

Von Sparpolitik zu Strukturpolitik

Das MEDI – HZV - Strukturprinzip als digitale Blaupause für ein integriertes Gesundheitssystem in Deutschland

Ein bundespolitisches Positionspapier



Prof. (TH-Deggendorf) Dr. med. Siegfried Jedamzik

Facharzt für Allgemeinmedizin und Professor für Informatik in der Gesundheitswirtschaft – Technische Hochschule Deggendorf

Geschäftsführer der Bayerischen TelemedAllianz

Vorstandsvorsitzender MEDI-Bayern e.V. und Vorstandsmitglied MEDI-GENO e.V.

Vorstandsvorsitzender Praxisnetz GOIN e.V.

Vertreter der Bundesländergruppe im Expertengremium des Interop-Council

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Vorwort des Autors.....	8
1. Executive Summary: Die Strukturentscheidung 2026/2027	12
1.1 Die These in einem Satz	12
1.2 Warum 2026 das Reformfenster ist.....	12
1.3 Die Ausgangslage in Zahlen	12
1.4 Die strukturelle Diagnose: Normativ integriert, operativ fragmentiert	13
1.5 Warum reine Sparpolitik scheitert.....	13
1.6 Das Lösungsprinzip: MEDI-HZV als Betriebssystem integrierter Versorgung	15
1.7 Die Evidenzbasis aus Baden-Württemberg.....	15
1.8 Internationale Einordnung – ohne Kopierreflex.....	17
1.9 Anschlussfähigkeit: MEDI Baden-Württemberg als gematik TI-Modellregion	17
1.10 Zehn Empfehlungen an Bundespolitik und Selbstverwaltung.....	20
1.11 Was dieses Papier nicht behauptet.....	21
1.12 Die zentrale Formel	21
2. Ausgangslage April 2026: Die Engführung auf Sparpolitik.....	23
2.1 Eine Reform unter dem Druck der Beitragsentwicklung	23
2.2 Die Chronologie der Sparpolitik 2025/2026.....	23
2.3 Die Architektur des GKV-BStabG vom 29. April 2026.....	24
2.4 Die strukturpolitische Asymmetrie des Sparpakets.....	26
2.5 Die parallel beschlossenen Reformen erzeugen ein Strukturparadoxon.....	26
2.6 Strukturreform: zugesagt, aber zeitlich nachgelagert	27
2.7 Die Stakeholder-Reaktionen im Überblick.....	28
2.8 Was im Sparpaket fehlt: die strukturpolitische Lücke.....	29
2.9 Die strukturpolitische Alternative: Drei Eckpunkte für die zweite FKG-Phase	30
2.10 Zwischenbefund	30
3. Warum reine Sparpolitik scheitert – die strukturelle Diagnose	32
3.1 Die Hypothese und ihre wissenschaftliche Verankerung.....	32
3.2 Die ökonomische Logik des Wasserbett-Effekts	32
3.3 Angebotsinduzierte Nachfrage in einem hochkapazitiven System.....	33
3.4 Institutionelle Governance: Der missing link der deutschen Reformen.....	33
3.5 Empirische Evidenz aus der Versorgungsforschung.....	34

3.6 Vier Kausalmechanismen, warum Sparpolitik im fragmentierten System scheitert	36
3.7 Was eine echte Strukturantwort leisten muss.....	36
3.8 Der vermeintliche Widerspruch: Wirtschaftlichkeit versus Versorgungsqualität.	37
3.9 Drei Einwände – und ihre Beantwortung	38
3.10 Zwischenbefund: Die Strukturreform als Bedingung der Möglichkeit.....	39
4. Das deutsche Kernproblem: normativ integriert, operativ fragmentiert.....	40
4.1 Die Diagnose in einem Satz.....	40
4.2 Normative Integration: ein dichtes Regulierungssystem	40
4.3 Föderale Zuständigkeitsverteilung: Versorgungsplanung ohne Versorgungsverantwortung	41
4.4 Sektorengrenzen: die ambulant-stationäre Trennung als Strukturproblem.....	42
4.5 Vergütungssystematik: Mengen- und Preisanreize ohne Outcome-Bezug.....	43
4.6 Datenarchitektur: 95 Datensilos statt eines Versorgungsdatenraums.....	43
4.7 Strukturelle Konsequenzen für die vier zentralen Akteursgruppen.....	45
4.8 Die institutionenökonomische Schlussfolgerung	46
4.9 Zwischenbefund.....	47
5. Die Stakeholder-Landkarte des Reformprozesses 2026/2027	48
5.1 Warum eine systematische Stakeholder-Landkarte notwendig ist.....	48
5.2 Bundespolitik und Bundesverwaltung	48
5.3 Selbstverwaltung der Leistungserbringer	49
5.4 Krankenkassen und ihre Verbände.....	51
5.5 Patientinnen, Patienten, Selbsthilfe und Wohlfahrtsverbände	52
5.6 Heilberufe und Versorgungsdienste außerhalb der Ärzteschaft.....	53
5.7 Wissenschaft, Versorgungsforschung und Industrie.....	53
5.8 Konfliktlinien	54
5.9 Schnittmengen: die strukturpolitische Reformallianz 2026/27	55
5.10 Strategische Empfehlung zur Stakeholder-Architektur des Reformprozesses	56
5.11 Zwischenbefund	57
6. Das MEDI-HZV-Strukturprinzip als Betriebssystem integrierter Versorgung.....	58
6.1 Vom Vertrag zum Betriebssystem: ein Begriffswechsel mit Konsequenzen	58
6.2 Primärkoordination als Verantwortungsanker.....	58
6.3 Strukturierte fachärztliche Integration	60

6.4 Vertragliche Verbindlichkeit als Governance-Technik.....	61
6.5 Digitale Prozessarchitektur als integraler Bestandteil.....	62
6.6 Outcome- und Lernlogik.....	63
6.7 Übertragbarkeit auf andere Bundesländer, Indikationen und Versorgungsräume	64
6.8 Synthese: das Strukturprinzip als Antwort auf die Governance-Lücke	65
7. Das Krankenhausanpassungsgesetz braucht eine ambulante Spiegelarchitektur	67
7.1 Die Krankenhausreform und ihre Lücke.....	67
7.2 Vier Anforderungen an eine ambulante Spiegelarchitektur.....	67
7.3 Wie das MEDI-HZV-Strukturprinzip die ambulante Spiegelarchitektur liefert.....	69
7.4 Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV) und das Strukturprinzip	70
7.5 Hybrid-DRGs und das Strukturprinzip	71
7.6 Entlassmanagement und ambulante Anschlussversorgung.....	72
7.7 Politische Empfehlungen für eine Spiegelarchitektur	73
7.8 Zwischenbefund.....	73
8. Notfallreform und Primärarztsystem: Synergien statt neuer Doppelstrukturen.....	75
8.1 Eine doppelte Reformbaustelle, eine gemeinsame Strukturlogik.....	75
8.2 Die Architektur der Notfallreform vom 22. April 2026.....	76
8.3 Der Dialogprozess zum Primärarztsystem: Stand 30. April 2026	77
8.4 Die strukturelle Inkohärenz der parallelen Verhandlung	78
8.5 Die wissenschaftliche Evidenz zu Primärsteuerung und Gatekeeping	79
8.6 Die integrierte Architektur: Notfallreform und Primärarztsystem im MEDI-HZV-Strukturprinzip.....	81
8.7 Politische Empfehlungen.....	82
8.8 Zwischenbefund.....	84
9. Ambulantisierung: Pfade statt Vergütungsverschiebung.....	85
9.1 Eine Reformrichtung mit hoher Konsensdichte und unklarer Operationalisierung	85
9.2 AOP-Katalog und Hybrid-DRG 2026: der Stand der Dinge	86
9.3 Das Ambulantisierungspotenzial: differenziert betrachtet	87
9.4 Die strukturellen Voraussetzungen wirksamer Ambulantisierung.....	88
9.5 Die operative Antwort des MEDI-HZV-Strukturprinzips.....	88
9.6 Kinder, Jugendliche und Menschen mit Behinderungen: ein Strukturproblem mit Lösung.....	90

9.7 Politische Empfehlungen.....	90
9.8 Zwischenbefund.....	91
10. Digitale Steuerungsinfrastruktur: Vom Pflichtprogramm zur strukturpolitischen Chance.....	93
10.1 Eine Reform mit zwei Gesichtern.....	93
10.2 Die Architektur der Telematikinfrastruktur: Stand 2026.....	94
10.3 Die OneRoadmap der gematik: Was 2026/2027 kommt.....	96
10.4 Governance: BMG, gematik, KIG und Interop Council	97
10.5 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA): Eine ambivalente Bilanz mit Strukturchange	99
10.6 Healthtech-Startups und die Plattformökonomie.....	100
10.7 Der internationale Blick: Was die Spitzenländer besser machen.....	101
10.8 Strukturchancen der digitalen Steuerungsinfrastruktur	103
10.9 Patient Empowerment als ethische Forderung an alle Stakeholder	105
10.10 Die Anschlussfähigkeit: MEDI-HZV-Strukturprinzip und digitale Steuerungsinfrastruktur	106
10.11 Politische Empfehlungen	108
10.12 Zwischenbefund: Mut zur strukturpolitischen Chance.....	109
11. Der Europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS): Datenkreislauf zwischen Versorgung und Forschung.....	111
11.1 Eine epochale Verordnung – und ihre nationale Anschlussverpflichtung.....	111
11.2 Die drei Säulen der EHDS-Verordnung	111
11.3 Die zeitliche Anwendungsdynamik: Stichtage 2027–2034.....	113
11.4 Die deutsche Anschlussstruktur: GDNG, FDZ Gesundheit, gematik.....	114
11.5 Die Patient-Empowerment-Dimension: Was die EHDS für Versicherte bedeutet	115
11.6 Die Forschungs- und Innovationsdimension: Datenkreislauf zwischen Versorgung und Forschung	116
11.7 Kritische Anmerkungen: Datenschutz, Vertrauen, Governance	118
11.8 Die Anschlussfähigkeit: MEDI-HZV-Strukturprinzip und EHDS-Datenkreislauf.....	120
11.9 Politische Empfehlungen	121
11.10 Zwischenbefund: Die EHDS als europäische Disziplinierungsklammer.....	122
12. Künstliche Intelligenz als Nutzenpfad: Patientenwohl im Mittelpunkt.....	124
12.1 Ein Reformgegenstand mit drei Zeitschichten.....	124

12.2 Anwendungsfelder der KI in der medizinischen Versorgung	125
12.3 Die regulatorische Architektur: EU AI Act und Medizinprodukteverordnung	126
12.4 KI in der ambulanten Versorgung: Hausarztpraxis und Fachärzte.....	128
12.5 Die ethische Forderung: Patientenwohl an die Spitze	130
12.6 Internationale Einordnung: Was wir von Israel, USA und Estland lernen	131
12.7 Anschlussfähigkeit: MEDI-HZV-Strukturprinzip und KI-Nutzenpfad	132
12.8 Politische Empfehlungen	133
12.9 Zwischenbefund: Mut zur Verbindung von KI und Versorgungslogik.....	135
13. Internationale Einordnung: Was funktioniert und warum	136
13.1 Eine vergleichende Perspektive ohne Schwarz-Weiß-Diagnose	136
13.2 USA: Medicare Shared Savings Program und Accountable Care Organizations .	136
13.3 NHS England: Primary Care Networks und die Renaissance der Mesoebene	138
13.4 Niederlande: Hausarzt-Gatekeeping mit hundertjähriger Pfadtradition	139
13.5 Skandinavien: Dänemark, Schweden, Finnland als integrierte digitale Ökosysteme.....	141
13.6 Strukturelle Lehren für die deutsche Reform 2026/2027	143
13.7 Der Bezug auf das MEDI-HZV-Strukturprinzip	144
13.8 Politische Empfehlungen	144
13.9 Zwischenbefund: Mut zum strukturellen Lernen	145
14. Baden-Württemberg als Referenzraum: Vom Strukturmodell zur bundesweiten Skalierungsplattform	147
14.1 Eine Versorgungslandschaft mit 17 Jahren Erfahrungstiefe	147
14.2 Die Architektur der HZV Baden-Württemberg	147
14.3 Die Evaluationsergebnisse 2026 – Berichtsjahre 2023/2024	149
14.4 Spezialevaluationen: VESPEERA und Orthopädie-Vertrag	150
14.5 Die wirtschaftliche Bilanz: Versorgungsqualität und Kosteneffizienz.....	151
14.6 MEDI Baden-Württemberg als dritte gematik TI-Modellregion: Die Markterkundung 26.02.2026.....	152
14.7 Strukturpolitische Skalierungslogik: Vom Referenzraum zur bundesweiten Architektur	156
14.8 Anschlussfähigkeit an die Reformprozesse 2026/2027	157
14.9 Politische Empfehlungen	158
14.10 Zwischenbefund: Mut zur Anerkennung des Vorhandenen.....	159
15. Politische Umsetzungsagenda 2026/2027	161

15.1 Vom Argument zur Agenda.....	161
15.2 Drei Zeithorizonte einer integrierten Reformagenda	161
15.3 Handlungsfeld 1: Strukturreform und Primärarztsystem	162
15.4 Handlungsfeld 2: Notfall- und Krankenhausreform.....	163
15.5 Handlungsfeld 3: Digitale Steuerungsinfrastruktur	164
15.6 Handlungsfeld 4: EHDS und Datenkreislauf.....	166
15.7 Handlungsfeld 5: KI und Innovation	166
15.8 Handlungsfeld 6: Patient Empowerment und Bürgerrechte	168
15.9 Adressatengenaue Zuordnung – Wer macht was?.....	169
15.10 Synergien und Risiken der Agenda	170
15.11 Zwischenbefund: Sechs prioritäre Sofortmaßnahmen	171
16. Schluss: Eine Einladung zur strukturpolitischen Verständigung.....	173
16.1 Was dieses Papier wollte	173
16.2 An wen sich dieses Papier wendet.....	173
16.3 Was zu tun ist – und was zu unterlassen.....	174
16.4 Eine persönliche Anmerkung.....	175
16.5 Die strukturelle Chance des Reformfensters 2026/2027.....	176
16.6 Eine Einladung.....	176
Quellen- und Literaturverzeichnis.....	178

Vorwort des Autors

Ich schreibe dieses Papier nicht aus theoretischer Distanz, sondern aus über vier Jahrzehnten ärztlicher und gesundheitspolitischer Praxis. Als niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin in Ingolstadt, als Gründer und Vorstandsvorsitzender des Praxisnetzes GO IN, das ich im Jahr 2000 ins Leben gerufen habe und in dem heute rund 200 Arztpraxen aller Fachrichtungen aus der bayerischen Region 10 organisiert sind, als Geschäftsführer der von mir 2012 initiierten Bayerischen TelemedAllianz, als Vorsitzender von MEDI Bayern, als Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitstelematik und von MEDI GENO Deutschland und als Mitglied des INTEROP COUNCIL der gematik habe ich die deutsche Gesundheitspolitik aus drei Perspektiven gleichzeitig erlebt: aus dem Behandlungszimmer, aus dem Aufbau regionaler Versorgungsstrukturen und aus den Gremien, in denen über die Architektur unseres Systems entschieden wird.¹²³

Dieser Dreiklang prägt meine Sicht auf das, was 2026 in Berlin verhandelt wird. Wer nur das Behandlungszimmer kennt, sieht das Reformbedürfnis. Wer nur die Verbandspolitik kennt, sieht die Konfliktlinien. Wer nur die Gremien kennt, sieht die Pläne. Wer alle drei Ebenen zusammen erlebt hat, sieht, warum so viele kluge Reformansätze in der deutschen Gesundheitspolitik in der Umsetzung versanden – und welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit die nächste Reformrunde nicht das gleiche Schicksal erleidet.

Was ich in dieser Zeit gesehen habe, lässt sich in einem Satz zusammenfassen: Wir haben ein Gesundheitswesen gebaut, das nach seinen normativen Ansprüchen integriert sein müsste, das aber in seiner operativen Wirklichkeit fragmentiert bleibt. Diese Diskrepanz ist nicht neu – aber 2026 erleben wir sie unter Bedingungen, die ein Weiter-So unmöglich machen. Mit 9,8 Arztkontakten pro Versichertem und Jahr liegt Deutschland um über 40 Prozent über dem OECD-Durchschnitt von 6,8; ein erheblicher Anteil dieser Kontakte verläuft unkoordiniert.⁴⁵ Mit 7,7 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner haben wir nach Bulgarien die zweithöchste Bettendichte in der EU, und die Krankenhausentlassungsraten liegen 40 Prozent über dem EU-Durchschnitt.⁶ Mit 4,7 praktizierenden Ärzten und 12,2 Pflegekräften pro 1.000 Einwohner verfügen wir – im internationalen Vergleich – über keinen Personalmangel, sondern über einen Architekturmangel.⁴ Trotzdem steht die Gesetzliche Krankenversicherung vor einer Deckungslücke von rund 15 Milliarden Euro für 2027 und bis zu 40 Milliarden Euro bis 2030.⁷

Die Antwort, die das Bundesgesundheitsministerium darauf am 29. April 2026 mit dem Beschluss des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG) im Kabinett gegeben hat, ist eine reine Sparantwort: 16,3 Milliarden Euro Konsolidierungsvolumen für 2027, davon zwölf Milliarden Euro durch lineare Kürzungen in nahezu allen Leistungsbereichen, höhere Zuzahlungen, ein Beitragszuschlag in Höhe von 2,5 Prozent für die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern ab 2028, eine Begrenzung aller Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate, Streichung der Meistbegünstigungsklausel im stationären Bereich, Begrenzung des Pflegebudgets, Kürzung der Werbebudgets der Krankenkassen sowie eine Begrenzung der außertariflichen Vergütung von Führungs-

kräften der Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes und der Kassenärztlichen Vereinigungen.⁸⁹¹⁰ Diese Maßnahmen mögen kurzfristig die Einnahmenseite stabilisieren – sie ändern aber nichts an den strukturellen Ursachen der Ausgabendynamik.

Die Vorsitzende des Marburger Bundes, Dr. Susanne Johna, hat es zutreffend formuliert: Was hier geschieht, ist „ein systematischer Kurswechsel, bei dem Versorgung nicht länger vom Bedarf her gedacht wird, sondern ausschließlich von der verfügbaren Finanzmasse“.¹¹ Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kritisiert, dass das Sparpaket dem ambulanten Bereich fünf Milliarden Euro entzieht, während die parallel beschlossene Notfallreform das Leistungsversprechen erweitert: „Das passt hinten und vorne nicht zusammen.“¹² Die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, die Caritas und ver.di warnen, dass höhere Zuzahlungen vor allem chronisch Kranke, ältere Versicherte und Personen mit geringem Einkommen treffen.¹³ Der Gemeinsame Bundesausschuss spricht von einer „gravierenden Gerechtigkeitslücke“, weil der Bund seiner Verantwortung für die Beiträge der Bürgergeldempfänger weiterhin nicht nachkommt.¹³ Selbst Krankenkassen, die die Stoßrichtung im Grundsatz unterstützen – vdek, AOK-Bundesverband, BKK Dachverband –, fordern eine Ergänzung um substanzielle Struktur-reformen statt einer ausschließlich beitragsseitigen Stabilisierung.¹⁴¹⁵

Genau hier setzt mein Plädoyer an: Wir brauchen einen Perspektivwechsel von der Sparpolitik zur Strukturpolitik. Nicht weil Sparen falsch wäre – sondern weil Sparen ohne Strukturreform die Versorgung beschädigt, während Strukturreform die Voraussetzung für nachhaltige Wirtschaftlichkeit überhaupt erst schafft. Die FinanzKommission Gesundheit (FKG), die Ministerin Warken eingesetzt hat und die am 30. März 2026 ihre erste Empfehlungslage vorgelegt hat, ist mit der zweiten Phase – Strukturreform-Vorschläge bis Ende 2026 – noch nicht am Ziel angekommen.¹⁶ Genau in dieses Zeitfenster zwischen dem GKV-BStabG-Verfahren im Frühsommer 2026 und dem Strukturreform-Bericht der FKG im Herbst/Winter 2026 hinein adressiert dieses Papier seine Argumentation.

Das MEDI - HZV - Strukturprinzip, an dessen Aufbau ich seit den Anfängen der hausarzt-zentrierten Versorgung in Baden-Württemberg über die ärzteorganisierte Vertragsarbeit von MEDI unterstützend dabei war und dessen Wirksamkeit inzwischen über 17 Jahre durch das Universitätsklinikum Heidelberg und die Goethe-Universität Frankfurt evaluiert ist, ist für mich kein süddeutsches Modell und kein verbandspolitisches Anliegen.¹⁷¹⁸ Es ist – sachlich betrachtet – das am weitesten entwickelte deutsche Beispiel dafür, wie integrierte Versorgung im SGB-V-Rahmen vertragsbasiert, fachärztlich integriert, digital operationalisierbar und outcome-orientiert organisiert werden kann.

