

dDMP Diabetes: digital gestützte Versorgung von morgen

Sophia Matenaar, Bundesministerium für Gesundheit

17. April 2024

DigiG und GDNG: in Kraft getreten am 26. März 2024

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens

(Digital-Gesetz – DigiG)

A. Problem und Ziel

Die digitale Transformation des Gesundheitswesens und der Pflege hat ein herausragendes Potential für eine effizientere, qualitativ hochwertige und patientenzentrierte gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Daher gilt es, sie konsequent weiterzuentwickeln und zu beschleunigen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat durch die Erarbeitung einer Digitalisierungsstrategie auf der Basis eines umfassenden Beteiligungsprozesses die Grundlage für die weitere Transformation geschaffen. Wesentliche Inhalte der Strategie betreffen personenzentrierte sektoren- und professionsübergreifende Versorgungsprozesse, die Generierung und Nutzung qualitativ hochwertiger Daten für eine bessere Versorgung und Forschung sowie nutzenorientierte Technologien und Anwendungen.

Besonders ist deutlich geworden, dass bestehende digitale Angebote so ausgestaltet und eingesetzt werden müssen, dass sie im Gesundheitssystem mit den Anforderungen der Menschen harmonisieren. Das heißt, dass die digitale Transformation einen wahrnehmbaren Nutzen erzeugen muss bei den Patientinnen und Patienten, bei den pflegebedürftigen Menschen sowie Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsfachkräften. Nur so werden die Möglichkeiten digitaler Anwendungen wie der elektronischen Patientenakte (ePA) aktiv angenommen und führen zu einem spürbaren Fortschritt für die Versorgung.

Zu den grundlegenden Voraussetzungen für die Nutzung digitaler Anwendungen gehören auch Sicherheit und Nutzerfreundlichkeit. Es wird Technik benötigt, die vertrauensvoll eingesetzt werden kann. Die Handhabung muss zugleich aber auch niedrigschwellig möglich sein, so wie die Nutzerinnen und Nutzer es aus anderen Lebensbereichen kennen. Hier sollen die Versicherten im Sinne der Patientenautonomie ein Wahlrecht erhalten und sich zwischen Sicherheitsstufen entscheiden können.

Das Gesetz hat insbesondere zum Ziel,

- die Potenziale der elektronischen Patientenakte (ePA) zur Steigerung der Patientensicherheit und der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität zu nutzen, indem sie durch Umstellung auf eine Widerspruchslösung („Opt-out“) flächendeckend in die Versorgung integriert werden kann,
- das E-Rezept weiterzuentwickeln und verbindlich einzuführen,
- Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) noch besser für die Versorgung nutzbar zu machen,
- Videosprechstunden und Telekonsilien qualitätsorientiert weiterzuentwickeln,
- digitale Versorgungsprozesse in strukturierten Behandlungsprogrammen zu ermöglichen,
- die Interoperabilität zu verbessern,
- die Cybersicherheit zu erhöhen und
- den Innovationsfonds zu verstetigen und weiterzuentwickeln.

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten

(Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG)

A. Problem und Ziel

In einem lernenden Gesundheitswesen sind der Austausch und die Nutzung von Gesundheitsdaten Schlüsselfaktoren für eine qualitativ hochwertige Versorgung. Die Verarbeitung von Gesundheitsdaten, einschließlich Daten der Pflege, sollte dabei stets dem Patienten- und dem Gemeinwohl dienen und die Bürgerinnen und Bürger ins Zentrum aller Aktivitäten stellen. Denn qualitativ hochwertige, strukturierte und miteinander verknüpfbare Daten sind eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse generiert, künftiges Leid minimiert werden und eine sichere, bessere und qualitätsgesicherte Versorgung gewährleistet werden kann. Derzeit werden in Deutschland zwar an vielen Stellen im Gesundheitssystem Daten erhoben, für eine Weiterverwendung (Sekundärnutzung) zu Forschungszwecken und weiteren im Gemeinwohl liegenden Zwecken sind allerdings die wenigsten davon zugänglich. Zudem werden bereits etablierte Strukturen in der Gesundheitsversorgung nicht ausreichend genutzt und miteinander vernetzt. Durch die fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens erhöht sich sowohl der Umfang der potenziell nutzbaren Daten, als auch der Bedarf an hochqualitativen Daten.

In Deutschland liegen Gesundheitsdaten derzeit jedoch nicht in ausreichendem Maß für eine Weiternutzung außerhalb des unmittelbaren Versorgungskontextes vor beziehungsweise werden nicht ausreichend genutzt. Eine Weiternutzung scheitert aktuell häufig an unterschiedlichen Regelungen bzgl. des Zugangs zu Daten und bzgl. des Datenschutzes im Europäischen Recht Bundes-, Landesrecht sowie an einer uneinheitlichen Rechtsauslegung durch Datenschutzbeauftragte und Aufsichtsbehörden. Fehlende Vorgaben und Verfahren zur Verknüpfung von Daten aus unterschiedlichen Quellen stellen eine weitere Hürde für die Datennutzung dar.

Durch diese Rechtsunsicherheit werden Forschung und Innovation gehemmt; die Potentiale der Datennutzung in unserem Gesundheitswesen bleiben ungenutzt. Forschende und andere Akteure, die Gesundheitsdaten im Sinne des Gemeinwohls verarbeiten wollen, stoßen daher vielfach auf Hemmnisse bei dem Versuch für ihre Aufgaben und Forschungsvorhaben Zugang zu den erforderlichen Daten zu erhalten.

Ohne valide Daten ist die Gewinnung neuer Erkenntnisse für Therapien, die Neu- und Weiterentwicklung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie von Versorgungsprozessen, die Förderung der Patientensicherheit und eine verstärkte Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung erschwert. Medizinprodukte, die Technologien der Künstlichen Intelligenz (KI) nutzen, werden aktuell oft noch mit Daten entwickelt und trainiert, die nicht repräsentativ für die deutsche Bevölkerung sind, und können so weniger wirksam bis hin zu potentiell schädlich für das Wohl der Patientinnen und Patienten sein. Auch für die Planung von gesundheitspolitischen Maßnahmen und zur Steuerung eines solidarischen Gesundheits- und Pflegesystems fehlen Daten. Dies führt zu Ineffizienzen und Bürokratieaufwand.

Zudem liegt in der grenzüberschreitenden Datennutzung innerhalb der Europäischen Union (EU) ein großes Potenzial, insbesondere bezüglich der Datenmenge und der

Weiterentwicklung DiGA und Telemedizin

DiGA

- Erweiterung auf Medizinprodukte der Risikoklasse IIb
- DiGA lesen in ePA
- anwendungsbegleitende Erfolgsmessung
- verpflichtende erfolgsabhängige Preisbestandteile
- Einsatz von DiGA in der Schwangerschaft

Telemedizin

- Flexibilisierung der Videosprechstunde (30%)
- Qualitätsvorgaben und Qualitätszuschläge für Videosprechstunden
- Leistungen der assistierten Telemedizin in Apotheken
- **digitale DMP Diabetes I und II**

Ausgestaltung dDMP: Auftrag an den G-BA im § 137f Abs. 9 SGB V

NEU:

§ 137f Abs. 9 SGB V

26. März
2025

(9) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in seinen Richtlinien nach Absatz 2 zu den Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 1 und 2 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ergänzend die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen mit digitalisierten Versorgungsprozessen. **Zur Verbesserung des Behandlungsablaufs und der Qualität der medizinischen Versorgung** berücksichtigt die ergänzende Regelung nach Satz 1 insbesondere

