

Policy Brief

GeDIG: Wirksame Rahmenbedingungen für digitale Versorgung

Drei Punkte für die parlamentarischen Beratungen

Worum geht es?

Mit dem Gesetz für Daten und Digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) stellt der Gesetzgeber zentrale Weichen für die digitale Gesundheitsversorgung. Der SVDGV hat den Referentenentwurf im Mai 2026 ausführlich kommentiert. Am 15. Juli 2026 beschloss das Bundeskabinett den Regierungsentwurf. Für die anstehenden parlamentarischen Beratungen benennt der SVDGV drei zentrale Punkte, die im GeDIG sowie bei bestehenden Regelungen im SGB V berücksichtigt werden sollen:

1. DiGA-Versorgung sichern

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind evidenzbasierte Therapieoptionen, die Versorgungslücken schließen und Patient:innen orts- und zeitunabhängig unterstützen. Zugangsbarrieren, wachsende regulatorische Anforderungen und fehlende Planungssicherheit bei der Vergütung erschweren es jedoch, dieses Potenzial in der Versorgung auszuschöpfen. Damit DiGA Patient:innen auch künftig erreichen und Hersteller in wirksame Versorgungsangebote investieren können, braucht es praxistaugliche, verhältnismäßige und planbare Rahmenbedingungen.

1a. DiGA-Einlöseprozess einfach und praktisch gestalten

Die elektronische DiGA-Verordnung scheitert heute an praktischen Hürden. Derzeit werden nur rund 14 % der elektronisch verordneten DiGA tatsächlich aktiviert: Versicherte benötigen zusätzliche Apps, eine eGK-PIN oder eine GesundheitsID. Der Kabinettsentwurf benennt in der Begründung zu § 361b SGB V ausdrücklich „einfache Einlösewege“ als Ziel, im Normtext bleibt dieses Ziel jedoch unverbindlich. Der SVDGV schlägt ineinandergreifende Änderungen vor:

- **Automatisierte Weiterleitung zur Kasse ohne Zutun der Versicherten:** Der aktuelle Entwurf erlaubt Krankenkassen und weiteren Kostenträgern künftig, Verwaltungsdaten zu „verarbeiten“, lässt aber offen, wie. Es muss ausdrücklich im Gesetz stehen: automatisiert und ohne gesonderte Aktion der Versicherten. Die ärztliche Therapiefreiheit und die Wahlfreiheit der Versicherten bleiben dabei unberührt. Eine Abrechnung erfolgt erst, wenn Versicherte den Freischaltcode aktivieren und damit die Nutzung der DiGA beginnen.
- **Verbindliche Zwei-Tages-Frist:** Die Frist von zwei Arbeitstagen bis zur Nutzbarkeit der DiGA gilt bislang nur „in der Regel“. Die Streichung dieser Einschränkung macht aus einer Absichtserklärung eine verlässliche Zusage an die Patient:innen.
- **Niedrigschwelliger Zugang:** Versicherte sollen Krankenkassen und weitere Kostenträger auch ohne die Zugangsdaten nach § 360 Abs. 9 oder eine digitale Identität nach § 291 Abs. 8 zum Zugriff auf die eVerordnung autorisieren können.
- **Direkte Einlösung in der DiGA:** Darüber hinaus soll die direkte Einlösung in der DiGA perspektivisch als Einlöseweg ermöglicht werden. Die vom Versicherten genutzte digitale Gesundheitsanwendung darf mit dessen Autorisierung die zur Einlösung einer elektronischen Verordnung nach § 360 Absatz 4 erforderlichen Informationen abrufen und verarbeiten. Der Abruf ist auf Verordnungen der jeweiligen DiGA und auf die zur Einlösung erforderlichen Informationen beschränkt. Die gematik stellt die Authentifizierung von DiGA in der Telematikinfrastruktur sowie

geeignete Autorisierungsverfahren sicher, insbesondere mittels der elektronischen Gesundheitskarte allein oder einer digitalen Identität.