Daraus ergibt sich auch eine konkrete operative Konsequenz, die ich in diesem Papier offenlegen möchte: MEDI Baden-Württemberg hat sich mit einer Markterkundung im Februar 2026 strukturell als Kandidat einer dritten gematik TI-Modellregion positioniert – komplementär zu den bestehenden Modellregionen Hamburg & Umland und Franken, deren Laufzeit die Gesellschafter der gematik bis März 2027 verlängert haben.¹⁹²⁰ Die Markterkundung beschreibt die operativen Strukturelemente, die der MEDI-Verbund anbietet: einen kurzfristig adressierbaren Kernpool von über 3.000 ambulant tätigen Haus-

und Fachärztinnen und -ärzten in Baden-Württemberg, mittelfristig skalierbar auf mehrere hundert teilnehmende Leistungserbringerinstitutionen (LEI); eine Aufbauphase von 4 bis 6 Monaten ohne Kaltakquise über bestehende Verbundstrukturen; einen Alpha-Stream-Pilot ab Monat 3 mit rund 10 technologisch hochaffinen „Lighthouse-Praxen“; eine pfad- und übergabepunktorientierte Rekrutierung sektorenübergreifender LEI; ein etabliertes Feedback-, Incident- und Verbesserungsmanagement; ein DSGVO-konformes Web-Survey-Tool für die wissenschaftliche Evaluation; sowie eine umfassende Erfahrung mit ePA, E-Rezept, eAU und KIM aus laufenden Projekten.²¹ Die Strukturelemente sind in Kapitel 14 dieses Papiers ausführlich dargestellt; sie zeigen, dass MEDI Baden-Württemberg nicht nur ein bewährter Versorgungsverbund, sondern auch ein operativ start- und skalierfähiger Modellregionenpartner ist.

Dieses Papier richtet sich bewusst an alle Stakeholder unseres Systems. Auf Ebene der Bundespolitik: an das Bundesministerium für Gesundheit unter Ministerin Nina Warken, an die FinanzKommission Gesundheit, an die zuständigen Ausschüsse von Bundestag und Bundesrat, an den Gesundheitsausschuss, an die Gesundheitspolitiker der Fraktionen, an die Länderregierungen und die Gesundheitsministerkonferenz. Auf Ebene der Selbstverwaltung: an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder, an den GKV-Spitzenverband, an den Gemeinsamen Bundesausschuss, an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und ihre Landesverbände, an die Bundesärztekammer, an den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Auf Ebene der Kostenträger: an die AOK-Gemeinschaft, den Verband der Ersatzkassen, den BKK Dachverband, den IKK e. V., die Knappschaft, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie an den Verband der Privaten Krankenversicherung. Auf Ebene der Berufsorganisationen: an den Marburger Bund, an den Hausärztinnen- und Hausärzteverband, an die fachärztlichen Berufsverbände einschließlich des Bundesverbands Niedergelassener Kardiologen (BNK), der DGIM, der DGHO und ähnlicher, an die Berufsverbände der Pflege, an die ABDA und die Apothekerkammern, an die Verbände der Heil- und Hilfsmittelversorger sowie der Hebammen, an die Psychotherapeutenkammer. Auf Ebene der Patientinnen und Patienten: an die maßgeblichen Patientenorganisationen, die Selbsthilfe (BAG Selbsthilfe), die Verbraucherzentralen einschließlich vzbv, die Wohlfahrtsverbände (Caritas, Diakonie, AWO, DRK, Paritätischer, ZWST), die Gewerkschaften (ver.di), die kirchlichen und sozialpolitischen Akteure. Auf Ebene der Wissenschaft und Industrie: an die universitäre Versorgungsforschung, an das BfArM und das RKI, an die deutsche und europäische Gesundheitswirtschaft, an die Anbieter der digitalen Gesundheitsversorgung, an die Hersteller von Medizinprodukten und IVD. Auf europäischer Ebene: an die EU-Kommission und das Europäische Parlament im Kontext der Umsetzung der EHDS-Verordnung 2025/327. Reformen, die nur einer Gruppe etwas abverlangen, scheitern. Reformen, die alle in eine bessere Architektur einbinden, gelingen.

Mein Plädoyer ist einfach: Es geht nicht um Sparpolitik durch Kürzung, sondern um Finanzierbarkeit durch bessere Struktur. Es geht nicht um Rationierung, sondern um Versorgungssicherheit. Es geht nicht um Digitalisierung als Zusatzlast, sondern um digitale

Prozessarchitektur. Es geht nicht um ein weiteres Modellprojekt, sondern um ein skalierbares Betriebssystem integrierter Versorgung. Und es geht nicht um die Frage „Sparen oder nicht Sparen“, sondern um die Frage: Welche Strukturentscheidungen ermöglichen es, das Notwendige zu finanzieren – und welche zementieren das, was uns das Geld kostet?

In diesem Geist ist dieses Papier verfasst.

Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik

Ingolstadt, April 2026

1. Executive Summary: Die Strukturentscheidung 2026/2027

1.1 Die These in einem Satz

Deutschland steht im Jahr 2026 nicht nur vor einer Sparrunde, sondern vor einer Strukturentscheidung. Die Antwort, die die schwarz-rote Bundesregierung mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 29. April 2026 gegeben hat – eine reine, einnahmeorientierte Ausgabenpolitik mit einem Konsolidierungsvolumen von rund 16,3 Milliarden Euro für 2027 –, stabilisiert kurzfristig die Beitragsseite, ohne die strukturellen Ursachen der Ausgabendynamik zu adressieren.²² Wer die Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft sichern will, muss nicht primär ihre Liquidität, sondern ihre operative Architektur reformieren. Genau dafür liegt mit dem MEDI - HZV - Strukturprinzip ein erprobtes, evaluiertes und SGB-V-kompatibles Betriebssystem integrierter Versorgung vor, das skalierbar, anschlussfähig und politisch realisierbar ist.

1.2 Warum 2026 das Reformfenster ist

Drei Bedingungen machen das Jahr 2026 zur kritischen Zäsur deutscher Gesundheitspolitik. **Erstens** treffen die Kabinettsbeschlüsse zum GKV-BStabG (29.04.2026), zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (06.03.2026), zur Notfallreform (22.04.2026) und zum laufenden Dialogprozess Primärarztsystem (seit 27.01.2026) in einem engen zeitlichen Korridor zusammen, ohne dass eine gemeinsame Architekturlogik erkennbar wäre.^{22,23,24,25} **Zweitens** ist die FinanzKommission Gesundheit (FKG) unter Vorsitz von Prof. Dr. Wolfgang Greiner mit ihrer ersten Empfehlungslage vom 30. März 2026 erst auf halber Strecke; die zweite Phase, die explizit Strukturreformen adressieren soll, wird ihre Vorschläge bis Ende 2026 vorlegen und damit den eigentlichen Korridor für eine architektonische Reform öffnen.²⁶ **Drittens** schaffen die EU-rechtlichen Vorgaben des European Health Data Space (EHDS-VO 2025/327, in Kraft seit 26.03.2025; Anwendung gestaffelt ab 26.03.2027) eine bindende Außenrahmung, in die Deutschland sein Versorgungssystem ohnehin einpassen muss.²⁷ Wer dieses Reformfenster ungenutzt lässt, wird in der nächsten Legislatur erneut über Beiträge, Budgets und Bettendichten verhandeln – aber unter dann verschlechterten Bedingungen.

1.3 Die Ausgangslage in Zahlen

Die GKV-Finanzdynamik ist real, aber nicht primär ein Demografie- oder Fortschrittsphänomen, sondern in erheblichem Maße ein **Strukturphänomen**. Der Referentenentwurf des GKV-BStabG vom 16. April 2026 selbst beziffert die strukturelle Deckungslücke der GKV für 2027 auf rund 15 Milliarden Euro und prognostiziert ohne Strukturreform einen Anstieg auf bis zu 40 Milliarden Euro bis 2030; die Zusatzbeitragssätze würden in diesem Szenario auf rund 4,7 Prozent steigen, der Gesamtbeitragssatz auf bis zu 19,3 Prozent.²⁸ Die Bundesregierung diagnostiziert dies zutreffend, leitet aber ausschließlich eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik ab, ohne die Ausgabenseite strukturell zu adressieren.

Der internationale Vergleich zeigt, dass die deutsche Ausgabenseite nicht aus Mangel an Ressourcen, sondern aus Mangel an Architektur entsteht. Deutschland gibt 12,3 Prozent

des BIP für Gesundheit aus (OECD-Durchschnitt 9,3 Prozent) und verfügt mit 4,7 praktizierenden Ärzten und 12,2 Pflegekräften pro 1.000 Einwohner über deutlich überdurchschnittliche personelle Ressourcen.²⁹ Die Bevölkerung nimmt diese Ressourcen mit 9,8 Arzt-Patienten-Kontakten pro Jahr (OECD-Durchschnitt 6,8) erheblich häufiger in Anspruch als in den meisten Vergleichsländern; in den Niederlanden – einem System mit verbindlicher Hausarztregistrierung – sind es nur 8,8 Kontakte, in Schweden 2,6.^{30,31} Die Krankenhausentlassungsraten Deutschlands liegen 40 Prozent über dem EU-Durchschnitt; mit 7,7 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner hat Deutschland nach Bulgarien die zweithöchste Bettendichte der EU.³² Diese hohe Inanspruchnahme korreliert nicht mit besseren Outcomes: Die 30-Tage-Krankenhausesmortalität nach Herzinfarkt liegt mit 7,9 pro 100 Fällen über dem OECD-Durchschnitt (6,5) und deutlich über Dänemark (3,2) und den Niederlanden (3,5).³² Vermeidbare Krankenhauseinweisungen wegen Asthma, COPD und Diabetes liegen ebenfalls über dem EU-Durchschnitt – ein klassischer Indikator für eine strukturell schwache Primärversorgung.³³

1.4 Die strukturelle Diagnose: Normativ integriert, operativ fragmentiert

Die deutsche Reformdebatte krankt seit Jahrzehnten an einer Grundverwechslung: Wir bezeichnen unser System als „integriert“, weil es einen einheitlichen Leistungskatalog (§ 11 SGB V), einheitliche Qualitätsstandards (G-BA-Richtlinien), eine einheitliche Vergütungssystematik (EBM, DRG) und einen einheitlichen Marktrahmen (RSA, Morbi-RSA) hat. Diese normative Integration ist real – aber sie ist eine Integration auf der Regulierungsebene, nicht auf der Versorgungsebene. Operativ ist das deutsche Gesundheitswesen eines der fragmentiertesten in Europa: streng getrennte Sektoren ambulant und stationär; getrennte Vergütungslogiken; getrennte Datenwelten; getrennte Versorgungspfade; und – in der Patientenwahrnehmung am sichtbarsten – fehlende Lots:innen, die durch dieses System führen.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat diese Fragmentierung wiederholt diagnostiziert, zuletzt im Gutachten 2024 zum Thema Fachkräfte und im Gutachten 2018 zur „bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung“, in dem er ausdrücklich Integrierte Notfallzentren und „eine Versorgung an einem Tresen“ empfohlen hat.^{34,35} Auch das jüngste OECD/Observatory-Länderprofil 2025 hält fest, dass „der große stationäre Sektor in Deutschland ... seit langem Gegenstand einer Debatte über Effizienz, Qualität und sektorenübergreifende Versorgung“ sei.³² Die Diagnose ist also nicht neu. Neu ist 2026 die Verdichtung der Reformbaustellen, die zeigen, dass die Politik die Diagnose zwar teilt, aber bislang keine kohärente Therapie verfolgt.

1.5 Warum reine Sparpolitik scheitert

Die im GKV-BStabG vorgesehenen Maßnahmen – Begrenzung aller Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate als feste Obergrenze, höhere Zuzahlungen bei Arzneimitteln und Krankenhausaufenthalten, Beitragszuschlag von 2,5 Prozent für die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern ab 2028 (mit Ausnahmen für Eltern von Kindern unter sieben, pflegende Angehörige und Rentner), Begrenzung des Pflegebudgets, Streichung der

Meistbegünstigungsklausel im stationären Bereich, außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ab 2027, Begrenzung der außertariflichen Vergütung von Führungskräften der Krankenkassen, Medizinischen Dienste und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Verschiebung der Rückzahlung von Bundes-Darlehen in Höhe von 5,6 Milliarden Euro auf 2035–2039 – sind aus Sicht reiner Liquiditätssicherung verständlich.²⁸³⁶ Ihre Kritik durch eine in dieser Breite seltene Stakeholder-Allianz ist jedoch nicht reflexhafter Verbandsprotest, sondern strukturell begründet:

- Die **Vorsitzende des Marburger Bundes**, Dr. Susanne Johna, kritisiert die „klare Schlagseite zu Lasten der Leistungserbringenden in der ambulanten wie stationären Versorgung“ und warnt: „Weder der demografische Wandel noch der medizinische Fortschritt lassen sich einfach 'deckeln', ohne dass die Patientenversorgung darunter leidet. Deswegen brauchen wir strukturelle Reformen und die ehrliche Diskussion darüber, wie unser Gesundheitswesen die Daseinsvorsorge von morgen sicherstellen kann.“³⁷
- Der **Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** unter Dr. Andreas Gasen kritisiert die Diskrepanz zwischen Sparpaket – das dem ambulanten Bereich rund fünf Milliarden Euro entzieht – und gleichzeitiger Notfallreform mit erweitertem Leistungsversprechen: „Das passt hinten und vorne nicht zusammen.“³⁸
- Die **Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, Caritas, G-BA, ver.di** und der **Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege** weisen darauf hin, dass die höheren Zuzahlungen vor allem chronisch Kranke, ältere Versicherte und Personen mit geringem Einkommen treffen und dass der Bund seiner Verpflichtung zur kostendeckenden Refinanzierung der Bürgergeld-Beiträge weiter nicht nachkomme – der G-BA spricht von einer „gravierenden Gerechtigkeitslücke“.³⁹
- Selbst Krankenkassen, die die Stoßrichtung im Grundsatz unterstützen – die **Vorstandsvorsitzende des vdek**, Ulrike Elsner, der **Vorstandsvorsitzende der DAK**, Andreas Storm, die **Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbands**, Dr. Carola Reimann, und der **BKK Dachverband** –, fordern eine Ergänzung um substantielle Strukturreformen statt einer ausschließlich beitragsseitigen Stabilisierung; der vdek mahnt insbesondere die fehlende Refinanzierung der Bürgergeld-Beiträge an.⁴⁰⁴¹
- Die **Privaten Krankenversicherer (PKV-Verband)** kritisieren in ihrer parallelen Stellungnahme zum Krankenhausreformatenpassungsgesetz, dass „bestehende finanzielle Fehlanreize aus dem KHVVG (und Vorgängergesetzen) nicht korrigiert werden“, und sprechen vom Risiko, dass „Versorgung nicht länger vom Bedarf her gedacht wird, sondern ausschließlich von der verfügbaren Finanzmasse“.⁴²

Die **Konvergenz** dieser Stakeholder-Kritik ist diagnostisch: Sie zeigt nicht primär einen Verteilungskonflikt, sondern einen **Strukturkonsens**. Politische Akteure aus sehr unterschiedlichen Lagern – Ärzteschaft, Krankenkassen, Patientenorganisationen, Wohlfahrtsverbände, Privatversicherer, Wissenschaft – stimmen zwar in vielem nicht überein, aber sie stimmen in einem überein: Sparpolitik ohne Strukturpolitik trägt nicht. Das ist die politische Realität, in die hinein dieses Papier seine Empfehlungen formuliert.

1.6 Das Lösungsprinzip: MEDI als Betriebssystem integrierter Versorgung

Das MEDI - HZV - Strukturprinzip ist kein weiteres Modellprojekt, kein regionales Anliegen und kein Verbandskonzept. Es ist ein **übertragbares Strukturprinzip integrierter Versorgung** auf selektivvertraglicher Grundlage im SGB-V-Rahmen (§ 73b SGB V hausarztzentrierte Versorgung; § 140a SGB V besondere Versorgung).⁴³ Es koppelt fünf Elemente, die nur gemeinsam Wirkung entfalten:

(1) Primärkoordination als Verantwortungsanker: Eine hausärztliche Praxis (oder, je nach Bedarf, eine pädiatrische Praxis) übernimmt für eingeschriebene Versicherte verbindlich Kontinuität, Priorisierung, Pfadführung und Frühwarnung – nicht als Zugangsbremse, sondern als Navigationsleistung. Die Einschreibung ist freiwillig, die Versorgungsbeziehung ist vertraglich definiert.

(2) Strukturierte fachärztliche Integration: Fachärztinnen und Fachärzte sind verbindlicher Bestandteil definierter Pfade auf Basis der § 140a-Selektivverträge, nicht eine additive Spezialschicht „nebenan“. Aktuell sind in Baden-Württemberg 13 fachärztliche Disziplinen integriert: Kardiologie (seit 2010), Gastroenterologie (2011), Psychotherapie (2012), Neurologie und Psychiatrie (2013), Orthopädie und Chirurgie (2014), Urologie (2017), Diabetologie (2017), Rheumatologie (2018), Kinder- und Jugendpsychiatrie (2019), Nephrologie (2020) sowie Pneumologie (2021).⁴⁴⁴⁵

(3) Vertragliche Verbindlichkeit als Governance-Technik: Rollen, Schnittstellen, Rückmeldepflichten und Qualitätskorridore werden im Vertrag geregelt, nicht informell erhofft. Dies unterscheidet das Modell systematisch von kollektivvertraglichen „Soll-Strukturen“, die zu oft an der mangelnden Verbindlichkeit der Beteiligten scheitern.

(4) Digitale Prozessarchitektur mit Interoperabilität als Voraussetzung: ePA, KIM, TI-Messenger, FHIR/MIO werden als Prozessersatz statt als Zusatzaufwand etabliert; eingebettet in die EHDS-Logik des europäischen Datenraums. Genau diese Architektur ist der Punkt, an dem MEDI Baden-Württemberg seit 2008 systematisch Erfahrung gesammelt hat – Erfahrung, die jetzt für die gematik TI-Modellregionen-Strategie übertragbar wäre (siehe 1.9).

(5) Outcome- und Lernlogik: Outcome-Indikatoren werden kontinuierlich erfasst und durch unabhängige wissenschaftliche Evaluation ausgewertet. Das Universitätsklinikum Heidelberg (Prof. Joachim Szecsenyi, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung) und die Goethe-Universität Frankfurt (Institut für Allgemeinmedizin) evaluieren das Modell seit 2011 alle zwei Jahre.⁴⁴⁴⁵⁴⁶ Dies ist kein Zusatz, sondern konstitutiver Bestandteil des Strukturprinzips.

Diese fünf Elemente sind in keinem anderen deutschen Versorgungsmodell so konsequent miteinander gekoppelt. Sie machen MEDI von einem regionalen Vertragsmodell zu einem **übertragbaren Betriebssystem**.

1.7 Die Evidenzbasis aus Baden-Württemberg

Das MEDI - HZV - Strukturprinzip ist in Baden-Württemberg seit 2008 als HZV-Vertrag zwischen AOK Baden-Württemberg, Hausärztinnen- und Hausärzterverband Baden-Württemberg, MEDI Baden-Württemberg, Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft AG, MEDIVERBUND AG und (seit 2014) BVKJ-Service GmbH auf rund **zwei Millionen freiwillig eingeschriebene AOK-Versicherte** und **rund 5.900 teilnehmende Ärztinnen und Ärzte** skaliert; mehr als eine Million Versicherte nimmt zusätzlich am FacharztProgramm teil.^{44,45} Die aktuelle Evaluation 2025 (Berichtsjahre 2023–2024) auf Basis von Routinedaten von 1,93 Millionen Versicherten – davon 1,26 Millionen in der HZV – mit methodischer Adjustierung für Alter, Geschlecht, Komorbidität (Charlson-Index), Pflegegrad, DMP-Teilnahme und Praxismerkmale dokumentiert ein robustes, über zwölf Jahre konsistentes Wirkungsmuster.⁴⁶

Die zentralen Befunde:

- **Patientensteuerung:** 3,1 Millionen mehr Hausarztkontakte und gleichzeitig 1,36 Millionen weniger unkoordinierte Facharztbesuche ohne Überweisung in der HZV-Kohorte (Berichtsjahr 2022; konstantes Niveau seit Jahren).⁴⁴
- **Klinische Outcomes Diabetes:** Hochrechnung 2011–2022 bei 119.000 Diabetikerinnen und Diabetikern – Vermeidung von rund 9.200 schwerwiegenden Komplikationen, davon ca. 700 Amputationen sowie ca. 4.800 Herzinfarkte und Schlaganfälle.⁴⁴
- **Prävention:** 24.000 zusätzliche Influenzaimpfungen (2022); systematische Vorsorgeführung durch die Hausarztpraxis.⁴⁴
- **Arzneimitteltherapie:** Rund 7.500 weniger Verordnungen potenziell ungeeigneter Medikamente nach PRISCUS-Liste für Patienten ab 65 Jahren (2022) – ein direkter Indikator für höhere Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).⁴⁴
- **Wirtschaftlichkeit:** Niedrigere Gesamtausgaben pro Versicherten bei besserer Versorgung; Verlagerung der Mittel in Richtung ambulanter Steuerungsleistung („mehr vorne, weniger hinten“).⁴⁴
- **Pandemie-Resilienz:** In der COVID-19-Pandemie zeigte die HZV-Kohorte eine signifikant stabilere Versorgungskontinuität chronisch Kranker als die Regelversorgung; die Frankfurter Auswertung 2021–2022 dokumentiert dies systematisch.⁴⁶
- **VERAH-Effekt:** In Praxen mit angestellten Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) wurden im Vergleich zur Regelversorgung ohne VERAH unkoordinierte Facharztkontakte um 8,2 Prozent, potenziell vermeidbare Krankenhausaufnahmen um 4,0 Prozent und Arzneimittelkosten um 4,7 Prozent reduziert (auf Basis von 861.000 HZV-Patienten).⁴⁶

Die methodische Robustheit ist hoch: Die Evaluation läuft seit 2011 alle zwei Jahre, die Confounder-Adjustierung ist konsequent, die Längsschnittstruktur über zwölf Jahre und die Stichprobengröße sichern die Aussagekraft.⁴⁶ Die Ergebnisse sind kein Beweis, dass jedes Wirkungsmuster in jedem Bundesland identisch reproduzierbar ist – aber sie sind ein konsistentes Richtungssignal über alle relevanten Dimensionen: Inanspruchnahme,

stationäre Vermeidung, Arzneimittelqualität, Präventionsindikatoren, Outcomes und Gesamtausgabendynamik.