1. die elektronische Patientenakte,
2. den elektronischen Medikationsplan,
3. das sichere Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6,
4. ambulante telemedizinische Leistungen,
5. digitale Gesundheitsanwendungen sowie
- 6. die Personalisierung der Behandlung.**

Die nach Satz 1 durch digitalisierte Versorgungsprozesse ergänzten strukturierten Behandlungsprogramme sind den Versicherten **neben den bestehenden strukturierten Behandlungsprogrammen** nach Absatz 1 zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 1 und 2 anzubieten; die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig. Absatz 3 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

Ausgestaltung dDMP: Verordnungsermächtigung im § 370b SGB V

NEU:

§ 370b SGB V

Technische Verfahren in strukturierten Behandlungsprogrammen mit digitalisierten Versorgungsprozessen; Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln

1. zu den Anforderungen an die für die Versorgung der Versicherten im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen mit digitalisierten Versorgungsprozessen erforderliche **technische Ausstattung** und an die Anwendungen der Leistungserbringer und Versicherten,
2. zu dem **Nachweis**, dass die für die Versorgung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen mit digitalisierten Versorgungsprozessen erforderliche technische Ausstattung und die Anwendungen der Leistungserbringer und Versicherten den Anforderungen an den **Datenschutz** entsprechen und die **Datensicherheit** nach dem Stand der Technik gewährleisten, und
3. zu den **zusätzlichen technischen Anforderungen an digitale Gesundheitsanwendungen**, die im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen mit digitalisierten Versorgungsprozessen eingesetzt werden.

Ausgestaltung dDMP nach § 137f Abs. 9 SGB V und § 370b SGB V

RL des G-BA nach § 137 Abs. 9 SGB V

Anforderungen an „strukturierte Behandlungsprogramme mit digitalisierten Versorgungsprozessen“

zusätzliche Alternative neben den bestehenden DMP Diabetes

Ziele: bessere Prozesse für Leistungserbringer und Patienten, bessere Qualität der Versorgung

Auftrag: Personalisierung der Behandlung

Auftrag: Integration von technischen Bausteinen:

- > ePA -> Videosprechstunde -> DiGA
- > Medikationsplan -> KIM
- > TIM -> Telekonsilien
- > etc.

nachgelagert: RVO nach § 370b SGB V

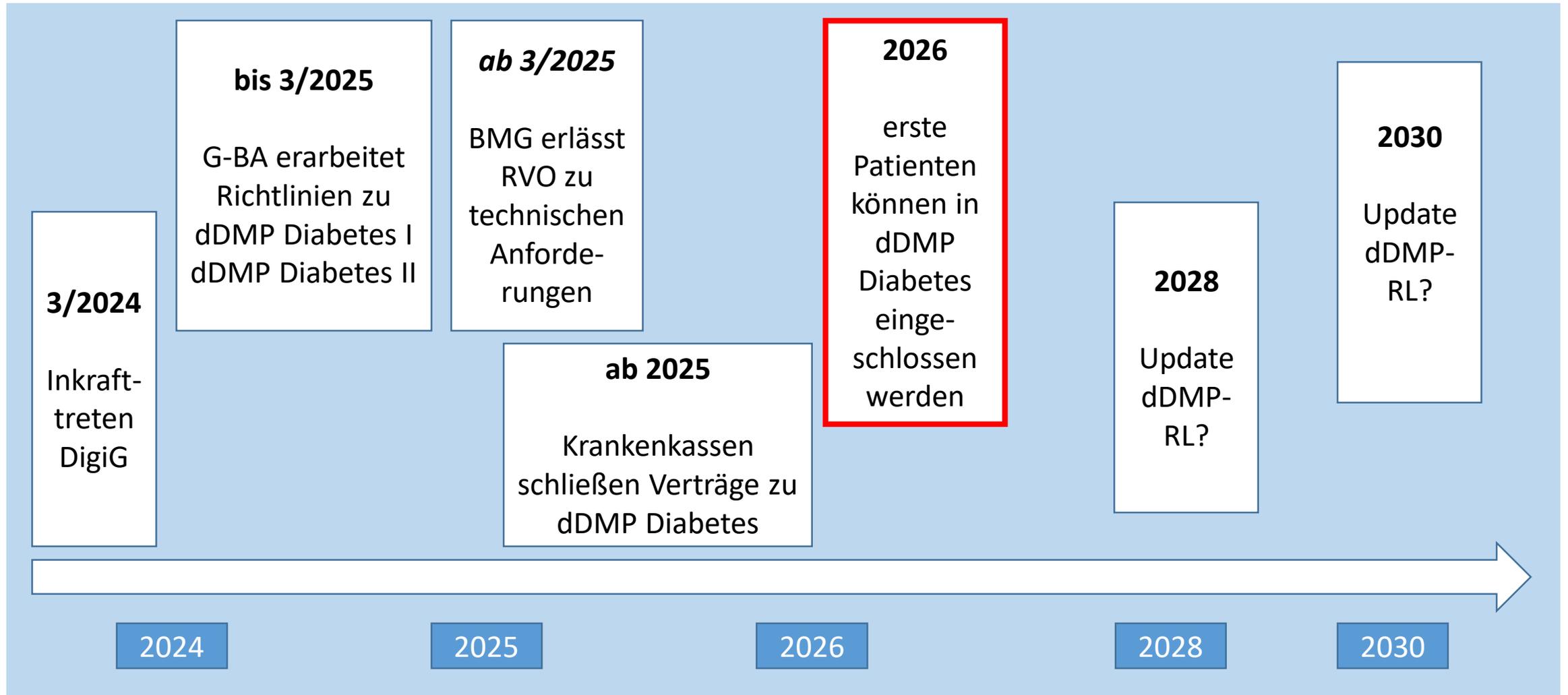
Anforderungen an die notwendige technische Ausstattung der Leistungserbringer und Patienten

