



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-0
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: info@dgk.org
Web: www.dgk.org

2023/07

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung e.V. zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)

Die Deutsche für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) begrüßt die Initiative, die digitale Gesundheitsversorgung mit dem Digital-Gesetz weiterzuentwickeln. Die vorgeschlagenen Änderungen können dazu beitragen, digitale Versorgungsprozesse zu fördern. Jedoch ist es wichtig Verbindlichkeiten zu schaffen, damit die Vorhaben tatsächlich bei Betroffenen ankommen. Die DGK spricht sich daher dafür aus, die Änderungen in § 87 SGB V hinsichtlich des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz zu erweitern. Zusätzlich sollten bei der Etablierung digitaler Versorgungsprozesse in strukturierten Behandlungsprogrammen (dDMP) die Herausforderungen der bestehenden DMP stärker berücksichtigt werden (siehe § 137f SGB V). Andernfalls besteht das Risiko, mit neuen digitalen Lösungen auf die gleichen Probleme zu stoßen, die für konventionelle DMP bestehen.

§ 87 SGB V: Telemonitoring stärker nutzen

Es ist sehr zu begrüßen, dass der Bewertungsausschuss fortan jährlich einen Bericht zur Entwicklung telemedizinischer Leistungen erstellen wird. Für die Methode Telemonitoring bei Herzinsuffizienz werden damit häufiger Daten zur Verfügung stehen, um die Verbreitung des Telemonitorings zu bewerten. Auf Basis dieser Daten kann in Verbindung mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen eruiert werden, wie sich das Telemonitoring weiterentwickeln sollte.

Es wäre jedoch wünschenswert, wenn die neue Taktung des Berichtswesens für das Telemonitoring eine verbindliche Überprüfung der Methode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach sich ziehen würde. So können aktuell nicht alle Patient:innen mit einer Herzinsuffizienz vom kardialen Telemonitoring profitieren. Dabei zeigen jüngste Studienergebnisse jedoch, dass nicht nur Betroffene mit einer Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfraction (HFrEF), sondern auch solche mit einer leicht reduzierten Ejektionsfraktion (HFmrEF) und einer erhaltenen Ejektionsfraktion (HFpEF) profitieren könnten. Auch sollten die Daten dafür genutzt werden, um stärker geschlechtsspezifisch zu unterscheiden, schließlich zeigt sich, dass vor allem Frauen an einer HFpEF leiden und anders versorgt werden müssen als Männer. Das kardiale Telemonitoring kann entsprechend dazu beitragen, die betroffenen Patient:innen leitlinien- und bedarfsgerechter zu versorgen.

Infolgedessen sollte das kardiale Telemonitoring dahingehend genutzt werden, um die Versorgung dynamisch an die Bedarfe herzkranker Patient:innen anzupassen. Behandlungserfolge stellen sich somit schneller ein und lassen sich einfacher über die Zeit sichern. Vor diesem Hintergrund könnte das kardiale Telemonitoring ideal als Blaupause für ein flächendeckendes Telemonitoring chronisch, mitunter mehrfach erkrankter Patient:innen genutzt werden, die nicht nur eine engmaschige Betreuung und Behandlung benötigen, sondern auch maßgeblich davon profitieren.

Insofern fordert die DGK die Aufnahme im Gesetz, dass der der G-BA dazu verpflichtet wird, die Methode des kardialen Telemonitoring anhand des vorliegenden Fortschrittsberichts des Bewertungsausschusses fortlaufend anzupassen und weiterzuentwickeln.

§ 129 SGB V: Telemedizin in Apotheken

Der Gesetzgeber beabsichtigt die Apotheken stärker in die Versorgung einzubeziehen, um somit eine flächendeckende und leistungsfähige telemedizinische Versorgungsstruktur zu schaffen. Die DGK begrüßt diese Intention ausdrücklich, da sie die Chance bietet, die Pharmazeuten stärker als bisher in die Beratung und Betreuung der Patient:innen mit einzubinden. Aufgrund ihrer großen Sachkunde können Pharmazeuten eine wichtige Rolle bei der Medikationsplanung und beim Medikationsmanagement von insbesondere chronisch mehrfach erkrankten Menschen spielen. Bei der Einbeziehung der Pharmazeuten sollten die bislang eher isoliert stehenden pharmazeutischen Dienstleistungen stärker mit ärztlichen Leistungen verknüpft werden. Pharmazeuten könnten somit im Bereich der Früherkennung und Prävention wichtige Aufgaben übernehmen. So könnten sie beispielsweise bei der Schlaganfallprophylaxe systematisch unterstützen, indem aufbauend auf die pharmazeutische Dienstleistung "Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck" auch das Risiko auf Vorhofflimmern abgeklärt und mit einbezogen wird. Dies könnte sogar noch um weitere Bereiche wie die Basisanamnese auf Herzinsuffizienz ergänzt werden (Vgl. DeHiT, Deutscher Herzinsuffizienz-Test). Hierdurch würden die Behandlungspfade im Bereich der Herzgesundheit enger geknüpft und die Bereiche Früherkennung und Prävention sinnvoll gestärkt. Der dazu vorgesehene § 129, Abs. 5h SGB V ist entsprechend zu erweitern.

