

Digitalisierung zielführend gestalten und vorantreiben

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)

1. August 2023

Zusammenfassung

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen besitzt nicht nur das Potenzial Prozesse effizienter zu gestalten, sondern auch die Versorgung im Gesundheitswesen zu verbessern. Die elektronische Patientenakte (ePA) und digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) können hier u. a. einen Beitrag leisten.

Vor diesem Hintergrund ist die endlich vorgesehene Umstellung der elektronischen Patientenakte (ePA) auf ein Opt-Out-Verfahren richtig und notwendig, um eine große Verbreitung der ePA zu erreichen. Damit sie ihren Nutzen voll entfalten kann, müssen Leistungserbringende verpflichtet werden (Sanktionsmechanismus zur Durchsetzung notwendig), die ePA mit den im Behandlungskontext erhobenen Daten in Echtzeit zu befüllen. Außerdem sollten die behandelnden Leistungserbringenden grundsätzlich auf ePA-Daten zugreifen können, es sei denn, die Versicherten widersprechen ausdrücklich. Vor diesem Hintergrund muss die vorgesehene „Opt-out“-Regelung für alle Betriebsärztinnen und -ärzte gleichermaßen gelten, also auch für die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Betriebsärztinnen und -ärzte, für die aktuell weiterhin die „Opt-in“-Regelung vorgesehen ist. Um eine hohe Nutzung der Versicherten zu erreichen, sollte die ePA anwenderfreundlich gestaltet werden. Zudem muss eine niedrigschwellige und zugleich rechtssichere Möglichkeit zur Identifizierung vorgesehen werden. Diese fehlt aktuell weiterhin.

Die Ausweitung des Leistungsanspruches auf DiGA mit Medizinprodukten höherer Risikoklassen sollte unterbleiben. Der Einsatz von DiGA darf kein Selbstzweck sein, sondern muss zu einer besseren und effizienteren Versorgung beitragen. Ebenso wie bei Arzneimitteln und Medizinprodukten dürfen auch digitale Anwendungen nur von der Solidargemeinschaft finanziert werden, wenn deren Nutzen erwiesen ist und sie einen Mehrwert gegenüber einer Alternativbehandlung darstellen. Bevor diese DiGAs in die Versorgung kommen, ist eine vorherige Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unter Einbindung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zwingend erforderlich.

Aus Arbeitgebersicht darf durch die vorgesehenen Regelungen zudem das Verfahren der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nicht gefährdet werden. Es stellt mit rd. 70 Mio. AU-Meldungen im Jahr eines der wichtigsten Masserverfahren dar und ist zudem von großer wirtschaftlicher Bedeutung. Im Jahr 2021 zahlten Unternehmen für ihre erkrankten Beschäftigten insgesamt 77,7 Mrd. € an Bruttogehältern und Arbeitgeberbeiträgen zur Sozialversicherung (Lohnfortzahlung im Krankheitsfall). Deshalb ist sicherzustellen, dass die vorgesehene Änderung des § 73



SGB V nicht zu einer Gefährdung des Ersatzverfahrens im sog. „Störfall“ führt. Auf eine Aufhebung der aktuell bestehenden Begrenzung für Videosprechstunden auf 30 % der Leistungen je Quartal muss zudem verzichtet werden. Sonst besteht die Gefahr, dass sich kommerzielle Anbieter mit dem ausschließlichen Angebot an telemedizinischen Leistungen etablieren. Dies kann negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität, die Versorgung und die Aussagekraft von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen haben. Eine solche Aufhebung ist auch gar nicht erforderlich, da die aktuelle Quote in der Regel von ambulant tätigen Vertragsärzten sowieso nicht ausgeschöpft wird.

Im Einzelnen

Verbreitung der elektronischen Patientenakte weiter fördern

Der Umbau der ePA hin zu einer Opt-Out-Anwendung ist ausdrücklich zu begrüßen. So kann schnell ein hoher Verbreitungsgrad der ePA erreicht werden.