Anforderungen an notwendige Anwendungen der LE/ P

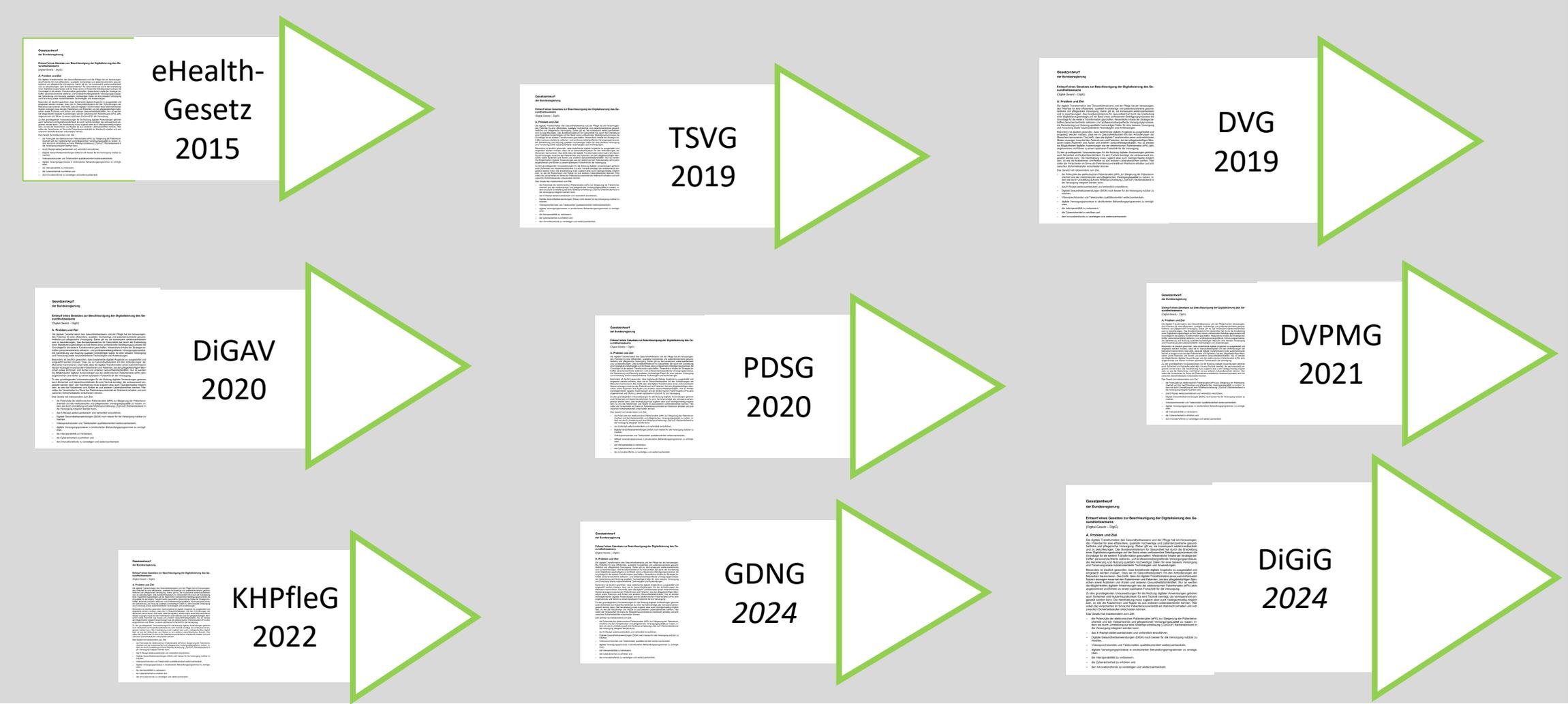
Nachweis DS u IS

zusätzliche technische Anforderungen an DiGA im dDMP

Einführungsschritte dDMP Diabetes I und II



Gesetzgebung zur Digitalisierung der Gesundheitsversorgung



Zeithorizonte für die Umsetzung von Versorgungsszenarien

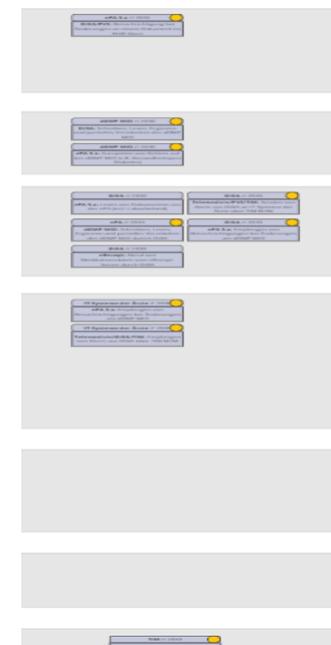
ePA, DiGA und TI:
das geht **2026**



ePA, DiGA und TI:
das geht **2028**



ePA, DiGA und TI:
das geht **2030**



Versorgung und Technologie zu neuen Prozessen integrieren



Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V

(DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL)

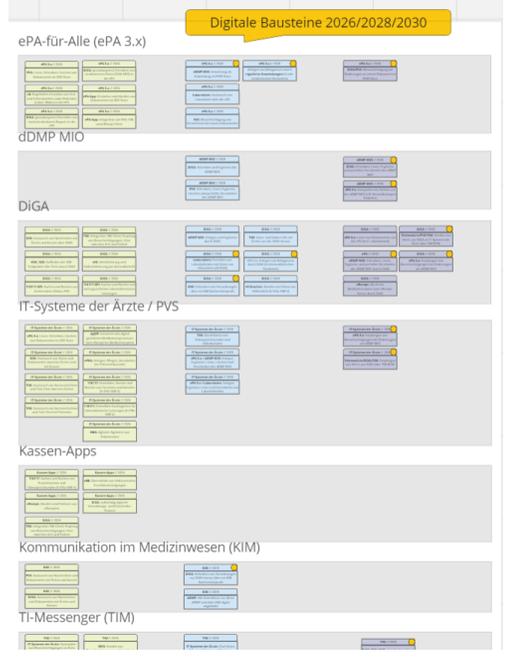
in der Fassung vom 20. März 2014 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 26. Juni 2014 B3 AT 26. August 2014 B2) in Kraft getreten am 1. Juli 2014

zuletzt geändert am 20. Juli 2023 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.09.2023 B2) in Kraft getreten am 1. Oktober 2023

Bezeichnung des Versorgungsprogramms	Inhaltliche oder fachliche Zusammenfassung des Programms	Leitlinie(n)	Anzahl der Einrichtungen*	
			A	B
V-A-41 allgemein	<ul style="list-style-type: none"> Digitale Coaching- und digitaler Selbstmanagement-Interventionen als mögliche effektive Methoden zur Vorbeugung von Diabetes mellitus Typ 2 und zur Verbesserung von Lebensstilfaktoren Digitale Systeme zur Unterstützung der Adhärenz und Therapieerfolge Integrierte Informationsangebote durch geeignete Medienformen, Apps, SMS, Email und/oder Tablet zur Verbesserung der Adhärenz und Therapieerfolge Frühzeitige häusliche Erhebungen zur Identifizierung von Risikopatienten für eine erfolgreiche Einführung neuer Technologien bei Patienten und Patienten sowie den Versorgungspartnern und -anbietern Interdisziplinäre Beratung für ärztliche und patientenorientierte Versorgung Einzelne oder kombinierte Nutzung von Telemedizin oder Telecoaching zur Unterstützung der Versorgung für Patienten und Partner 	ANZI 2021, GBA 2022, SPTM 2021, SPTM 2022, SPTM 2023, SPTM 2024	3	3 (1)
V-A-42 Apps	<ul style="list-style-type: none"> Einzelne oder kombinierte Nutzung von Telemedizin oder Telecoaching zur Unterstützung der Versorgung für Patienten und Partner Erkennung des Engagements und Unterstützung des Gesundheitsverhaltens (Beratung in gesunder Ernährung, Nachbereitung von Arztbesuchen) Anwendungsbereich: mobile/Smartphone-Browser bei fehlender Pumpentherapie zur Unterstützung bei Anzeichen von Hypoglykämie oder anderen problematischen Hypoglykämie 	ANZI 2021	1	2
V-A-43 Telemedizin	<ul style="list-style-type: none"> Telemedizinische Anwendungen wie regelmäßig Telekonsultation und Smartphone-orientierte Interventionen zur Durchführung von Schulungen, Überwachung von Glukose- und / oder Insulinwerten und / oder einer anderen relevanten Therapieerfolgskontrolle und Verbesserung der Gesundheitskompetenz (insbesondere durch digitale „Engagement“) Einbindung von Telemedizin als Teil der Behandlung Personalisierte Diabetes Selbstmanagement Schulungen abgestimmt mit dem Behandlungsteam, z. B. Telemedizinische Beratung Regelmäßige Überprüfung der Eigenmesswerte ggü. unter Einbeziehung telemedizinischer Verfahren 	ANZI 2021, SPTM 2021	2	4



ePA, DiGA und TI: Was geht wann?



