

Stellungnahme des VdigG zu einem Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgung-Gesetz - DVG)

Vorbemerkungen

Der Verband digitale Gesundheit (VdigG) versteht sich als unabhängiger Think Tank zur Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Der Verband hat das Ziel, ein Umfeld zu erzeugen, in dem digitale Innovationen in der Gesundheitsbranche zeitnah Einzug erhalten.

Der Referentenentwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (DVG) beweist Mut zur Innovation. So enthält der Referentenentwurf ein Füllhorn an Regelungen und Erweiterungen der bestehenden Möglichkeiten, digitale Innovationen - hier „digitale Gesundheitsanwendungen“ - für die Versorgung zugänglich zu machen. Ob die Regelungen konkrete Versorgungsverbesserungen bringen können und den Kernprinzipien des Solidarsystems, der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, Rechnung tragen, muss eine umfassende Auswertung der Regelungen ab 01.01.2024 zeigen.

Der VdigG nimmt im Folgenden zu aus seiner Sicht besonders relevanten Regelungen Stellung und benennt an verschiedenen Stellen Änderungsmöglichkeiten, die der Gesetzgeber im Kontext der Reformumsetzung noch berücksichtigen sollte.

Dazu zählt besonders das Prinzip der „systemintrinsic Incentivierung“, welches sowohl den Behandler als auch den Patienten mit am Erfolg der Behandlung beteiligen soll. Der Gesetzgeber hat mit dem DVG die Chance, dem Prinzip Pay-for-Performance in Zukunft mehr Gewicht zu verleihen. Außerdem besteht aus Sicht des VdigG die Möglichkeit, durch digitale Versorgungslösungen im telemedizinischen Bereich sprechende Medizin zu fördern, indem die Betreuung und Ansprache gerade zwischen den einzelnen ärztlichen Behandlungen gestärkt wird. Digitalisierung in der Behandlung fördert so menschliche Ansprache sowie Kontakt und trägt zu einer besseren Versorgung bei. Zugleich wird medizinische Expertise ortsunabhängiger. Gleichzeitig kann auch eine Entlastung entstehen, indem Anliegen vorselektiert werden und Patienten eine bessere Orientierung erhalten.

Regelungsbereich §§ 33a, 134, 139e SGB V - Versicherte erhalten Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen

Es wird ein Leistungsanspruch der Versicherten auf digitale Gesundheitsanwendungen geschaffen und ein Verfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte etabliert, mit dem über die Leistungserbringung in der Regelversorgung entschieden wird.

Stellungnahme

33a SGB V

Der VdigG begrüßt den Schritt des Gesetzgebers, Versicherten einen Leistungsanspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen zu geben. Das zeigt, dass der Gesetzgeber die enormen Potenziale digitaler Anwendungen für die Versorgung erkannt hat.

134 SGB V

Der VdigG begrüßt die Intention des Gesetzgebers, ein Verfahren zur Vergütung digitaler Innovationen in der Regelversorgung zu schaffen, das Qualitäts- und Nutzenaspekten im erforderlichen Umfang Rechnung trägt. Mit der Anlehnung des Verfahrens an das zur Preisbildung bei Arzneimitteln nach dem Zusatznutzen liegt ein gutes und bewährtes System zur Preisbildung zugrunde. Die einzuführende „erfolgsabhängige Preiskomponente“ wird ausdrücklich begrüßt. Aus Sicht des VdigG gibt es allerdings Klärungsbedarf bei der Ausgestaltung der erfolgsabhängigen Preisbestandteile.

Verschiedene Antworten bleibt der Referentenentwurf aus Sicht des VdigG schuldig. Beispielsweise: In welchem Fall sollen diese erfolgsabhängigen Preiskomponenten greifen - grundsätzlich oder in Einzelfällen? Auf Basis welcher Endpunkte sollen die erfolgsabhängigen Komponenten bewertet werden? Hier muss der Gesetzgeber einen für junge Unternehmen möglichst bürokratiearmen Weg normieren, Nachweise geltend machen zu können.

Unklar ist aus Sicht des VdigG die derzeit mit dem Referentenentwurf normierte Regelung nach § 134 Abs. 2, wonach bis zur Festlegung der Vergütungsbeträge die tatsächlichen Preise der Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen gelten sollen, da in der jetzigen Ausgestaltung der Regelung nicht deutlich wird, wie dieser Preis ausgestaltet werden kann und ob möglicherweise auch dafür Verhandlungen nötig werden könnten. Die Regelung sieht lediglich vor, dass in einer Rahmenvereinbarung das Nähere zur Ermittlung der Herstellerpreise zu regeln ist. Dies führt aus Sicht des VdigG im derzeitigen Status zu Auslegungsschwierigkeiten und sollte daher präzisiert werden.