Um einen Mehrwert der ePA zu erzielen und das hohe Nutzenpotenzial zu entfalten, kommt es vor allem auf eine umfängliche und aktuelle Befüllung der Akte durch Leistungserbringende und Krankenkassen an. Soweit die Leistungserbringenden mit dem Referentenentwurf verpflichtet werden die ePA automatisiert mit strukturierten Daten zu befüllen, ist es hierbei entscheidend, dass die im Behandlungskontext erhobenen Daten von den Leistungserbringenden in Echtzeit befüllt werden. Nur so kann die ePA ihr Wirksamkeitspotenzial entfalten. Wenn hingegen nur Abrechnungsdaten mit großen Zeitverzögerungen in der ePA auftauchen, ist dies bedingt hilfreich. Je mehr relevante Daten aktualisiert zur Verfügung stehen, desto schneller und präziser können individuelle Behandlungen durchgeführt und Versorgungspfade gestaltet werden. Mehrfachuntersuchungen können so kostensparend vermieden werden. Das Ziel muss eine interoperable ePA sein, die Erkenntnisse schnell transferiert und eine optimierte medizinische Versorgung möglich macht.

Für den Erfolg der ePA in Deutschland sind die ausreichende Zahl der aktiv Nutzenden und der Umfang der Daten ausschlaggebend, da nur dann die Leistungserbringenden routiniert damit arbeiten können und die notwendigen Investitionen in die Infrastruktur gerechtfertigt sind. Daher sollte neben der Einführung der Opt-out Lösung zugleich der Zugriff auf ePA-Daten – die Einsichtnahme, Speicherung von Informationen und Verarbeitung – durch behandelnde Leistungserbringende ermöglicht werden. Um weiterhin zu gewährleisten, dass die ePA patientenzentriert bleibt und die Versicherten die Kontrolle über ihre Daten haben, sollten die Versicherten zudem die Möglichkeit haben, der Einsichtnahme durch Leistungserbringende zu widersprechen („Verschattung“ von ePA-Inhalten). Dies ist richtigerweise auch eine zentrale Empfehlung des Sachverständigenrates für Gesundheit zur Ausgestaltung der ePA¹.

Ein wichtiger Aspekt für eine anwenderfreundliche ePA ist ein einfacher Zugriff auf die Akte, also eine niedrighschwellige und zugleich rechtssichere Identifizierung. Damit die Nutzung der ePA erhöht beziehungsweise überhaupt ermöglicht werden kann, müssen die Angebote zur Identifizierung beim initialen Zugang zur ePA vielfältiger und vor allem einfacher werden. Das aktuelle Verbot des Video-ident-Verfahrens und die aktuelle Doppelstruktur von elektronischer Gesundheitskarte und PIN sind nicht zielführend und sollten von einfacheren Verfahren, z. B. dem neuen Personalausweis, abgelöst werden. Auch im alltäglichen Gebrauch sollte die Anmeldung zur ePA so unkompliziert wie möglich sein, um auch weniger digital affinen Versicherten den Umgang mit der ePA zu erleichtern.

1

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, SVR-Gutachten 2021 „Digitalisierung für Gesundheit – Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems“.



E-Rezept ist wichtiger Baustein für Digitalisierung im Gesundheitswesen

Es ist ausdrücklich positiv zu bewerten, dass das E-Rezept weiterentwickelt werden soll und die E-Rezept-App der Gesellschaft für Telematik dann auch mittels der ePA-Apps genutzt werden kann. Dies kreiert einen nutzbringenden Mehrwert für die ePA. Das E-Rezept ist ein wichtiger Baustein für die digitalen Versorgungswege im Gesundheitssystem. Bei konstanter Einbindung in die digitalen Schnittstellen sind viele weitere Verbesserungen für die Versorgung und Patientensicherheit denkbar, wie z. B. Medikationspläne, Warnhinweise bei Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten bei Multimorbidität usw. Die Skepsis der Versicherten im Umgang mit sensiblen Gesundheitsdaten lässt sich nur durch erkennbare Vorteile der ePA, des E-Rezepts und sonstiger digitaler Anwendungen überwinden. Der Mehrwert muss daher konsequent im Laufe der Entwicklung kommuniziert werden.