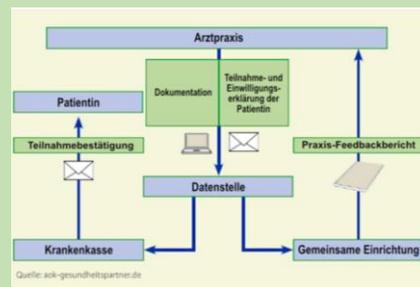
dDMP Diabetes



Disease-Management-Programm – DMP
Das DMP für Diabetes Typ 2 sieht verschiedene Untersuchungen vor, die den Teilnehmenden regelmäßig angeboten werden:

Was wird untersucht?	Wie wird untersucht?	Wie häufig wird untersucht?
Nieren	Kontrolle bestimmter Blutwerte zur Früherkennung von Funktionsstörungen	mindestens einmal jährlich
Augen	Untersuchung des Augenhintergrunds zur Früherkennung von Netzhauterkrankungen	alle ein bis zwei Jahre (abhängig vom persönlichen Risiko)
Füße	Untersuchung der Füße einschließlich Prüfung auf Wundschäden, Prüfung der Durchblutung und ggf. Überprüfung des Schuhwerks	mindestens einmal jährlich, bei erhöhtem Risiko von Schädigungen mindestens vierteljährlich oder halbjährlich
Blutdruck	Messung des Blutdrucks	vierteljährlich (mindestens halbjährlich)
Langzeit-Blutzuckerwert	Kontrolle des HbA _{1c} -Wertes	vierteljährlich (mindestens halbjährlich)
Spritz-Stellen	Bei insulinpflichtigen Patienten und Patientinnen: Kontrolle der Spritz-Technik und Untersuchung der Spritz-Stellen auf Verdickungen unter der Haut, die die Wirksamkeit des Insulins beeinträchtigen können	vierteljährlich (mindestens halbjährlich), bei starken Blutzuckerschwankungen auch häufiger

Quelle: G-BA (2018)
© Stiftung Gesundheitswissen 2021



FGM
rtCGM
PDM
AID
Closed Loop
Hybrid Closed Loop
DiY Loop
TIR
TBR
...

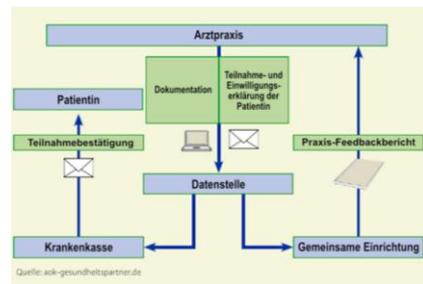
dDMP Diabetes



Disease-Management-Programm - DMP
Das DMP für Diabetes Typ 2 sieht verschiedene Untersuchungen vor, die den Teilnehmenden regelmäßig angeboten werden:

Was wird untersucht?	Wie wird untersucht?	Wie häufig wird untersucht?
Nieren	Kontrolle bestimmter Blutwerte zur Früherkennung von Funktionsstörungen	mindestens einmal jährlich
Augen	Untersuchung des Augenhintergrunds zur Früherkennung von Netzhauterkrankungen	alle ein bis zwei Jahre (abhängig vom persönlichen Risiko)
Füße	Untersuchung der Füße einschließlich Prüfung auf Nervenschädigungen, Prüfung der Durchblutung und ggf. Überprüfung des Schuhwerks	mindestens einmal jährlich, bei erhöhtem Risiko von Schädigungen mindestens verteiljährlich oder halbjährlich
Blutdruck	Messung des Blutdrucks	vierteljährlich (mindestens halbjährlich)
Langzeit-Blutzuckerwert	Kontrolle des HbA1c-Wertes	vierteljährlich (mindestens halbjährlich)
Spritz-Stellen	Bei insulinpflichtigen Patienten und Patientinnen: Kontrolle der Spritz-Technik und Untersuchung der Spritz-Stellen auf Verletzungen unter der Haut, die die Wirksamkeit des Insulins beeinträchtigen können	vierteljährlich (mindestens halbjährlich), bei starken Blutzuckerschwankungen auch häufiger

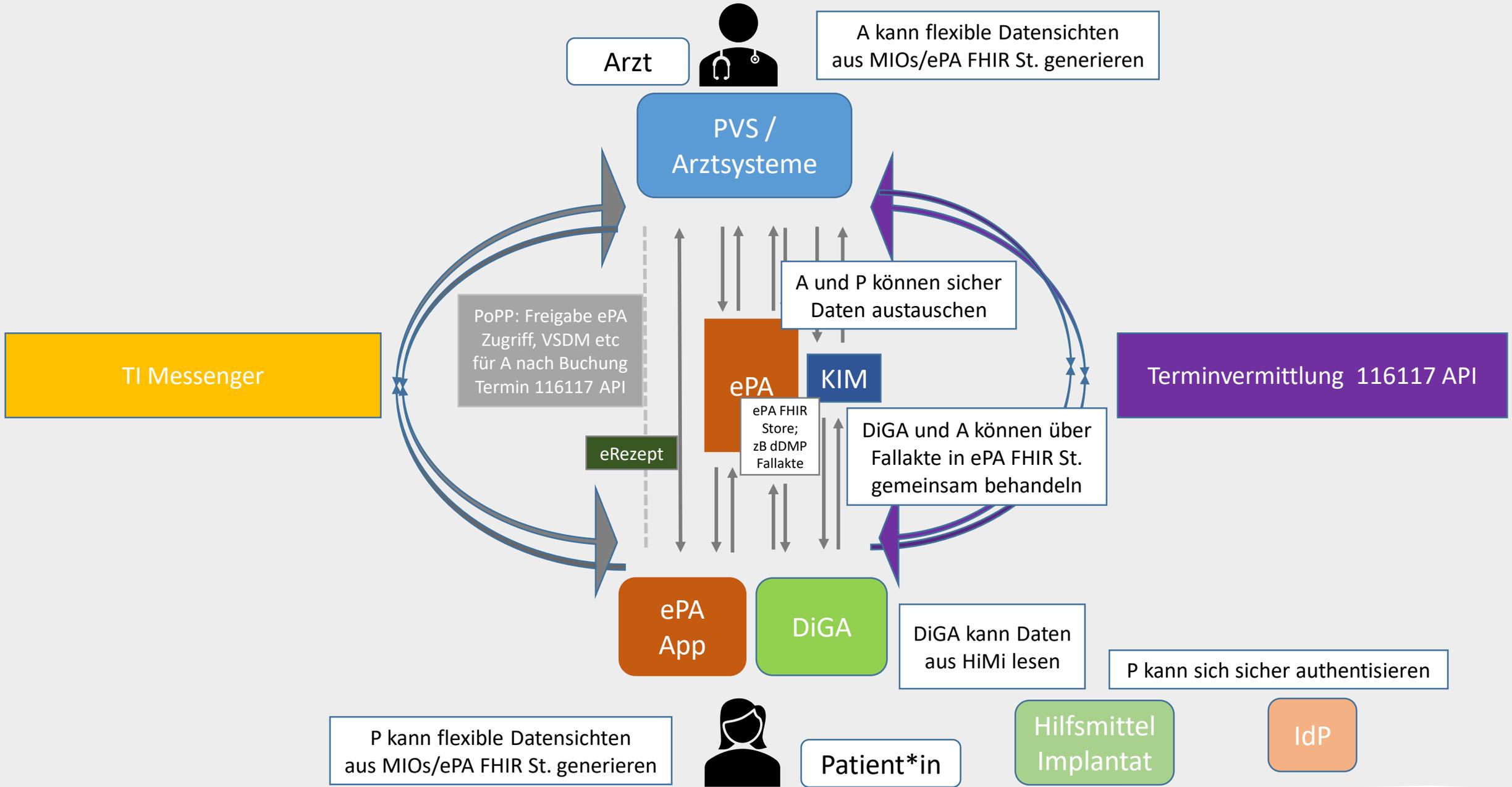
Quelle: GBA (2018)
© Stiftung Gesundheitswissen 2021



ePA
DiGA
eRezept
eMP
Videocall
KIM
TIM
KK IdP
eTS
SmED Patient
...