139e SGB V

Der VdigG begrüßt die Einführung des Verzeichnisses für digitale Gesundheitsanwendungen und die damit einzuführende Systematik zur Aufnahme in das Verzeichnis. Besonders die Möglichkeit, positive Versorgungseffekte auch erst während einer 12-monatigen Erprobungszeit nachzuweisen, ist zu begrüßen. Aus Sicht des VdigG muss allerdings überprüft werden, ob es für Start-Ups, vor allem finanziell, umsetzbar ist, das geforderte Evaluationskonzept von einer unabhängigen, wissenschaftlichen Einrichtung erstellen zu lassen. Die Unterstützung bei der Ausarbeitung von Evaluationskonzepten durch eine öffentliche Stelle (z.B. Innovationsbüro des BfArM) ist zu begrüßen.

Aus Sicht des VdigG sollte der Gesetzgeber im Verfahren nach § 139e SGB V zudem eine Regelung vorsehen, die sicherstellt, dass Patienten für eine ihnen verordnete digitale Gesundheitsanwendung weiterhin technischen Support und Beratung in solch einem Fall erhalten, in dem die Anwendung nicht mehr Teil des Verzeichnisses nach § 139e SGB V ist oder das herstellende Unternehmen nicht mehr existiert. Aus Patientensicht muss für solche Situationen eine nahtlose Möglichkeit der Unterstützung - vor allem mit Blick auf technische Fragen - existieren.

Regelungsbereich SGB V: § 68a, § 263 - Innovationsförderung bei den Krankenkassen

Zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung können Krankenkassen die Entwicklung digitaler Innovationen, wie insbesondere digitale Medizinprodukte, künstliche Intelligenz sowie telemedizinische oder IT-gestützte Verfahren fördern und Entwicklungen gemeinsam mit Dritten vorantreiben. Krankenkassen können dafür bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 in Kapitalbeteiligungen anlegen.

Stellungnahme

Die Erweiterung der Möglichkeiten für Krankenkassen zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung digitale Innovationen zu entwickeln und diese Entwicklungen gemeinsam mit Partnern voran zu treiben, sind aus Sicht des VdigG sehr zu begrüßen. Die Versorgung der Versicherten könnte so von zielgruppengerichteten Lösungen profitieren und Hersteller ihre Produkte einem größeren Publikum zur Verfügung stellen sowie weiter entwickeln. Aus Sicht des VdigG birgt die Lösung viel Potenzial für eine Zukunftsgestaltung der Versorgung, insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels.

Weiterhin sollten Leistungserbringerorganisationen die Möglichkeit erhalten, die Entwicklung digitaler Innovationen, wie insbesondere digitale Medizinprodukte, künstliche Intelligenz sowie telemedizinische oder IT-gestützte Verfahren, zu fördern und Entwicklungen gemeinsam mit Dritten voranzutreiben.

Regelungsbereich SGB V: § 68b - Förderung von Versorgungsinnovationen

Im Rahmen der Förderung von Versorgungsinnovationen können Krankenkassen ihren Versicherten nach Einwilligung insbesondere Informationen und Angebote zu individuell geeigneten Versorgungsmaßnahmen unterbreiten.

Stellungnahme

Durch die Neuregelung wird der Rahmen für eine individualisierte Versorgung anhand konkreter Bedarfe der Versicherten ermöglicht. Die Regelung sollte aus Sicht des VdigG damit noch deutlicher in Zusammenhang mit § 68a gestellt werden.

Regelungsbereich SGB V: § 73 Absatz 2 Satz 1, Ergänzung Nummer 7a; § 87, Absatz 5c und § 139e, Absatz 2 - Digitale Anwendung als verordnungsfähige Leistung und abrechenbar nach EBM

Mit der Ergänzung von Nummer 7a „Verordnung von digitalen Gesundheitsleistungen“ in § 73 wird der Katalog mit zu verordnenden Leistungen um digitale Anwendungen erweitert. Mit der Ergänzung von Nummer 7a können die Beratung des Versicherten und seine Unterstützung bei der Anwendung sowie die Auswertung der Anwendungsergebnisse im Rahmen einer ärztlichen Behandlung stattfinden. Mit der Aufnahme der digitalen Anwendung in das BfArM-Verzeichnis nach § 139 e gilt laut § 87 für digitale Anwendungen, die für die ärztliche Versorgung erforderlich sind, der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) als Abrechnungsgrundlage.