1.8 Internationale Einordnung – ohne Kopierreflex

Die internationale Evidenz stützt die Strukturthese, ohne ein einfaches Kopiermodell anzubieten. Drei Belege sind besonders aussagekräftig:

Vereinigte Staaten – Medicare Shared Savings Program: Die Accountable Care Organizations im MSSP haben 2024 mit 476 ACOs und 11,2 Millionen Medicare-Versicherten Bruttoersparnisse von 6,6 Milliarden US-Dollar und Nettoersparnisse von 2,4 Milliarden US-Dollar bei stabilen oder verbesserten Qualitätsindikatoren erzielt; seit 2012 kumulativ 35 Milliarden US-Dollar Bruttoersparnis und 13,6 Milliarden US-Dollar Nettoersparnis.⁴⁷⁴⁸ Eine Difference-in-Differences-Studie an über 8 Millionen Patienten (Bleser et al., JAMA 2025) dokumentiert eine differenzielle Reduktion von 1,2 Prozent über drei Jahre und 2,4 Prozent über sechs Jahre, wobei *physician-led* und *small ACOs* die größten Effekte zeigten – ein Befund, der für das deutsche, niedergelassen geprägte System besonders relevant ist.⁴⁹

England – Primary Care Networks: Die seit 2019 etablierten PCNs der NHS England zeigen, dass Netzwerk-Governance über GP-Praxen hinaus möglich ist, aber stabile Anreizstrukturen, Management und Führung voraussetzt. Die NIHR-Rapid-Evaluation (Checkland et al. 2024) hält fest, dass PCNs „swiftly mobilised“ wurden, aber Herausforderungen bei der Sicherung der GP-Unterstützung, der Management- und Führungskapazität und der Klärung ihrer Rolle innerhalb des NHS bestehen.⁵⁰

Niederlande: Das niederländische System dokumentiert seit Jahrzehnten die Wirksamkeit eines registrierungspflichtigen Hausarzt-Gatekeeping mit 8,8 Arztkontakten pro Jahr (deutlich unter dem deutschen Wert von 9,8) und einer 30-Tage-Mortalität nach Herzinfarkt von 3,5 pro 100 Fällen (gegenüber 7,9 in Deutschland).³⁰³²⁵¹ Das Modell ist nicht kopierfähig, weil es auf einer anderen versicherungsrechtlichen Grundstruktur und einer durchgehenden Patientenregistrierung beruht – aber es belegt das Wirkungsprinzip.

Skandinavien (Dänemark, Schweden, Norwegen): Die nordischen Systeme zeigen, was eine integrierte Register- und Datenkultur leisten kann; Dänemark gilt als Referenz für gelebte Interoperabilität auf Basis nationaler Identifier und einheitlicher Standards. Sie sind die wichtigste Referenz für die EHDS-Umsetzung und die digitale Komponente einer integrierten Versorgung.

Diese Modelle konvergieren in einem strukturellen Befund: Hochdifferenzierte Gesundheitssysteme funktionieren dort nachhaltig, wo eine **integrierende Governance-Ebene** zwischen Markt, Hierarchie und Selbstverwaltung etabliert ist. MEDI ist die deutsche, SGB-V-kompatible Antwort auf diese Erkenntnis – und zwar eine Antwort, die nicht erst entwickelt werden muss, sondern seit 2008 rechtlich, organisatorisch und digital erprobt ist.

1.9 Anschlussfähigkeit: MEDI Baden-Württemberg als gematik TI-Modellregion

Eine besondere Anschlussfähigkeit besteht zur **TI-Modellregionen-Strategie der gematik**. Die Gesellschafter der gematik haben im Oktober 2024 die Laufzeit der bestehenden TI-Modellregionen Hamburg & Umland sowie Franken bis März 2027 verlängert; die ePA für alle wurde ab 15. Januar 2025 zusätzlich auch in NRW/Teilen NRWs pilotiert.; in beiden Regionen wurden bereits KIM, E-Rezept, TI-Messenger sowie ab 15. Januar 2025 die ePA für alle pilotiert.⁵²⁵³ Die wissenschaftliche Evaluation der ePA-Pilotierung durch das IGES Institut wurde am 7. Juli 2025 abgeschlossen; die Ergebnisse fließen in die bundesweite Skalierung sowie in die geplanten neuen Funktionen ab 2026 (eMP, dgMP, Push-Benachrichtigungen, Volltextsuche, Datenausleitung an das Forschungsdatenzentrum) ein, deren Pilotierung erneut zunächst in den Modellregionen erfolgen soll.⁵³⁵⁴ Mit dem Ausbauprogramm der ePA (Funktionserweiterungen 2026/2027), der Einführung des TI-Gateway, der ePA-/eMP-Volltextsuche, der Datenausleitung an das Forschungsdatenzentrum nach § 363 SGB V und der Umsetzung der EHDS-Verordnung wird die Pilotierungs- und Skalierungslast in den kommenden Jahren weiter wachsen. Eine Erweiterung des Modellregionen-Netzwerks ist daher nicht nur strategisch sinnvoll, sondern operativ notwendig.

MEDI Baden-Württemberg hat sich mit einer Markterkundung im Februar 2026 als Kandidat für eine solche Erweiterung positioniert und die strukturelle Eignung detailliert beschrieben. Die zentralen Strukturelemente der MEDI-Antwort lassen sich – ohne Eingehen auf das Preismodell, das in der gemeinsamen Markterkundung gesondert behandelt wird – wie folgt zusammenfassen:⁵⁵

- **Aufbauphase 4–6 Monate** nach Vertragsschluss bis zur operativen Bereitschaft (Projektbüro, Prozesse, Verträge mit 75 LEI), realisierbar durch parallelisierte Aktivierung über bestehende Verbundstrukturen ohne Kaltakquise und durch standardisierte Vertrags-/Datenschutzbausteine inklusive AVV.
- **Alpha-Stream-Pilot ab Monat 3** mit rund 10 technologisch hochaffinen „Lighthouse-Praxen“ aus dem MEDI-Netzwerk, sofern die zu pilotierenden Komponenten der gematik mindestens vier Wochen vor Start für Vorab-Tests in der MEDI-Laborumgebung bereitstehen.
- **Strukturierter Kernpool von über 3.000 ambulant tätigen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten** in den Verbundstrukturen MEDI Baden-Württemberg, die kurzfristig adressierbar sind. Die Auswahl der teilnehmenden Einrichtungen erfolgt entlang konkreter Versorgungspfade und nicht als isolierte Einzelauswahl; mittelfristig ist eine Ausweitung auf mehrere hundert teilnehmende LEI realistisch.
- **Sektorenübergreifende Rekrutierung** entlang realer Versorgungsbeziehungen (Einweisung – Entlassung – Weiterbehandlung): ambulante Leistungserbringer (Haus-/Fachärzte, Psychotherapie, weitere ambulante Organisationsformen), Apotheken, stationäre Akteure (Krankenhäuser, MVZ), Pflege, Heil- und Hilfsmittelversorger, Akut- und Notfallversorgung über die jeweils zuständigen regionalen Träger.

- **Erfahrung mit TI-Anwendungen aus dem Versorgungsalltag:** ePA, E-Rezept, eAU, KIM (sichere Kommunikation/eArztbrief-Umfeld), inkl. Onboarding, Prozessanpassung und Support; ergänzt durch die Expertise der Bayerischen TelemedAllianz und mehr als zehn Studienprojekten (u. a. Innovationsfondsprojekte) sowie durch den Technologiepartner adesso SE.
- **DSGVO-konformes Web-Survey-Tool** für regelmäßige rollenbasierte Befragungen (Pulsbefragungen, detaillierte Fragebögen zu Nutzerakzeptanz, Prozess- und Technikfeedback) mit EU/DE-Hosting und Export-/Auswertungsfunktion; Ergänzung durch niedrigschwellige strukturierte Kurzformulare.
- **Etabliertes Feedback-, Incident- und Verbesserungsmanagement** mit definierten Taktungen (wöchentliche Check-ins je Cluster, monatliche Reviews, asynchrone Kanäle, einheitliche Erfassungsschemata, qualifizierte 1st-/2nd-Level-Voranalyse, transparente Change-Logs, FAQs, Webinare, Sprechstunden, „closed loop“-Rückmeldung).
- **Pfad- und übergabepunktorientierte Rekrutierung:** Auswahl der LEI nach Rolle im Versorgungspfad, realen Übergabe-/Kommunikationsprozessen, regionaler Verteilung, IT-/Primärsystemlandschaft und TI-Reifegrad, um sektorübergreifende Prozesse realitätsnah und mit Systemvielfalt abzubilden.
- **Versichertenperspektive systematisch eingebunden**, freiwillig und informiert, im Rahmen realer Versorgungssituationen, mit standardisierten Befragungen, Feedbackformaten und qualitativen Rückmeldungen, die in die Bewertung der Pilotierungen einfließen.
- **Governance und Projektorganisation:** dauerhaftes Projektbüro/PMO mit definierten Rollen, Eskalationswegen, Reporting, Tooling (Jira/Confluence o. ä.), KPI-/Reportstrukturen, Datenschutzkonzept (AVV/TOMs), Mustern und Vorlagen.

Diese Strukturelemente decken sich präzise mit den Anforderungen, die die gematik in ihrem Modellregionen-Konzept formuliert hat: ein Netzwerk aus (Zahn-)Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken, ein lokales Projektbüro, großstädtische und ländliche Versorgungsprozesse, einrichtungsübergreifende Verfahren, Einbindung von Herstellern und Anbietern und enge Begleitung durch wissenschaftliche Evaluation.⁵²⁵⁶ Baden-Württemberg bietet darüber hinaus einen Vorteil, den die bestehenden Modellregionen nicht in gleichem Maße haben: eine **bereits vorhandene Versorgungsstruktur mit dokumentierter Outcome-Wirkung über 17 Jahre**, in die TI-Anwendungen nicht „neben“ das Versorgungsgeschehen, sondern in eine etablierte, vertraglich verbindliche Versorgungsarchitektur eingebettet werden können. Das ist der entscheidende Unterschied zwischen einer reinen TI-Erprobung und einer **kombinierten Versorgungs- und Digitalevaluation**, die das eigentliche Erkenntnisziel deutlich übertrifft.

Für die gematik, ihre Gesellschafter und das BMG ergibt sich daraus eine strukturpolitisch hoch relevante Option: Die Anerkennung von MEDI Baden-Württemberg als dritte TI-Modellregion würde nicht nur die Pilotierungslast verteilen, sondern erstmals eine integrierte Versorgungsarchitektur als Untersuchungsraum für TI-Anwendungen nutzen –

mit messbarem Mehrwert für ePA-Wirksamkeit, eMP-Akzeptanz, EHDS-Vorbereitung und nicht zuletzt für die wissenschaftliche Evidenzbasis der bundesweiten Skalierung.

1.10 Zehn Empfehlungen an Bundespolitik und Selbstverwaltung

Aus der Diagnose und der Evidenzlage ergeben sich zehn konkrete strukturpolitische Empfehlungen für das Reformfenster 2026/2027, die in die zweite Phase der FinanzKommission Gesundheit und in die parlamentarische Beratung des GKV-BStabG-Folgegesetzes eingespeist werden sollten:

1. Strukturentscheidung im SGB V: Anerkennung integrierter, selektivvertraglich organisierter Versorgungsnetze mit verbindlicher Rollen-, Pfad- und Outcome-Logik nach §§ 73b und 140a SGB V als regelhaften, bundesweit skalierbaren Versorgungspfad – nicht als „besondere Versorgung“ am Rand des Systems.

2. Primärarztsystem als Architektur, nicht als Zwang: Die laufende Dialoginitiative der Ministerin sollte das Primärarztsystem nicht als isolierte Steuerungsregel, sondern als **eingebettete Funktion** integrierter Versorgungsverbünde verankern; der Hausärztinnen- und Hausärzteverband, die KBV, die Berufsverbände der Fachärzte und die Patientenorganisationen sollten in diesem Punkt eine gemeinsame Position erarbeiten.

3. KHAG braucht eine ambulante Spiegelarchitektur: Krankenhausreform und ambulante Strukturreform müssen synchronisiert werden; sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV) und Integrierte Notfallzentren (INZ) brauchen vertraglich verbindliche ambulante Anschlussstrukturen, sonst entstehen Versorgungslücken.

4. Notfallreform nicht ohne Primärversorgung: Die im Kabinettsbeschluss vom 22.04.2026 vorgesehenen INZ und das Gesundheitsleitsystem (112 + 116117) müssen in eine kohärente Architektur mit hausärztlicher Primärkoordination und Terminmanagement eingebettet werden, sonst wiederholt sich das Doppelstrukturproblem.

5. Interoperabilitätsentscheidung: Verbindliche FHIR-/MIO-Mindeststandards als Prozessersatz; durchgängige Nutzung von ePA, KIM und TI-Messenger in der Vertragsärztlichen Versorgung; datenschutzkonforme Anbindung an die EHDS-Sekundärnutzung mit klarer Governance-Struktur über das BfArM-Datenzentrum nach GDNG.

6. Erweiterung der TI-Modellregionen-Strategie: Aufnahme einer dritten TI-Modellregion mit Anbindung an eine etablierte integrierte Versorgungsstruktur (MEDI Baden-Württemberg ist hierfür struktur- und erfahrungsbedingt der naheliegende Kandidat), um die Pilotierungslast für die ab 2026/27 anstehenden ePA-Funktionserweiterungen, das TI-Gateway, den eMP, die Volltextsuche und die EHDS-Sekundärnutzung sektorenübergreifend zu verteilen.

7. Lernsystem-Entscheidung: Aufbau eines bundesweit auswertbaren Outcome- und Qualitätsdatensatzes für integrierte Versorgung, methodisch begleitet durch eine unabhängige wissenschaftliche Prüffagenda (orientiert am Heidelberg-Frankfurter Modell), damit Skalierung evidenzbasiert und nicht politisch normativ erfolgt.

8. Ambulantisierung als Pfad, nicht als Vergütungsverschiebung: Hybrid-DRG, sektorengleiche Vergütung und Ambulantisierungspotenziale entfalten ihre Wirkung nur in einer ambulanten Architektur, die die Patienten tatsächlich aufnehmen kann; sonst entstehen Lücken.

9. Stakeholder-Entscheidung: Verbindliche Einbindung aller Versorgungstakeholder – Kassen, KVen, Ärzteschaft, Krankenhausgesellschaft, Pflege, Apothekerschaft, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Gesundheitswirtschaft, Wissenschaft – in eine gemeinsame Architekturentwicklung; nicht durch Korporatismus, sondern durch geteilte Outcome-Verantwortung.

10. Bundeszuschuss und Refinanzierung versicherungsfremder Leistungen: Ohne eine politisch verlässliche Refinanzierung der Beiträge für Bürgergeldempfangende, der Pandemie-Folgekosten und weiterer versicherungsfremder Leistungen aus dem Bundeshaushalt bleibt jede Strukturreform finanzpolitisch fragil. Diese Empfehlung schließt sich der – seltenen – Allianz aus Marburger Bund, vdek, BAG Selbsthilfe, G-BA, Caritas, ver.di und ehemaligem Kanzleramtsminister Peter Altmaier an.³⁹⁴⁰

1.11 Was dieses Papier nicht behauptet

In wissenschaftlicher Redlichkeit benennt dieses Papier ausdrücklich seine Grenzen. **Ers-****tens:** MEDI löst nicht jedes Problem. Es ersetzt weder die Krankenhausreform noch die Pflegereform noch die ungelöste Frage der nachhaltigen GKV-Finanzierung (Bürgergeld-Beiträge, versicherungsfremde Leistungen, Bundeszuschuss). **Zweitens:** Es behauptet nicht, in jeder Region in gleicher Geschwindigkeit gleichermaßen zu wirken; regionale Versorgungskulturen, Strukturmerkmale und Stakeholder-Konstellationen variieren. **Drittens:** Es schließt nicht aus, dass andere integrierte Modelle – etwa Praxisnetze nach § 87b SGB V, MVZ-basierte Strukturen, regionale Verbünde wie das von mir mitgegründete Ärztenetz Region 10 / GO IN, oder die ärzteorganisierten Strukturen anderer Bundesländer – ergänzende Beiträge leisten und in Teilen eigenständige Wege gehen können. **Viertens:** Es ersetzt nicht die wissenschaftliche Begleitforschung zur Wirksamkeit in unterschiedlichen Regionen. **Fünftens:** Es macht keine bezifferten Einsparversprechen für andere Bundesländer, weil dies methodisch nicht seriös wäre.

Aber das Papier liefert das, was der deutschen Reformagenda derzeit am meisten fehlt: eine **erprobte, anschlussfähige und skalierbare Antwort** auf die Frage, wer Versorgung in der Fläche wie organisieren kann – mit dokumentierter Outcome-Wirkung, in einer SGB-V-kompatiblen vertraglichen Form, digital vorbereitet und politisch realisierbar.

1.12 Die zentrale Formel

Die Argumentationslinie dieses Papiers lässt sich in vier Sätzen zusammenfassen:

Das Reformfenster 2026/2027 wird darüber entscheiden, ob Deutschland diesen Schritt geht – oder ob es in der nächsten Legislatur erneut vor denselben Defiziten steht, dann aber mit weniger Spielraum, weniger Vertrauen und weniger Zeit.

2. Ausgangslage April 2026: Die Engführung auf Sparpolitik

2.1 Eine Reform unter dem Druck der Beitragsentwicklung

Die deutsche Gesundheitspolitik beschreibt die GKV-Finanzlage 2026 nahezu ausschließlich aus der Perspektive der Beitragssatzentwicklung. Das ist verständlich, denn die Beitragsdynamik ist sichtbar, fühlbar und politisch heikel: Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz hat sich in den vergangenen Jahren verdoppelt; die Brutto-GKV-Beitragsbelastung lag zum Jahreswechsel 2025/2026 bei rund 17 Prozent, zusammen mit der Pflegeversicherung bei deutlich über 20 Prozent.⁵⁷ Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat in der zweiten Lesung des Bundeshaushalts 2026 am 27. November 2025 selbst betont: „Schon fast zur Routine geworden ist der Brief zum Jahreswechsel, wenn die Krankenversicherung eine Beitragserhöhung ankündigt. Das belastet die privaten Haushalte und Arbeitgeber.“⁵⁸

Diese Wahrnehmung ist real. Aber sie führt zu einer **Engführung der politischen Diagnose**, die das eigentliche Strukturproblem unterhalb der Beitragsdynamik unsichtbar macht. Das deutsche Gesundheitssystem hat keine Beitragskrise – es hat eine Strukturkrise, deren Symptom die Beitragskrise ist. Wer die Beitragskrise behandelt, ohne die Strukturkrise zu adressieren, beschneidet die Versorgung, ohne die Ausgabendynamik zu durchbrechen. Genau diese Engführung beschreibt das vorliegende Kapitel.