FGM
rtCGM
PDM
AID
Closed Loop
Hybrid Closed Loop
DiY Loop
TIR
TBR
...

Zielbild: flächendeckende und **anbieterübergreifende** digital gestützte Versorgung mit ePA, DiGA und TI



Zielbild digital gestützte Versorgung

Kabinettsentwurf DigiG, Begründung zu Nr. 4 / a / aa

„(...) Digitale Gesundheitsanwendungen sind grundsätzlich für die gemeinsame Nutzung durch Arzt und Patient vorgesehen, und eine Vergütungssystematik für neuartige ärztliche Leistungen in Verbindung mit DiGA ist vorhanden. So können zukünftig mit Hilfe der anbieterübergreifenden Versorgungsplattform, die aus dem Zusammenspiel von Hilfsmitteln, DiGA, ePA und den weiteren Diensten und Anwendungen der Telematikinfrastruktur entsteht, Telemonitoringprogramme, digital gestützte Strukturierte Behandlungsprogramme und weitere telemedizinische Versorgungsszenarien flächendeckend abgebildet werden. Die entsprechenden Interoperabilitätsvoraussetzungen sind in Umsetzung (Datenaustausch zwischen DiGA, ePA und Primärsystemen) oder in Vorbereitung: Über die Verpflichtung nach § 374a SGB V ist gesichert, dass Vitaldaten aus Hilfsmitteln und Implantaten zukünftig fortlaufend von DiGA abgerufen, für die Therapie genutzt und über die ePA an die Ärzte und andere Leistungserbringer weitergegeben werden können. Integriert in die Versorgungsabläufe und die Systeme der Ärzte und ebenso nutzerfreundlich aus Digitalen Gesundheitsanwendungen und weiteren Anwendungen der Patienten heraus können zudem künftig bedarfsorientiert Termine für ärztliche Leistungen vereinbart werden, ermöglicht durch das System zur digitalen Terminvermittlung der KBV und die entsprechende Anbindung der Praxisverwaltungssysteme (§ 371 Absatz 1 SGB V). Die Einbindung des TI-Messengers in Praxisverwaltungssysteme (§ 371 Absatz 1 SGB V) und die Möglichkeit der Integration des TI-Messengers auch in Digitale Gesundheitsanwendungen wird darüber hinaus eine einfach nutzbare und sichere Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten zur Verfügung stellen, mit Videosprechstunden, Chats oder Alerts, die kontextabhängig und aus den jeweiligen Behandlungsabläufen und Therapiesituationen heraus definiert, aufgerufen und genutzt werden können. Zur konkreten Umsetzung nutzerfreundlicher und alltagstauglicher Abläufe, die den Bedarfen der Ärzte und der Patienten entsprechen und sie wirksam unterstützen, werden über die grundsätzlichen Bausteine hinaus kontinuierlich weitere Entwicklungen erforderlich sein, hier haben insbesondere auch die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme einen wichtigen Anteil. Zudem werden von der Ärzteschaft entwickelte Leitlinien benötigt, medizinisch-fachliche Standards, damit auf dieser Basis geeignete telemedizinische Versorgungspfade eingeführt und etabliert werden können. Mit der Entwicklung von Qualitätsvorgaben für telemedizinische Leistungen (§ 87 Abs 2o) wird ein erster wichtiger Schritt in diese Richtung gegangen. Innovatives Unternehmertum ist gefordert, das Digitale Gesundheitsanwendungen für die telemedizinische Versorgung unter Berücksichtigung der Perspektiven der Patienten wie auch der Leistungserbringer entwickelt und in die Anwendung bringt. Wichtig ist, dass auf diesem Weg schrittweise die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden können, um flächendeckend und ohne die Schaffung neuer separierter Datensilos telemedizinische Versorgungsprozesse zu etablieren: unter Nutzung der ePA als Datendrehscheibe im Mittelpunkt, im dynamischen Zusammenspiel mit der digital gestützten Versorgung vor Ort in der Praxis, und verfügbar für jeden Arzt und für jeden Patienten, der daran teilnehmen und von den Vorteilen profitieren will.“

Zielbild digital gestützte Versorgung

ePA Fachkonzept, Kapitel 3.3.6

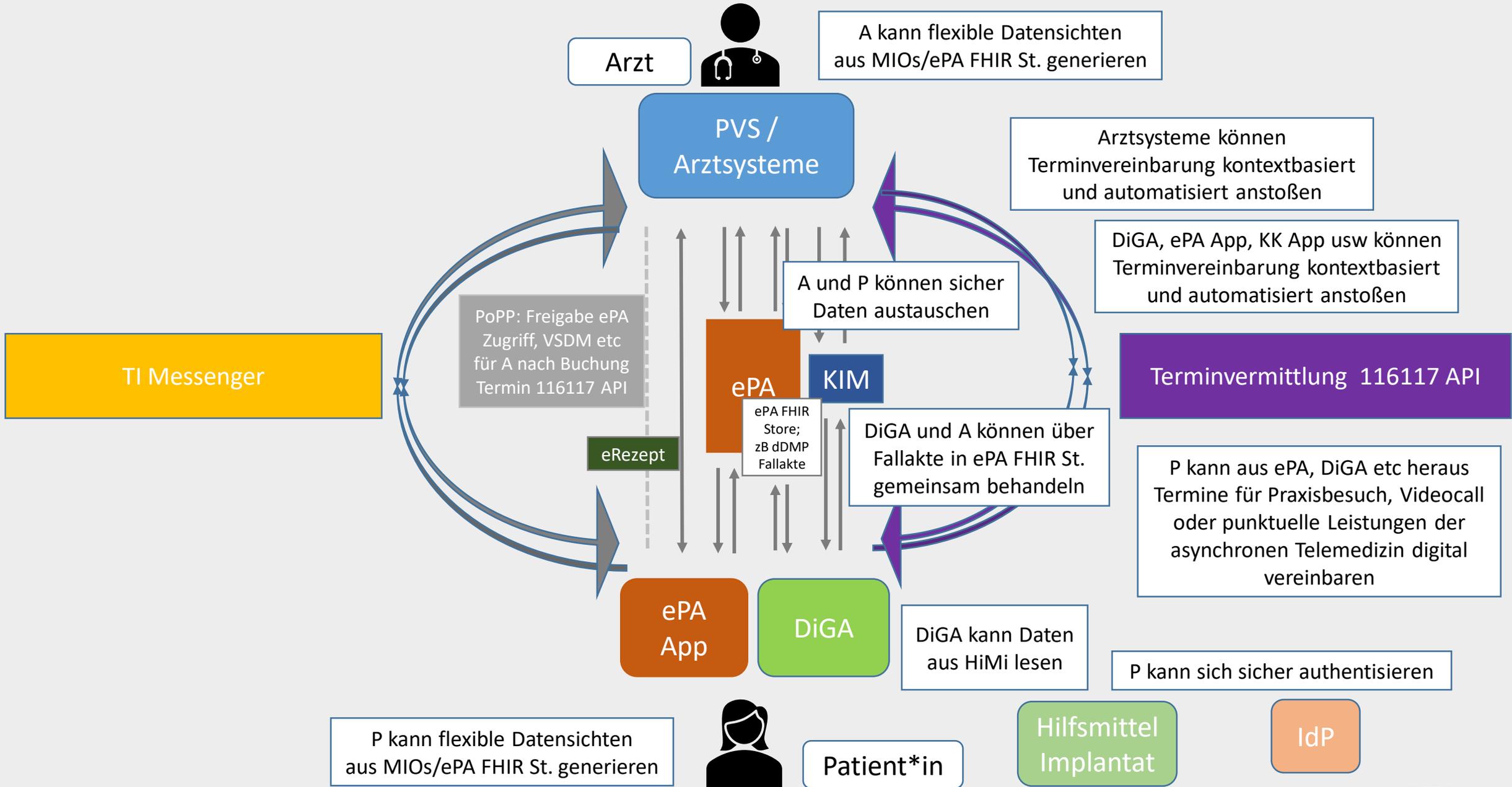
“Die ePA für alle kann im Rahmen von Videosprechstunden und telemedizinischen Versorgungsangeboten als Datenbasis genutzt werden. Leistungserbringende werden Daten aus der ePA lesen können und bei Bedarf neue Daten dort abspeichern können. Abgesichert über die GesundheitsID oder die eGK kann perspektivisch bei Eröffnung eines telemedizinischen Behandlungskontexts, zum Beispiel im Zuge einer digitalen Terminbuchung über die 116 117 api, eine Zugriffsbefugnis für die ePA für den entsprechenden Leistungserbringer eingerichtet werden. Die Möglichkeit, einzelne Dokumente in der ePA zu referenzieren und bspw. als Deep Link weiterzugeben, kann in diesem Kontext zusätzliche Chancen für einfache und effiziente Versorgungsabläufe eröffnen, die die Leistungserbringenden im Versorgungsalltag wirksam unterstützen.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) können Daten in die ePA schreiben. Standardmäßig muss einer DiGA ein Zugriff seitens des Versicherten gewährt werden, bevor die DiGA in der Lage ist, Daten in der ePA zu verarbeiten. Der Versicherte kann in seiner ePA App die Berechtigungssteuerung für eine DiGA genauso durchführen wie für eine Leistungserbringerinstitution.

