5 Jahre „Apps auf Rezept“ – Potenziale der Digitale Gesundheitsanwendungen jetzt weiter ausschöpfen

Seit inzwischen fünf Jahren bestehen die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 33a SGB V als neue Leistungsart in der gesetzlichen Krankenversicherung. Über 55 Anwendungen können Versicherte derzeit für verschiedenste Krankheitsbilder per Verordnung durch Vertragsärzt:innen und Psychotherapeut:innen oder direktem Antrag bei der Krankenkasse in Anspruch nehmen. Von Beginn an haben die Ersatzkassen die DiGA als wichtigen Baustein einer zunehmenden digitalen Gesundheitsversorgung betrachtet. Mehr als 640.000 Freischaltcodes haben die Ersatzkassen bislang an ihre Versicherten ausgestellt.

Trotz fünfjährigen Bestehens haben die DiGA ihre Potenziale noch nicht voll ausgeschöpft. Auch sind für die Zukunft notwendige Korrekturen im Hinblick auf Preisgestaltung, Zulassungsprozess und Zugang bei DiGA zu treffen. Um DiGA weiterzuentwickeln, fordern die Ersatzkassen daher Folgendes:

1. Mehr Einbindung in bestehende Versorgungsprozesse

DiGA werden derzeit vor allem durch Patient:innen ohne regelhaften ärztlichen Kontakt genutzt. In bestimmten Konstellationen kann das richtig sein, z. B. als Unterstützung bis zum Einstieg in eine Psychotherapie. Die überschaubaren Verordnungszahlen zeigen jedoch, dass die Akzeptanz und der erlebbare Mehrwert der Anwendungen für Versicherte sowie Ärzt:innen bisher eher gering sind. DiGA sollten daher zukünftig besser in bestehende Behandlungsprozesse integriert werden und zu einer spürbaren Verbesserung der Versorgung führen. Dazu bedarf es mehr hybrider Versorgungsprozesse wie z. B. Disease-Management-Programme, bei denen DiGA Teil einer leitlinienorientierten Versorgung und mit analogen Behandlungsschritten verzahnt sind. Für eine stärkere Einbindung von Ärzt:innen bei der Nutzung von DiGA sind zukünftig auch umfassendere telemedizinische Versorgungskonzepte wie Blended-Care-Modelle vorzusehen.

2. Mehr Planungssicherheit in der Preisgestaltung

DiGA-Hersteller können aktuell die Preise im ersten Zulassungsjahr selbst festlegen, woraufhin ab dem 13. Monat ein verhandelter Vergütungsbetrag gilt. Die Erfahrungen der Ersatzkassen zeigen, dass die geforderten Herstellerpreise nicht im Verhältnis zum Patientennutzen stehen. Im ersten Jahr rufen Hersteller Preise von über 2000,00

Euro für die Nutzung einer DiGA auf. Diese Preise müssen von den Krankenkassen getragen werden, obwohl der Nutzen der Anwendungen bei Aufnahme in das Verzeichnis häufig nicht hinreichend belegt ist. Außerdem führt die derzeitige Preisgestaltung sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf Seiten der DiGA-Hersteller zu Unsicherheiten. Diese sind auf die Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen in Millionenhöhe im Falle erst spät verhandelter Vergütungsbeträge zurückzuführen. Daraus resultierten Liquiditätsprobleme und Insolvenzen von Herstellern, die wiederum zu Verlusten in Millionenhöhe bei den Krankenkassen führen. Um solche insolvenzbedingten Ausfallrisiken für die GKV zu verhindern, müssen Preise von DiGA frühzeitig verhandelt werden und ab dem ersten Tag der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis gelten.

3. Mehr Beteiligung der gemeinsamen Selbstverwaltung im Zulassungsprozess

Mit dem Fast-Track-Verfahren wurde ein einfacher Zulassungsprozess implementiert, bei dem ausschließlich das BfArM über die (Nicht-)Aufnahme einer DiGA in das Verzeichnis nach § 139e SGB V entscheidet. Fünf Jahre Fast-Track-Verfahren DiGA zeigen, dass diese neue Art des Zulassungsverfahrens zwar den Vorteil einer schnellen Zulassung mit sich bringt, die Qualität der Zulassungen allerdings schwankt. Entscheidungen über Zulassungen und Streichungen von DiGA sind wenig transparent und führen zu Unklarheiten auf Seiten der Krankenkassen und Leistungserbringenden. Für mehr Transparenz und Akzeptanz der DiGA fordern die Ersatzkassen daher eine frühzeitige Beteiligung der gemeinsamen Selbstverwaltung im Zulassungsprozess. Dies gilt insbesondere für DiGA der Risikoklassen IIb, für die das Gefahrenpotenzial höher liegt.

