



Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund

zu den

**Änderungsanträgen zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung –
Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz
(Ausschuss-Drs. 21 (14) 107)**

vom 6.10.2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhalt der Stellungnahme

<i>I</i>	<i>Vorbemerkungen.....</i>	<i>3</i>
<i>II</i>	<i>Stellungnahme zu den Änderungsanträgen.....</i>	<i>4</i>
	<i>Zu Änderungsantrag 10: Prüfungen des Medizinischen Dienstes bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.....</i>	<i>4</i>
	<i>Zu Änderungsantrag 8: DiGA – Vergütungsabschläge.....</i>	<i>5</i>

I Vorbemerkungen

Der Medizinische Dienst Bund begrüßt, dass in Bezug auf die Prüfungen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch den Medizinischen Dienst Rechtssicherheit hergestellt wird (Änderungsantrag 10). Die vorgesehene Ausgestaltung der Prüfungen als eigenständiges Verwaltungsverfahren bei den Medizinischen Diensten widerspricht jedoch der Rolle des Medizinischen Dienstes als unabhängigen Prüfdienst.

Der Medizinische Dienst Bund begrüßt zudem die Einführung eines erfolgsabhängigen Abschlags bei Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA, Änderungsantrag 8), da dadurch die Vergütung von DiGAs stärker an ihrer tatsächlichen Nutzung ausrichtet wird. Im Sinne einer evidenzbasierten und nachhaltigen Versorgung spricht sich der Medizinische Dienst Bund grundsätzlich dafür aus, DiGA erst nach erfolgtem Nutznachweis in die Regelversorgung aufzunehmen. Dies stärkt das Vertrauen der Versicherten in digitale Gesundheitsanwendungen und sichert langfristig die Qualität der Versorgung.

II Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Zu Änderungsantrag 10: Prüfungen des Medizinischen Dienstes bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Der Medizinische Dienst Bund wird von den Vertragsparteien bei der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 SGB V künftig ins Benehmen gesetzt. Die Prüfung der Einhaltung der an die sektorenübergreifende Versorgung (süV) gestellten Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst wird gesetzlich verankert. Darüber hinaus enthalten die Änderungsanträge Folgeänderungen, u.a. bzgl. des Rechts zur Einsichtnahme in Unterlagen und zur Datenverarbeitung der Medizinischen Dienste. Das Prüfergebnis mit Informationen zur Erfüllung oder Nichterfüllung der Anforderungen soll darüber hinaus in der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund gespeichert werden. Ferner wird ein grundsätzliches Abrechnungsverbot für den Fall der Nichterfüllung der Anforderungen nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst geregelt.

Bewertung

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurden sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gemäß § 115g SGB V eingeführt. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen, als weiterer Schritt zu einer sektorenübergreifenden Versorgung, wohnortnahen stationären Grundversorgung, ambulante ärztliche Leistungen und pflegerische Angebote an einem Standort verbinden.

Gemäß der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) nach § 115g Absatz 3 SGB V ist für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auch eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst vorgesehen. Hier fehlte es jedoch bislang an einer gesetzlichen Grundlage, die ein praktikables und vor allem aufwandsarmes Prüfverfahren gewährleistet.

Entsprechend begrüßt der Medizinische Dienst Bund, dass mit den Änderungen in § 115g Absatz 3 SGB V und in § 275a SGB V nun Rechtssicherheit hergestellt wird. Die Ausgestaltung der Prüfungen als eigenständiges Verwaltungsverfahren bei den Medizinischen Diensten widerspricht jedoch der Rolle des Medizinischen Dienstes als unabhängiger Prüfdienst. Hierdurch besteht das Risiko, dass die unabhängige fachliche Prüfung des Medizinischen Dienstes mit einer hoheitlichen Entscheidungsfunktion vermischt wird.

Zu Änderungsantrag 8: DiGA – Vergütungsabschläge

Ab dem 1. Januar 2027 wird ein erfolgsabhängiger Abschlag von den Vergütungsbeträgen nach § 134 Absatz 1 Satz 1 SGB V erhoben. Dieser soll dem Anteil der Nutzer der digitalen Gesundheitsanwendung, die die Nutzung während der ersten 28 Tage der Anwendungsdauer vorzeitig beendet haben, im Verhältnis zur Gesamtzahl der Nutzer entsprechen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt die von den Herstellern übermittelten Daten zu den Nutzungsabbrüchen nach Satz 1 unverzüglich dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieser legt die rückwirkend für den Berichtszeitraum zu berücksichtigenden Abschläge für jede digitale Gesundheitsanwendung fest. Die Krankenkassen machen gegenüber den Herstellern entsprechende Rückforderungen geltend.

Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund begrüßt die Einführung eines erfolgsabhängigen Abschlags, der die Vergütung einer digitalen Gesundheitsanwendung an ihrem tatsächlichen Nutzungserfolg ausrichtet. Die zeitnahe Übermittlung und Auswertung der Daten zu vorzeitigen Nutzungsabbrüchen schaffen dafür eine nachvollziehbare Grundlage und ermöglichen den Krankenkassen, entsprechende Rückforderungen geltend zu machen.

Der erfolgsabhängige Abschlag kann jedoch nur ein nachgelagertes Korrektiv sein: DiGA sollten grundsätzlich erst dann zulasten der GKV erstattungsfähig sein, wenn ihr medizinischer Nutzen nachgewiesen ist. Die Finanzkommission Gesundheit empfiehlt in ihrem ersten Bericht im Hinblick auf homöopathische Leistungen „grundsätzlich nur Leistungen mit nachgewiesenem medizinischem Nutzen von der GKV erstatten zu lassen“ (Reformempfehlung Nr. 20, 6.3.19). Die Kommission nimmt dabei auch explizit Bezug auf ihre Empfehlungen zu „strengerer Regelungen für DiGAs“ (siehe Abschnitt 6.8.3). Diese Empfehlungen der Kommission werden durch den Medizinischen Dienst Bund geteilt. Entsprechend sollten die bestehenden Erprobungsregelungen für DiGA in § 139e Absatz 4 SGB V gestrichen werden.