Zwingende Voraussetzung für die Verbreitung des E-Rezeptes ist mithin, dass sich Ärztinnen und Ärzte dem Fortschritt nicht verweigern und die digitale Entwicklung positiv begleiten. Teure Doppelstrukturen lassen sich zum Teil nur vermeiden, wenn nicht auf Freiwilligkeit gesetzt wird, sondern bestimmte Vorgaben verpflichtend und sanktionsbewährt sind. Um einer möglichen ärztlichen Verweigerungshaltung entgegenzuwirken, sollten daher entsprechende Sanktionen erwogen werden, wenn keine Anbindung und kein Angebot eines E-Rezepts erfolgen.

Wirksame Anbindung der Betriebsärztinnen und -ärzte an die Telematikinfrastruktur (TI) ist überfällig und notwendig

Unternehmen und Betriebe stellen mit ihren mehr als 31 Mio. Beschäftigten das größte Präventionssetting in unserer Gesellschaft dar. Insbesondere in der Corona-Pandemie wurde die Bedeutung von medizinischen Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz offensichtlich. Die deutsche Wirtschaft hat einen substanziellen Beitrag zur Krisen- und Pandemiebewältigung geleistet und hat einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge der Beschäftigten und zur Durchimpfung der Bevölkerung geleistet. Vor diesem Hintergrund ist es richtig, dass die Betriebsärztinnen und -ärzte durch eine Refinanzierung der TI-Kosten analog zur Finanzierung der Vertragsärzte nun auch wirksam an die TI angebunden werden. Mit der Anbindung der Betriebsärzte wird eine langjährige Forderung der Arbeitgeber erfüllt.

Im vorgesehenen Regelungstext ist zudem zu präzisieren, dass alle Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde umfasst sind, die keine Vertragsärzte sind. Bei den tätigen Betriebsärztinnen und -ärzten handelt es sich nicht ausschließlich um Betriebsärzte, die über die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ verfügen, sondern selbstverständlich auch um Fachärzte für Arbeitsmedizin.

Zudem ist im Hinblick auf knappe betriebsärztliche Ressourcen in den Unternehmen sicherzustellen, dass die Abrechnungsmodalitäten möglichst bürokratiearm und wenig aufwendig sind. Ansonsten würden Abrechnungsaufwände zu Lasten der Arbeitsschutzbetreuung und zu Lasten des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten gehen.

Klar muss auch sein, dass die entstehenden Aufwände und Betreuungszeiten im Kontext des SGB V, z. B. durch Kommunikation der Betriebsärzte über die TI oder die Abrechnung der Erstattungen nicht Teil der Einsatzzeiten nach Arbeitssicherheitsgesetz bzw. DGUV Vorschrift 2 sind, und damit nicht vom Arbeitgeber finanziert werden müssen. Diese klare Trennung von Pflichten aus dem Arbeitsschutz und Einsatzzeiten aus der Arbeitsschutzbetreuung im Gegensatz zu den Leistungen der Prävention bzw. betrieblicher Gesundheitsförderung nach SGB V muss zwingend beibehalten bleiben.



Damit Informationen auch wirksam ausgetauscht und Doppeluntersuchungen vermieden werden können, müssen alle Betriebsärztinnen und -ärzte sowie Einrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung dann auch Zugriff auf die Daten der ePA haben. Betriebsärztinnen und -ärzte erbringen maßgeblich auch Präventionsleistungen und Impfungen im betrieblichen Setting und erbringen in diesem Zusammenhang ebenfalls Leistungen nach dem SGB V. Gleiches gilt für die Leistungen der Einrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung. Auf die Stellungnahmen von DGUV und DGAUM sei insoweit verwiesen. Vor diesem Hintergrund muss die vorgesehene „Opt-out“-Regelung für alle Betriebsärztinnen und -ärzte gleichermaßen gelten, also auch für die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Betriebsärztinnen und -ärzte, für die aktuell weiterhin die „Opt-in“-Regelung vorgesehen ist. Eine unterschiedliche Behandlung innerhalb der Gruppe der Betriebsärztinnen und -ärzte – je nachdem ob sie auch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder nicht – ist nicht nachvollziehbar und den Nutzenden auch nicht vermittelbar.