2.2 Die Chronologie der Sparpolitik 2025/2026

Die Sparpolitik des Jahres 2026 ist nicht aus dem Stand entstanden, sondern in vier aufeinander aufbauenden Schritten:

Schritt 1 – „Kleines Sparpaket“ Herbst 2025. Das Bundeskabinett beschloss im Oktober 2025 eine Formulierungshilfe für die Fraktionen von CDU/CSU und SPD, um die Finanzierungslücke 2026 von rund zwei Milliarden Euro zu schließen. Im November 2025 kürzten Bundestag und Bundesrat die Vergütung der Krankenhäuser um rund 1,8 Milliarden Euro jährlich – nahezu die Hälfte des erst kurz zuvor beschlossenen Inflationsausgleichs.⁵⁹⁶⁰ Der Marburger Bund Niedersachsen kommentierte: „Das Vorhaben ist ein Rückschritt mit Ansage. Anstatt die Krankenhäuser in einer ohnehin angespannten Lage zu stabilisieren, zieht die Bundesregierung erneut Mittel ab und verschärft damit die finanzielle Krise vieler Häuser.“⁶⁰

Schritt 2 – Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) vom 6. März 2026. Der Bundestag beschloss in zweiter und dritter Lesung mit 46 Änderungsanträgen der Koalition die Anpassung der Krankenhausreform: Reduktion der Leistungsgruppen von 65 auf 61, Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr (volle Wirksamkeit erst 2030), Verlagerung des Transformationsfonds (25 Milliarden Euro) in das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität, weitreichende Ausnahmeregelungen für die Länder bei der Zuweisung von Leistungsgruppen und der Krankenhausplanung.⁶¹⁶² Das KHAG passt

die Reform an die Realität an, schwächt aber zugleich Teile des qualitätssichernden Wirkungsmechanismus, was der PKV-Verband in seiner Stellungnahme als „Verwässerung wesentlicher Ziele der Krankenhausreform“ kritisiert hat.⁶³

Schritt 3 – FinanzKommission Gesundheit, Phase 1, vom 30. März 2026. Die von Ministerin Warken eingesetzte Kommission unter Vorsitz von Prof. Dr. Wolfgang Greiner legte 66 Punkte mit einem Einsparpotenzial von rund 42 Milliarden Euro vor. Ministerin Warken kündigte am 14. April 2026 an, davon für 2027 ein Volumen von rund 20 Milliarden Euro im Gesetzentwurf zu übernehmen.⁶⁴⁶⁵ Die Kommission wird ihre Arbeit in einer zweiten Phase fortsetzen und bis Ende 2026 strukturelle Reformvorschläge vorlegen.⁶⁶

Schritt 4 – GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG), Kabinettsbeschluss vom 29. April 2026. Damit beschloss die Bundesregierung das umfassende Sparpaket, das die GKV im Jahr 2027 um rund 16,3 Milliarden Euro entlasten soll – also etwas mehr als die nach Eigenangabe des BMG erwartete Lücke von 15,3 Milliarden Euro.⁶⁷⁶⁸ Bundeskanzler Friedrich Merz und Ministerin Warken erklärten gemeinsam in der Pressekonferenz: „Es bezieht alle Bereiche des Gesundheitswesens ein. Es soll gerecht zugehen in unserem Land. Da müssen alle einen Beitrag leisten. Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, die pharmazeutische Industrie, Versicherte und auch Arbeitgeber.“⁶⁷

Diese vier Schritte zeigen ein Muster: Sparpolitik wird nicht als ergänzende Komponente einer Strukturreform implementiert, sondern als **eigenständige Reformlogik**, die Strukturreform zeitlich nach hinten verschiebt. Die zweite Phase der FKG mit Strukturreformvorschlägen ist auf das vierte Quartal 2026 angesetzt; das Sparpaket ist hingegen bereits beschlossen und wird, wie Ministerin Warken im Gesundheitsausschuss am 15. April 2026 ankündigte, „möglichst bis zur Sommerpause“ abgeschlossen sein.⁶⁵

2.3 Die Architektur des GKV-BStabG vom 29. April 2026

Der Referentenentwurf vom 16. April 2026 und die Kabinettsfassung vom 29. April 2026 enthalten neun zentrale Maßnahmenbereiche. Sie sind politisch aufeinander abgestimmt, aber strukturpolitisch heterogen.

(1) Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik mit Grundlohnrate als Obergrenze. Die Vergütung aller Leistungserbringer im Gesundheitswesen – darunter explizit Vertragszahnärzte, Heilmittelerbringer, Hebammen, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Rettungsdienste und Krankentransportunternehmen, Unternehmen der medizinischen Behandlungspflege und Hersteller von Hilfsmitteln – wird auf die jeweilige Kostenentwicklung mit der Grundlohnrate als feste Obergrenze begrenzt. Die bisherige vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen über die Grundlohnrate hinaus entfällt.⁶⁹ Damit wird die Ausgabenseite an die Einnahmenseite gekoppelt, was im Effekt bedeutet, dass Tarifsteigerungen oberhalb der Grundlohnrate zu Lasten der Versorgungsqualität gehen oder durch andere Sparmaßnahmen ausgeglichen werden müssen.

(2) Beitragszuschlag bei beitragsfreier Mitversicherung von Ehepartnern. Ab 2028 wird ein Beitragszuschlag von 2,5 Prozent für Mitglieder eingeführt, deren Ehe- oder Le-

benspartner beitragsfrei mitversichert sind. Beitragsfrei mitversichert sein sollen weiterhin Kinder, Eltern von Kindern unter sieben Jahren, pflegende Angehörige und Personen im Regel-Rentenalter.⁶⁵⁷⁰ Diese Maßnahme verändert das Familienprinzip der GKV substantiell und wurde von der Ministerin selbst als „Element gelebter Frauenpolitik“ bezeichnet, was politisch umstritten ist.

(3) Höhere Zuzahlungen. Die Zuzahlungen bei Arzneimitteln und Krankenhausaufenthalten werden „nachholend angehoben“. Das BMG beziffert den Patientenbeitrag aufgrund moderater Leistungsanpassungen und der Zuzahlungserhöhung auf 3,8 Milliarden Euro in 2027 (19 Prozent des Gesamt-Entlastungsvolumens) und rund 4,4 Milliarden Euro in 2030 (10 Prozent des Gesamt-Entlastungsvolumens).⁶⁹

(4) Außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ab 2027. Damit werden Mitglieder mit höherem Einkommen stärker an der Finanzierung beteiligt.⁶⁹ Die Maßnahme ist verteilungspolitisch erklärbar, ändert aber nichts an der Ausgabenstruktur.

(5) Begrenzung des Pflegebudgets. Im stationären Bereich wird klargestellt, dass die Kosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienen – insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Aufgaben –, nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden. Die vollständige Tarifierfinanzierung wird gestrichen.⁷¹

(6) Streichung der Meistbegünstigungsklausel im stationären Bereich. Diese Maßnahme war bereits im „kleinen Sparpaket“ Herbst 2025 Gegenstand einer Auseinandersetzung zwischen Bund und Ländern; sie wird jetzt dauerhaft umgesetzt.⁶⁷ Die Bundesländer haben angekündigt, im Bundesrat dagegen vorzugehen; im Vermittlungsausschuss-Verfahren der ersten Sparpaket-Maßnahme im November 2025 hatten die Länder bereits Widerstand gezeigt.⁷²

(7) Werbe- und Vergütungsbegrenzung der Krankenkassen, Medizinischen Dienste und KVen. Die Werbebudgets der Krankenkassen werden gekürzt; die außertarifliche Vergütung der Führungskräfte der Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes und der Kassenärztlichen Vereinigungen wird begrenzt. Letzterer Punkt war im Gutachten der Finanzkommission Gesundheit nicht enthalten und ist eine eigenständige politische Setzung der Ministerin.⁶⁵

(8) Verschiebung der Bundesdarlehen. Die Rückzahlung der Bundesdarlehen aus den Jahren 2023, 2025 und 2026 in Höhe von insgesamt 5,6 Milliarden Euro wird auf die Jahre 2035–2039 verschoben.⁶⁹

(9) Verzicht auf höhere Bundeszuschüsse und auf eine Refinanzierung der Bürgergeld-Beiträge. Dies ist nicht eine aktive Maßnahme, sondern eine politische Unterlassung mit erheblicher finanzieller Wirkung. Das BMG selbst räumt im Referentenentwurf ein, dass die Maßnahmen den ohnehin verschobenen Bundeszuschuss nicht ersetzen.⁶⁹

Die Summe dieser Maßnahmen ergibt nach BMG-Prognose ein Entlastungsvolumen von rund 16,3 Milliarden Euro für 2027, ergänzt durch Effekte aus den höheren Zuzahlungen

und der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in einem Gesamtvolumen von rund 20 Milliarden Euro.⁶⁷⁶⁸

2.4 Die strukturpolitische Asymmetrie des Sparpakets

Die Struktur des Sparpakets ist asymmetrisch. **Erstens** ist der Beitrag der Versicherten und Patientinnen und Patienten unmittelbar wirksam (Zuzahlungen, Beitragszuschlag, Beitragsbemessungsgrenze). **Zweitens** sind die Sparbeiträge der Leistungserbringer ebenfalls unmittelbar wirksam (Grundlohnrate als Obergrenze, Pflegebudgetbegrenzung, Meistbegünstigungsklausel-Streichung). **Drittens** ist der Beitrag des Bundeshaushalts überwiegend zeitlich verschoben (Darlehensverschiebung) oder gar nicht vorgesehen (Bürgergeld-Refinanzierung, höhere Bundeszuschüsse). **Viertens** sind strukturelle Effizienzmaßnahmen, die die Ausgabendynamik dauerhaft durchbrechen würden – etwa eine konsequente Patientensteuerung, Ambulantisierung mit ausgebauter ambulanter Architektur, sektorenübergreifende Vergütung, integrierte Versorgung mit Outcome-Verantwortung – im Gesetzentwurf nicht enthalten. Sie werden auf die zweite Phase der Finanzkommission Gesundheit verschoben.

Diese Asymmetrie ist der eigentliche Kern der Stakeholder-Kritik. Der Marburger Bund formuliert sie präzise: „Das Sparpaket trifft einseitig die Leistungserbringenden im ambulanten wie stationären Versorgungsbereich. Erforderlich ist stattdessen eine gesamtgesellschaftliche inhaltliche Auseinandersetzung mit fundamentalen Fragen der Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen.“⁷³ Susanne Johna betont: „Das vorgelegte Sparpaket ist nicht ausgewogen, sondern hat eine klare Schlagseite zu Lasten der Leistungserbringenden in der ambulanten wie stationären Versorgung. Weder der demografische Wandel noch der medizinische Fortschritt lassen sich einfach 'deckeln', ohne dass die Patientenversorgung darunter leidet.“⁷³

2.5 Die parallel beschlossenen Reformen erzeugen ein Strukturparadoxon

Das Bundeskabinett hat zwischen März und April 2026 insgesamt drei strukturwirksame Gesundheitsgesetze beschlossen: das KHAG (06.03.2026), die Notfallreform (22.04.2026) und das GKV-BStabG (29.04.2026). Hinzu kommen der Dialogprozess Primärärztsystem seit dem 27.01.2026, die FKG-Phase 2 mit Bericht bis Ende 2026, die Apothekenreform und die ePA-Funktionserweiterungen 2026. Diese Vorhaben sind einzeln betrachtet teilweise sinnvoll, in ihrer Summe aber nicht aufeinander abgestimmt:

- Die **Notfallreform** verspricht ein erweitertes Leistungsversprechen mit 24/7-Verfügbarkeit telemedizinischer und aufsuchender Notdienste, integrierten Notfallzentren mit verpflichtender Ersteinschätzung, einem digital vernetzten Gesundheitsleitsystem (112 + 116117) und einem Mehraufwand der Kassenärztlichen Vereinigungen, der nach Schätzung der Bundesregierung jährlich rund 1,2 Milliarden Euro Einsparungen und rund eine weitere Milliarde indirekter Einsparungen bringen soll.⁷⁴⁷⁵ Der KBV-Vorstand kritisiert, dass für die geforderten Mehrfachstrukturen „keine personellen Ressourcen“ vorhanden seien und das

Konzept „hinten und vorne nicht zusammenpasst“, weil parallel zum Sparpaket fünf Milliarden Euro aus dem ambulanten Bereich entzogen werden sollen.⁷⁶

- Das **KHAG** verschiebt die Vorhaltevergütung um ein Jahr und schwächt die qualitätssichernden Wirkungsmechanismen der ursprünglichen Krankenhausreform – ein Schritt, den die DKG begrüßt, der GKV-Spitzenverband aber als problematisch sieht. Der Transformationsfonds wurde gleichzeitig in das Sondervermögen verlagert, was die GKV-Beitragsmittel entlastet, aber haushaltspolitisch eine andere Frage öffnet (Tilgung des Sondervermögens nach 2035).⁶¹⁶³
- Das **Primärarztsystem** soll ab 2026/2027 eingeführt werden, ohne dass bis Ende 2026 belastbare Konturen erkennbar sind. Im Bundestag selbst hat das BMG am 13. Oktober 2025 eingeräumt, dass „die konkrete Ausgestaltung sehr komplex“ sei und „bis Ende des Jahres eine Lösung noch nicht auf dem Tisch liegen“ werde.⁷⁷ Im Januar 2026 hat Ministerin Warken den Dialogprozess gestartet, am 28. Januar mit der KBV, dem Hausärzteverband und weiteren Akteuren; ein Gesetzentwurf liegt zum Stand 30.04.2026 noch nicht vor.⁷⁸
- Die **ePA-Funktionserweiterungen 2026** (eMP, dgMP, Push-Benachrichtigungen, Volltextsuche, Datenausleitung an das Forschungsdatenzentrum) sollen nach Beschluss der gematik-Gesellschafter ab 2026 eingeführt werden, jedoch erneut zunächst in den Modellregionen Hamburg & Umland sowie Franken pilotiert. Der eMP wurde von Juli 2025 auf Oktober 2026 verschoben; die ePA-Nutzung lag ein Jahr nach Start nach vzbv-Erhebung bei rund 3,6 Prozent.⁷⁹⁸⁰
- Der **EHDS** (Verordnung 2025/327) tritt mit gestaffelten Anwendungsfristen ab 26.03.2027 in Kraft; Deutschland muss bis dahin die nationale Governance, die Health Data Access Bodies, die Anbindung an MyHealth@EU und die EHR-System-Interoperabilität herstellen. Die Bundesregierung und die Landesregierungen prüfen den rechtlichen Anpassungsbedarf seit 2025.⁸¹

Die strukturpolitische Konsequenz ist ein **Paradox**: Während das Sparpaket dem ambulanten Bereich Mittel entzieht, wird der ambulante Bereich gleichzeitig mit erweiterten Aufgaben in Notfallreform, Primärarztsystem, ePA-Einführung, eMP-Pflege und EHDS-Vorbereitung belegt. Der ambulante Sektor soll mehr leisten – mit weniger Mitteln und ohne strukturelle Reform. Das ist die Engführung, vor der dieses Papier warnt.

2.6 Strukturreform: zugesagt, aber zeitlich nachgelagert

Die Bundesregierung hat in mehreren Verlautbarungen bekräftigt, dass das GKV-BStabG ein „erster Schritt“ sei und dass langfristig „strukturelle Maßnahmen“ greifen sollen. Die Bundesregierung formulierte am 15. April 2026: „Das Maßnahmenpaket ist ein erster Schritt. Langfristig sollen strukturelle Maßnahmen greifen, die derzeit vorbereitet werden. Bundesministerin Warken hatte dazu eine FinanzKommission Gesundheit eingesetzt, die Ende März 2026 weitere Vorschläge für finanzwirksame Maßnahmen vorgelegt hat. Ende 2026 sollen zudem Vorschläge für Strukturreformen folgen.“⁶⁶

Diese Sequenz ist politisch nachvollziehbar, strukturell aber risikobehaftet. **Ers-****tens** verändert sie die Hierarchie der Reformen: Liquiditätssicherung kommt vor Strukturreform, obwohl die Strukturreform die Voraussetzung für nachhaltige Liquiditätssicherung wäre. **Zweitens** zementiert sie operative Pfadabhängigkeiten: Die Grundlohnratenobergrenze, die Pflegebudgetbegrenzung und die Meistbegünstigungsklausel-Streichung wirken sich auf die operativen Realitäten der Leistungserbringer unmittelbar aus, lange bevor die Strukturreform greifen kann. **Drittens** schafft sie politische Erwartungsanker, die die Strukturreform präjudizieren: Wer in 2027 mit den Sparpaket-Effekten konfrontiert ist, wird die Strukturreform nicht mehr unbefangen bewerten können.

Aus diesem Grund ist es entscheidend, dass die Strukturreform-Diskussion **nicht erst Ende 2026** beginnt, sondern parallel zum laufenden Gesetzgebungsverfahren des GKV-BStabG-Folgegesetzes. Genau das ist das Anliegen dieses Papiers.

2.7 Die Stakeholder-Reaktionen im Überblick

Die Reaktionen auf das Sparpaket sind in einer in dieser Breite seltenen Konvergenz negativ. Sie zerfallen in drei Hauptlinien.

Linie 1: Strukturkritik aus der Ärzteschaft und Krankenhausgesellschaft. Der Marburger Bund spricht von „systematischem Kurswechsel“ und „Schlagseite zu Lasten der Leistungserbringenden“. ⁷³ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kritisiert die Inkohärenz zwischen Sparpaket und Notfallreform. ⁷⁶ Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat mehrfach ihre Vorbehalte gegen die parallel laufenden Maßnahmen geäußert. ⁸² Die Bundesärztekammer und mehrere fachärztliche Verbände schließen sich an. Die Begründung ist durchgehend strukturell: Sparen ohne Strukturreform schädigt die Versorgung.

Linie 2: Sozial- und verteilungspolitische Kritik. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe spricht von einem Entwurf, der „weder ausgewogen noch zukunftsfähig“ sei und der „erheblich größere Anteile“ der Reformkosten auf chronisch Kranke, ältere Versicherte und Geringverdiener verlagere. ⁸³ Die Caritas, ver.di und der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP) warnen vor unzumutbaren Belastungen vor allem schwacher Versicherter; der Gemeinsame Bundesausschuss spricht von einer „gravierenden Gerechtigkeitslücke“. ⁸³ Die Verbraucherzentrale Bundesverband, die Patientenorganisationen und die Wohlfahrtsverbände stehen in dieser Linie.

Linie 3: Pragmatische Kritik aus den Krankenkassen. Die Krankenkassenverbände stehen dem Sparpaket ambivalent gegenüber. Der vdek (Ulrike Elsner) und der AOK-Bundesverband (Dr. Carola Reimann) begrüßen die Stoßrichtung, kritisieren aber zwei Aspekte: erstens die fehlende Refinanzierung der Bürgergeld-Beiträge durch den Bund („gravierende Gerechtigkeitslücke“ auch hier); zweitens die unzureichende Tiefe der Strukturreform. ⁸⁴⁸⁵ Der BKK Dachverband begrüßt die Notfallreform und Teile des Sparpakets, fordert aber eine bundesweit einheitliche Richtlinie des G-BA für Leitstellen und integrierte Notfallzentren. ⁸⁶ Der GKV-Spitzenverband warnte ausdrücklich vor einer Ver-

wässerung der Pläne im parlamentarischen Verfahren.⁸⁷ Der PKV-Verband äußert in seiner KHAG-Stellungnahme, dass „bestehende finanzielle Fehlanreize aus dem KHVVG (und Vorgängergesetzen) nicht korrigiert werden“ und warnt vor einer „Versorgung, die nicht länger vom Bedarf her gedacht wird, sondern ausschließlich von der verfügbaren Finanzmasse“.⁶³

Politisch kommt eine vierte Linie hinzu: die Opposition im Bundestag. Der Grünen-Gesundheitsexperte Janosch Dahmen erklärte: „Das ist keine Beitragssatzstabilisierung, das ist Beitragssatzeskalation mit Ansage.“⁶⁷ Die Linke spricht beim Notfallreformgesetz von einem „digitalen Labyrinth“ ohne personelle und finanzielle Unterfütterung.⁷⁴ Die AfD hat dem KHAG nicht zugestimmt; die Grünen und Die Linke ebenfalls nicht.⁶¹

Diese Konvergenz ist in der deutschen Gesundheitspolitik bemerkenswert. Üblicherweise streiten Ärzteschaft, Krankenkassen und Patientenorganisationen miteinander – beim Sparpaket vom 29. April 2026 stehen sie alle auf derselben Seite mit derselben Kritik: **Sparpolitik ohne Strukturpolitik trägt nicht.**

2.8 Was im Sparpaket fehlt: die strukturpolitische Lücke

Die strukturpolitische Lücke des GKV-BStabG ist nicht zufällig, sondern systematisch. Vier Strukturbausteine, die für eine nachhaltige Ausgabenstabilisierung zentral wären, sind im Gesetz nicht enthalten:

Erstens fehlt die Patientensteuerung. Die hausarztzentrierte Versorgung, das Primärarztssystem und die strukturierte fachärztliche Integration sind in der Gesetzesbegründung erwähnt, im Gesetzestext aber nicht verankert. Die Ankopplung an den Dialogprozess Primärarztssystem ist unklar. Damit fehlt das Element, das nach 17 Jahren Evaluation in Baden-Württemberg den belastbarsten Effekt auf die Inanspruchnahme zeigt.

Zweitens fehlt die Architekturentscheidung zwischen ambulant und stationär. Die Ambulantisierung wird über Hybrid-DRGs adressiert, nicht aber über eine ambulante Aufnahme-Architektur, die die Patienten tatsächlich aufnehmen kann. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV) sind im KHAG verankert, aber nicht mit ambulanten Verbundstrukturen verzahnt.

Drittens fehlt die digitale Integration als Effizienzhebel. Das Sparpaket erwähnt die Digitalisierung nicht als ausgaben-wirksames Instrument. Die ePA, der TI-Messenger, das eMP, die EHDS-Sekundärnutzung – sie alle haben das Potenzial, nicht nur die Versorgungsqualität, sondern auch die Effizienz zu steigern. Im Sparpaket sind sie nicht als Hebel benannt.

Viertens fehlt die Outcome-orientierte Vergütung. Das Sparpaket arbeitet mit Mengen- und Preissteuerung (Grundlohnrate, Zuzahlungen, Pflegebudgetbegrenzung), nicht mit Qualitäts- oder Outcome-Steuerung. Damit verstärkt es bestehende Anreize zur Mengenausweitung und zur Vermeidung komplexer, schwer abrechenbarer Leistungen, statt sie zu durchbrechen.

Das Fehlen dieser vier Strukturbausteine ist die eigentliche Herausforderung für die zweite Phase der FinanzKommission Gesundheit. Sie muss bis Ende 2026 genau die strukturellen Antworten liefern, die das GKV-BStabG offenlässt – ohne dabei die operativen Pfadabhängigkeiten zu ignorieren, die das Sparpaket bereits geschaffen hat.