Stellungnahme

Der VdigG begrüßt die Vergütung der Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen. Damit soll der bestehenden Systematik im Gesundheitswesen gefolgt werden. Digitalisierungs- und Innovationsprojekte befinden sich seit kurzem erst in der Umsetzung, sind stark von systemtypischen Prozessen und Strukturen geprägt. Daher ist bislang unklar, wie die Translation in die Regelversorgung und die Einbindung weiterer Beteiligter gelingen kann. Eine Möglichkeit zur nachhaltigen Öffnung des Gesundheitssystems für digitale Innovationen besteht in der Begünstigung eines Evolutionsprozesses durch die Schaffung systemintrinsischer Incentivierungen. Beispielhaft hierfür könnte eine Vergütungsmöglichkeit für Ärzte sein, mit welcher diese zur Einbindung der Patienten in den Therapie- und Genesungsprozess motiviert werden.

Ein solcher Anreiz könnte die Vorhaltung digitaler, telemetrischer Kontaktmöglichkeiten oder eine Vergütung für eine engmaschige Therapiebegleitung umfassen. Für die Darstellung des mittelbaren und unmittelbaren Nutzens digitaler Anwendungen für den Patienten ist eine Einbindung des Leistungserbringers unerlässlich. Damit Anwendungsergebnisse der digitalen Therapiebegleitung und telemetrischer Konsile auch einen Nutzen stiften, sollte eine adäquate Vergütung für die Auswertung und Einordnung der Gesundheitsinformationen vorgesehen werden. Als Beispiel kann die EBM-Ziffer 13701 dienen, über welche Rheumatologen eine Vergütung für die Erfassung von Verlaufsdaten erhalten. Diese Option sollte für alle Indikationen eröffnet werden, in welchen es klinisch validierte Scores gibt, entwickelt werden bzw. anderweitig wissenschaftlich bestätigte Informationen aus den Anwendungsergebnissen abgeleitet werden können.

Aus diesem Grund sollten folgende Kategorien obligatorischer Leistungsinhalt sein:

- Auswertung und Auswahl der für den Patienten zur Verfügung gestellten digitalen Informationen
- Auswertung und Auswahl der für den Patienten zur Verfügung gestellten digitalen Unterstützungsleistungen
- Auswertung und Auswahl der für den Patienten zur Verfügung gestellten digitalen Verlaufsdokumentationen
- Auswertung und Auswahl der für den Patienten zur Verfügung gestellten digitalen Interventionsmöglichkeiten

Die Einbeziehung digitaler Anwendungsergebnisse in die Therapie des Patienten ohne Vergütung unter den allgemeinen Versorgungsauftrag zu subsumieren, dürfte der Akzeptanz der Innovationen nicht zuträglich sein, wenn sich der Sachverhalt nicht allein auf „nicht selbst verordnete digitale Anwendungen“ bezieht (Vgl. Referentenentwurf S. 46 „zu Artikel 1, Nummer 2, Absatz 1“).

Die damit einhergehende Vergütung kann im Weiteren an eine „Adhärenz- und Evidenzbindung“ gekoppelt werden, sodass eine volle ärztliche Vergütung nur dann ausgeschüttet wird, wenn ein nachgewiesener Therapieerfolg besteht. Ärzte werden im Weiteren motiviert, über den persönlichen Kontakt hinaus den Therapieverlauf und -erfolg im Blick zu behalten. Eine Förderung der sprechenden Medizin ist damit ebenfalls gegeben. Zudem wird dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit damit Rechnung getragen. Der Patient kann über digitale Gesundheitsanwendungen aktiver in die Therapie eingebunden werden.

Regelungsbereich §§ 291 und 291a SGB V - Telematikinfrastruktur wird erweitert

Es werden Apotheken und Krankenhäusern Fristen zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur gesetzt. Weitere Leistungserbringer erhalten die Möglichkeit, sich freiwillig anzubinden (Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen).

Stellungnahme

Aus Sicht des VdigG ist es obligatorisch, möglichst alle Leistungserbringergruppen an die Telematikinfrastruktur anzuschließen. Sektorenübergreifende Vernetzung wird nur dann zum Erfolg, wenn alle Patienten - unabhängig von der Art des Behandlers - durch ihren Behandler Daten auf die Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) speichern können.