- **Transparenz über die Umsetzung:** Die gematik veröffentlicht im TI-Dashboard tagesaktuell und nach Krankenkassen aufgeschlüsselt Kennzahlen zur Bereitstellung von Freischaltcodes und zur Einhaltung der Zwei-Tages-Frist. So werden Verzögerungen und Probleme im Einlöseprozess sichtbar.

1b. Datensicherheit mit Augenmaß: Patientensouveränität stärken

Datensicherheit ist nicht verhandelbar. Sie darf aber nicht dazu führen, dass Menschen von der Versorgung ausgeschlossen werden: Pauschale technische Vorgaben (etwa der Ausschluss älterer Betriebssystem-Versionen) schließen über **20 Millionen gesetzlich Versicherte** faktisch von der DiGA-Nutzung aus. Versicherte sollen nach dem Vorbild des § 139e Abs. 10 Satz 4 SGB V **eigenverantwortlich entscheiden** können: Dort können Versicherte heute schon nach umfassender Information in ein Authentifizierungsverfahren (Anmeldeverfahren) mit niedrigerem Sicherheitsniveau einwilligen. Diese Entscheidungsfreiheit muss auf weitere technische Anforderungen wie Mindest-Betriebssystemversionen ausgeweitet werden.

1c. Mengengrenzen streichen - hilfsweise: feste statt offener Abschlagssätze

Mit dem GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz gilt ab 1. Januar 2027 ein **mengenbezogener Abschlag** auf die DiGA-Vergütung (§ 134 SGB V): „**mindestens zwei Prozent**“ bei mehr als 3.000 Abgaben und „**mindestens dreißig Prozent**“ bei mehr als 100.000 Abgaben im Jahr. **Der SVDGV fordert, die Mengengrenzen im parlamentarischen Verfahren zu streichen.**

Denn sie bestraft genau das, was das Gesetz erreichen will: Hohe Abgabebeträge sind Ausdruck erfolgreicher Versorgung. Alle dauerhaft gelisteten DiGA haben ihre Wirksamkeit in randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen, besonders in Indikationen, die zu den größten Ausgabenblöcken der GKV zählen: psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats, Stoffwechselerkrankungen und Herzinsuffizienz. **Eine Mengengrenze, deren Abschlag mit dem Versorgungserfolg steigt, trifft damit gerade jene Anwendungen am härtesten, die nachweislich Versorgungslücken schließen und zur Stabilisierung der GKV beitragen.** Hinzu kommt: DiGA machen weit weniger als ein Promille der GKV-Ausgaben aus - ein Einsparbeitrag, der in keinem Verhältnis zum ordnungspolitischen Schaden steht, wenn Skalierung wirksamer Versorgung unattraktiv wird.

Will der Gesetzgeber an der Mengengrenze festhalten, sollte er sie zumindest kalkulierbar ausgestalten und „**mindestens**“ an beiden Stellen im Gesetz streichen. Das Wort macht aus den Sätzen eine bloße Untergrenze, die nach oben offen ist. Wo der Abschlag tatsächlich landet, ist für Hersteller nicht kalkulierbar; Preis- und Investitionsplanung werden erheblich erschwert. In einer jungen, investitionsabhängigen Branche wirkt das unmittelbar auf Finanzierungsentscheidungen. Ein fester, verbindlicher Abschlagssatz schafft die Rechts- und Kalkulationssicherheit.

2. Telemonitoring: Kombination aus Technologie und Versorgung durch Leistungserbringende im Gesetz verankern

Das GeDIG öffnet die DiGA-Definition erstmals für das **Telemonitoring** - ein wichtiger Schritt.