2.9 Die strukturpolitische Alternative: Drei Eckpunkte für die zweite FKG-Phase

Aus der Analyse des Sparpakets ergeben sich drei Eckpunkte für die zweite Phase der FinanzKommission Gesundheit, die in den nachfolgenden Kapiteln dieses Papiers ausführlich entfaltet werden:

Eckpunkt 1 – Strukturentscheidung im SGB V. Anerkennung integrierter, selektivvertraglich organisierter Versorgungsnetze nach §§ 73b und 140a SGB V als regelhaften, bundesweit skalierbaren Versorgungspfad. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass die Wirkungsmechanismen des MEDI - HZV - Strukturprinzips über Baden-Württemberg hinaus regelhaft – und nicht nur als „besondere Versorgung“ am Rand – verankert werden können. Die Hausärzteschaft, die Fachärzteschaft und die Krankenkassen können dies in einem Selektivvertragsrahmen umsetzen, sobald der Bund die regulatorischen Hindernisse abbaut.

Eckpunkt 2 – Digitale Prozessarchitektur als integraler Bestandteil. Verbindliche FHIR-/MIO-Mindeststandards als Prozessersatz; durchgängige Nutzung von ePA, KIM und TI-Messenger in der vertragsärztlichen Versorgung; datenschutzkonforme Anbindung an die EHDS-Sekundärnutzung. Die Erweiterung der TI-Modellregionen-Strategie der gematik um eine dritte Region (siehe Kapitel 10 und 14) ist hierfür ein operativ zentraler Schritt.

Eckpunkt 3 – Outcome-Verantwortung statt Mengenanreiz. Vergütungsstrukturen, die Outcome-Indikatoren in die Honorarsystematik integrieren – beginnend mit den fachärztlichen Disziplinen, in denen die Evidenzlage bereits robust ist (Diabetologie, Kardiologie, Onkologie, Psychotherapie), und ergänzt durch ein wissenschaftlich begleitetes Lernsystem mit unabhängiger Evaluation.

Diese drei Eckpunkte sind nicht Ersatz, sondern Ergänzung zu der Sparlogik des GKV-BStabG. Sie würden den unterbrochenen Reformpfad wieder zusammenführen und die zweite Phase der FKG inhaltlich tragen können.

2.10 Zwischenbefund

Die deutsche Gesundheitspolitik hat im Frühjahr 2026 eine politische Entscheidung getroffen: Sparpolitik vor Strukturpolitik. Diese Entscheidung ist verständlich, aber nicht hinreichend. Sie sichert kurzfristig die Beitragsentwicklung, ohne die strukturellen Ursachen der Ausgabendynamik zu adressieren. Sie erzeugt eine asymmetrische Lastenverteilung, die in der Stakeholder-Reaktion eine in dieser Breite seltene Konvergenz hervorgerufen hat. Sie zementiert operative Pfadabhängigkeiten, bevor die Strukturreform greifen kann.

Die zweite Phase der FinanzKommission Gesundheit, die ihren Strukturreform-Bericht bis Ende 2026 vorlegen soll, hat damit eine doppelte Aufgabe: Sie muss erstens die strukturelle Lücke des Sparpakets schließen, und sie muss zweitens die operativen Pfadabhängigkeiten so adressieren, dass die Strukturreform nicht von der Sparlogik präjudiziert wird. Das vorliegende Papier liefert für diese Aufgabe eine erprobte, evaluierte und politisch realisierbare Antwort: das MEDI - HZV - Strukturprinzip als Betriebssystem integrierter Versorgung – verankert im SGB-V-Rahmen, dokumentiert über 17 Jahre, anschlussfähig an die digitale Reformagenda und skalierbar bundesweit. Die nachfolgenden Kapitel entfalten diese Antwort systematisch.

3. Warum reine Sparpolitik scheitert – die strukturelle Diagnose

3.1 Die Hypothese und ihre wissenschaftliche Verankerung

Die Hypothese dieses Kapitels lautet: **Reine Sparpolitik in einem strukturell fragmentierten Gesundheitssystem ist nicht nur unzureichend, sondern systematisch kontraproduktiv.** Sie senkt nicht die Ausgaben, sondern verschiebt sie. Sie verbessert nicht die Effizienz, sondern verstärkt bestehende Fehlanreize. Sie schafft nicht Versorgungssicherheit, sondern sie unterminiert sie. Diese Hypothese ist nicht polemisch gemeint. Sie ist – wie im Folgenden gezeigt – durch ökonomische Theorie, internationale Evidenz und versorgungswissenschaftliche Befunde abgesichert.

Die wissenschaftliche Verankerung der Hypothese ergibt sich aus drei theoretischen Strängen, die im Folgenden systematisch aufgegriffen werden: aus der **Institutionenökonomie und Governance-Forschung** zu Gesundheitssystemen (Williamson, Ostrom, Mintzberg), aus der **Gesundheitsökonomie der angebotsinduzierten Nachfrage und der Wasserbett-Effekte** (Roemer, Evans, Wennberg) und aus der **versorgungswissenschaftlichen Literatur** zu integrierter Versorgung und Outcome-Steuerung (Porter, Berwick, IHI Triple/Quadruple Aim).⁸⁸⁸⁹⁹⁰

3.2 Die ökonomische Logik des Wasserbett-Effekts

Das wahrscheinlich wichtigste Argument gegen reine Sparpolitik in fragmentierten Gesundheitssystemen ist der **Wasserbett-Effekt**: Eine Belastung an einer Stelle des Systems erzeugt – ohne strukturelle Veränderung – eine Entlastung an dieser Stelle bei gleichzeitiger Mehrbelastung an einer anderen Stelle. In der Gesundheitsökonomie ist dieser Effekt seit den 1960er Jahren als „Roemer's Law“ beschrieben: „A built bed is a filled bed“ – ein Bett, das gebaut ist, wird belegt; und ein Patient, der nicht mehr ambulant versorgt wird, wird stationär versorgt.⁹¹

Für die deutsche Sparpolitik 2026 hat dieser Effekt drei konkrete Manifestationen.

Erste Manifestation: Verschiebung von ambulant zu stationär. Wird die ambulante Vergütung über die Grundlohnrate gedeckelt, verlieren Praxen die Kapazität, komplexe oder zeitaufwendige Fälle adäquat zu bearbeiten. Ein Teil dieser Patienten landet in der Notaufnahme oder wird stationär aufgenommen. Stationäre Versorgung ist im Schnitt um den Faktor 5–10 teurer als ambulante Versorgung gleichwertiger Indikation.⁹² Die Sparlogik kehrt sich um.

Zweite Manifestation: Verschiebung in die Privatsphäre. Wird die Pflege- und Hilfsmittelvergütung gedeckelt und werden Zuzahlungen erhöht, verlagern sich Lasten in die häusliche Pflege durch Angehörige, die ihrerseits volkswirtschaftliche Kosten verursachen (Erwerbsausfall, gesundheitliche Belastung pflegender Angehöriger). Diese Kosten erscheinen nicht in der GKV-Rechnung, aber sie sind real.⁹³⁹⁴

Dritte Manifestation: Verschiebung in die Zukunft. Werden Präventions-, Früherkennungs- und Versorgungskontinuitätsleistungen unter Druck gesetzt, steigen die Folgekosten in der nächsten Beobachtungsperiode. Die HZV-Evaluation in Baden-Württemberg

dokumentiert genau dieses Muster im Positiven: 9.200 vermiedene Komplikationen bei Diabetikern (700 Amputationen, 4.800 Herzinfarkte und Schlaganfälle) über elf Beobachtungsjahre hinweg sind nicht in einem Jahr gespart, sondern über die Zeit. Wer diese Kontinuitätsleistung gefährdet, schiebt ihre Kosten in die Zukunft.⁹⁵

Roemer und nachfolgende Ökonomen wie Robert Evans, John Wennberg und Elliott Fisher haben gezeigt, dass diese Effekte in fragmentierten Systemen besonders stark wirken, weil dort keine Outcome-verantwortliche Governance-Ebene existiert, die sie auffangen könnte.⁹¹⁹⁶

3.3 Angebotsinduzierte Nachfrage in einem hochkapazitiven System

Die zweite ökonomische Schwäche reiner Sparpolitik ist, dass sie in hochkapazitiven Systemen die **angebotsinduzierte Nachfrage** verstärkt statt sie zu dämpfen. Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über außergewöhnlich hohe Kapazitäten: 4,7 praktizierende Ärzte und 12,2 Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner gegenüber einem OECD-Durchschnitt von 3,9 bzw. 9,2; 7,7 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner gegenüber einem EU-Durchschnitt von 4,2.⁹⁷⁹⁸ Bei 9,8 Arzt-Patienten-Kontakten pro Jahr (OECD-Durchschnitt: 6,8) und einer Krankenhausentlassungsrate, die 40 Prozent über dem EU-Durchschnitt liegt, zeigt sich ein klassisches Muster: Die Nachfrage folgt dem Angebot.⁹⁸

In diesem Kontext wirkt eine Grundlohnratenobergrenze, die alle Leistungserbringer pauschal trifft, **gegen** die strukturpolitisch sinnvolle Bewegung. Sie zwingt Leistungserbringer dazu, das Mengenvolumen aufrechtzuerhalten, weil ihre Preise gedeckelt sind. Sie senkt nicht die Inanspruchnahme, sondern erhält sie – auf niedrigerer Margenbasis. Eine echte strukturelle Antwort wäre eine Verschiebung der Vergütungslogik von Mengen- auf Outcome-Steuerung, kombiniert mit Versorgungspfaden, die unnötige Inanspruchnahme verhindern, statt sie nur niedriger zu vergüten.

Genau dies ist der Punkt, an dem das MEDI - HZV - Strukturprinzip ansetzt: Die HZV-Evaluation 2025 dokumentiert 1,36 Millionen weniger unkoordinierte Facharztbesuche ohne Überweisung (2022) – das ist nicht eine Mengendrosselung durch Preisbegrenzung, sondern eine **Mengenreduktion durch Strukturveränderung**.⁹⁵⁹⁹ Nur diese zweite Form ist nachhaltig.

3.4 Institutionelle Governance: Der missing link der deutschen Reformen

Die Institutionenökonomie kennt seit Oliver Williamson drei Koordinationsformen: **Markt** (Preis als Steuerungsmechanismus), **Hierarchie** (Anordnung als Steuerungsmechanismus) und **Hybride/Netzwerke** (vertragsbasierte Koordination als Steuerungsmechanismus).⁸⁸ In den meisten OECD-Gesundheitssystemen wird die Hybridform zunehmend dominant: Sie verbindet die Vorteile des Marktes (Innovation, dezentrale Effizienz) mit den Vorteilen der Hierarchie (Verbindlichkeit, Outcome-Verantwortung), ohne deren Nachteile zu reproduzieren.

Das deutsche System verfügt über eine ausgeprägte **Selbstverwaltungstradition** (G-BA, KBV, GKV-Spitzenverband, DKG, MD), die formal Hybridcharakter hat. Operativ aber funktioniert sie überwiegend kollektivvertraglich – also als „Verhandlungsmarkt“ zwischen Verbänden, ohne integrierende Outcome-Verantwortung auf der Versorgungsebene. Die Folge: Reformen werden auf Verbandsebene ausgehandelt, aber nicht auf Versorgungsebene operationalisiert. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat dieses Strukturproblem mehrfach diagnostiziert, zuletzt im Gutachten 2024 zu Fachkräften und im Gutachten 2018 zur „bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung“. ¹⁰⁰¹⁰¹

Die Konsequenz für die Spardebatte: Eine kollektivvertraglich ausgehandelte Sparmaßnahme wirkt auf die Verbandsebene, nicht auf die Versorgungsebene. Sie ändert die Honorarsumme, nicht die Versorgungsstruktur. Genau deshalb scheitern Sparrunden im deutschen Gesundheitssystem seit Jahrzehnten daran, dass die nächste Sparrunde bereits programmiert ist. Williamson selbst hat in seiner Nobelpreis-Lesung 2009 darauf hingewiesen, dass „governance matters“ – und die Wahl der falschen Governance-Form bei strukturellen Problemen produziere zwangsläufig wiederkehrende Reformkrisen. ¹⁰²

Hier liegt der eigentliche strukturpolitische Mehrwert des MEDI-Prinzips: Es operiert auf der **selektivvertraglichen Hybridebene** zwischen Markt und Hierarchie. Es verschiebt die Outcome-Verantwortung von der Verbandsebene auf die Versorgungsebene. Es bindet Leistungserbringer in eine vertragliche Mitverantwortung für Versorgungspfade ein, ohne die Selbstverwaltungslogik zu durchbrechen. Damit ist es genau die Governance-Form, die in der Williamson'schen Logik zu den vorliegenden Problemen passt.

3.5 Empirische Evidenz aus der Versorgungsforschung

Die versorgungswissenschaftliche Evidenz, dass reine Mengen- oder Preissteuerung in fragmentierten Gesundheitssystemen die Ausgabendynamik nicht durchbricht, ist robust. Drei Belege sind besonders relevant.

Beleg 1: Die deutsche Reformhistorie seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992.

Seit 1992 hat Deutschland mehrere Sparrunden durchlaufen: Gesundheitsstrukturgesetz 1992, Beitragsentlastungsgesetz 1996, GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz 1998, GKV-Modernisierungsgesetz 2003, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007, GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2011, GKV-Finanzierungs- und Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2010, GKV-FKG 2020 – um nur die wichtigsten zu nennen. Jede dieser Reformen sollte die Beitragsentwicklung stabilisieren. Jede dieser Reformen wurde innerhalb weniger Jahre von der nächsten Sparrunde abgelöst. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz hat sich – trotz aller Reformen – kontinuierlich nach oben entwickelt. ¹⁰³ Die schlichte empirische Tatsache lautet: **Sparrunden haben in der deutschen Gesundheitspolitik nicht zur Beitragsstabilität geführt.** Was geführt hat – wenn auch nur bei einzelnen Indikationen –, waren strukturelle Änderungen wie das DMP-Konzept (2002), die HZV nach § 73b SGB V (2007/2008), das DRG-System (2003) und die selektivvertraglichen Modelle nach § 140a SGB V.

Beleg 2: Die HZV-Evaluation Baden-Württemberg über 17 Jahre. Die wissenschaftliche Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg durch das Universitätsklinikum Heidelberg (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung unter Prof. Joachim Szecsenyi) und die Goethe-Universität Frankfurt (Institut für Allgemeinmedizin) seit 2011 dokumentiert auf Basis von Routinedaten von 1,93 Millionen AOK-Versicherten in Baden-Württemberg (davon 1,26 Millionen in der HZV) folgende strukturelle Effekte:⁹⁵⁹⁹¹⁰⁴

- **Inanspruchnahmestruktur:** 3,1 Millionen mehr Hausarztkontakte und 1,36 Millionen weniger unkoordinierte Facharztbesuche ohne Überweisung im Berichtsjahr 2022; konstantes Niveau über die Jahre.
- **Stationäre Vermeidung:** signifikant niedrigere Raten potenziell vermeidbarer Krankenhausaufnahmen; in VERAH-Praxen zusätzlich um 4,0 Prozent reduziert.
- **Klinische Outcomes Diabetes:** Hochrechnung 2011–2022 für 119.000 Diabetikerinnen und Diabetiker – Vermeidung von rund 9.200 schwerwiegenden Komplikationen, davon ca. 700 Amputationen sowie ca. 4.800 Herzinfarkte und Schlaganfälle.
- **Arzneimitteltherapiesicherheit:** ca. 7.500 weniger PRISCUS-Verordnungen für Patienten ab 65 Jahren (2022); in VERAH-Praxen zusätzlich 4,7 Prozent geringere Arzneimittelkosten.
- **Prävention:** 24.000 zusätzliche Influenzaimpfungen (2022); systematische Vorsorgeführung.
- **Pandemie-Resilienz:** dokumentiert höhere Versorgungskontinuität chronisch Kranker während COVID-19.
- **Wirtschaftlichkeit:** niedrigere Gesamtausgaben pro Versichertem bei besserer Versorgung.

Diese Befunde sind methodisch robust adjustiert für Alter, Geschlecht, Komorbidität (Charlson-Index), Pflegegrad, DMP-Teilnahme und Praxismerkmale.¹⁰⁴ Sie sind nicht das Ergebnis einer Sparrunde, sondern einer Strukturveränderung. Sie zeigen, dass die strukturelle Antwort funktioniert, wo die Sparantwort versagt.

Beleg 3: Internationale Evidenz aus dem Medicare Shared Savings Program (MSSP).

Die wissenschaftliche Evaluation des MSSP durch die Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) zeigt für 2024: 476 Accountable Care Organizations mit 11,2 Millionen Versicherten, 6,6 Milliarden US-Dollar Bruttoersparnis und 2,4 Milliarden US-Dollar Nettoersparnis bei stabilen oder verbesserten Qualitätsindikatoren; seit 2012 kumulativ 35 Milliarden US-Dollar Bruttoersparnis und 13,6 Milliarden US-Dollar Nettoersparnis.¹⁰⁵¹⁰⁶ Die JAMA-Studie von Bleser und Kollegen (2025) auf Basis von 8 Millionen Patienten dokumentiert eine differenzielle Reduktion der Ausgaben um 1,2 Prozent über drei Jahre und 2,4 Prozent über sechs Jahre, wobei *physician-led* und *small ACOs* die größten Effekte zeigten.¹⁰⁷ Diese Evidenz ist robust, peer-reviewed und konsistent mit der HZV-Evaluation: Strukturelle Antworten wirken, lineare Sparantworten nicht.

3.6 Vier Kausalmechanismen, warum Sparpolitik im fragmentierten System scheitert

Auf Basis der dargestellten Evidenz lassen sich vier Kausalmechanismen identifizieren, die erklären, warum reine Sparpolitik in einem fragmentierten System wie dem deutschen scheitert.

Mechanismus 1: Pareto-Schwäche der pauschalen Deckelung. Eine pauschale Deckelung wie die Grundlohnratenobergrenze trifft alle Leistungserbringer gleich – die effizienten und die ineffizienten, die qualitätsstarken und die qualitätsschwachen, die strukturell innovativen und die strukturell trägen. Sie hat keinen Selektionsmechanismus, der die Qualität- oder Effizienzgewinner belohnt und die Verlierer in den Strukturwandel drängt. Sie zementiert damit den Status quo unter Liquiditätsdruck. Das ist betriebswirtschaftlich rational ineffizient: Es ist eine Bestrafung des gesamten Sektors für die Probleme einer Teilmenge.

Mechanismus 2: Adverse-Selection-Effekt bei Leistungserbringern. Eine pauschale Deckelung führt dazu, dass die strukturell innovationsbereiten Leistungserbringer – jene, die in digitale Infrastruktur, Outcome-Messung, integrierte Pfade und Personalentwicklung investieren wollen – ihre Investitionsspielräume verlieren. Während die strukturell trägen Leistungserbringer – jene, die das Mengenvolumen einfach hochfahren – relativ besser durchkommen. Die Sparlogik selektiert gegen die Strukturwandelträger.

Mechanismus 3: Politische Verschiebung der Strukturreform. Wenn die Liquidität durch das Sparpaket gesichert ist, sinkt der politische Druck zur Strukturreform. Die zweite Phase der FinanzKommission Gesundheit, die ihre Strukturvorschläge bis Ende 2026 vorlegen soll, operiert in einem Umfeld, in dem die unmittelbare Beitragskrise abgewendet ist – also unter geringerem politischem Druck. Das ist – im Sinne der Public Choice-Theorie nach Buchanan – ein bekanntes Muster: Sparpakete präjudizieren oder verzögern Strukturreformen, weil sie die Reformnotwendigkeit politisch vorerst entschärfen.¹⁰⁸

Mechanismus 4: Vertrauensverlust bei den Akteuren. Eine pauschale Deckelung, die alle Leistungserbringer gleich trifft, erzeugt eine in dieser Breite seltene Stakeholder-Allianz gegen die Politik – wie sie in Kapitel 2 dokumentiert wurde. Das ist nicht nur ein politisches Problem; es hat eine versorgungspolitische Konsequenz: Der für die Strukturreform notwendige Konsens zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen, Patienten und Politik wird beschädigt. Strukturreform aber ist – anders als Sparmaßnahmen – auf Konsens angewiesen, weil sie auf der Versorgungsebene operationalisiert werden muss.

3.7 Was eine echte Strukturantwort leisten muss

Eine Strukturantwort, die diese vier Mechanismen umkehrt, muss vier Eigenschaften haben.

Erstens: Sie muss differenziert wirken. Sie muss zwischen effizienten und ineffizienten, qualitätsstarken und qualitätsschwachen, strukturell innovativen und strukturell trägen

Leistungserbringern differenzieren. Genau das leisten Selektivverträge nach §§ 73b und 140a SGB V: Sie binden teilnehmende Leistungserbringer in eine Outcome-Verantwortung ein, die für andere nicht gilt.¹⁰⁹

Zweitens: Sie muss Innovation belohnen. Sie muss strukturwandelbereiten Leistungserbringern Investitionsspielräume und Anreize bieten, sie nicht durch pauschale Deckelung bestrafen. Das HZV-Modell in Baden-Württemberg zeigt exemplarisch, wie diese Anreize – Honorarstabilität, VERAH-Stundensätze, Qualitätszuschläge, Digitalpauschalen – wirken können.¹⁰⁴¹¹⁰

Drittens: Sie muss politisch dauerhaft tragen. Sie darf nicht der nächsten Sparrunde anheim fallen. Das verlangt eine institutionelle Verankerung im SGB V, die über Legislaturperioden hinausreicht. Die §§ 73b und 140a SGB V leisten dies seit 2007/2008; sie bedürfen aber einer regelhaften statt einer Sondertarbestellten Anerkennung als Versorgungspfad, wie dies im Koalitionsvertrag vom Frühjahr 2025 (CDU/CSU/SPD) angedeutet ist.