Reibungsloses eAU-Verfahren für Arbeitgeber sicherstellen

Es ist nachvollziehbar, dass vorgesehen ist, auch die papiergebundene Versichertenausfertigung der eAU in den digitalen Prozess zu überführen und diese digital in der ePA zur Verfügung zu stellen.

Die vorgesehene Änderung des § 73 SGB V darf jedoch nicht dazu führen, dass das Ersatzverfahren im sog. „Störfall“ gefährdet wird. Ein „Störfall“ liegt vor, wenn eine Übermittlung der elektronischen Arbeitsunfähigkeit aus technischen Gründen durch Ärzte nicht elektronisch an die zuständige Krankenkasse erfolgen kann. In solchen Fällen sind die Vertragsärztinnen und -ärzte gemäß Bundesmantelvertrag verpflichtet, den Patientinnen und Patienten eine „Ersatzbescheinigung“ für die Krankenkasse und den Arbeitgeber (sog. „Stylesheet“) mitzugeben. Es ist sicherzustellen, dass der Anspruch der Versicherten in diesem Fall auf Papierbescheinigungen und spiegelbildlich die Verpflichtung der Ärzte zur Ausstellung der Papierbescheinigungen auch nach der vorgesehenen Änderung des § 73 SGB V weiterhin bestehen. Nur so kann ein reibungsloser Ablauf des Verfahrens bei den Arbeitgebern gewährleistet werden. Mit rd. 70 Mio. Arbeitsunfähigkeitsmeldungen pro Jahr stellt das eAU-Verfahren eines der größten und zudem ein arbeitsrechtlich bedeutendes Masseverfahren für die Arbeitgeber dar. Eine entsprechende Klarstellung, dass der Störfall von der vorgesehenen Änderung nicht umfasst ist – zumindest in der Gesetzesbegründung – wäre wünschenswert.

Nur der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass noch folgende weitere Änderungen erforderlich sind, um das Verfahren des elektronischen Nachweises der Arbeitsunfähigkeit vollständig, korrekt und dem Sinn nach so, wie es in der „alten Papierwelt“ auch geregelt war, umzustellen:

- Es ist unbedingt eine Klarstellung von § 5 Abs. 1a Entgeltfortzahlungsgesetz dergestalt erforderlich, dass Beschäftigte verpflichtet sind, im Störfall dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer spätestens am Tag, der auf die Aufforderung des Arbeitgebers folgt, vorzulegen, es sei denn, der Störfall wurde zwischenzeitlich behoben. Nur dies garantiert eine reibungslose Gewährung der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall. Arbeitgeber sind zwingend auf die Vorlage dieser „Ersatzbescheinigung“ angewiesen, um ihren Beschäftigten eine korrekte Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und ohne Nachteile leisten zu können.



- Folgerichtig ist dann auch in § 7 Entgeltfortzahlungsgesetz zu ergänzen, dass der Arbeitgeber berechtigt ist, die Fortzahlung des Arbeitsentgelts zu verweigern, wenn keine Meldung nach § 109 SGB IV von der Krankenkasse über das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit am Folgetag zu den in § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz genannten Zeitpunkten vorliegt und ein Arbeitnehmer in diesem Störfall keine „Ersatzbescheinigung“ (sog. Stylesheet) vorlegt. Der Arbeitgeber kennt die Ursache des Störfalls nicht und allein die Beschäftigten sind in der Lage, über ihre Ärztinnen und Ärzte bzw. ihre Krankenkassen bzw. durch Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung Aufklärung zu erreichen.
- Ebenfalls ist eine entsprechende Ergänzung in § 9 Bundesurlaubsgesetz zu regeln, dass die durch eine abrufbare Arbeitsunfähigkeitsmeldung nach § 109 SGB IV nachgewiesenen Tage der Arbeitsunfähigkeit bei einer Erkrankung des Arbeitnehmers während des Urlaubs nicht auf den Jahresurlaub angerechnet werden.

