

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen, Stand: 7. Mai 2026

18. Mai 2026

Vorbemerkung

Der BVMed begrüßt die Vorlage eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen. Die Nutzung von Daten sowie die Umsetzung des European Health Data Space (EHDS) in Deutschland stellen wichtige und notwendige Schritte dar, die grundsätzlich sinnvoll ausgestaltet sind. Positiv hervorzuheben ist, dass sich die Umsetzung eng an den europäischen Vorgaben orientiert und auf nationale Sonderregelungen verzichtet.

Dem im Titel des Gesetzes formulierten Anspruch, digitale Innovationen umfassend zu fördern, wird der Entwurf jedoch nur eingeschränkt gerecht. Aus Sicht der Medizintechnik gehen die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie die Weiterentwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht weit und schnell genug.

Weitergehende Innovationen – etwa digitale Zwillinge, unterstützende KI-Anwendungen, digitale Versorgungspfade oder eine flächendeckende Etablierung von Telemonitoring – erfordern deutlich umfassendere strukturelle Veränderungen der regulatorischen Rahmenbedingungen, um den angestrebten Fortschritt im Gesundheitswesen zu ermöglichen. In dieser Hinsicht bleibt der Entwurf leider hinter den bestehenden Erwartungen zurück.

Die stärkere Einbindung der Hilfsmittel-Leistungserbringer in Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Sie trägt der zentralen Rolle dieser Akteure in der sektorenübergreifenden Versorgung Rechnung. Kritisch ist jedoch der vorgesehene Zeitrahmen für die Einführung der elektronischen Hilfsmittelverordnung. Das Zieljahr 2030 ist deutlich zu spät angesetzt. Eine frühere Umsetzung ist notwendig, um Medienbrüche abzubauen, Wettbewerbsnachteile zu vermeiden und Versorgungsprozesse effizienter zu gestalten.

Zudem versäumt es der Gesetzgeber erneut, dringend erforderliche Zugriffsrechte auf die elektronische Patientenakte (ePA) für Fachkräfte der Hilfsmittel-Leistungserbringer zu schaffen. Betroffen sind insbesondere die Qualifikationen nach § 352 SGB V (Aufzählungspunkte 9 - 11) sowie die Gesundheitshandwerke, die bei sonstigen Leistungserbringern nach §§ 126 und 127 SGB V tätig sind. Diese Fachkräfte übernehmen regelmäßig die ambulante Versorgung mit Produkten nach § 31 Abs. 1 und 6 SGB V sowie nach § 33 SGB V. Sie sichern den Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich – insbesondere auch bei durch Angehörige versorgten Menschen. Hier besteht dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf.

Leider nutzt der Entwurf ebenfalls nicht die Chance, Vorschläge der Industrie zur Klarheit und Vereinfachung von Regelungen umzusetzen: Weiterhin gilt ein deutscher Sonderweg bei der Nutzung von Cloud-Diensten, Interoperabilität wird nicht mit

Augenmaß geregelt und die Durchsetzung von IP-Rechten im Rahmen des Datenaustauschs bleibt unklar.

Mit § 393 SGB V wurde ein deutsches Zertifikat für Cloud-Dienste eingeführt; europaweit tätige Unternehmen müssen in mehreren Ländern unterschiedliche Zertifikate nachweisen, die nicht gegenseitig anerkannt werden. Die Regelungen zur Interoperabilität bleiben vage, unklare Begriffe („informationstechnische Systeme“) werden nicht enger gefasst, sodass weiterhin die Gefahr besteht, dass Medizinprodukte gleichzeitig auch als informationstechnische Systeme betrachtet werden können.

Es fehlt ebenso ein klares Bekenntnis zum Vorrang international anerkannter Standards vor nationalen Festlegungen. Wir weisen außerdem darauf hin, dass Medizinprodukte im Gegensatz zum patentrechtlichen Schutz von Arzneimittelmolekülen, wesentlich mehr gefährdet sind für Me-Too-Produkte und Re-Engineering. Letzteres steht insbesondere zu befürchten, wenn nicht nur aggregierte Daten ausgetauscht werden sollten. Die Chance für mehr Sicherheit und einfachere europaweite Regelungen wird leider nicht ergriffen.

1. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf

1.1 Regelungen zu Hilfsmitteln

1.1.1

Nr. 19: § 291b SGB V – Freiwillige Nutzung des VSDM (KIM)

Der BVMed begrüßt die Öffnung des Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) für die Hilfsmittelleistungserbringer. Dies verbessert die Datenverfügbarkeit und kann zu effizienteren Versorgungs- und Kommunikationsprozessen führen.

1.1.2

Nr. 20: § 295 Absatz SGB V 1c – Verpflichtende Nutzung von KIM

Die verpflichtende Einführung des elektronischen Kommunikationsverfahrens (KIM) ist ein konsequenter Schritt hin zu einer digitalen und effizienteren Gesundheitsversorgung.

Der Referentenentwurf verpflichtet Leistungserbringer zur Nutzung sicherer elektronischer Übermittlungsverfahren, insbesondere des KIM-Dienstes.

Der BVMed setzt sich seit langem dafür ein, dass Hilfsmittelleistungserbringer gleichberechtigt in die Telematikinfrastruktur eingebunden werden. Es ist daher ausdrücklich zu begrüßen, dass entsprechende Verpflichtungen nun auch für diesen Versorgungsbereich vorgesehen sind. Hierdurch wird ein längst überfälliger, datenschutzkonformer Datenübertragungsweg für Hilfsmittelleistungserbringer geschaffen, der nun zeitnah etabliert werden muss. Dazu ist entscheidend, dass die hierfür notwendigen technischen und organisatorischen Voraussetzungen zügig geschaffen werden. Hilfsmittelleistungserbringer dürfen bei der digitalen Anbindung nicht länger gegenüber anderen Leistungserbringern – insbesondere Apotheken – benachteiligt werden.

Anpassungsvorschlag

Die Umsetzung muss so ausgestaltet sein, dass eine praxistaugliche, wirtschaftlich tragfähige und umgehend flächendeckende Nutzung tatsächlich möglich wird. Darüber hinaus muss gesetzlich sichergestellt werden, dass Hilfsmittelleistungserbringer bei der TI-Anbindung und den Refinanzierungsregelungen gleichberechtigt zu anderen Leistungserbringern – insbesondere Apotheken – behandelt werden.

1.1.3

Nr. 66: § 359a SGB V – Digitale Patientenrechnung

Die Einführung einer digitalen Patientenrechnung kann die Transparenz erhöhen und die Versicherten stärker einbinden.

Der BVMed hebt positiv hervor, dass Hilfsmittelleistungserbringer ausdrücklich als zugriffsberechtigte Akteure aufgenommen werden. Dies trägt der Versorgungsrealität Rechnung und unterstützt die digitale Integration der Hilfsmittelleistungserbringer in bestehende Prozesse.

Änderungsbedarf

Für die digitale Patientenrechnung im Hilfsmittelbereich ist zu präzisieren, dass auch gesetzliche Zuzahlungen, wirtschaftliche Aufzahlungen sowie individuell gewünschte Mehrleistungen abgebildet werden können.

Entscheidend ist insbesondere, dass durch die Einführung zusätzlicher digitaler Abrechnungsprozesse keine neuen bürokratischen Belastungen für Leistungserbringer entstehen. Bereits heute ist die Hilfsmittelversorgung durch umfangreiche und heterogene Dokumentations-, Genehmigungs- und Abrechnungsanforderungen geprägt.

1.1.4

Nr. 68 b): § 360 SGB V – E-Verordnung

Der Referentenentwurf sieht vor, dass Verordnende von Hilfsmitteln ab dem 1. Juli 2030 verpflichtet werden, elektronische Verordnungen auszustellen. Hilfsmittelleistungserbringer müssen sich bis zum 1. Oktober 2027 an die Telematikinfrastruktur anschließen.

Wir fordern eine vorgezogene verpflichtende Einführung von E-Verordnungen im Hilfsmittelbereich, deutlich vor 2030, um die Digitalisierungsprozesse in den Arztpraxen konsequent zu optimieren und gleichzeitig die bestehende Benachteiligung von sonstigen Leistungserbringern, im Vergleich zu den Apotheken aufzuheben.