Der Gesetzgeber sollte daher insbesondere auch klare Regelungen für diejenigen Behandler vorsehen, die sich freiwillig an die TI anbinden wollen, um eine Speicherung für ihre Patienten zu ermöglichen. Eine solche Klarstellung stünde auch im Kontext des Willens des Gesetzgebers, die TI als einzige und

zentrale Digitalinfrastruktur im deutschen Gesundheitswesen auszubauen. Dringender Nachbesserungsbedarf besteht jedoch dahingehend, dass der Patient über Drittanbieter seine Daten zur Verfügung gestellt bekommt bzw. weitere Informationen dort ablegen kann.

Regelungsbereich §§ 291a und 291h SGB V – Weiterentwicklung der Regelungen zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Versicherte haben ab dem 1. Januar 2021 Anspruch auf Speicherung ihrer medizinischen Daten aus der vertragsärztlichen Versorgung in der ePA. Das Anlegen und Verwalten sowie das Speichern von Daten in der ePA wird vergütet. Die Gesellschaft für Telematik wird verpflichtet, bis zum 31. März 2021 die technischen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Impfausweis, der Mutterpass, das Untersuchungsheft für Kinder sowie das Zahn-Bonusheft Bestandteil der ePA werden.

Stellungnahme

Der VdigG schlägt vor, die bereits im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) getroffenen Regelungen zur ePA zu erweitern. Er begrüßt einerseits, die im TSVG für Krankenkassen geschaffene Pflicht zur Einführung einer ePA bis 2021. Hier sind jedoch seitens des Gesetzgebers eindeutige Fristen für Zertifizierungsprozesse der Gematik zu kodifizieren, um Planungssicherheit für Kostenträger zu garantieren.

Der VdigG begrüßt weiterhin, dass aus Sicht des Gesetzgebers das digitale Versorgungsfeld als neuer Versorgungssektor mit der TI als zentraler Plattform etabliert werden soll. Um aber eine umfassende E-Health-Versorgung aller Patienten in Deutschland zu gewährleisten, ist eine Anbindung von PKV, Beihilfe, der freien Heilfürsorge sowie der Rentenversicherung (letztere mit Blick auf Reha-Versorgung) notwendig. Diesen Akteuren muss ein diskriminierungsfreier Zugang und eine zeitnahe Zertifizierung ihrer Anwendungen durch die Gematik gegen entsprechende Nutzungsgebühren garantiert werden.

Die Erweiterung der ePA ist aus Sicht der VdigG zu begrüßen. Allerdings wäre zu prüfen, ob nicht zusätzlich versorgungsrelevanter Daten in der ePA gespeichert werden sollten. Die Hinterlegung des Impfpasses erscheint aus Sicht des VdigG sinnvoll. Zahnbonusheft, Mutterpass oder Untersuchungsheft für Kinder haben aus Sicht des VdigG allerdings nachrangig Priorität, da die Anwendungszeit dieser Dokumente oft auf nur einen kleinen Zeitraum beschränkt ist. Ebenso sollte die Speicherung der Daten eines Röntgenpass diskutiert werden.

Wichtiger wäre es aus Sicht des VdigG vielmehr, die Daten aus mit diesem Referentenentwurf normierten digitalen Gesundheitsanwendungen, in Form gesundheitsrelevanter Informationen oder Diagnosen, in der ePA zugänglich zu machen. So ließe sich auch langfristig der Nachweis der bestehenden Anwendung durch den Versicherten erbringen und das Prinzip Pay-for-Performance umsetzen.

Auffällig war aus Sicht des VdigG zudem die besondere Fristsetzung des Gesetzgebers gegenüber den Krankenkassen, wonach sie unter Sanktion verpflichtet werden, ihren Versicherten eine ePA bis zu 01.01.2021 zur Verfügung zu stellen. Dieser Fristsetzung könnten Unsicherheiten innewohnen, die die sachgerechte Ausgestaltung der ePA eher behindern als fördern. So besteht eine deutliche Unsicherheit in der nicht mitnormierten Frist für die Gematik und das BSI zur Zulassung der Akten. In der derzeitigen Ausgestaltung bestünde die Möglichkeit, dass Krankenkassen Sanktionen in Kauf nehmen müssen, obwohl zeitliche Verzögerungen durch andere Akteure des Prozesses verursacht wurden. Der VdigG schlägt daher vor, die vom Gesetzgeber vorgesehene Frist an die Einreichung zur Zulassung der ePA zu koppeln und nicht an die zur Verfügungstellung.