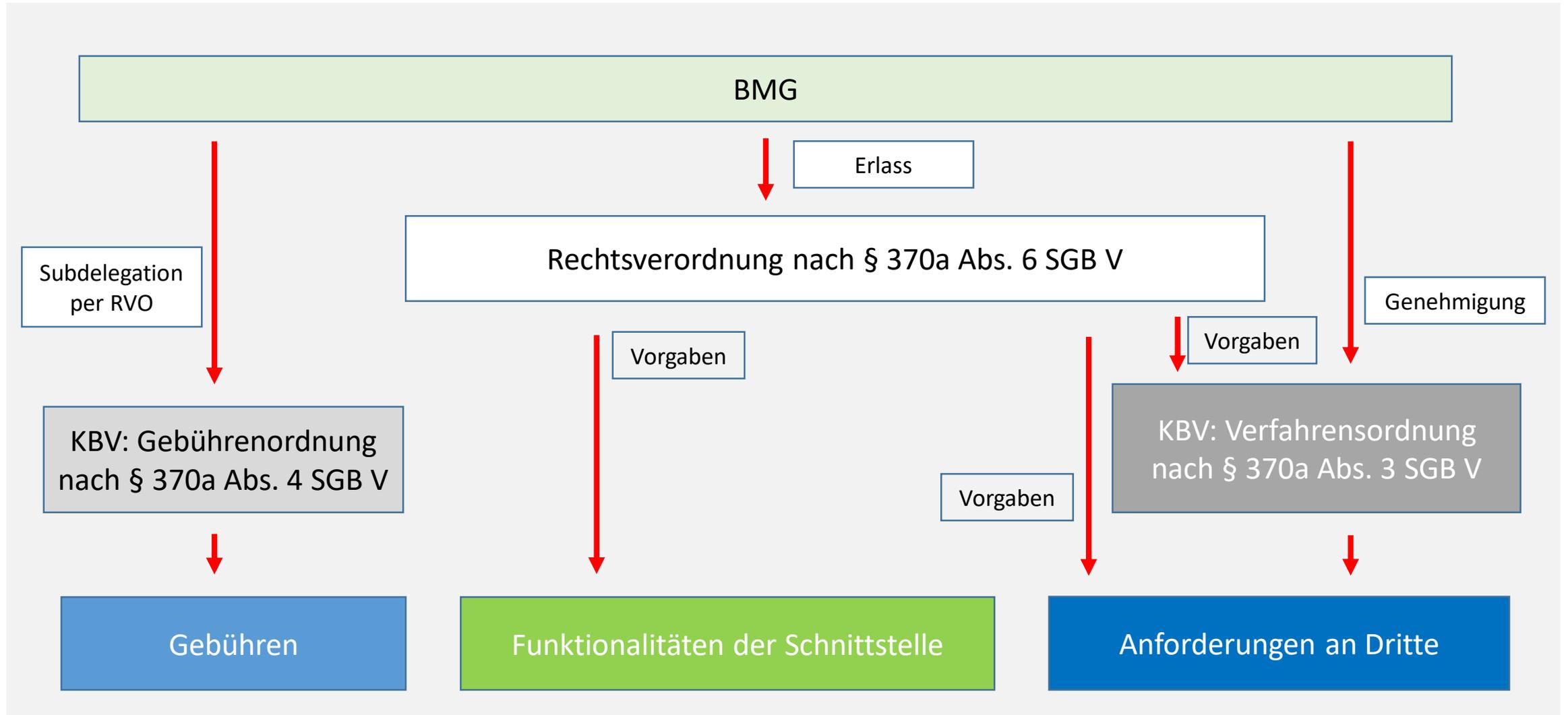
Perspektivisch können DiGA auch lesend mit Daten der ePA arbeiten, um versorgungsunterstützend zu agieren. Hierzu wird ermöglicht, dass für jede DiGA eine individuelle Zugriffsbefugnis angelegt wird, die sich daran ausrichtet, welche Daten die DiGA ausweislich der Leistung im DiGA-Verzeichnis benötigt und verarbeiten darf. Auf dieser Basis werden DiGA die im ePA FHIR Format vorliegenden Daten durchsuchen und selektiv auslesen können, um bspw. einzelne Werte als Verlaufskurven abfragen zu können.

Im Ergebnis können mit der ePA perspektivisch umfassende hybride Versorgungsprozesse unterstützt werden: DiGA und Leistungserbringer können im FHIR Format gespeicherte Daten wie bspw. für den Anwendungsfall digitales DMP Diabetes als gemeinsame Datenbasis nutzen, einzelne Daten darin ergänzen oder aktualisieren. Für die verschiedenen am Behandlungsprozess Beteiligten bzw. in verschiedenen Behandlungssituationen können jeweils für die Versorgung benötigte Sichten auf die Daten in der ePA angefragt und ausgegeben werden.“

