

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung zum Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (digitale Versorgung und Pflege – Modernisierungs-Gesetz – DVPMG)

1. Aus Versorgungsforschungsperspektive erscheint es notwendig, dass der Gesetzgeber eine stärkere Differenzierung zwischen Wirksamkeit und Effektivität sowie Reichweite/Inanspruchnahme vornimmt. Folgende Vorschläge zu Nachbesserung werden empfohlen:

a) Keinen weiteren Abbau des Standards der Evidenz-basierten Medizin (EBM) wie in §139e (4e) derzeit vorgesehen. Bereits 12 Monate DIGA-Zulassung ohne Nutznachweis ist insbesondere für DIGA mit Interventions-/Behandlungsfokus (in Abgrenzung zu simplen digitalen Unterstützungstools) als Gefährdung der Patientensicherheit einzustufen. Eine Ausweitung dieses fraglichen Standards auf 24 Monate stellt eine massive Abkehr vom EBM-Prinzip dar, mit allen potentiellen Konsequenzen für die Patientensicherheit.

b) Etablierung von Prozessevaluationsstandards bzgl. zugelassener DIGA. Aus Versorgungsforschungsperspektive ist bekannt, dass RCT-Wissen nicht 1:1 auf die Versorgung übertragen werden kann. Insbesondere kann sich die Inanspruchnahme und die Nutzung von DIGA massiv vom Kontext klinischer Studien unterscheiden, mit einer durchaus beträchtlichen Wahrscheinlichkeit, dass zahlreiche DIGA zwar kostenintensiv verschrieben werden, einmal installiert aber nur sehr gering bis überhaupt nicht genutzt werden (das ist recht durchgängig die Erfahrung insbesondere mit therapeutisch unbegleiteten Online-Selbsthilfeinterventionen). An dieser Stelle bedarf es eines Qualitätssicherungsprozesses, so dass langfristig nur DIGA (mit Behandlung/Interventionsanspruch) zugelassen sind, die a) einen Nutzenbeleg auf RCT-Ebene nachgewiesen haben und b) eine ausreichend hohe Inanspruchnahme- und Nutzungsquote verschriebener DIGA nachweisen können (z.B. Notwendigkeit das DIGA-Betreiber jährlich unaufgefordert anonymisierte Nutzungsstatistiken - abgerechnete DIGA vs. zumindest einmalig Inanspruch genommene DIGA vs. zumindest zu 50%/ 80% durchlaufene DIGA o.ä.-) vorzulegen haben.

2. Videokonferenz-basierte Maßnahmen

Sowohl die Evidenz als auch die Erfahrungen der vergangenen Monate zeigen, dass die synchrone Videokonferenz-basierte Versorgung wirksam und sicher funktioniert. Hier erscheint die prozentuale Deckelung auf 30% der Leistungen je Quartal unangemessen einschränkend bzgl. dem Handlungsspielraum. Die Erfahrungen zeigen auch, dass sowohl Leistungserbringende als auch Patienten zum großen Teil zur vor Ort Behandlung zurückkehren (möchten), d.h. hier geht es um die Schaffung von Handlungsspielraum, insbesondere für Patient*innen, die anderweitig ggf. keine Behandlung in Anspruch nehmen. Die Erfahrungen zeigen, dass mit der weiteren Öffnung keine flächendeckende Abkehr von der etablierten vor Ort Behandlung erfolgen wird, sondern wir nur unsere Möglichkeiten besser ausschöpfen als heute.



Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

Die DNVF-Stellungnahme wurde im Auftrag des geschäftsführenden Vorstands des DNVF von Prof. Dr. Harald Baumeister (Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm) angefertigt und von der Arbeitsgruppe Digital Health des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung konsentiert.

Kontakt:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.
Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende)

c/o DNVF-Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
E-Mail: info@dnvf.de
Tel.: 030 1388 7070