Begründung

Elektronische Verordnungen können insbesondere dazu beitragen, Medienbrüche zu reduzieren, Bearbeitungszeiten zu verkürzen sowie die Kommunikation zwischen Arztpraxen, Krankenkassen und Leistungserbringern zu verbessern. Gerade in der Hilfsmittelversorgung bestehen erhebliche Potenziale zur Prozessvereinfachung und Entbürokratisierung.

1.1.5

Nr. 69: § 360b SGB V – Bedarfseinschätzung

Der BVMed regt an, dass insbesondere bei nichtärztlichen Interventionen auch die Fachkräfte der Hilfsmittelleistungserbringer als wesentlich Gesundheitsfachkräfte mitberücksichtigt werden.

Zudem weisen wir darauf hin, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln in der Häuslichkeit eine Aussagekraft haben kann, wie mobil eine Person ist. Daher sollten diese Informationen in der ePA einfach erkennbar und in den Prozess der Bedarfseinschätzung mit einbezogen werden.

1.2 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

1.2.1

Nr. 5a: § 33a SGB V Absatz 1 Satz 4

In Nummer 5a) § 33a SGB V Absatz 1 Satz 4 bewerten wir die Ergänzung, dass DiGA der „Fernüberwachung des Gesundheitszustands von Versicherten mithilfe digitaler Technologien dienen“ positiv, sehen sie jedoch gleichzeitig als nicht ausreichend an. Ergänzend wären Anpassungen in der DiGAV sowie in den Dokumenten und Auslegungen des BfArM erforderlich.

Begründung

Die Fernüberwachung des Gesundheitszustandes, also ein Telemonitoring, ist eine Leistung, die digitale Tools erbringen können. Das Konzept der DiGA, sowie alle Auslegungen und ergänzenden Dokumente, schreiben vor, dass die DiGA einen eigenen medizinischen Nutzen haben soll, der mit der digitalen Anwendung selbst erreicht wird. Ein enges Zusammenspiel von Praxis und DiGA ist nicht vorgesehen.

DiGA können also im Bereich des Selbstmonitorings der Patientinnen und Patienten im Alltag wirksam werden, nicht aber in Settings, bei denen die Daten fernüberwacht und von Dritten bei Bedarf reagiert wird. Die vorgenommene Ergänzung wird daher nicht ausreichen, um eine relevante Ausweitung der Telemonitorings mit DiGA zu erreichen. Wir weisen zudem auf die ergänzenden Vorschläge unter 2.3 dieser Stellungnahme hin, in dem dargestellt wird, welche tiefgreifenderen Veränderungen es bräuchte, um Telemonitoring in der Versorgung zu verankern.

1.2.1

Nr. 5a: § 33a SGB V Absatz 6 Satz 3

In Nummer 5c) § 33a SGB V Absatz 6 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

„[...] in Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Kassen und maßgeblichen Verbänden der Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen.“

Begründung

Um Aussagekraft, Ausgewogenheit und Neutralität der DiGA-Zahlen zu gewährleisten, sind die DiGA-Herstellerverbände und GKV-Spitzenverband hinzuzuziehen.

1.3. Hilfsmittel und Implantate-Schnittstellen

1.3.1

Nr. 79: § 374a SGB V Absatz 1 Satz 1 und Satz 4

Die in Nummer 79 (§ 374a SGB V, Absatz 1 Satz 1) vorgesehene Verschiebung der Frist wird ausdrücklich positiv bewertet.

In Nummer § 374a SGB V Absatz 1 Satz 4 **streichen**.

Begründung

Der Entwurf verpflichtet die Hersteller von Implantaten und Hilfsmitteln zur Bereitstellung von Testumgebungen und Testdaten für DiGA-Hersteller. Hiermit ergibt sich eine proaktiver, nicht-definierter Aufwand aufseiten der Medizintechnikunternehmen. Dieser ist vor dem Hintergrund der geringen Anzahl an potenziellen, zu koppelnden DiGA unverhältnismäßig.

1.4 Einführung elektronischer Prozesse der Verordnung und Anwendung von Betäubungsmitteln

1.4.1.

Nrn. 8 und 68: § 86 SGB V

Die Nummern 8 und 68 in Verbindung mit § 360 SGB V werden positiv bewertet.

