datentransparenz ist nicht nur für die Aufdeckung (und Lösung) von Versorgungsproblemen erforderlich, sondern auch schon für das Erkennen von regionalen Versorgungsherausforderungen und Unterschieden. Deshalb schlagen wir zusätzlich vor, dass das BVA einen regionalen Atlas der Versorgungs-, Krankheits- und Medikationsunterschiede und ihrer Entwicklung über die Zeitachse auf Landkreisebene regelmäßig veröffentlicht.
7. Der Innovationsfonds soll verlängert und modifiziert werden, insbesondere mit Blick auf die Beschleunigung des Weges erfolgreicher Entwicklungen und Erprobungen in die Regelversorgung. Dass es mit Blick auf zügige Nutzungsmöglichkeiten erfolgreicher regionaler Innovationen für den Versorgungsalltag auch sinnvoll sein kann, an breit aufgestellte, von mehreren Krankenkassen gemeinsam unterschriebene Selektivverträge zu denken und den Krankenkassen in diesem Sinne mehr Bewegungsspielraum zu geben, wurde im Grundsatz bereits oben angesprochen. An dieser Stelle soll mit Blick auf die geplanten Erneuerungen beim Innovationsfonds ergänzend angesprochen werden, dass der geplante Betrag von 200 Millionen €/Jahr unangemessen niedrig ist.