§ 137f SGB V: Digitale Weiterentwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen (dDMP)

Aufgrund der bisherigen strukturellen und prozessualen Hürden im Rahmen der konventionellen DMP-Versorgung besteht die Gefahr, dass auch die dDMP nur geringe Verbesserungen in der Versorgung erreichen oder sogar scheitern. Grundsätzlich sollten die Verfahren zur Entwicklung und Aktualisierung der DMP und (d)DMP gestrafft werden. Auf diese Weise können neue wissenschaftliche Erkenntnisse in Form von Leitlinien sowie neue evidenzbasierte Versorgungsformen schneller in die DMP-Versorgung aufgenommen werden. Regionale DMP-Vereinbarungen müssen viel früher als heute und am besten mit Hilfe einer gesetzlich verpflichtenden Frist binnen drei Monate geschlossen werden. Bundeseinheitliche Rahmen- und Mustervorgaben könnten den Aktualisierungsprozess erheblich vereinfachen. Der G-BA sollte daher damit beauftragt werden, den Vertragspartnern schon per Aktualisierungsrichtlinie entsprechende Vorgaben zu machen. Diese sollten sich auch auf die Einbindung und Weiterentwicklung digitaler Anwendungen und Versorgungsformen erstrecken. Des Weiteren sollten die aus den dDMP resultierenden Datenpunkte so angelegt werden, dass sie eine einfache Erfolgsmessung und Anpassung von Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung ermöglichen.

Die in § 137f, Abs. 9, Satz 4 SGB V vorgesehene Nutzung von Gesundheitsdaten zum Zwecke der personalisierten Behandlung ist sehr zu begrüßen. Patient:innen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen weisen häufig Komorbiditäten mit signifikantem Einfluss auf Morbidität und Mortalität auf. Daher sollten diese Daten zwingend in der Behandlung berücksichtigt werden.

Neben den bereits im Referentenentwurf (§ 137f, Abs. 9 SGB V) benannten digitalen Elementen sollten im Sinne einer breiten Zugänglichkeit für alle Patient:innen auch digitale bzw. hybride Patientenschulungen unbedingt berücksichtigt werden.

Die Einführung digitaler DMP sollte nicht auf die DMP Diabetes Typ 1 und Typ 2 begrenzt werden. Auch neue DMP sowie DMP, die aufgrund von häufigen Komorbiditäten in enger Verbindung zueinanderstehen (z. B. DMP Adipositas) oder aber maßgeblich auf digitale Bestandteile abstellen (z. B. Telemonitoring im DMP Herzinsuffizienz) sollten parallel als dDMP eingeführt werden. Der im Referentenentwurf vorgesehene § 137f Absatz 9 SGB V sollte entsprechend erweitert werden.

Artikel 3: DiGA

In Artikel 3 werden relevante Änderungen der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) festgehalten. Es ist zu befürworten, dass fortan auch digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) einer höheren Risikoklasse aufgenommen werden. Gleichzeitig sollten

Leistungserbringer:innen vermehrt in die Anwendungen der DiGA miteinbezogen werden. Denn bisher sind alle Leistungserbringer:innen lediglich für die Verordnung der DiGA zuständig, können im weiteren Patient:innenpfad keinen Einfluss mehr auf die Interaktion der Patient:innen mit der DiGA haben. Dieser Aspekt wird im Gesetzesentwurf noch nicht berücksichtigt.

Wünschenswert wäre zudem, dass Hersteller von DiGA den indikationsspezifischen medizinischen Nutzen der DiGA veröffentlichen müssen. Dadurch wird transparent, was die jeweilige DiGA leistet und erleichtert die Auswahl der richtigen Anwendung. Zusätzlich gilt es die digitale und die analoge Versorgung noch stärker miteinander zu verbinden. Dementsprechend sollten DiGA dahingehend geprüft werden, ob Sie auch in andere Bereiche der ambulanten Versorgung integriert werden könnten (beispielsweise DMP-Versorgung).

Prof. Dr. Holger Thiele
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Dr. Thomas M. Helms
Autor und Mitglied
Ausschuss eCardiology

Prof. Dr. Lars Eckardt
Vorsitzender
*Kommission für Klinische Kardiovaskuläre
Medizin*

Prof. Dr. Peter W. Radke
Autor und Mitglied
Ausschuss eCardiology