Begründung

Die in dem Entwurf vorgesehenen Klarstellungen und Weiterentwicklungen in § 86 und § 360 SGB V im kassenärztlichen Bereich stellen einen wichtigen Schritt zur Einführung elektronischer Betäubungsmittelverordnungen in die Regelversorgung dar.

Mit der gesetzlichen Fristsetzung ab 2028 wird das E-BtM-Rezept zudem erstmals aus dem konzeptionellen Stadium in die flächendeckende Anwendung überführt und schafft damit Planungssicherheit für alle Akteure. Dies unterstützt die Etablierung strukturierter, sicherer und durchgängiger Medikationsprozesse und stärkt die digitale Weiterentwicklung der Versorgung insgesamt.

Wir weisen allerdings darauf hin, dass der Betäubungsmittelverkehr auch in Krankenhäusern zeitnah von den bislang überwiegend analogen Verfahren auf digitale Prozesse umgestellt werden sollte. Vor dem Hintergrund stetig steigender Anforderungen an das Gesundheitsfachpersonal bei gleichzeitig deutlich spürbarem demografischen Wandel, sowohl auf Seiten der Gesundheitsberufe als auch der Patient:innen, besteht ein erheblicher Handlungsbedarf, Betäubungsmittel-anforderungs- und Dokumentationsprozesse konsequent zu entlasten und zu modernisieren. Medizintechnische Lösungen spielen dabei eine zentrale Rolle, da sie standardisierte, sichere und nachvollziehbare Abläufe ermöglichen und so das Fachpersonal wirksam von administrativen Tätigkeiten entlasten können. Eine notwendige Grundlage hierfür könnte auch eine Überarbeitung und Aktualisierung der Betäubungsmittel Verschreibungsverordnung (BtMVV) darstellen.

2. Weiterführende digitale Lösungsansätze im Sinne des Gesetzes

Mit den folgenden Vorschlägen zeigen wir, welche weitergehenden Schritte in einem Gesetz aufgegriffen werden könnten, dass die digitale Transformation des Gesundheitswesens einen größeren Schritt voranbringen könnte.

2.1 Daten besser verfügbar machen für digitale Technologien

Die Nutzung von Daten ist das Kernelement, das digitale Versorgung in allen Sektoren und Situationen kennzeichnet. Dabei kann die Nutzung der Daten sehr verschieden gestaltet sein:

- Nutzung von bereits erhobenen Daten für Digital-Twin-Ansätze,
- Steuerung von Patientenpfaden anhand von aktuell erhobenen Daten und Informationen aus der Patientenhistorie,
- permanentes Monitoring des Gesundheitszustandes anhand von kontinuierlich erhobenen Daten aus Sensoren oder anderen Messgeräten,
- situationsbezogenes Management anhand von Alarmen/Meldungen,
- Nutzung von Daten für Training, Schulung, Weiterbildung.

Relevant ist, dass die erforderlichen Daten in der Versorgung zur richtigen Zeit, am richtigen Ort verfügbar sind, ein nutzbares Format haben oder über eine Schnittstelle genutzt werden können und die Rahmenbedingungen für die Datennutzung klar sind.

Lösungsansätze

- Aufnahme der Nutzung von pseudonymisierten Behandlungsdaten in das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) und Schaffung von bundesweit einheitlichen Interpretationen von Verfahren der Pseudonymisierung, die datenschutzrechtlich konform keiner spezifischen Einwilligung bedürfen.
- Anerkennung der landesrechtlichen Prüfung in einem Bundesland in den anderen Ländern oder Etablierung eines Verfahrens bei der Bundesdatenschützerin, die die Anforderungen an ein Produkt/ eine Lösung klärt und dann in den Bundesländern akzeptiert wird.

2.2 Marktzugang für digitale Medizinprodukte mit geringem Risiko erleichtern

Digitale Medizinprodukte mit geringem Risiko können innovative Lösungen sein, die die Versorgungsqualität maßgeblich verbessern können. Die vom G-BA vorgesehene Methodenbewertung, ist für diese Produktkategorie jedoch ungeeignet, und auch als DiGA können sie aufgrund der engen DiGA-Definition oft nicht gelistet werden. Insbesondere die Forderung, für jede einzelne PICO-Fragestellung (Population, Intervention, Comparator, Outcome) separate Bewertungen und randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) durchzuführen, ist weder für den G-BA noch für die Hersteller praktikabel. Ein flexiblerer, risikoadaptierter Bewertungsansatz ist dringend erforderlich, um den Besonderheiten digitaler Medizinprodukte gerecht zu werden und Innovationen effizient in die Versorgung zu bringen.