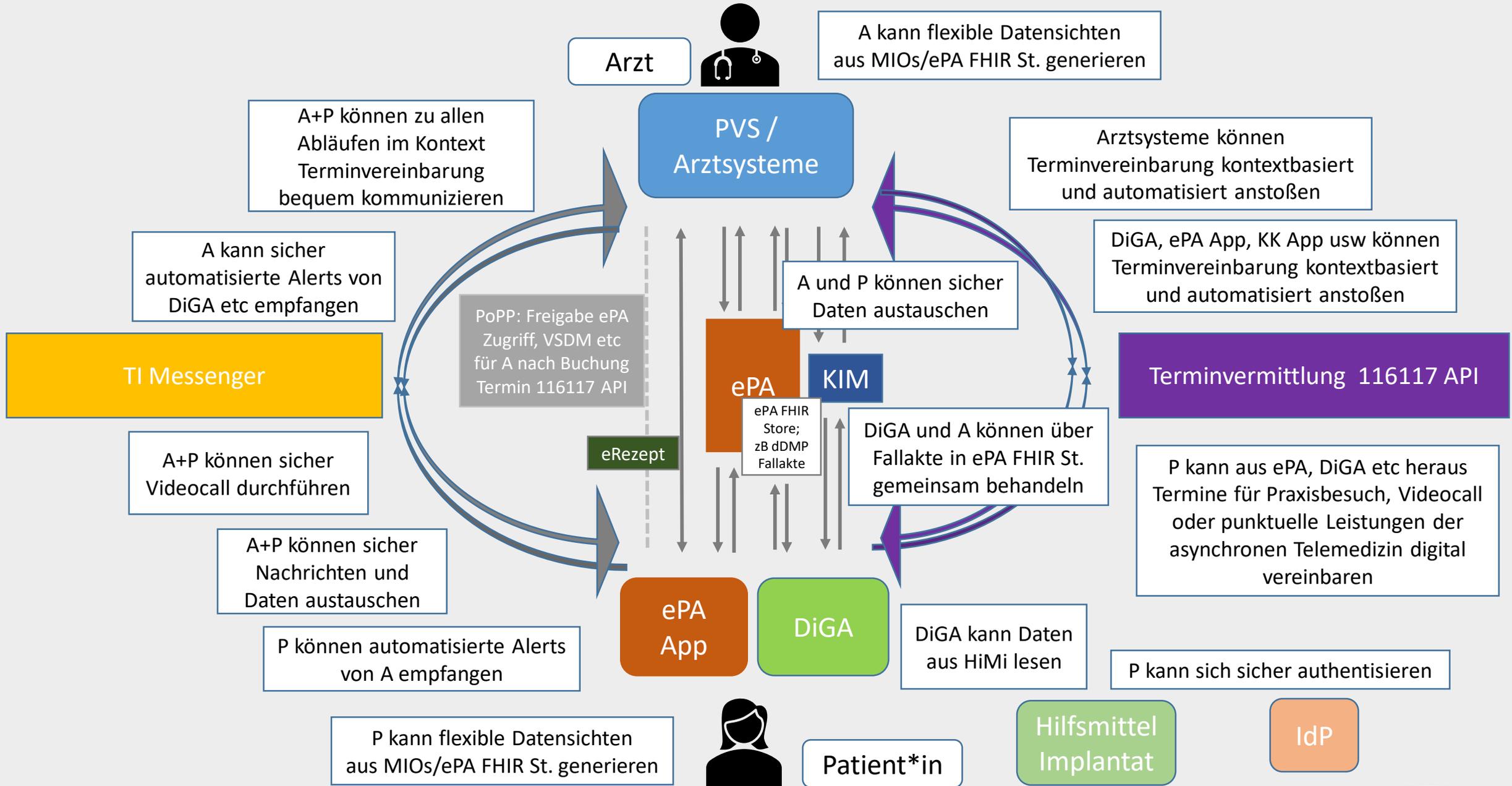
Zielbild: flächendeckende und anbieterübergreifende digital gestützte Versorgung mit ePA, DiGA und TI



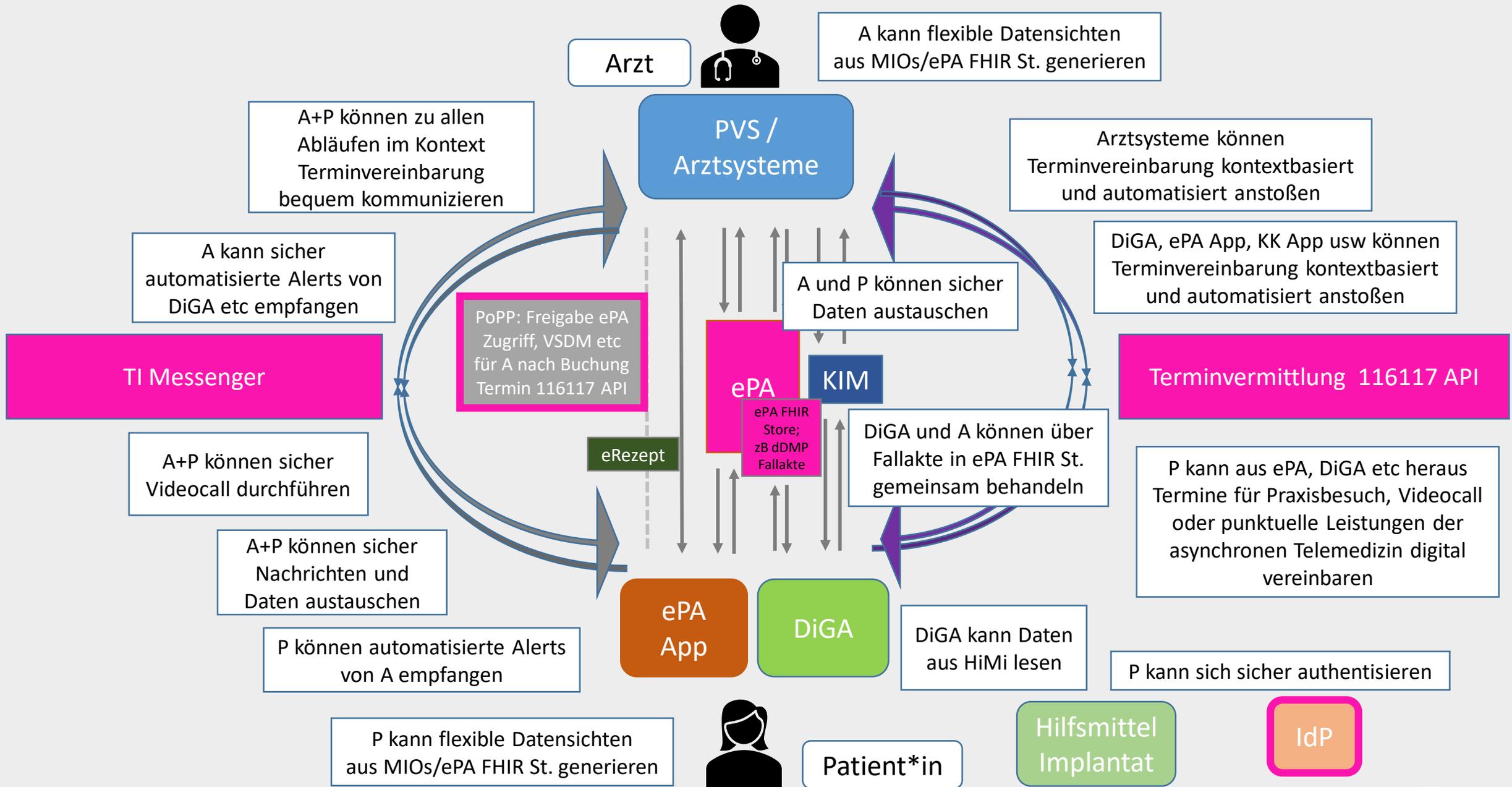
Ausgestaltung der Terminschnittstelle nach § 370a SGB V



