

## **Stellungnahme des Spitzenverbands Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV) zu den Änderungsanträgen der Fraktionen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG)**

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 16. April 2026 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, BStabG) veröffentlicht. Der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV) hat hierzu eine schriftliche Stellungnahme eingereicht [[LINK](#)]. Nun wurde der SVDGV zu einer öffentlichen Anhörung zu den Änderungsanträgen verschiedener Fraktionen zu diesem Gesetz eingeladen.

Vor diesem Hintergrund nimmt der SVDGV im Rahmen der öffentlichen Anhörung zu Änderungsantrag 8 der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD Stellung.

### **Zusammenfassung**

Der SVDGV lehnt den Vorschlag ab, die Vergütung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) künftig um einen Abschlag in Höhe der Quote der Nutzungsabbrüche in den ersten vier Wochen zu mindern.

- **Mehrfache Sanktionierung von Nutzungsabbrüchen:** Nutzungsdaten werden bei der Preisbildung von DiGA bereits mehrfach berücksichtigt: in der Evidenzbewertung, den Preisverhandlungen und der erfolgsabhängigen Vergütung. Ein zusätzlicher Pauschalabschlag bestraft denselben Sachverhalt mehrfach und verweigert die Vergütung bereits erbrachter Versorgungsleistungen.
- **Benachteiligung zielgerichteter Therapiekonzepte:** Eine starre Vier-Wochen-Frist verzerrt den Markt zuungunsten von Kurzzeittherapien und schnellen Behandlungserfolgen. Zudem belohnt sie die reine Bindung an die App statt den tatsächlichen medizinischen Nutzen.
- **Kumulative Planungsunsicherheit & Widerspruch zu politischen Zielen:** Die Dichte aufeinanderfolgender Eingriffe ohne vorherige Folgenabschätzung entzieht Herstellern und Investoren jegliche kalkulatorische Grundlage. Dies steht in direktem Widerspruch zu den im Koalitionsvertrag verankerten Zielen zur Förderung von Innovationen, Mittelstand und Bürokratieabbau – bei einem Gesamtausgabenanteil der DiGA von lediglich rund 0,05 Prozent an den GKV-Gesamtausgaben.

## **1. Mehrfache Sanktionierung von Nutzungsabbrüchen im bestehenden System**

Der vorgeschlagene Abschlag in Höhe der Abbruchquote greift in ein System ein, das Nutzungsintensität und Abbrüche bereits an mehreren Stellen systematisch berücksichtigt. In wissenschaftlichen Studien zur Evidenzbewertung fließen Therapieabbrüche direkt als fehlender Behandlungseffekt ein und verringern somit die nachgewiesene Effektstärke. Dieser geminderte Nutzen ist wiederum die direkte Verhandlungsgrundlage für den Vergütungsbetrag zwischen Herstellern und dem GKV-Spitzenverband. Darüber hinaus bezieht die erfolgsabhängige Vergütung über die anwendungsbegleitende Erfolgsmessung (AbEM) variabel die tatsächliche Nutzung und den nachgewiesenen Behandlungserfolg mit in die Preisbildung ein.

Die Einführung eines zusätzlichen pauschalen Abschlags stellt somit eine **ordnungspolitisch nicht begründbare Mehrfachsanktionierung** dar. Zudem bewirkt die Regelung wirtschaftlich eine Nullvergütung für Fälle, in denen bis zum Abbruch bereits konkrete Leistungen erbracht wurden. Der Hersteller hat die Software bereitgestellt, den Nutzer in die Anwendung eingeführt sowie Kosten für Serverinfrastruktur, Datenschutz und Support getragen. Ein Mechanismus, der bereits geleistete Versorgung bei vorzeitigem Abbruch vollständig unvergütet lässt, ist keinem anderen Bereich verordneter Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bekannt – weder bei vorzeitig abgesetzten Arzneimitteln noch bei nicht genutzten Hilfsmitteln.

## **2. Systematische Ungleichbehandlung unterschiedlicher Therapiekonzepte**

Die pauschale Bewertung der Nutzungsbeendigung nach vier Wochen lässt die therapeutische Vielfalt der zugelassenen Digitallösungen unberücksichtigt. DiGA verfolgen je nach Indikation grundlegend verschiedene Therapieansätze. Während manche Produkte auf eine monatelange Begleitung chronischer Erkrankungen ausgelegt sind, zielen andere – etwa zur Raucherentwöhnung oder bei akuten Erkrankungen – auf einen raschen Wirkeintritt ab. Ist das Behandlungsziel bereits nach drei Wochen erreicht, endet die Nutzung naturgemäß. Eine starre Zeitgrenze wertet diesen Behandlungserfolg fälschlicherweise als negativen Abbruch und bestraft den Hersteller finanziell.