Begrenzung der Telemedizinischen Sprechstunden weiterhin notwendig und geboten

Die aktuell bestehende Begrenzung für Videosprechstunden auf 30 % der Leistungen je Quartal sollte keinesfalls aufgehoben werden. Dies ist zum einen nicht notwendig, da diese Quote in der Regel von ambulant tätigen Vertragsärzten gar nicht ausgeschöpft wird. Zum anderen kann eine Aufhebung negative Konsequenzen auf die Versorgung, die Behandlungsqualität und die Aussagekraft von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen haben.

Videosprechstunden können grundsätzlich ein sinnvolles ergänzendes Versorgungsangebot darstellen. Der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt muss jedoch den Grundsatz der ärztlichen Beratung und Behandlung, also des ärztlichen Handelns, darstellen. Wesentliche ärztliche Einschätzungen und Behandlungen können nicht durch einen reinen Videokontakt erfolgen. Dies gilt insbesondere auch für die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Für die Arbeitgeber ist die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von großer wirtschaftlicher Bedeutung. Im Jahr 2021 zahlten Unternehmen für ihre erkrankten Beschäftigten insgesamt 77,7 Mrd. € an Bruttogehältern und Arbeitgeberbeiträgen zur Sozialversicherung ([IW Kurzbericht 73/2022](#)). Einer ordnungsgemäß ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kommt nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts ein hoher Beweiswert zu (BAG, Urt. v. 15. Juli 1992 – 5 AZR 312/91; BAG Urt. v. 19. Februar 2015 – 8 AZR 1007/13). Die Bescheinigung ist in der Praxis der wichtigste Nachweis für das Vorliegen einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit – der Arbeitgeber muss sich auf die dort enthaltenen Angaben verlassen können. Je geringer und weniger unmittelbar der persönliche Kontakt zur Ärztin bzw. zum Arzt ist, desto eher besteht das Risiko, dass die Hemmschwelle für Beschäftigte sinken kann, falsche oder übertriebene Angaben zu ihrem Gesundheitszustand zu machen. Ein vorheriger Patientenkontakt und die Möglichkeit, in eine Krankenakte Einsicht zu nehmen, erleichtert der Ärztin bzw. dem Arzt eine genauere Einschätzung des Zustands der Patienten und Informationen über Vorerkrankungen und den bisherigen Gesundheitszustand. Daher hat das Bundesarbeitsgericht zu Recht festgestellt, dass von einer ordnungsgemäß ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht mehr ausgegangen werden kann, wenn der Ausstellung keine Untersuchung vorausgegangen ist und mangels Patientenbeziehung auch eine Ferndiagnose ausscheidet (BAG, Urt. v. 11. August 1976 – 5 AZR 422/75).

Wird die Begrenzung für Videosprechstunden auf 30 % der Leistungen je Quartal aufgehoben, besteht die Gefahr, dass sich kommerzielle Anbieter mit dem ausschließlichen Angebot an telemedizinischen Leistungen etablieren. Dies kann negative Auswirkungen auf die Versorgung, die Behandlungsqualität und die Aussagekraft von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen haben. So gibt es bereits heute in den Unternehmen u. a. Hinweise darauf, dass Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung auch beim Vorliegen von