4. Testphasen für Versicherte

„Mehr als jeder Dritte bricht DiGA-Einsatz vorzeitig ab.“[1] Beispielhafte Auswertungen einer Ersatzkasse zeigen hohe Abbruchquoten bei der Nutzung von DiGA. Zahlen zur derzeitigen Versorgung mit DiGA sind verzerrt, geben sie doch nur ein ungenaues Bild über die tatsächliche Nutzung von DiGA. Die Ersatzkassen fordern daher die Einführung einer 14-tägigen Testphase, in der Versicherte über die weitere Nutzung der DiGA entscheiden. Versicherte können somit erst einmal ein Gefühl für die Nutzung der DiGA entwickeln und ob sie diese über einen längeren Zeitraum in ihren Alltag integrieren können. Dies ist vor dem Hintergrund der immer noch neuen Versorgungsart von DiGA und Unsicherheiten auf der Seite der Nutzer:innen gerechtfertigt. Nicht zuletzt verhindert eine Testphase auch vermeidbare Kosten für

[1] https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/arztreporte/arztreport-2024-1255906

die GKV, da die Krankenkassen trotz eines frühzeitigen Abbruchs der Nutzung den vollen Preis für die vorgesehene Anwendungsdauer zu zahlen haben.

5. Mehr Flexibilität in der Bereitstellung von DiGA

Die Ersatzkassen setzen sich im Interesse ihrer Versicherten für eine zeitnahe Versorgung und damit zügige Bereitstellung von DiGA-Freischaltcodes ein. Fehlanreize werden jedoch durch die gesetzlich normierte Frist zur Bereitstellung von DiGA innerhalb von zwei Tagen nach § 361b Abs. 3 SGB V geschaffen. Diese führt aus Sicht der Ersatzkassen zu einer nicht begründeten Bevorzugung der DiGA gegenüber anderen Leistungsarten. Obwohl die Ersatzkassen die DiGA-Anträge in der Regel taggleich bearbeiten, können Freischaltcodes aufgrund von Postlaufzeiten teilweise erst mit Verzögerungen bereitgestellt werden. Im Ergebnis führt die Regelung daher zu mehr Unsicherheiten und fördert Spannungen zwischen Krankenkassen und DiGA-Herstellern, was den Nachweis der (Nicht)-Einhaltung der Frist betrifft. Die Ersatzkassen fordern daher eine Streichung der 2-Tagesfrist.

6. Mehr Transparenz und Verbindlichkeit des DiGA-Verzeichnisses

Das DiGA-Verzeichnis nach § 139e SGB V listet alle zugelassenen DiGA auf, die von Versicherten in Anspruch genommen werden können. In seiner Funktion soll es Ärzt:innen, Patient:innen und Krankenkassen über die DiGA, beispielsweise zu Funktionen, Preisen, (Kontra)-Indikationen und Ausschlusskriterien informieren. Diesem Anspruch wird das Verzeichnis derzeit allerdings nicht gerecht. Die Informationen im Verzeichnis sind nicht übersichtlich, aktuell oder zuverlässig. Beispielsweise werden Preisinformationen zu geltenden Höchstbeträgen nicht rechtzeitig aktualisiert. Zudem werden Vorgaben, insbesondere im Hinblick auf Altersgrenzen oder Kontraindikationen, bei der Verordnung von DiGA häufig missachtet und nicht als verbindlich anerkannt. Die Krankenkassen nutzen allerdings über eine elektronische Schnittstelle die Informationen des Verzeichnisses für ihre internen Prozesse und sind daher auf aktuelle und verbindliche Informationen angewiesen. Es gilt daher transparente, aktuelle und zuverlässige Informationen in einer einheitlichen Struktur im DiGA-Verzeichnis zu schaffen. Dazu gehört auch eine verbesserte Kommunikation zwischen DiGA-Herstellern und dem BfArM als Betreiber des Verzeichnisses, damit Informationen rechtzeitig aktualisiert werden können.

7. Mehr digitale Gesundheitskompetenz

Um mehr Akzeptanz für DiGA auf Seiten der Leistungserbringenden und Versicherten zu schaffen, sollte die digitale Gesundheitskompetenz gestärkt werden. Gleichzeitig wird dadurch mehr digitale Teilhabe erreicht, sodass auch Patient:innen mit wenig Erfahrungen im Umgang mit digitalen Lösungen DiGA nutzen können. Die

Ersatzkassen stellen ihren Versicherten unter anderem mit „Gesund digital“ bereits seit Längerem ein Angebot zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz zur Verfügung, das mit leicht verständlicher Sprache und Erklärvideos explizit auch über DiGA informiert. Der Aufbau der digitalen Gesundheitskompetenz ist jedoch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht allein den Krankenkassen obliegt. Die Nutzung digitaler Angebote sollte beispielsweise auch Teil der medizinischen Ausbildungen sein.