Viertens: Sie muss konsensfähig sein. Sie muss von einer Mehrheit der Stakeholder mitgetragen werden – sonst scheitert sie an der Versorgungsrealität. Diese Bedingung ist erfüllbar, weil die Stakeholder-Konvergenz beim aktuellen Sparpaket genau die Lücke zeigt, die durch eine Strukturantwort geschlossen werden kann: Marburger Bund, KBV, Hausärzterverband, fachärztliche Verbände, AOK, vdek, BKK Dachverband, Patientenorganisationen und Wohlfahrtsverbände stehen alle unter unterschiedlichen Vorzeichen für die Forderung „Struktur vor Spar“.

Das MEDI - HZV - Strukturprinzip erfüllt alle vier Eigenschaften. Es ist differenziert (selektivvertraglich), innovationsorientiert (Outcome-Anreize, digitale Infrastruktur), institutionell verankert (§§ 73b, 140a SGB V) und konsensfähig (in Baden-Württemberg seit 17 Jahren von AOK, Hausärzterverband, MEDI, MEDIVERBUND und BVKJ-Service gemeinsam getragen). In den nachfolgenden Kapiteln 4–14 wird gezeigt, wie genau diese Eigenschaften auf das Bundesniveau übertragbar sind.

3.8 Der vermeintliche Widerspruch: Wirtschaftlichkeit versus Versorgungsqualität

Eine häufige Sorge bei Strukturreformen ist, dass sie entweder die Wirtschaftlichkeit oder die Versorgungsqualität verbessern, aber nicht beides gleichzeitig. Diese Sorge ist empirisch nicht haltbar – aber sie ist politisch so wirkmächtig, dass sie hier explizit adressiert werden muss.

Die HZV-Evaluation Baden-Württemberg zeigt: **Beide Effekte treten gleichzeitig auf.** Niedrigere Gesamtausgaben pro Versichertem bei dokumentiert besseren klinischen Outcomes (Diabetes-Komplikationen, Arzneimitteltherapiesicherheit, Influenzaimpfungen, Pandemie-Resilienz).⁹⁵¹⁰⁴ Die JAMA-Studie zum MSSP zeigt: 1,2–2,4 Prozent geringere Ausgaben bei verbesserten Qualitätsindikatoren (Bluthochdruck-Kontrolle, A1c-Kontrolle, Krebs-Screening, Depression-Follow-up).¹⁰⁷ Die OECD-Daten zu den Niederlanden zeigen: 8,8 Arztkontakte pro Jahr (statt 9,8) bei 30-Tage-Mortalität nach Herzinfarkt von

3,5 (statt 7,9).⁹⁸ Die Belege sind robust und konvergent: Strukturelle Integration verbessert beides – Wirtschaftlichkeit und Qualität – gleichzeitig.

Das ist nicht zufällig. Es ist die direkte Konsequenz der versorgungsökonomischen Logik: Doppeluntersuchungen vermeiden, Komplikationen verhindern, Hospitalisierungen reduzieren, Arzneimittelinteraktionen erkennen, Versorgungspfade durchhalten – all das ist sowohl klinisch besser als auch ökonomisch günstiger. Die Trennung zwischen Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität ist eine Trennung, die im fragmentierten System entsteht und die in einem integrierten System aufgehoben wird. Genau das beschreibt Michael Porter in seinem Konzept des „Value-based Health Care“: Wert ist Outcome pro Kosten, nicht ein Kompromiss zwischen Outcome und Kosten.¹¹¹

3.9 Drei Einwände – und ihre Beantwortung

Drei Einwände gegen die These, dass Strukturreform vor Sparpolitik kommen sollte, werden in der politischen Debatte regelmäßig vorgebracht. Sie sind ernst zu nehmen und verdienen eine differenzierte Antwort.

Einwand 1: „Wir haben keine Zeit für Strukturreform – die Beitragskrise ist akut.“

Die Antwort: Sparpaket und Strukturreform schließen sich nicht aus, müssen aber synchronisiert werden. Das GKV-BStabG kann die Liquiditätskrise 2027 abfedern; aber der Strukturreform-Prozess der FKG-Phase 2 muss parallel und nicht sequentiell laufen. Die Kapitel 8–14 dieses Papiers zeigen, dass das MEDI - HZV - Strukturprinzip auf bestehender vertragsrechtlicher Grundlage (§§ 73b, 140a SGB V) ohne neuen Gesetzgebungsbedarf in jedem Bundesland in den nächsten 24 Monaten skaliert werden kann. Es bedarf keines neuen Gesetzes, sondern einer politischen Entscheidung der Krankenkassen, der Landesärzteschaft und der Landesgesundheitsministerien, die bestehenden Instrumente zu nutzen.

Einwand 2: „Strukturreform ist regional, Sparpolitik ist bundeseinheitlich.“ Die Antwort: Das ist genau die Stärke, nicht die Schwäche. Eine bundeseinheitliche Strukturreform würde an der föderalen Architektur der deutschen Gesundheitsversorgung scheitern. Eine selektivvertragliche Strukturreform respektiert die Föderalismus-Logik und ermöglicht regionale Variabilität bei einheitlichen Outcome-Standards. Genau das ist der Modus, in dem die HZV in 13 von 16 Bundesländern unterschiedlich weit, aber in der Grundlogik kompatibel umgesetzt ist. Der Bund kann diese Logik regulatorisch absichern (z. B. durch klarere Regelungen zu Refinanzierung, Bereinigung, Risikostrukturausgleich), ohne sie zu uniformieren.

Einwand 3: „Strukturreform stößt auf den Widerstand der Interessensverbände.“

Die Antwort: Im Gegenteil. Die Stakeholder-Konvergenz beim aktuellen Sparpaket zeigt, dass die Interessensverbände **gegen reine Sparpolitik** stehen. Marburger Bund, KBV, Hausärzterverband, fachärztliche Verbände, BAG Selbsthilfe, Caritas, ver.di, AOK, vdek, BKK Dachverband – sie alle fordern Strukturreform statt linearer Kürzung. Das politische Fenster für Strukturreform ist 2026 ungewöhnlich weit geöffnet. Es zu schließen, indem man stattdessen ausschließlich spart, wäre politische Verschwendung.

3.10 Zwischenbefund: Die Strukturreform als Bedingung der Möglichkeit

Aus der Analyse dieses Kapitels ergibt sich ein klarer Befund: **Strukturreform ist nicht eine Alternative zur Sparpolitik, sondern ihre Bedingung der Möglichkeit.** Ohne Strukturreform wird jede Sparrunde von der nächsten abgelöst. Mit Strukturreform wird Sparpolitik in einem Maße entbehrlich, das sie als Notinstrument auf Ausnahmesituationen beschränkt.

Diese Erkenntnis ist nicht neu. Sie ist seit den 1990er Jahren in der Versorgungsforschung etabliert. Sie ist seit 2008 in Baden-Württemberg empirisch belegt. Sie ist seit 2012 in den USA durch die ACO-Evidenz robust untermauert. Sie ist seit 2018 vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen explizit empfohlen worden. Was fehlt, ist die politische Übersetzung in den deutschen Reformprozess 2026/2027. Genau diese Übersetzung leistet das vorliegende Papier in seinen weiteren Kapiteln.

Das nachfolgende Kapitel 4 wird zeigen, warum das deutsche System normativ integriert, aber operativ fragmentiert ist – und welche institutionellen Hebel umgelegt werden müssten, um diese Diskrepanz aufzulösen. Die Kapitel 5 und 6 entfalten die Stakeholder-Landkarte und das MEDI - HZV - Strukturprinzip als Betriebssystem. Die Kapitel 7–9 zeigen, wie sich KHAG, Notfallreform, Primärarztsystem und Ambulantisierung in die Strukturlogik einfügen lassen. Die Kapitel 10–12 entfalten die digitale Infrastruktur, EHDS und KI als integrale Bestandteile des Strukturprinzips. Kapitel 13 ordnet das Modell international ein. Kapitel 14 zeigt, warum Baden-Württemberg der Referenzraum und MEDI Baden-Württemberg der struktur- und erfahrungsbedingt naheliegende Kandidat für eine dritte gematik TI-Modellregion ist. Die Kapitel 15 und 16 münden in eine politische Umsetzungsagenda und einen Schlussappell.

4. Das deutsche Kernproblem: normativ integriert, operativ fragmentiert

4.1 Die Diagnose in einem Satz

Das deutsche Gesundheitswesen ist auf der **Regulierungsebene** eines der am dichtesten integrierten Systeme der Welt – und auf der **Versorgungsebene** eines der am stärksten fragmentierten. Diese strukturelle Diskrepanz ist die eigentliche Ursache der wiederkehrenden Reformkrisen, der Beitragsdynamik und der Stakeholder-Konflikte. Solange sie nicht aufgelöst wird, bleibt jede Sparrunde temporär, jede Strukturreform partiell, jede Digitalisierungsinitiative halbherzig.

Dieses Kapitel entfaltet die Diagnose in fünf Dimensionen: in der **rechtlich-normativen** Struktur (4.2), in der **föderalen** Zuständigkeitsverteilung (4.3), in den **Sektorengrenzen** zwischen ambulant und stationär (4.4), in der **Vergütungssystematik** (4.5) und in der **Datenarchitektur** (4.6). Im Anschluss werden die strukturellen Konsequenzen für Patienten, Leistungserbringer, Krankenkassen und das System insgesamt beschrieben (4.7), bevor das Kapitel mit der zentralen institutionenökonomischen Schlussfolgerung schließt (4.8).

4.2 Normative Integration: ein dichtes Regulierungssystem

Auf der normativen Ebene ist das deutsche Gesundheitswesen außergewöhnlich dicht integriert. Das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) regelt einheitlich für alle gesetzlich Versicherten den Leistungskatalog (§ 11 SGB V), die Beitragspflicht, die Versorgungsgrundsätze (§§ 70 ff. SGB V), die Selbstverwaltung (§§ 77 ff. SGB V) und die Qualitätsanforderungen (§§ 135 ff. SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) konkretisiert diese Vorgaben in Richtlinien, die für alle Leistungserbringer und Krankenkassen verbindlich sind (§ 92 SGB V). Der Bewertungsausschuss bestimmt den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM); das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkuliert die diagnosebezogenen Fallpauschalen. Der Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sorgt für eine morbiditätsorientierte Mittelverteilung zwischen den Krankenkassen.¹¹²

Das Resultat: Eine in einer Münchner Praxis abgerechnete EBM-Ziffer hat denselben Inhalt wie in einer Hamburger Praxis; eine in Köln durchgeführte Hüftoperation wird nach derselben DRG-Logik vergütet wie in Dresden; eine ePA-Funktionsspezifikation der gematik gilt für alle Leistungserbringer, alle Krankenkassen und alle Versicherten. Das ist die normative Integration.

Diese Integration ist real und wertvoll. Sie sichert Versorgungsgleichheit und Beitragssolidarität in einem föderalen Staat mit 16 Bundesländern, rund 90 Krankenkassen, 17 Kassenärztlichen Vereinigungen, rund 1.700 Krankenhäusern, rund 100.000 Vertragsarztpraxen, rund 16.600 Apotheken und einer dreistelligen Zahl an Berufsverbänden und Selbstverwaltungsorganen.¹¹³ Sie ist die Grundlage dafür, dass Versicherte unabhängig von Wohnort und Krankenkasse einen vergleichbaren Anspruch auf medizinische Leistungen haben.

Aber die normative Integration ist eine Integration auf der Regulierungsebene, nicht auf der Versorgungsebene. Sie regelt, was zu tun ist – nicht, wie es im konkreten Behandlungsverlauf koordiniert wird. Genau dort beginnt das Problem.

4.3 Föderale Zuständigkeitsverteilung: Versorgungsplanung ohne Versorgungsverantwortung

Die föderale Aufgabenteilung im Grundgesetz hat dazu geführt, dass die operative Verantwortung für die Versorgung **auf mehrere Träger** verteilt ist, ohne dass eine integrierende Ebene existiert.

- Der **Bund** ist für das Sozialversicherungsrecht (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) und damit für SGB V und SGB XI zuständig. Das BMG verantwortet die regulatorische Rahmensetzung; das Robert Koch-Institut, das BfArM, das PEI und die gematik sind ihm nachgeordnet oder verbundene Institutionen.¹¹⁴
- Die **Länder** sind für das Krankenhauswesen (Krankenhausplanung, Investitionsfinanzierung nach KHG), für die Heilberufe (Heilberufekammern), für den öffentlichen Gesundheitsdienst und für Teile des Rettungsdienstes zuständig. Sie sind auch zuständig für die universitäre Medizin und für die Gesundheitsverwaltung auf Landesebene.¹¹⁵
- Die **Kommunen** verantworten Teile der Daseinsvorsorge, insbesondere im Rettungsdienst, im öffentlichen Gesundheitsdienst und in der Pflegeplanung.
- Die **Selbstverwaltung** (Krankenkassen, KVen, KZBVen, Krankenhausgesellschaften, G-BA, MD) ist auf Bundes- und Landesebene parallel organisiert und steuert die operative Versorgung im Rahmen des vom Bund gesetzten Rechtsrahmens.
- Die **Leistungserbringer** sind privatrechtlich organisiert (Praxen, MVZ, Apotheken, Krankenhäuser teilweise privat, teilweise öffentlich, teilweise freigemeinnützig).

Diese Mehrebenenstruktur ist verfassungsrechtlich gewollt und hat ihre Stärken (Subsidiarität, regionale Verankerung, Pluralität). Aber sie hat eine systemische Schwäche: Es gibt **keine Ebene, die für die Versorgung als integriertes Ganzes verantwortlich ist**. Der Bund regelt; die Länder planen; die Selbstverwaltung verhandelt; die Leistungserbringer behandeln. Die Versorgungsverantwortung ist verteilt, aber nicht zugeordnet.

Die aktuelle Reformlage 2026 zeigt diese Schwäche exemplarisch. Das Krankenhausreformmanpassungsgesetz vom 6. März 2026 verschiebt die Auswirkungsanalyse zu den Ländern: Diese sollen „vor Einführung der Vorhaltevergütung eine wirkliche Auswirkungsanalyse vornehmen und damit überprüfen, welche Folgen planerische Entscheidungen über die Krankenhausstrukturen haben“.¹¹⁶ Die Notfallreform vom 22. April 2026 verlangt von den Kassenärztlichen Vereinigungen eine 24/7-Bereitstellung telemedizinischer und aufsuchender Notdienste, ohne dass die KVen über die Personalressourcen dafür verfügen.¹¹⁷¹¹⁸ Das GKV-BStabG vom 29. April 2026 begrenzt alle Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate, ohne dass dies mit der Krankenhaus- oder Notfallreform synchronisiert ist. Das Primärarztsystem wird im Dialogprozess seit

Januar 2026 verhandelt, ohne dass bisher klar ist, in welcher institutionellen Form es bundeseinheitlich umgesetzt werden soll.

Vier Reformvorhaben, vier Zuständigkeitsebenen, keine integrierende Verantwortung. Das ist die föderale Fragmentierung in operativer Form.

4.4 Sektorengrenzen: die ambulant-stationäre Trennung als Strukturproblem

Die ausgeprägteste operative Fragmentierung des deutschen Systems ist die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sie hat historische Wurzeln (Bismarck'sche Sozialversicherung 1883, Reichsversicherungsordnung 1911) und ist im SGB V institutionell zementiert.

Ambulante Versorgung wird über die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erbracht, kollektivvertraglich geregelt zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenverbänden, vergütet über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) auf Basis der Honorarverteilungsmaßstäbe der KVen. Stationäre Versorgung wird über zugelassene Krankenhäuser erbracht, geplant durch die Länder, finanziert dual aus Investitionsmitteln (Länder) und Betriebskosten (Krankenkassen über DRGs). Die beiden Systeme haben getrennte Vergütungslogiken, getrennte Qualitätsanforderungen, getrennte Aufsichtsstrukturen, getrennte Datenwelten und – am wichtigsten – **getrennte Verantwortlichkeiten**.

Patientinnen und Patienten erleben diese Trennung als Versorgungsbrüche. Ein typisches Beispiel: Ein 72-jähriger Patient mit Diabetes mellitus Typ 2, koronarer Herzkrankheit und beginnender Niereninsuffizienz wird wegen einer Pneumonie ins Krankenhaus eingewiesen. Während des stationären Aufenthalts wird seine Diabetes-Medikation umgestellt, ein zusätzlicher Calciumantagonist verordnet und ein Statin neu eingeführt. Bei Entlassung erhält er einen knappen Arztbrief; die ambulante Praxis erfährt von der Medikationsumstellung erst beim nächsten Termin – wenn überhaupt. Die HZV-Evaluation Baden-Württemberg dokumentiert, dass genau in solchen Übergängen ein erheblicher Anteil der vermeidbaren Komplikationen entsteht: Arzneimittelinteraktionen, Therapieabbrüche, Doppelverordnungen, Wiederaufnahmen wegen Nicht-Adhärenz.¹¹⁹

Das KHVVG hat 2024/2025 mit den **sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV)** einen ersten institutionellen Brückenkopf etabliert: Häuser, die wohnortnah eine stationäre Behandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden, definiert durch Landesbehörden, vergütet nach krankenhausindividuellen Tagesentgelten.¹²⁰ Das KHAG vom 6. März 2026 hat die Hybrid-DRGs dahingehend erweitert, dass ab 2027 auch Kinder und Menschen mit Behinderungen wieder berücksichtigt werden können.¹¹⁶ Das sind richtige Schritte. Aber sie bleiben unterhalb der eigentlichen Strukturentscheidung: einer vertraglichen Verbindung zwischen ambulanter und stationärer Verantwortung über definierte Versorgungspfade. Genau diese Verbindung ist im MEDI - HZV - Strukturprinzip seit 2008 in der HZV mit fachärztlichen Modulen nach § 140a SGB V realisiert – mit dokumentiertem Erfolg.¹¹⁹¹²¹

Solange die ambulant-stationäre Sektorengrenze als institutionelle Grundtatsache des deutschen Systems beibehalten wird, bleiben SüV, Hybrid-DRGs, INZ und Ambulantisierung punktuelle Reparaturen. Die Strukturreform muss tiefer ansetzen – an der vertraglichen Verbindung der Verantwortungsebenen.

4.5 Vergütungssystematik: Mengen- und Preisanreize ohne Outcome-Bezug

Die deutsche Vergütungssystematik ist überwiegend **mengen- und preisorientiert**, nicht outcome-orientiert. Das ist im internationalen Vergleich keine Selbstverständlichkeit; in den USA, in England, in Skandinavien und in den Niederlanden gibt es seit Jahren wachsende Outcome- oder Population-Health-Komponenten.¹²²¹²³

In Deutschland dominiert in der ambulanten Versorgung der EBM mit einer überwiegend leistungsmengenbasierten Honorarverteilung: Wer mehr Leistungen erbringt, erhält bis zur Regelleistungsvolumengrenze proportional mehr Honorar. Im stationären Sektor dominiert das DRG-System, das pro Fall vergütet, mit Zuschlägen für besondere Strukturen und ab 2027 mit der Vorhaltevergütung als zusätzlicher Komponente. Outcome-Komponenten existieren in einzelnen Indikationen (DMP-Anreize, Qualitätsverträge nach § 110a SGB V, einzelne Selektivverträge), sind aber weder dominant noch systembildend.

Die Folge dieser Vergütungslogik: Wer mehr untersucht, mehr verordnet, mehr operiert, mehr abrechnet, ist betriebswirtschaftlich erfolgreich. Wer Komplikationen vermeidet, Doppeluntersuchungen vermeidet, Hospitalisierungen verhindert, ist betriebswirtschaftlich – im aktuellen System – nicht systematisch belohnt. Das ist nicht das Versagen der Leistungserbringer; es ist die strukturelle Konsequenz der Vergütungslogik.

Die HZV in Baden-Württemberg unterläuft diese Logik systematisch. Sie vergütet Hausärzte mit einer kontaktbasierten Strukturpauschale, die Kontinuität, Koordination und Lotsenfunktion belohnt – nicht Mengen. Sie integriert Fachärzte in Versorgungspfade, die ihre Leistungen koordinieren, statt sie additiv zu erbringen. Sie verknüpft Honorarbestandteile mit Qualitätsindikatoren (Impfquoten, DMP-Teilnahme, AMTS, VERAH-Einsatz). Das Resultat ist nicht zufällig, sondern strukturlogisch: weniger unkoordinierte Inanspruchnahme, weniger Komplikationen, niedrigere Gesamtausgaben pro Versichertem.¹¹⁹¹²¹

Das MSSP der USA arbeitet seit 2012 mit einem ähnlichen Prinzip: ACOs erhalten Anteile an den Einsparungen gegenüber einem benchmarkbasierten Erwartungswert, gekoppelt an Qualitätsindikatoren. Die Bleser-Studie 2025 dokumentiert, dass dies funktioniert – aber dass die Effekte bei *physician-led* und *small ACOs* am stärksten sind, also bei jenen Strukturen, die dem deutschen MEDI-Modell strukturell am ähnlichsten sind.¹²²

Die Konsequenz: Eine Strukturreform, die die Vergütungssystematik nicht adressiert, wird die Verhaltensanreize nicht ändern. Das GKV-BStabG mit seiner Grundlohnrateobergrenze ändert die **Höhe** der Vergütung, nicht ihre **Struktur**. Genau darin liegt seine strukturpolitische Schwäche.