Lösungsansatz

- Evidenzbasierter Pragmatismus: Für Produkte mit geringem Risiko kann auf pragmatische Studiendesigns zurückgegriffen werden, z.B. ↔Nutzung von Real-World-Daten (RWD) und Versorgungsstudien statt ausschließlich RCTs; Akzeptanz von retrospektiven Analysen (e.g. FDZ) und Registerdaten. Der Nachweis kann sich auf patientenrelevante Endpunkte und / oder „patienten- und/oder gesundheitssystemrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserungen“ beziehen und lässt auch Analysen außerhalb des klassischen PICO-Schemas zu.
- Ein Fast-Track-Verfahren soll eingeführt werden, das – analog zum DiGA-Fast-Track – eine beschleunigte Prüfung von Sicherheit und Nutzen ermöglicht, zunächst im Rahmen einer zeitlich befristeten Zulassung und mit anschließender Nachbewertung auf Grundlage von Versorgungsdaten.

2.3 Telemonitoring: Zu smartem Monitoring weiterentwickeln

Telemonitoring bezeichnet Verfahren, bei denen Vitalwerte kontinuierlich erfasst und übertragen werden, um an einer Stelle überwacht zu werden, die bei Abweichungen verschiedene Maßnahmen ergreifen kann. Telemonitoring bietet die Chance, Wege zu vermeiden, die Betreuungsfrequenz zu individualisieren und damit Eskalationen zu vermeiden. Die Strukturen des bestehenden Systems, stehen dem jedoch im Wege, da Sektorengrenzen, persönliche Besuche und Quartalslogik eine digitale Betreuung von Remote nicht vorsehen und die Anbieter solcher Lösungen sogar benachteiligen. Das Telemonitoring braucht daher einen eigenen Regelkreis, in dem sukzessive neue Indikationen, Patientengruppen und Betreuungsformen nach geeigneten Nachweisen aufgenommen werden können.

Lösungsansatz

- Um Patient:innen gut zu betreuen, muss sich die Versorgung für sie wie aus einem Guss anfühlen, obwohl verschiedene Instanzen beteiligt sind. Dazu gehört der Einschluss in die Versorgungsform dort, wo der Bedarf festgestellt wird, eine gute Betreuung der erforderlichen Geräte, Informationsfluss über die Ereignisse zu allen beteiligten Fachkräften über die ePA.
- Ein eigenständiger Weg der Zulassung und Erstattung für Monitoring-Ansätze, die medizinisch nicht schlechter, aber anders versorgen. Der Weg über die Methodenbewertung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) ist nicht angemessen, geeigneter wäre eine eigene Richtlinie für „Monitoring“, für die andere Zugangskriterien als für eine neue Methode gelten. Diese Kriterien sollen vor allem die Effizienz der Versorgung würdigen.
- Geeignete Patientinnen und Patienten sollten während des Krankenhausaufenthalts in das Telemonitoring eingeschlossen werden können, dort mit Informationen und Geräten ausgestattet werden, unabhängig davon, wer die weitere Betreuung vor Ort übernimmt.
- Telemonitoring kann Versorgung effektiver und effizienter organisieren, um diese Potenziale zu heben, muss die Erstattung anders als mit einer Quartalspauschale beim betreuenden Facharzt vor Ort erfolgen.
- Um effektiv digital betreuen zu können, sollen sich Monitoring-Zentren bilden können, die mit KI-gestützter Überwachung, Videokonsultation und telefonischer Betreuung auch über größere Distanzen hinweg 24/7 remote betreuen. Das kann eine niedergelassene Praxis nicht leisten.
- Um die Potenziale der Betreuung vor Ort durch die geeignete Fachkraft zu erschließen, müssen Kooperationsmöglichkeiten von digital überwachenden Monitoringzentren mit lokalen Kräften vor Ort ermöglicht werden, die über

ein flexibles Instrumentarium verfügen, auf die geeignete Art zu reagieren (Besuch einer Pflegefachkraft, eines Case Managers, Fahrt ins nächste Krankenhaus, etc.). Je nach Indikation und individuellem Bedarf müssen diese Reaktionsmöglichkeiten anpassbar gestaltet werden können.