Regelungsbereich §§ 87 und 291g SGB V - Telemedizin wird gestärkt

Telekonsile werden in größerem Umfang ermöglicht und extrabudgetär vergütet. Die Möglichkeiten der Inanspruchnahme einer Videosprechstunde werden vereinfacht.

Stellungnahme

Die Stärkung der Telemedizin ist aus Sicht des VdigG sehr zu begrüßen. Darin liegen besondere Potenziale für die Versorgung in einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen. Behandlungserfolge hängen gerade im ambulanten Bereich oft von der Engmaschigkeit der Behandlung ab. Ärzte im deutschen Gesundheitssystem wenden derzeit einen großen Teil ihrer Arbeitszeit auf, um bürokratische Prozesse zu betreuen - für die eigentliche Behandlung und den dabei notwendigen menschlichen Kontakt bleibt dabei immer weniger Zeit.

Durch die Anwendung digitaler Betreuungsmöglichkeiten sollten aus Sicht des VdigG die derzeit bestehenden „Touchpoints“ zwischen Arzt und Patient zu einer „Touchline“ weiterentwickelt werden. Damit kann die menschliche Komponente der Behandlung durch Delegation der Vor- und Nachbetreuung an weitere Fachkräfte gestärkt und die Betreuung von weitaus mehr Patienten ermöglicht werden. Im Fokus des Arztes steht folglich über ein zuverlässiges Informationssystem die Behandlung im Bedarfsfall, nicht im arbiträren Terminfall. Ein Mehrwert besteht sowohl für die Patienten, die besonders als Chroniker von den Neuerungen partizipieren könnten, als auch für Ärzte, deren Behandlungszeit optimiert würde.

Regelungsbereich §§ 188, 68b, 87, 92 Abs. 6 SGB V – Verwaltungsprozesse werden durch Digitalisierung vereinfacht

Der freiwillige Beitritt zu einer gesetzlichen Krankenkasse kann elektronisch erfolgen. Zudem dürfen Kassen auf elektronischem Wege über innovative Versorgungsangebote informieren. Der Einsatz des elektronischen Arztbriefes wird weiter gefördert und die Voraussetzungen für die elektronische Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln in den Regelwerken der Selbstverwaltung geschaffen.

Stellungnahme

Der Vdigg begrüßt die Intention des Gesetzgebers, Verwaltungsprozesse im Gesundheitswesen konsequent zu digitalisieren und damit derzeit bestehenden Medienbrüchen wirksam zu begegnen. Die meisten Vorgaben im SGB V stammen noch aus einem prädigitalen Zeitalter. So war beispielsweise für Krankenkassen die Einschreibung für digitale Versorgungsprogramme lange Zeit eine große Hürde, weil die Schriftform hier zwingend vorgesehen war.

Die Verifikation der Identität des Patienten könnte aus Sicht des Vdigg im Gegensatz zu mittlerweile geläufigen Video-Ident oder ähnlichen Verfahren zur Identitätsfeststellung vereinfacht durch den Behandler stattfinden. Damit könnte die Einschreibung in (digitale) Versorgungsprogramme besonders niedrigschwellig direkt durch die Behandelnden erfolgen. Die Verifikation der digitalen Identität könnte damit Vergütungsgrundlage sein. Die Verifizierung des Leistungserbringers könnte direkt über die Kammer oder den Berufsverband erfolgen.

Regelungsbereich § 87 SGB V – Verminderte Vergütung für das Telefax

Zukünftig wird die Vergütungsfähigkeit des Telefaxes für Arztbriefe stark abgesenkt bzw. ausgesetzt. Das BMG unterstützt die Ärzteschaft mit dieser Regelung, eine sichere und strukturierte Kommunikation zwischen Leistungserbringern sicherzustellen.

Stellungnahme

Der Vdigg begrüßt ausdrücklich die Regelungen zur Vergütungsfähigkeit des Faxversandes. Die Faxtechnologie kann weder eine strukturierte Datenübertragung noch einen zeitgemäßen und adäquaten Schutz für Patientendaten gewährleisten. Allerdings ist es für den Erfolg dieser Regelung notwendig, dass Ärzten eine sichere und technische verfügbare Alternative angeboten wird. Der Vdigg fordert daher, die Ärzteschaft nicht nur in die Pflicht zu nehmen auf ein sichereres Verfahren umzusteigen, sondern den Ärzten auch eine sinnvolle Alternative anzubieten, die von allen beteiligten Akteuren mitgetragen wird.