Kontraindikationen, wie z. B. schwerer Erkrankung (BGH: Pflicht zum persönlichen Kontakt „jedenfalls“ bei schweren Erkrankungen), Beschwerden, die über das eingesetzte Kommunikationsmittel nicht verifizierbar sind, bei unzureichenden Patientenangaben und übermittelten Daten sowie bei Begrenzungen in den Leitlinien der Fachgesellschaften ausgestellt wurden. Die Erfahrungen – gerade auch der Ärztekammern – zeigen, dass es in der Pandemiesituation zu unrechtmäßigen Angeboten von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen kam (vgl. Warnungen der [Ärztammer Berlin](#), der [Ärztammer Nordrhein](#), der [Ärztammer Hessen](#), der [Sächsischen Landesärztekammer](#)). Diesen unrechtmäßigen Angeboten ist aufgrund der Rechtskonstruktion der Anbieter z. T. auch nicht mit deutschem Recht oder Berufsrecht beizukommen. Für den Arbeitgeber sind solcherart ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nicht leicht als solche zu erkennen. Auch berichten Unternehmen von Fällen ungerechtfertigter Krankschreibungen („Gefälligkeitsattesten“, Atteste von Anbietern wie Dr. Ansay und au-schein.de) und einer Zunahme der bescheinigten Krankheitszeiten während der im Zusammenhang mit der Corona-Sonderregelung bestehenden befristeten Möglichkeit der telefonischen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit. Vor diesem Hintergrund ist daher die Begrenzung für Videosprechstunden auf 30 % der Leistungen je Quartal abzulehnen. Zu den möglichen negativen Auswirkungen der Aufhebung der Begrenzung auf die Aspekte der Behandlungsqualität und der Sicherstellung der medizinischen Versorgung sei auf die Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbands und der Krankenkassen verwiesen.

Ineffiziente Doppelstrukturen durch assistierte Telemedizin vermeiden und stattdessen wirksame Telepharmazie ermöglichen

Das Angebot von sog. Assistierter Telemedizin durch Apotheken birgt die Gefahr, dass teure und ineffiziente Doppelstrukturen aufgebaut werden. Eine Verbesserung der Versorgung hingegen kann nicht erkannt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Schaffung eines solchen Angebotes nicht zielführend und sollte unterbleiben.

Viel zielführender könnte hingegen die Einführung von Telepharmazie in Filialapotheken durch pharmazeutisches Fachpersonal mit Teleassistenz zum approbierten Apotheker in der Hauptapotheke sein. In strukturschwachen Gegenden könnte ebenfalls die Abgabe über „Apothekenautomaten“ mit pharmazeutischer Videoberatung eine wohnortnahe Versorgung sicherstellen. Dies ist nach aktueller Rechtslage jedoch nicht möglich, da nach Arzneimittelgesetz (AMG) Arzneimittel nur in einer Apotheke oder im Wege des zulässigen Versands in Verkehr gebracht werden dürfen und ein Apothekenautomat nach Rechtsprechung diese Voraussetzungen nicht erfüllt.

Ausweitung des Anspruchs auf DiGA unterlassen und Nutzenbewertung im G-BA vorsehen

Die Ausweitung des Leistungsanspruchs auf DiGA mit Medizinprodukten höherer Risikoklassen ist abzulehnen. Zum einen, weil die Anwendung risikobehafteter DiGAs in Eigenregie und ohne Nutznachweis die Patientensicherheit gefährden kann. Zum anderen, weil die vorgesehene Regelung mit enormen Kosten für die Kassen verbunden sein dürfte, ohne dass ein äquivalenter Nutznachweis im Vergleich zur Standardtherapie existiert.

Digitale Anwendungen können die gesundheitliche Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessern. Der Einsatz von DiGA darf jedoch kein Selbstzweck sein, sondern muss zu einer besseren und effizienteren Versorgung beitragen. Ebenso wie bei Arzneimitteln und Medizinprodukten dürfen auch digitale Anwendungen nur von der Solidargemeinschaft finanziert wer-



den, wenn deren Nutzen erwiesen ist und einen Mehrwert gegenüber einer Alternativbehandlung darstellen. Reine Leistungsausweitungen ohne Nutznachweis sind abzulehnen. Die in sie gesetzten Erwartungen konnten DiGA bis heute vielfach nicht erfüllen – die Mehrzahl ist bis heute nur unter Vorbehalt im BfArM-Verzeichnis gelistet. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, warum der Anspruch der Versicherten in Zukunft auf digitale Gesundheitsanwendungen mit Medizinprodukten höherer Risikoklassen ausgeweitet werden soll. Bevor diese DiGAs in die Versorgung kommen, ist eine vorherige Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unter Einbindung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zwingend erforderlich.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.