- Die Finanzierung der Leistung soll die Verantwortung für den Gesamtprozess stärken, verschiedene Berufsgruppen einbinden und neue Wege der Qualitätssicherung ermöglichen. Durch die datenbasierte Versorgung können messbare Erfolgskriterien herangezogen werden

2.4

Umfassende digitale Versorgungspfade: Nutzenbewertung neu aufstellen

Digital gestützte Versorgungspfade entstehen, wenn die Versorgung unterstützt von digitalen Tools, mit der konsequenten Übergabe von Daten und Informationen von Schritt zu Schritt in einer neuen Art und Weise organisiert wird. Zu dieser neuen Art und Weise gehört zum Beispiel, dass die Aufgaben sich zwischen den Sektoren verlagern, also bisher stationäre Versorgung ambulant erfolgt, oder ambulante Leistungen sich in die Häuslichkeit verlagern. Dazu gehört auch, dass neue Berufsgruppen Aufgaben übernehmen, weil sich die erforderliche Qualifikation verändert, wenn die Technik einen Teil der Aufgaben übernimmt.

Dieses Verständnis von digital gestützter Versorgung steht im Widerspruch zu den gewachsenen Strukturen des Gesundheitssystems und somit auch zu den Strukturen, wie neue Leistungen und ihre Vergütung ins System aufgenommen werden. Die Aufnahme neuer Leistungen muss bisher in das System der Sektoren, der Aufgabentrennung und der Aufgabenzuordnung passen. Umfassende Veränderungen von Versorgungspfaden sind in diesem Verfahren gar nicht möglich, denn die Entscheidungsgremien über die Zulassung oder Vergütung haben nicht die Möglichkeit, in die Struktur von Sektorentrennung oder Aufgabenzuschreibung einzugreifen. Eine umfassende Neuordnung der Nutzenbewertung, der Zulassung und der Entscheidung über Vergütungsstrukturen ist erforderlich, wenn digitale Versorgungspfade in der Versorgung ankommen sollen. Essenziell für diese Nutzenbewertung wäre, dass auch weitere Beteiligte in die Entscheidungen einbezogen werden. Anstelle der Dualität von Krankenkassen und Ärzteschaft/Krankenhäusern, wie sie im GBA abgebildet ist, bräuchte es eine vielfältigere Struktur, die auch weitere Gesundheitsberufe entlang von digitalen Versorgungspfaden berücksichtigt.

Bei dieser Nutzenbewertung sollte es nicht allein um einen medizinischen Nutzen gehen, sondern um ein größeres Bild: wie kann die Versorgung effizient organisiert und dabei die bestehende Qualität erhalten oder ausgebaut werden. Der Erhalt der gegebenen Qualität sollte ausreichend sein, um Versorgungspfade und ihre Elemente in die Regelversorgung aufzunehmen und angemessen zu vergüten. Es sollte nicht zwingend erforderlich sein, dass ein medizinischer Mehrnutzen erreicht wird, wenn gleichzeitig eine gesteigerte Effizienz im System durch den Versorgungspfad erreicht werden kann.

Lösungsansatz

- Etablierung eines eigenen Zulassungs-/Nutzenbewertungs- und Erstattungspfades für digital gestützte Versorgungspfade, die alle am Pfad beteiligten Berufsgruppen, Einrichtungen und Gerätschaften berücksichtigt.

- Die Entscheidung über die Etablierung und Vergütung digital gestützter Versorgungspfade muss die Effizienzaspekte berücksichtigen, die mit ihnen erreicht werden.
- Die Umsetzung eines solchen Zulassungs-/Bewertungs- und Erstattungssystems sollte unbedingt eine Erprobungsphase beinhalten, in der vergleichbar zum DiGA-Fast Track die notwendigen Erkenntnisse über die gesundheitsökonomischen Aspekte in der Echanwendung erlangt werden können.

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Georgenstraße 25, 10117 Berlin

+49 30 246 255 - 0

info@bvmed.de

www.bvmed.de