Darüber hinaus liegen viele Abbruchgründe außerhalb der Einflussphäre des Herstellers. Akute Krankenhausaufenthalte, persönliche Lebensumstände oder geänderte Krankheitsbilder führen im Versorgungsalltag regelmäßig zu Abbrüchen, die keine Rückschlüsse auf die Qualität der Anwendung zulassen. Schließlich setzt die Verknüpfung der Vergütung an reine Nutzungszeiten falsche Anreize in der Produktentwicklung: Sie belohnt Interaktionsmechanismen zur reinen App-Bindung

(„Gamification“), anstatt den echten medizinischen Behandlungserfolg in den Mittelpunkt zu stellen. Diese Differenzierungslosigkeit wirft zudem erhebliche Bedenken im Hinblick auf den verfassungsrechtlichen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) auf.

### **3. Erhebliche Planungsunsicherheit durch Regulierungsakkumulation und Zielkonflikt zum Koalitionsvertrag**

Die digitale Gesundheitsversorgung befindet sich in einem kontinuierlichen Aufbau. Hersteller investieren über Jahre in Studien, Zulassung und Infrastruktur. Voraussetzung für diese Investitionen sind stabiles Vertrauen in den Standort und berechenbare Rahmenbedingungen. Erst Ende Juli 2026 wurden die Vergütungsregeln durch die Einführung einer Mengenstaffel grundlegend angepasst. Bevor die Auswirkungen dieser Maßnahme auf Versorgung und Marktstruktur evaluiert werden konnten, soll nun der nächste regulatorische Eingriff folgen.

In der **Gesamtschau aus Evidenzanforderungen, Mengenstaffel, erfolgsabhängiger Vergütung und dem nun geplanten Abschlag wird die wirtschaftliche Kalkulation für Unternehmen nahezu unmöglich**. Der Vorstoß steht damit in direktem Spannungsverhältnis zu den im Koalitionsvertrag explizit vereinbarten Zielen der Regierungsparteien. Dort sind der Abbau von Bürokratie, die Stärkung mittelständischer Strukturen sowie die Förderung digitaler Innovationen im Gesundheitswesen als zentrale Anliegen festgehalten. Hinter DiGA stehen überwiegend kleine und mittelständische sowie junge Unternehmen, deren Entwicklungs- und Investitionsbedingungen durch den erneuten Eingriff erschwert werden.

Dies steht zudem in auffallendem **Missverhältnis zum ökonomischen Eintreten für die GKV-Beitragssätze: DiGA machen aktuell rund 0,05 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus**. Die vorgesehene Umsetzung schafft eine mehrstufige Melde-, Prüf- und Rückforderungskette: Hersteller melden die Daten an das BfArM, das sie an den GKV-Spitzenverband weiterleitet. Dieser legt die Abschläge fest und informiert die Krankenkassen. Die einzelnen Krankenkassen müssen daraufhin ihre Rückforderungsbeträge ermitteln und gegenüber den Herstellern geltend machen. Die Hersteller leisten die entsprechenden Rückzahlungen an die einzelnen Krankenkassen, die wiederum die Zahlungseingänge prüfen und verbuchen müssen. **Bei angenommenen 58 DiGA, 92 Krankenkassen und zwei Abrechnungszyklen pro Jahr ergeben sich über 10.000 potenzielle Melde- und Bearbeitungsvorgänge jährlich** – jeweils mit mehreren Bearbeitungsschritten. Die Definition, Erfassung und Prüfung der Abbruchquoten sowie die nachträgliche Rückforderung und Abwicklung der Abschlagszahlungen verursachen damit auf allen Seiten erheblichen neuen Verwaltungsaufwand. Dieser Bürokratieaufbau steht in

deutlichem Widerspruch zum erklärten Ziel des Bürokratieabbaus.

Die nachträgliche Festsetzung der Abschläge erschwert zudem eine transparente wirtschaftliche Verordnungsentscheidung. Bei zwei therapeutisch vergleichbaren DiGA derselben Indikation ist zum Zeitpunkt der Verordnung nicht verlässlich erkennbar, welche Anwendung unter Berücksichtigung des späteren Abschlags tatsächlich die geringeren Kosten verursacht. Eine rückwirkend bestimmte Vergütung bietet Verordnenden damit keine transparente Grundlage für einen Kostenvergleich.