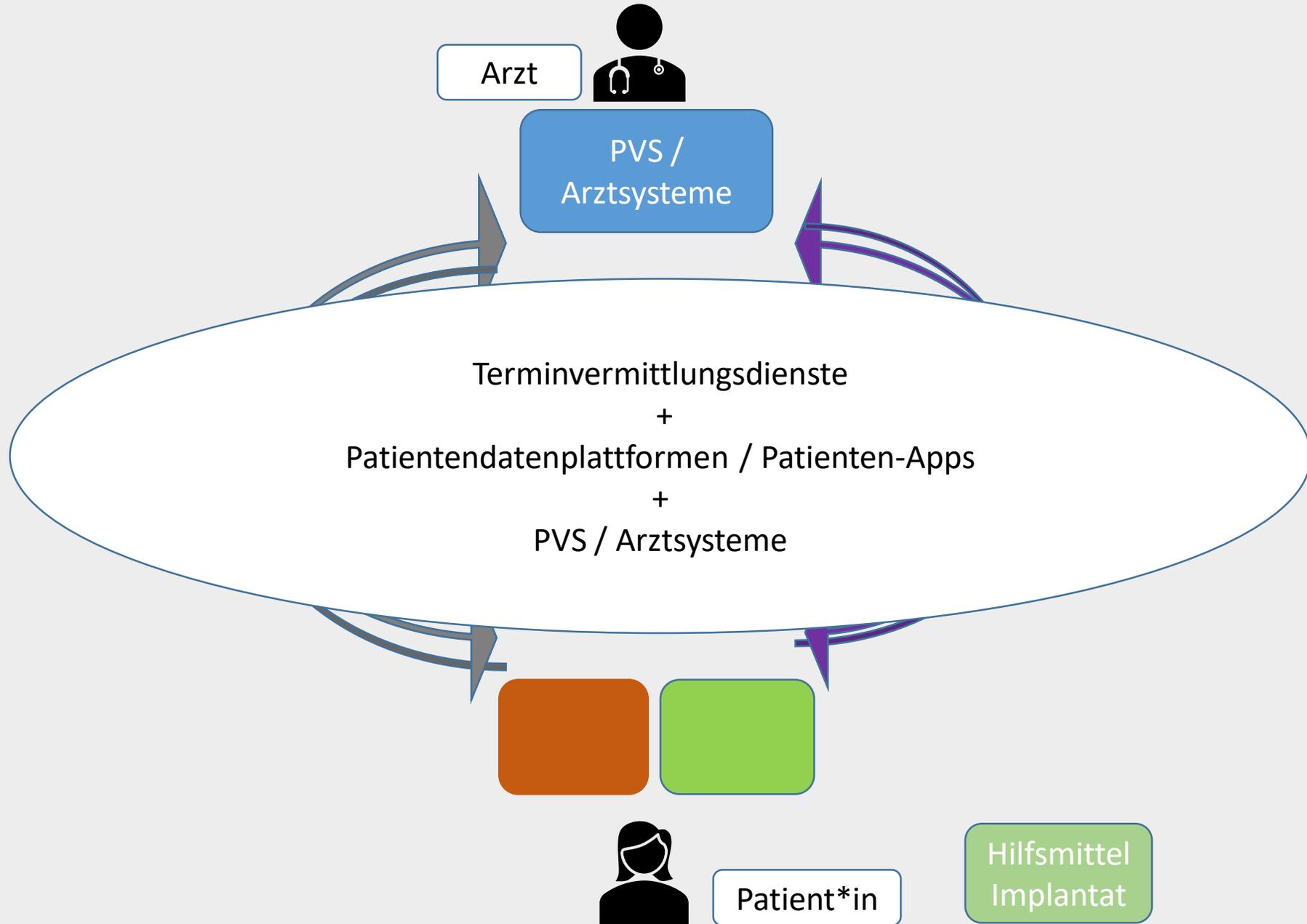
Zielbild: flächendeckende und anbieterübergreifende digital gestützte Versorgung mit ePA, DiGA und TI



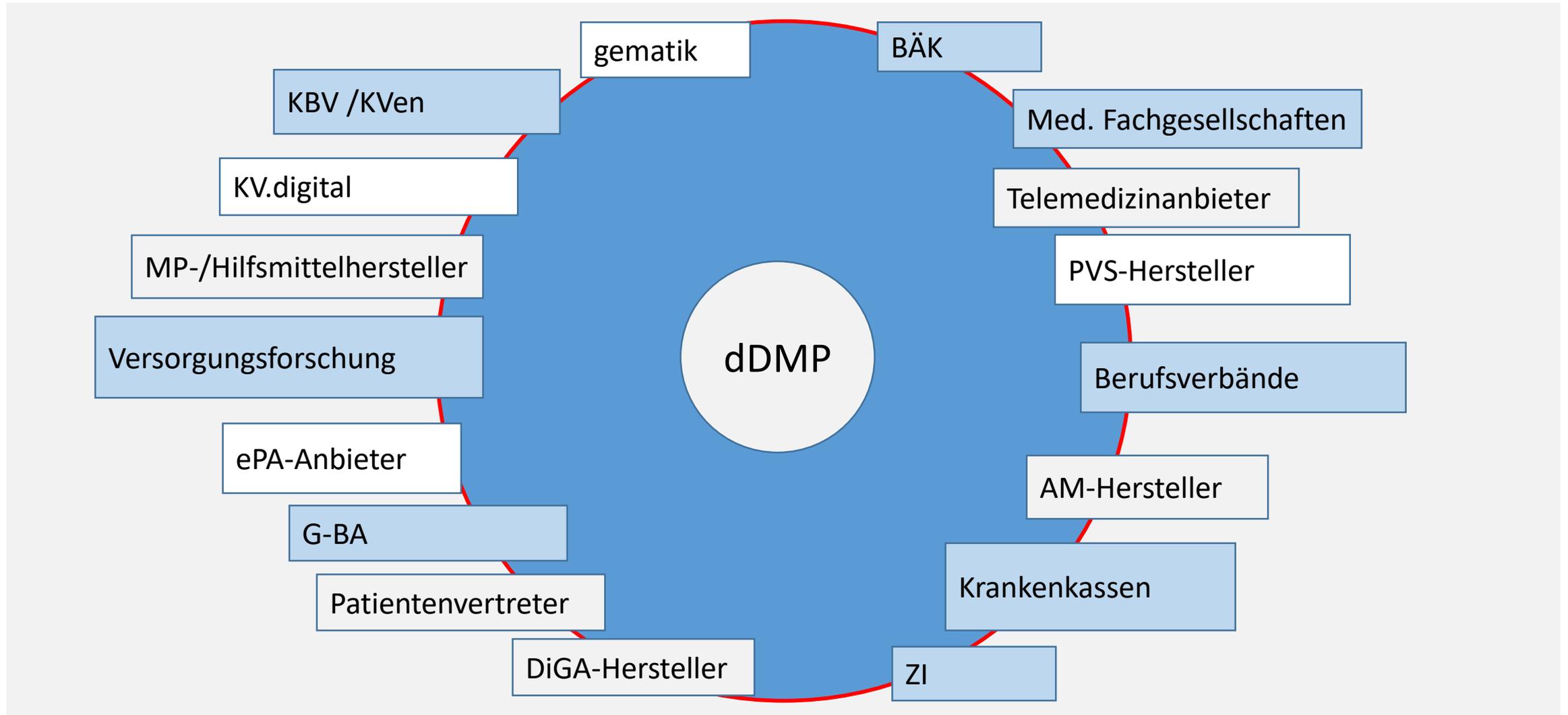
Zielbild: flächendeckende und anbieterübergreifende digital gestützte Versorgung mit ePA, DiGA und TI



digital gestützte Versorgung über proprietäre Plattformen



Gemeinsam nach vorn denken



Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!

sophia.matenaar@bmg.bund.de