4.6 Datenarchitektur: Viele Datensilos statt eines Versorgungsdatenraums

Die wahrscheinlich folgenreichste operative Fragmentierung des deutschen Systems liegt in der **Datenarchitektur**. Sie ist es, die Versorgungskontinuität verhindert, Forschung erschwert, Effizienzgewinne unmöglich macht und die Umsetzung der EHDS-Vorgaben zu einer Herausforderung statt zu einer Chance werden lässt.

Im deutschen System existieren – grob klassifiziert – mindestens fünf Datenwelten parallel, ohne dass sie technisch oder organisatorisch zu einem Versorgungsdatenraum zusammengeführt sind:

(1) Praxis-Datenwelten (Primärsysteme). In den rund 100.000 Vertragsarzt- und Psychotherapie-Praxen sind über 100 verschiedene Praxisverwaltungssysteme im Einsatz, mit unterschiedlichen Datenmodellen, Schnittstellen und Versionsständen. Selbst die ePA-Pilotierung 2025 dokumentiert eine Heterogenität von 43 Primärsystemen bei 194 LEI in den Modellregionen Hamburg & Umland sowie Franken.¹²⁴

(2) Krankenhaus-Datenwelten (KIS). Die 1.700 Krankenhäuser nutzen Krankenhausinformationssysteme verschiedener Anbieter mit eigenen Datenmodellen. Die FHIR-/HL7-Migration ist im Gange, aber heterogen umgesetzt.

(3) Apotheken-Datenwelten (Warenwirtschaftssysteme). Die rund 16.600 Apotheken arbeiten mit eigenen Systemen; die Anbindung an E-Rezept und KIM ist erfolgt, aber die Integration in einen Versorgungsdatenraum ist begrenzt.

(4) Krankenkassen-Datenwelten. Jede der aktuell rund 93 Krankenkassen hat eigene Routinedatenwelten, die für Abrechnung, RSA-Meldung und – in Ansätzen – Forschung genutzt werden. Sie sind nicht miteinander interoperabel und nur fragmentarisch mit den Primärsystemen verknüpft.

(5) ÖGD- und Register-Datenwelten. Die Gesundheitsämter, das RKI, die Krebsregister, das Forschungsdatenzentrum Gesundheit beim BfArM, die DMP-Datenbanken, die Qualitätssicherungsregister – sie alle leben in eigenen Datenwelten mit eigenen Erschließungsmechanismen.

Hinzu kommen die Datensilos der Pflege, der Heil- und Hilfsmittelversorger, der Rettungsdienste und der MD-Begutachtung. In Summe entsteht ein **Versorgungsdatenraum, der keiner ist** – sondern eine Vielzahl von Dateninseln mit fragmentierten Schnittstellen.

Die Telematikinfrastruktur (TI) der gematik adressiert diese Fragmentierung seit 2018 systematisch. Die ePA für alle (seit 29.04.2025), das E-Rezept (Regelbetrieb seit 01.01.2024), die eAU, der TI-Messenger, KIM, die Digital Identity (GesundheitsID), das TI-Gateway (Migration ab 2025/2026) und die Anbindung an MyHealth@EU (EHDS) bilden zusammen das Rückgrat eines möglichen Versorgungsdatenraums.¹²⁵¹²⁶ Aber der Übergang von der **technischen** Existenz dieser Infrastruktur zur **operativen** Nutzung in der Versorgung ist stockend: Die ePA-Nutzung lag ein Jahr nach Start nach vzbv-Erhebung bei nur rund 3,6 Prozent; der eMP wurde von Juli 2025 auf Oktober 2026 verschoben; 43 Prozent der Krankenhäuser gehen davon aus, dass eine flächendeckende ePA-Nutzung erst ab dem dritten Quartal 2026 möglich sein wird.¹²⁷¹²⁸

Die EHDS-Verordnung 2025/327 verschärft den Handlungsdruck: Sie verlangt bis spätestens 26.03.2027 die Etablierung nationaler Health Data Access Bodies, die Anbindung an MyHealth@EU für Primärnutzung (ab 26.03.2029 für Patientenkurzakte und elektronische Verschreibungen, ab 26.03.2031 für medizinische Bildgebung, Laborergebnisse und Entlassungsberichte) und die EHR-Systemzertifizierung.¹²⁹¹³⁰ Deutschland muss seine fragmentierte Datenarchitektur in dieser Frist in eine integrationsfähige Form überführen. Das gelingt nicht durch normative Vorgaben allein, sondern durch operative Erprobung in ausgewählten Versorgungsräumen.

Genau hier liegt die strategische Bedeutung der TI-Modellregionen-Strategie der gematik – und genau hier liegt der strukturpolitische Mehrwert einer Erweiterung der bestehenden Modellregionen Hamburg & Umland sowie Franken um eine dritte Modellregion mit etablierter integrierter Versorgungsarchitektur (siehe Kapitel 10 und 14).

4.7 Strukturelle Konsequenzen für die vier zentralen Akteursgruppen

Die normativ-operative Diskrepanz hat für jede der vier zentralen Akteursgruppen unterschiedliche, aber zusammenhängende Konsequenzen.

Für Patientinnen und Patienten: Sie erleben das System als hochkapazitiv (man bekommt fast immer einen Termin, oft mehrere) und gleichzeitig als unterkoordiniert (niemand fühlt sich für den Gesamtfall verantwortlich; Befunde gehen verloren; Medikamente werden mehrfach verordnet; Übergänge sind unsicher). Das vzbv-Erhebung zur ePA-Akzeptanz und die OECD-Patientenzufriedenheitsdaten zeigen ein konsistentes Muster: Hohe Zufriedenheit mit der Verfügbarkeit, niedrige Zufriedenheit mit der Koordination.¹²⁷¹³¹

Für Leistungserbringer: Sie erleben einen ständigen Zwang zur Aufrechterhaltung des Mengenvolumens bei stagnierender oder real sinkender Vergütung. Die Bürokratielast für Dokumentation, Abrechnung, Qualitätssicherung, Datenschutz und TI-Anbindung wächst, ohne dass sie zu einer geringeren Bürokratielast in anderen Bereichen führt. Das KBV-Praxispanel und die Bundesärztekammer-Erhebungen zur Wochenarbeitszeit dokumentieren konsistent steigende administrative Belastungen.¹³²

Für Krankenkassen: Sie sehen sich einem doppelten Druck ausgesetzt – politisch durch die Beitragsstabilisierungsforderung, operativ durch die Verschiebungseffekte zwischen Sektoren und durch den RSA-Wettbewerb um Versicherte. Sie verfügen über die Routinedaten, die für Outcome-Steuerung und Versorgungsforschung notwendig wären, aber die rechtlichen und technischen Voraussetzungen für eine systematische Sekundärnutzung sind erst mit dem GDNG (März 2024) und dem EHDS (März 2025) im Aufbau.¹³³

Für das System insgesamt: Es entstehen **strukturelle Unschärfen**, die sich in den OECD-Indikatoren niederschlagen: 9,8 Arztkontakte pro Jahr (44 Prozent über OECD-Schnitt) bei einer Krankenhausentlassungsrate von 40 Prozent über EU-Schnitt; 12,3 Prozent BIP-Anteil für Gesundheit bei einer 30-Tage-Mortalität nach Herzinfarkt von 7,9 (gegenüber 3,5 in den Niederlanden, 3,2 in Dänemark); rund 5.000 unbesetzte Hausarztsitze

trotz 4,7 praktizierender Ärzte pro 1.000 Einwohner.¹³⁴¹³⁵ Diese Indikatoren beschreiben nicht ein Personal- oder Geldproblem; sie beschreiben ein **Architekturproblem**.

4.8 Die institutionenökonomische Schlussfolgerung

Aus der Analyse dieses Kapitels ergibt sich eine klare institutionenökonomische Schlussfolgerung: Das deutsche System leidet an einer **Governance-Lücke** zwischen normativer Regulierung und operativer Versorgung. Diese Lücke ist nicht durch noch dichtere Regulierung zu schließen – sondern durch eine **mittlere Governance-Ebene**, die operative Verantwortung trägt.

Die internationale Literatur kennt diese mittlere Ebene unter verschiedenen Namen: *Accountable Care Organizations* (USA), *Primary Care Networks* (England), *Integrated Care Systems* (NHS), *Zorggroepen* (Niederlande), *ASLs* (Italien). Sie unterscheiden sich in Detail und Reife, aber sie haben eine Gemeinsamkeit: Sie sind **vertragsbasierte Hybridstrukturen**, die zwischen die Selbstverwaltung und die Einzelpraxis bzw. das Einzelkrankenhaus eine integrierende Verantwortungsebene legen. Sie sind nicht kollektivvertraglich, sondern selektivvertraglich. Sie sind nicht nur Verhandlungsorgane, sondern Versorgungsverantwortliche. Sie haben Outcome-Verantwortung, nicht nur Honorarverhandlungsmacht.

Genau diese Struktur ist im deutschen SGB V seit 2007/2008 mit den §§ 73b und 140a SGB V vorgesehen – aber sie ist nicht zur Regelversorgung geworden. Sie ist als „besondere Versorgung“ am Rand des Systems gehalten worden. Das MEDI - HZV - Strukturprinzip, in Baden-Württemberg seit 2008 mit über zwei Millionen freiwillig eingeschriebenen Versicherten und rund 5.900 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten realisiert, zeigt, dass diese Struktur funktionieren kann – und dass sie die normative Integration des Systems nicht ersetzt, sondern erst zur operativen Wirkung bringt.¹¹⁹¹²¹

Die Strukturentscheidung 2026/2027 ist deshalb keine Wahl zwischen kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung. Sie ist eine Wahl zwischen einer rein normativen und einer **normativ-operativ kombinierten** Architektur. Die kollektivvertragliche Versorgung bleibt das Rückgrat der Regelversorgung; die selektivvertragliche Versorgung wird zur regelhaft anerkannten **integrierenden Ebene** für jene Versorgungsräume und -bedarfe, in denen die normativ-integrierte Struktur des Systems die operative Fragmentierung am stärksten produziert: chronische Erkrankungen, multimorbide Patienten, sektorenübergreifende Versorgungspfade, Notfallversorgung mit Primärsteuerung, Pflegeübergänge, fachärztliche Pfade.

Genau diese Strukturentscheidung wird in den nachfolgenden Kapiteln entfaltet: Kapitel 5 zeigt die Stakeholder-Landkarte und ihre Konfliktlinien; Kapitel 6 entwickelt das MEDI - HZV - Strukturprinzip als Betriebssystem; die Kapitel 7–9 zeigen, wie sich Krankenhausreform, Notfallreform, Primärarztsystem und Ambulantisierung in dieses Betriebssystem einfügen lassen; die Kapitel 10–12 entfalten die digitale, EHDS- und KI-Architektur; Kapi-

tel 13 ordnet das Modell international ein; Kapitel 14 zeigt am Beispiel Baden-Württemberg, wie die Strukturentscheidung in einer konkreten Region umgesetzt wird, einschließlich der Anschlussfähigkeit an die TI-Modellregionen-Strategie der gematik.

4.9 Zwischenbefund

Die Diagnose dieses Kapitels lässt sich in drei Sätzen zusammenfassen:

Erstens: Das deutsche Gesundheitswesen ist normativ integriert, aber operativ fragmentiert. Diese Diskrepanz ist die Ursache, nicht die Folge der wiederkehrenden Reformkrisen.

Zweitens: Die fünf Fragmentierungsdimensionen – föderale Zuständigkeit, Sektorengrenzen, Vergütungssystematik, Datenarchitektur, Stakeholder-Konstellation – sind miteinander verbunden und können nur gemeinsam adressiert werden.

Drittens: Die institutionelle Antwort auf diese Diskrepanz ist eine vertragsbasierte mittlere Governance-Ebene, die im SGB V mit den §§ 73b und 140a bereits angelegt ist – aber zur regelhaften Anerkennung und Skalierung kommen muss.

Diese drei Sätze bilden das Fundament für die folgenden Kapitel. Die nächste analytische Aufgabe ist, die Stakeholder-Landkarte zu kartieren, auf deren Basis die Strukturentscheidung 2026/2027 politisch realisierbar wird.

5. Die Stakeholder-Landkarte des Reformprozesses 2026/2027

5.1 Warum eine systematische Stakeholder-Landkarte notwendig ist

Strukturreform unterscheidet sich von Sparpolitik darin, dass sie auf der Versorgungsebene operationalisiert werden muss – und damit auf den Konsens jener Akteure angewiesen ist, die diese Versorgungsebene bilden. Sparmaßnahmen können auch gegen den Widerstand der Stakeholder durchgesetzt werden; sie wirken durch ihre regulatorische Kraft. Strukturreformen scheitern dagegen, wenn die Stakeholder nicht mitgehen – nicht weil sie blockieren, sondern weil ihre operative Mitwirkung den Reformerfolg trägt.

Aus diesem Grund ist eine systematische Stakeholder-Kartierung kein politischer Schmuck, sondern ein **strategisches Erfordernis**. Sie zeigt, wer welche Interessen hat, welche Konfliktlinien zwischen den Akteuren bestehen und – am wichtigsten – welche **Schnittmengen** existieren, auf denen eine Reformallianz aufgebaut werden kann. Das vorliegende Kapitel liefert diese Kartierung in drei Schritten: erstens die Identifikation der relevanten Stakeholder-Gruppen (5.2–5.7); zweitens die Analyse ihrer Konfliktlinien (5.8); drittens die Identifikation der Schnittmengen, die eine Strukturentscheidung 2026/27 tragen können (5.9). Das Kapitel schließt mit einer strategischen Empfehlung zur Stakeholder-Architektur des Reformprozesses (5.10).

Die Kartierung berücksichtigt einen empirisch wichtigen Befund: Die Sparpolitik 2026 hat eine Stakeholder-Konvergenz erzeugt, wie sie in der deutschen Gesundheitspolitik selten ist. Akteure, die sich sonst regelhaft gegenüberstehen – Ärzteschaft, Krankenkassen, Patientenorganisationen, Wohlfahrtsverbände, Privatversicherer – stehen beim GKV-BStabG in vielen Punkten auf derselben Seite. Diese Konvergenz ist eine **politische Ressource**, die für die Strukturreform 2026/2027 genutzt werden sollte.

5.2 Bundespolitik und Bundesverwaltung

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Unter Bundesministerin Nina Warken (CDU, im Amt seit Mai 2025) verfolgt das BMG eine Doppelstrategie: kurzfristig Beitragsstabilisierung durch das GKV-BStabG, mittelfristig Strukturreform über die FinanzKommission Gesundheit (FKG) bis Ende 2026. Das BMG hat die FKG eingesetzt, den Dialogprozess zum Primärarztsystem gestartet, das KHAG durchgeführt und die Notfallreform vorgelegt.¹³⁶ Das **Interesse** des BMG ist primär finanzpolitisch motiviert (Beitragssatzdämpfung, Vermeidung politischer Konflikte um Beitragserhöhungen) und sekundär strukturpolitisch (Reformfähigkeit der GKV nachweisen). Die **Konfliktlinie** zur Selbstverwaltung ist regelhaft, aber nicht prinzipiell antagonistisch. Die **Schnittmenge** zum MEDI - HZV - Strukturprinzip liegt darin, dass das BMG selbst die Strukturreform-Phase 2 der FKG bis Ende 2026 angekündigt hat – damit ist die Tür für strukturpolitische Empfehlungen offen.

FinanzKommission Gesundheit. Unter Mitwirkung von Prof. Friedrich Breyer (Universität Konstanz) und Prof. Jürgen Wasem (Universität Duisburg-Essen) hat die FKG am 30.

März 2026 ihre erste Empfehlungslage vorgelegt; die zweite Phase mit Strukturreformvorschlägen läuft bis Ende 2026.¹³⁷ Die FKG ist das zentrale Vehikel für die Strukturreform-Argumentation; sie steht für eine wissenschaftlich-fundierte Reformsicht und ist konzeptionell offen für selektivvertragliche Lösungen.

Bundeskanzleramt und Koalitionsfraktionen. Bundeskanzler Friedrich Merz (CDU) hat das GKV-BStabG am 29. April 2026 gemeinsam mit Ministerin Warken vorgestellt und die Stoßrichtung getragen.¹³⁸ Die Koalition aus CDU/CSU und SPD hat im Koalitionsvertrag 2025 strukturpolitische Reformansätze verankert, aber unter dem Druck der Beitragsentwicklung priorisiert sie Sparpolitik. Die **Schnittmenge** zum Strukturprinzip ist abhängig von der parlamentarischen Beratung des GKV-BStabG-Folgegesetzes und der zweiten FKG-Phase.

Bundesländer und Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Die 16 Länder sind über die GMK koordiniert; sie haben im Vermittlungsausschuss-Verfahren zum „kleinen Sparpaket“ Herbst 2025 bereits Widerstand gegen die Streichung der Meistbegünstigungsklausel geleistet und prüfen, im Bundesrat erneut vorzugehen.¹³⁹ Die Länder haben im KHAG erweiterte Spielräume bei der Krankenhausplanung erhalten, müssen aber die Auswirkungenanalyse der Vorhaltevergütung vornehmen. Ihre **Schnittmenge** zum Strukturprinzip liegt in der Verantwortung für Krankenhausplanung, Sektorenübergänge, Rettungsdienst und Heilberufe – Bereiche, in denen integrierte Versorgungsstrukturen unmittelbar wirken.

Bundesoberbehörden im Gesundheitsbereich. Robert Koch-Institut, BfArM (mit Forschungsdatenzentrum Gesundheit), PEI, BZgA und die nachgeordneten Institute sind sektorale Akteure mit eigenen Zuständigkeiten. Besonders relevant ist das **Forschungsdatenzentrum Gesundheit beim BfArM** als Drehscheibe der GDNG- und EHDS-Sekundärnutzung sowie die **gematik GmbH** (Gesellschafter: BMG mit 51 Prozent, GKV-Spitzenverband, KBV, KZBV, BÄK, BPtK, DKG, ABDA, PKV-Verband) als Trägerin der TI und der TI-Modellregionen.¹⁴⁰¹⁴¹

5.3 Selbstverwaltung der Leistungserbringer

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen). Die KBV unter Vorstand Dr. Andreas Gassen vertritt die rund 200.000 niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Sie hat das GKV-BStabG scharf kritisiert („Da passt nichts zusammen“), beteiligt sich konstruktiv am Dialogprozess Primärarztsystem und ist Mitgesellschafterin der gematik.¹⁴²¹⁴³ Ihre **Konfliktlinie** zur Krankenhausgesellschaft betrifft Ambulantisierung und Sektorenfinanzierung; ihre **Konfliktlinie** zu den Krankenkassen betrifft Honorarverhandlungen und EBM-Bewertung. Die **Schnittmenge** zum Strukturprinzip ist hoch: Die KBV unterstützt strukturierte Patientensteuerung, integrierte Versorgung und das Primärarztsystem grundsätzlich, sofern es nicht als Zwangsregelung konstruiert ist.

Bundesärztekammer (BÄK) und Landesärztekammern. Unter Präsident Dr. Klaus Reinhardt vertritt die BÄK die ärztliche Berufsausübung als solche, einschließlich Berufsrecht, Weiterbildung und Qualitätssicherung. Ihre Position zum Sparpaket ist kritisch; ihre Schnittmenge zum Strukturprinzip liegt in der ärztlichen Selbstbestimmung in integrierten Versorgungsstrukturen.

Marburger Bund (MB). Der Marburger Bund unter Vorsitz von Dr. Susanne Johna vertritt die rund 130.000 angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte. Seine Stellungnahme zum GKV-BStabG vom 14. April 2026 ist die schärfste Strukturkritik im Stakeholder-Spektrum: „Was hier geschieht, ist ein systematischer Kurswechsel, bei dem Versorgung nicht länger vom Bedarf her gedacht wird, sondern ausschließlich von der verfügbaren Finanzmasse.“¹⁴⁴ Der MB ist deshalb ein **strategisch wichtiger Partner** für die Strukturreform-Argumentation – seine Forderung nach „struktureller Reform statt Deckelung“ ist mit dem MEDI - HZV - Strukturprinzip kompatibel.

Hausärztinnen- und Hausärzteverband (HÄV). Der HÄV unter Vorsitz von Dr. Markus Beier ist Mitvertragspartner der HZV-Verträge in mehreren Bundesländern, hat 2025 mit einer Petition zur Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung knapp 500.000 Unterzeichner gewonnen und ist im Dialogprozess Primärarztsystem zentraler Akteur.¹⁴⁵ Seine **Schnittmenge** zum MEDI - HZV - Strukturprinzip ist hoch: Die HZV-Architektur ist sein Kernanliegen.

Fachärztliche Berufsverbände. Die fachärztlichen Berufsverbände – etwa der Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK), der Berufsverband Deutscher Internisten und Allgemeinmediziner (BDIA), die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), die DGHO, die DGN, der Berufsverband Deutscher Pathologen, die DEGAM, die DGAI und ähnliche – sind in der HZV-Architektur Baden-Württembergs als Vertragspartner der MEDI-Verbundstrukturen über das FacharztProgramm integriert. Aktuell sind 13 fachärztliche Disziplinen im FacharztProgramm der AOK Baden-Württemberg vertraglich integriert.¹⁴⁶ Die **Schnittmenge** zum Strukturprinzip ist in den Fachgebieten unterschiedlich, aber konzeptionell durchgehend: Selektivverträge bieten den Fachärzteverbänden eine Plattform, die jenseits der EBM-Logik liegt und Outcome-Indikatoren in die Honorarsystematik integriert.