Regelungsbereich 92a SGB V - Innovationsfonds wird fortgeführt und weiterentwickelt

Die Förderung über den Innovationsfonds wird bis 2024 mit 200 Millionen Euro jährlich fortgeführt. Das Förderverfahren wird an mehreren Stellen weiterentwickelt. Es soll beispielsweise ein Verfahren zur Überführung erfolgreicher Ansätze in die Regelversorgung geben. Zudem kann zukünftig die Entwicklung von Leitlinien über den Innovationsfonds gefördert werden.

Stellungnahme

Der VdigG begrüßt ausdrücklich die Fortführung des Innovationsfonds. Durch ihn werden innovative Versorgungsmodelle erprobt. Dadurch wird das deutsche Gesundheitssystem noch zukunftsfester. Die Reduzierung des Fördervolumens von EUR 300 Mio. auf EUR 200 Mio. ist angemessen genauso wie die stärkere Fokussierung auf neue Versorgungsformen. Da schon jetzt das Fördervolumen Jahr für Jahr ausgeschöpft wurde, erscheint eine Übertragbarkeit der Mittel bei einem Reduzierten Volumen von EUR 200 Mio. überflüssig und nicht sachgerecht. Kritisch wird die Fokussierung auf bis zu 15 Großprojekte pro Jahr sowie die Beschränkung von themenoffenen Forschungsschwerpunkten gesehen. Innovationen sind nicht planbar. Häufig entstehen Innovationen unvorhergesehen. Um wirklich neue Ansätze zu ermöglichen, ist es daher kontraproduktiv, kleinen Projekten mit unkonventionellen Verbesserungsansätzen für die Versorgung die Förderung zu erschweren. Das Gegenteil sollte Ziel des Innovationsfonds sein. Hierzu sollte es einen gesonderten Fördertopf geben, einen sog. "Innovationsturbo". Auf diesen können sich kleine innovative Projekte bewerben. Der Innovationsfonds entscheidet dann innerhalb von 3 Monaten darüber, ob die Entwicklung der Projektidee durch den Innovationsfonds gefördert und unterstützt wird. Außerdem hat sich die bisherige Praxis einer flexiblen Allokation zwischen themenspezifischen und themenoffenen Förderschwerpunkten bewährt. So können die jeweils besten Projekte gefördert werden. Eine vorab festgelegte Quote würde dies verhindern.

Ein zweistufiges Bewertungsverfahren wird abgelehnt. Das einstufige Verfahren hat sich bewährt. Ein zweistufiges Verfahren würde die Bewertung der Anträge nur unnötig verzögern und die Qualität der geförderten Projekte nicht verbessern. Eine Weiterentwicklung von Leitlinien durch den Innovationsfonds ist abzulehnen. Dies ist Aufgabe der Fachgesellschaften. Eine derartige Förderung würde GKV-Gelder zweckentfremden. Die Verschiebung der Frist zur Evaluation ist sinnvoll, da im März 2021 noch nicht ausreichend Projekte abgeschlossen sein werden, um finale Aussagen über den Erfolg des Innovationsfonds treffen zu können.

Regelungsbereich 92b SGB V - Verfahren zur Überführung in die Regelversorgung wird geschaffen

Es wird ein Verfahren geschaffen, mit dem nachweislich erfolgreiche Versorgungsansätze aus Vorhaben des Innovationsfonds in die Regelversorgung überführt werden.

Stellungnahme

Die bisherige bewährte Praxis, dass der Innovationsausschuss die Förderthemen festlegt, ist beizubehalten. Es gibt keinen Grund diese Aufgabe dem BMG zu übertragen.

Der VdigG begrüßt ausdrücklich, dass der Innovationsausschuss über den Erfolg der Projekte entscheiden soll und konkrete Vorschläge für die Überführung machen soll. Die Frist von 3 Monaten ab Eingang der Projektevaluation ist sachgerecht. Auch ist zu begrüßen, dass auch nur einzelne Bestandteile von Projekten übernommen werden. Positiv beschiedene Projekte brauchen jedoch eine Übergangsfinanzierung aus dem Innovationsfonds, da sonst Versorgungsstrukturen unnötigerweise erst ab- und dann teilweise Jahre später wieder aufgebaut werden müssen. Dieser erneute Aufbau wäre eine Verschwendung von Ressourcen und damit unwirtschaftlich. Die Unterstützung der Entwicklung von Projektideen mit Potenzial zur besseren Versorgung ist zu begrüßen.

Berlin, 7. Juni 2019