Zur Herstellung verlässlicher Rahmenbedingungen gehört in diesem Kontext auch die Streichung des Wortes „mindestens“ bei der Mengenstaffel in § 134 SGB V, um eine kalkulierbare Obergrenze für Rabattstaffeln festzulegen.

### **Petition**

Bereits im Jahr 2023 hat der Gesetzgeber im Rahmen des Digital-Gesetzes (DigiG) eine vergleichbare Regelung zur Vergütungsstreichung bei früher Nutzungsbeendigung bewusst verworfen (BT-Drs. 20/9788). Die damalige Begründung gilt heute unverändert. Die aktuelle Regierungskoalition hat sich im Koalitionsvertrag Bürokratieabbau, bessere Bedingungen für den Mittelstand und mehr Innovation im Gesundheitswesen zum Ziel gesetzt. Hinter DiGA stehen überwiegend kleine und mittelständische Unternehmen, häufig junge Gründungen. Die Summe regulierender Eingriffe steht zu diesen Zielen in direktem Widerspruch.

### **Der SVDGV fordert die Koalitionsfraktionen daher auf:**

**Streichung von Artikel 1 Nummer 19a (neu) sowie Artikel 10a (neu): Verzicht auf die Einführung des Vergütungsabschlags bei Nutzungsabbrüchen und der zugehörigen Meldepflichten.**

**Sollte dem Vorschlag zur Streichung der Regelung nicht gefolgt werden, fordert der SVDGV hilfsweise, die Berücksichtigung vorzeitiger Nutzungsbeendigungen im Rahmen der erfolgsabhängigen Vergütung durch die Vertragspartner nach § 134 SGB V zu regeln, statt einen zusätzlichen pauschalen gesetzlichen Abschlag einzuführen. Dabei sind indikations- und anwendungsspezifische Therapiekonzepte sowie die Gründe einer vorzeitigen Nutzungsbeendigung zu berücksichtigen. Zudem muss der Begriff der „vorzeitigen Nutzungsbeendigung“ eindeutig definiert werden: Eine solche innerhalb der ersten 28 Tage darf nur angenommen werden, wenn der letzte Login in diesem Zeitraum liegt und sich die Patientin oder der Patient bis zum Ende der vorgesehenen Therapiedauer nicht**

**erneut in die Anwendung einloggt. Vorübergehende Nutzungspausen oder eine geringere Nutzungshäufigkeit dürfen nicht als vorzeitige Nutzungsbeendigung gewertet werden.**

#### **4. Weitere Forderung zur Herstellung der Planungssicherheit: Streichung des Wortes „mindestens“ in der Mengengruppe**

Mit dem am 30. Juli 2026 in Kraft getretenen GKV-BStabG wurde in § 134 SGB V eine Mengengruppe eingeführt. Durch das Wort „mindestens“ legt das Gesetz nur eine Untergrenze für die Abschläge fest, weitergehende Abschläge bleiben möglich. Für Hersteller ist damit nicht vorhersehbar, welche Vergütung sie bei steigenden Verordnungszahlen tatsächlich erhalten. Gerade Anwendungen, die viele Versicherte erreichen, können ihre Kosten und Investitionen so nicht verlässlich planen.

Der SVDGV fordert daher, das Wort „mindestens“ in der Regelung zur Mengengruppe in § 134 SGB V zu streichen. Die gesetzlich festgelegten Abschläge gelten dann abschließend, und Hersteller können wieder mit festen Werten planen.

#### **Fazit**

Der vorgeschlagene Abschlag für Nutzungsabbrüche sanktioniert ein Merkmal, das im bestehenden Vergütungssystem bereits mehrfach berücksichtigt ist. Er misst nicht die Qualität einer Anwendung, schafft Rechtsunsicherheit und einen großen bürokratischen Aufwand. Wir appellieren eindringlich an die Koalitionspartner, diese Regelung nicht umzusetzen und die Versorgung mit DiGA sowie den Fortbestand der Branche nicht zu gefährden.

#### **Über den SVDGV**

Der SVDGV ist einer der größten Branchenvertreter der Hersteller digitaler Gesundheits- und Pflegeanwendungen und gehört zum Kreis der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen auf Bundesebene. Der SVDGV sieht seine Aufgabe darin, zentrales „Sprachrohr“ seiner Mitglieder gegenüber Politik, Behörden und anderen Playern im Gesundheitswesen im Allgemeinen, sowie bei Gesetzesvorhaben betreffend digitale Gesundheitsanwendungen im Besonderen zu sein und die Interessen seiner Mitglieder angemessen zu vertreten.

Berlin, 5. Oktober 2026

\*\*\*\*\*