Telemonitoring-DiGA erfassen und analysieren kontinuierlich Daten (z. B. Vitalwerte, Patient-Reported-Outcome-Measures (PROMs), Bewegungs- und Übungsdaten). Ihr Versorgungsnutzen entsteht durch die fachliche Bewertung und Intervention von Leistungserbringenden. Der Normtext muss diese **Kombination aus digitaler Technologie und Versorgung durch Leistungserbringende** sowohl in der Definition (§ 33a SGB V) als auch bei der Nutzenbewertung (§ 139e Abs. 2 SGB V) ausdrücklich abbilden.

Andernfalls drohen Telemonitoring-Anwendungen an der Nutzenbewertung zu scheitern, obwohl sie die Versorgung nachweislich verbessern.

3. Primärversorgung: Wettbewerbsoffenheit, unabhängige Qualitätsstandards und Interoperabilität

Das GeDIG legt die ersten regulatorischen Grundpfeiler für das künftige Primärversorgungssystem, verengt den digitalen Versorgungseinstieg dabei jedoch strukturell auf die Systeme von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen. Der im Entwurf vorgesehene § 360c SGB V überträgt Bereitstellung und Betrieb der digitalen Bedarfseinschätzung allein der KBV; die Entwurfsfassung des § 345a Abs. 7 SGB V sieht die Vermittlung telemedizinischer Akutangebote über die 116117 ohne Zugangsweg für andere qualifizierte Anbieter vor. Der SVDGV fordert daher:

- **Wettbewerbsoffener digitaler Versorgungseinstieg:** Bereitstellung und Betrieb der digitalen Bedarfseinschätzung sollten nicht allein der KBV vorbehalten bleiben; qualifizierte Anbieter, die sämtliche Qualitätskriterien erfüllen, dürfen nicht strukturell ausgeschlossen werden.
- **Unabhängige Qualitätsstandards:** Wer selbst am Markt teilnimmt, darf nicht zugleich dessen Regeln festlegen. Die Qualitätskriterien nach § 360b SGB V neu sollten daher unabhängig entwickelt, fortgeschrieben und angewendet werden und nicht allein bei KBV und GKV-Spitzenverband liegen; die fachliche Expertise der Hersteller muss über das vorgesehene bloße „Benehmen“ hinaus wirksam einfließen.
- **Offene Schnittstellen und keine Datensilos:** Ergebnisse qualitätsgesicherter Bedarfseinschätzung müssen anbieterunabhängig in der ePA speicherbar sein; § 345a SGB V neu muss auf den offenen Rahmen des § 370c SGB V neu für Terminbuchungsplattformen verweisen.
- **DiGA in der digitalen Bedarfseinschätzung verankern:** DiGA sollen in § 360b als eigenständige, niedrigschwellige Versorgungsebene berücksichtigt werden. Die Bedarfseinschätzung soll bei medizinischer Eignung auf eine geeignete DiGA hinweisen und unmittelbar auf das Antragsverfahren bei der Krankenkasse nach § 33a Abs. 1 SGB V verweisen.
- **Versorgungspfade ganzheitlich denken:** Pflege, Heilmittel- und weitere Gesundheitsberufe sollen als eigenständige Pfade einbezogen werden.

Was der Gesetzgeber jetzt tun sollte

- Den **DiGA-Einlöseprozess** in § 361b SGB V automatisiert, niedrigschwellig und transparent ausgestalten.
- **Informierte Einwilligung** über Authentifizierungsverfahren hinaus klarstellen (§ 139e Abs. 10 SGB V)
- **Mengenstaffel in § 134 SGB V streichen - hilfsweise „mindestens“ an beiden Stellen entfernen.**
- Das **Kombinationsmodell für Telemonitoring** in §§ 33a und 139e Abs. 2 SGB V verankern
- **Wettbewerbsoffenheit, unabhängige Qualitätsstandards und offene Schnittstellen** im digitalen Versorgungseinstieg verbindlich verankern (§§ 345a, 360b, 360c, 370c SGB V neu)
- **DiGA als niedrigschwellige Versorgungsoption in der digitalen Bedarfseinschätzung verankern** (§ 360b)