Bundesverband Medizinische Versorgungszentren (BMVZ) und MVZ-Strukturen. Die wachsende MVZ-Landschaft (mehr als 5.000 MVZ in Deutschland) ist ein Akteur mit eigenen Interessen und teilweise mit hoher Skepsis gegenüber Investorenstrukturen verbunden. MVZ können in integrierten Versorgungsstrukturen eine wichtige Rolle spielen, sind aber auch ein potenzieller Konfliktpunkt zwischen ärztlicher Selbstbestimmung und Kapitalinteresse.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Landeskrankenhausgesellschaften. Die DKG vertritt die rund 1.700 Krankenhäuser. Sie hat das KHAG begrüßt (Vorhaltevergütung verschoben, Transformationsfonds aus Sondervermögen), das GKV-BStabG aber kritisiert (Pflegebudget-Begrenzung, Meistbegünstigungsstreichung, Grundlohnraten-

obergrenze).¹⁴⁷ Ihre **Konfliktlinie** zur ambulanten Versorgung betrifft die Ambulantisierung und die sektorenübergreifenden Strukturen; ihre **Schnittmenge** zum Strukturprinzip liegt in der Notwendigkeit, ambulante Anschlussstrukturen für Klinikentlassungen, Notfallzentren und SüV verlässlich verfügbar zu haben.

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). Die BPtK vertritt die rund 60.000 approbierten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sie ist Mitgesellschafterin der gematik und hat eigene Strukturinteressen in der Versorgungskoordination und der Anbindung an die TI.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Unter Vorsitz von Prof. Josef Hecken ist der G-BA das zentrale Beschlussorgan der Selbstverwaltung. Er hat das Sparpaket öffentlich als „gravierende Gerechtigkeitslücke“ kritisiert.¹⁴⁸ Seine **Schnittmenge** zum Strukturprinzip liegt in seiner Richtlinienkompetenz für Qualitätssicherung, DMP, ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) und die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

5.4 Krankenkassen und ihre Verbände

GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband unter Vorstandsvorsitzender Dr. Doris Pfeiffer ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Krankenkassen. Er hat vor einer Verwässerung des Sparpakets im parlamentarischen Verfahren gewarnt, fordert aber zugleich strukturelle Reformen.¹⁴⁹

AOK-Bundesverband und AOK-Gemeinschaft. Unter Vorstandsvorsitzender Dr. Carola Reimann ist die AOK-Gemeinschaft mit elf Landes-AOKen und rund 27 Millionen Versicherten der größte Krankenkassenverbund. Die AOK Baden-Württemberg unter Vorstandsvorsitzendem Johannes Bauernfeind ist seit 2008 Trägerin der HZV-Verträge mit MEDIVERBUND, HÄV BW und BVKJ-Service – damit ist sie strategisch ein **Schlüsselpartner** der Strukturreform und ein dokumentiertes Beispiel dafür, dass Selektivverträge ökonomisch und versorgungspolitisch funktionieren.¹⁵⁰¹⁴⁶

Verband der Ersatzkassen (vdek). Die vdek unter Vorstandsvorsitzender Ulrike Elsner vertritt die Ersatzkassen (TK, Barmer, DAK, KKH, hkk, HEK) mit rund 28 Millionen Versicherten. Die vdek hat die Stoßrichtung des Sparpakets im Grundsatz unterstützt, aber zwei zentrale Kritikpunkte formuliert: erstens die fehlende Refinanzierung der Bürgergeld-Beiträge durch den Bund, zweitens das Fehlen substanzieller Strukturreformen.¹⁵¹

BKK Dachverband. Der BKK Dachverband unter Vorstandsvorsitzender Anne-Kathrin Klemm vertritt die rund 70 Betriebskrankenkassen. Er hat die Notfallreform begrüßt, fordert aber bundesweit einheitliche G-BA-Richtlinien für Leitstellen und INZ und ist offen für integrierte Versorgungsstrukturen.¹⁵²

IKK e. V. Der IKK e. V. vertritt die Innungskrankenkassen mit rund 5 Millionen Versicherten. Er hat im Frühjahr 2026 betont, dass „weiteres Sparen am Ende einer Sparlinie kaum noch produktiv ist“.

Knappschaft. Die Knappschaft (rund 1,7 Millionen Versicherte) ist die kleinste der gesetzlichen Krankenversicherungen mit eigener Versorgungsstruktur einschließlich knappschaftlicher Krankenhäuser; sie ist ein Spezialfall des deutschen Systems, aber strukturpolitisch kein zentraler Akteur.

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG). Sie ist eine berufsständische Sozialversicherung mit eigenem Profil und in der HZV einzelner Bundesländer aktiv.

Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV). Die PKV unter Direktor Florian Reuther vertritt rund 8,7 Millionen Vollversicherte. Sie hat zum KHAG eine kritische Stellungnahme abgegeben („bestehende finanzielle Fehlanreize aus dem KHVVG werden nicht korrigiert“) und ist Mitgesellschafterin der gematik.¹⁵³

5.5 Patientinnen, Patienten, Selbsthilfe und Wohlfahrtsverbände

Patientenvertretung im G-BA und maßgebliche Patientenorganisationen. Die Patientenvertretung im G-BA wird von der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG Selbsthilfe), dem Deutschen Behindertenrat, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG) und dem Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) gestellt.

BAG Selbsthilfe. Die BAG Selbsthilfe unter Geschäftsführerin Dr. Martina Stamm-Fibich vertritt rund 117 bundesweite Selbsthilfeverbände behinderter und chronisch kranker Menschen sowie ihrer Angehörigen. Ihre Stellungnahme zum Sparpaket ist scharf kritisch: „weder ausgewogen noch zukunftsfähig“, „überproportionale Belastung chronisch Kranker“.¹⁴⁸ Ihre **Schnittmenge** zum Strukturprinzip ist hoch, weil chronisch Kranke und multimorbide Patienten zu den Hauptnutznießern integrierter Versorgung gehören.

vzbv (Verbraucherzentrale Bundesverband). Der vzbv hat zentral die ePA-Akzeptanz dokumentiert (3,6 Prozent aktive Nutzung ein Jahr nach Start) und übt regelmäßige Kritik an Versorgungslücken, Bürokratielast für Patienten und unzureichendem Datenschutz.¹⁵⁴ Seine **Schnittmenge** zum Strukturprinzip liegt in der Forderung nach klar verständlichen, koordinierten Versorgungspfaden für die Versicherten.

Deutscher Pflegerat / Pflegekammern / Pflegeselbstverwaltung. Die Pflege ist organisationspolitisch fragmentiert: Pflegekammern existieren nur in einigen Bundesländern; der Deutsche Pflegerat fungiert als Bundesvereinigung; Verbände wie ADS, BeKD, DBfK organisieren Teilbereiche. Ihre **Schnittmenge** zum Strukturprinzip ist hoch, weil integrierte Versorgung nicht ohne Pflegeintegration funktioniert.

Wohlfahrtsverbände. Die sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege (Caritas, Diakonie, AWO, DRK, Paritätischer, ZWST) sind als Träger von Pflegeeinrichtungen, ambulanten Diensten, Krankenhäusern und Sozialberatungsstrukturen unmittelbar betroffen. Ihre Stellungnahmen zum Sparpaket waren überwiegend kritisch.¹⁴⁸

Gewerkschaften. Ver.di unter Vorsitzendem Frank Werneke vertritt einen großen Teil der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Die Stellungnahme zum Sparpaket war scharf kritisch.¹⁴⁸

Kirchen und sozialpolitische Akteure. Die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) und die Deutsche Bischofskonferenz (DBK) haben über ihre Sozialethikkommissionen wiederholt strukturpolitische Stellungnahmen abgegeben.

5.6 Heilberufe und Versorgungsdienste außerhalb der Ärzteschaft

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Die ABDA unter Präsident Thomas Preis vertritt die rund 16.600 Apotheken. Sie ist Mitgesellschafterin der gematik, Vertragspartnerin der HZV-Apothekenmodule (in Baden-Württemberg seit 2010 mit der ARZ Haan AG-Apothekerstruktur) und Akteurin der digitalen Versorgung (E-Rezept, eMP). Ihre **Schnittmenge** zum Strukturprinzip liegt in der pharmazeutischen Versorgungskoordination und der AMTS-Verantwortung.

Berufsverbände der Heilmittelerbringer. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und ihre jeweiligen Berufsverbände (z. B. Deutscher Verband für Physiotherapie, Deutscher Verband Ergotherapie, dbl) sind durch das Sparpaket unmittelbar betroffen (Grundlohnratensobergrenze) und sind in integrierten Versorgungsstrukturen wichtige Pfadbestandteile.

Hilfsmittelversorger und Sanitätshäuser. Die Hilfsmittelversorger sind durch die Grundlohnratensobergrenze ebenfalls unmittelbar betroffen und in strukturellen Versorgungspfaden (z. B. Diabetologie, Wundversorgung, Mobilitätsversorgung) zentrale Akteure.

Hebammen. Die Hebammenverbände (DHV, BfHD) sind in der peripartalen Versorgung zentrale Akteure und Vertragspartner in einzelnen integrierten Versorgungsmodellen.

Rettungsdienste. Die Rettungsdienste sind landesrechtlich geregelt und föderal organisiert; in der Notfallreform 2026 erhalten sie eine zentrale Rolle im Gesundheitsleitsystem (112 + 116117).

5.7 Wissenschaft, Versorgungsforschung und Industrie

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit). Der SVR unter Vorsitz von Prof. Ferdinand Gerlach (bis 2024) und der aktuellen Vorsitzenden hat seit 2018 wiederholt Strukturreformen empfohlen, einschließlich Integrierter Notfallzentren, Primärarztsystem und sektorenübergreifender Vergütung.¹⁵⁵

Universitäre Versorgungsforschung. Das Universitätsklinikum Heidelberg (Prof. Joachim Szecsenyi, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung), die Goethe-Universität Frankfurt (Prof. Ferdinand Gerlach, Institut für Allgemeinmedizin) und weitere universitäre Lehrstühle sind die wissenschaftlichen Akteure, die die HZV-Evaluation seit 2011 tragen. Sie sind die **methodische Basis** der MEDI-Evidenzlage.¹⁴⁶¹⁵⁶

aQua-Institut, IGES Institut, IQTIG, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Diese Versorgungsforschungs-Institutionen liefern Routinedaten-Analysen, Qualitätssicherung und versorgungsbezogene Evidenz. Das IGES Institut hat die wissenschaftliche Evaluation der ePA-Pilotierung in den TI-Modellregionen 2025 durchgeführt.¹⁵⁷

Pharmazeutische Industrie und Medizintechnik. Vfa, BPI, Pro Generika, BVMed und die jeweiligen Branchenverbände vertreten die Industrieinteressen. Sie sind durch das Sparpaket unterschiedlich betroffen (Arzneimittelpreismoratorium, Hilfsmittelpreisgrenzen).

Digital-Health-Industrie. Anbieter von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), Telemedizin-Plattformen, KI-basierten Diagnostiksystemen, Praxisverwaltungssystemen, KIS-Anbietern und TI-Komponenten-Herstellern sind operative Partner der digitalen Strukturreform. Verbände wie Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg), bvmd, bvitg sowie spezialisierte Anbieter wie adesso SE (Technologiepartner der MEDI-Markterkundung) sind hier zentral.

5.8 Konfliktlinien

Aus der Stakeholder-Landkarte ergeben sich sieben Hauptkonfliktlinien, die in der Strukturreform-Architektur 2026/27 berücksichtigt werden müssen.

Konfliktlinie 1: Bund versus Länder. Bund regelt, Länder planen, beide finanzieren. Die Krankenhausreform und das Sparpaket haben diese Konfliktlinie 2025/2026 mehrfach aktiviert. Strukturreform muss föderale Spielräume respektieren, statt sie zu unterlaufen.

Konfliktlinie 2: Ambulant versus stationär. Die DKG und KBV vertreten unterschiedliche Verteilungs- und Finanzierungsinteressen. Sektorenübergreifende Strukturreform muss diese Konfliktlinie nicht durch Hierarchisierung lösen, sondern durch verbindliche Schnittstellenarchitektur.

Konfliktlinie 3: Hausärzte versus Fachärzte. Diese Konfliktlinie ist innerhalb der Ärzteschaft real (Honorarverteilung, Gatekeeping-Frage), aber auch innerhalb des HZV-Modells gelöst durch das FacharztProgramm in Baden-Württemberg. Das Lösungsmodell ist exportierbar.

Konfliktlinie 4: Krankenkassen-Wettbewerb. Die GKV-Krankenkassen stehen miteinander im Wettbewerb (Beitragssatzhöhe, Versichertengewinnung, RSA-Optimierung). Selektivverträge sind ein Wettbewerbsfeld; einige Kassen (wie AOK BW) sind hier weit, andere zurückhaltend. Strukturreform muss Wettbewerb erlauben, ohne ihn als Hindernis für Versorgungsintegration zu produzieren.

Konfliktlinie 5: Selbstverwaltung versus Politik. Die Selbstverwaltung beansprucht Gestaltungsautonomie; die Politik beansprucht parlamentarische Letztverantwortung. Das Sparpaket hat diese Konfliktlinie aktiviert, weil viele Maßnahmen als Eingriff in Selbstverwaltungsbereiche wahrgenommen werden.

Konfliktlinie 6: Patientenseite versus Leistungserbringer. Die Patientenseite (vzbv, BAG Selbsthilfe, Wohlfahrtsverbände) und die Leistungserbringer (Ärzeschaft, DKG) haben unterschiedliche Interessen in Bezug auf Zuzahlungen, Versorgungspfade, Wartezeiten und Informationsasymmetrien. Beide stehen aber bei der aktuellen Sparpolitik auf derselben kritischen Seite.

Konfliktlinie 7: GKV versus PKV. Die PKV vertritt eigene Interessen, ist aber Mitgesellschafterin der gematik und Stakeholder bei strukturpolitischen Fragen (KHAG, Krankenhausplanung). Der PKV-Verband hat sich in der KHAG-Stellungnahme bemerkenswert klar zur Bedarfslogik bekannt.¹⁵³

5.9 Schnittmengen: die strukturpolitische Reformallianz 2026/27

Trotz dieser sieben Konfliktlinien ergibt sich aus der Stakeholder-Landkarte eine bemerkenswerte Schnittmenge, auf der eine Reformallianz für die Strukturentscheidung 2026/27 aufgebaut werden kann. Sechs Schnittmengen sind besonders tragfähig.

Schnittmenge 1: Konsens zur Strukturreform-Notwendigkeit. Über die Notwendigkeit struktureller Reformen herrscht ein in der deutschen Gesundheitspolitik selten breiter Konsens: Marburger Bund, KBV, Hausärzteverband, fachärztliche Verbände, BÄK, DKG, AOK, vdek, BKK, BAG Selbsthilfe, vzbv, Caritas, ver.di, PKV-Verband, SVR – sie alle stehen für die Forderung „Struktur vor Spar“ oder zumindest „Struktur und Spar“. Diese Konvergenz ist die politische Grundlage für die Reformallianz.

Schnittmenge 2: Akzeptanz der hausärztlichen Primärkoordination. Die hausärztliche Primärkoordination wird inzwischen sektorenübergreifend akzeptiert: vom HÄV als Kernanliegen, von der KBV als grundsätzlich konstruktive Position im Dialogprozess Primärärztsystem, von den Krankenkassen (insbesondere AOK BW) als Vertragspartner, von den Patientenorganisationen als Lotsenfunktion, vom SVR seit 2018 explizit empfohlen. Die Frage ist nicht, ob – sondern wie.¹⁴⁵¹⁵⁵

Schnittmenge 3: Notwendigkeit fachärztlicher Integration. Die fachärztliche Integration in strukturierte Pfade (statt additiver Spezialschicht) ist im FacharztProgramm Baden-Württemberg über 13 Disziplinen realisiert und wird von den entsprechenden Fachärzteverbänden mitgetragen. Die Erweiterung dieses Modells auf weitere Bundesländer und Disziplinen ist konsensfähig.¹⁴⁶

Schnittmenge 4: Digitale Prozessarchitektur als Effizienzhebel. Die Notwendigkeit, ePA, KIM, TI-Messenger, eMP und FHIR/MIO als Prozessersatz statt als Zusatzaufwand zu etablieren, wird von allen Stakeholdern grundsätzlich geteilt. Konfliktpunkte sind Tempo, Refinanzierung und Akzeptanzbedingungen, nicht die Stoßrichtung. Die TI-Modellregionen-Strategie der gematik ist hierfür institutioneller Ausdruck.

Schnittmenge 5: EHDS als Anker. Die EHDS-Umsetzung bis 2027/29 schafft eine externe Verbindlichkeit, die für die Stakeholder einer „neutralen“ Begründungslogik Raum gibt: Wir machen das nicht aus politischer Eigenmotivation, sondern weil EU-Recht uns dazu verpflichtet. Diese Verbindlichkeit kann als Kommunikationsanker für die digitale Strukturreform genutzt werden.

Schnittmenge 6: Refinanzierung der versicherungsfremden Leistungen. Die in dieser Breite seltene Allianz aus Marburger Bund, vdek, BAG Selbsthilfe, G-BA, Caritas, ver.di und vielen weiteren Akteuren fordert eine Refinanzierung der Bürgergeld-Beiträge und versicherungsfremden Leistungen aus dem Bundeshaushalt. Diese Forderung ist strukturellpolitisch zentral, weil sie die GKV-Finanzlage entlastet, ohne Versorgungssubstanz anzugreifen.¹⁴⁴¹⁵¹

5.10 Strategische Empfehlung zur Stakeholder-Architektur des Reformprozesses

Aus der Stakeholder-Landkarte und den identifizierten Schnittmengen ergeben sich vier strategische Empfehlungen für die Architektur des Strukturreform-Prozesses 2026/2027.

Empfehlung 1: Strukturreform-Konvent statt nur FKG. Die FinanzKommission Gesundheit ist wissenschaftlich-konzeptionell stark, aber stakeholder-politisch begrenzt. Für die Phase 2 sollte ein paralleler Strukturreform-Konvent unter Einbindung aller in 5.2–5.7 genannten Akteursgruppen etabliert werden, der die Strukturreform-Vorschläge der FKG mit den operativen Realitäten der Versorgungsebene abgleicht. Das verkürzt die Umsetzungswege und vermindert Implementationsbrüche.

Empfehlung 2: Selektivvertragliche Pilotinitiative parallel zum BMG-Gesetzgebungsprozess. Krankenkassen, KVen und ärzteorganisierte Strukturen können parallel zum Gesetzgebungsverfahren bereits jetzt selektivvertragliche Strukturmodelle nach §§ 73b und 140a SGB V skalieren – sie brauchen dafür keinen neuen Bundesgesetzgebungsakt, sondern Rechtssicherheit beim Bestandsschutz, Refinanzierungsklarheit und Anerkennung im RSA. Der Bund kann diese Skalierung durch klarere Regelungen unterstützen.

Empfehlung 3: Erweiterung der TI-Modellregionen-Strategie auf eine dritte Region mit etablierter integrierter Versorgungsarchitektur. Diese Empfehlung wird in den Kapiteln 10 und 14 ausführlich entfaltet, ist aber stakeholder-politisch hier zu verorten: MEDI Baden-Württemberg hat sich mit der Markterkundung vom 26. Februar 2026 als Kandidat positioniert; eine Anerkennung würde die Pilotierungslast für die TI-Erweiterungen 2026/27 verteilen und die Sektorenintegration in die TI-Erprobung einbringen.¹⁵⁸

Empfehlung 4: Refinanzierungsentscheidung des Bundes als Vorbedingung der Strukturreform. Ohne eine politische Entscheidung des Bundes zur Refinanzierung der versicherungsfremden Leistungen (Bürgergeld-Beiträge, Pandemiefolgekosten) bleibt jede Strukturreform finanzpolitisch fragil. Diese Entscheidung ist nicht Gegenstand einer Strukturreform, aber ihre Voraussetzung. Die Allianz aus 5.9.6 sollte hier unmittelbar adressieren.

5.11 Zwischenbefund

Die Stakeholder-Landkarte zeigt, dass die Strukturentscheidung 2026/27 politisch realisierbar ist. Die Konvergenz der Stakeholder-Kritik am Sparpaket ist eine politische Ressource. Die sechs identifizierten Schnittmengen sind tragfähig genug, um eine Reformallianz zu bilden. Die sieben Konfliktlinien sind real, aber nicht prinzipiell unüberbrückbar. Die institutionellen Strukturen – G-BA, KBV, GKV-Spitzenverband, FKG, Krankenkassen, Patientenvertretungen, gematik – sind vorhanden, um die Reform operativ zu tragen.

Das nachfolgende Kapitel 6 wird zeigen, wie das MEDI - HZV - Strukturprinzip diese Stakeholder-Konstellation operativ adressiert: durch eine vertragsbasierte mittlere Governance-Ebene, die alle genannten Akteursgruppen in eine geteilte Outcome-Verantwortung einbindet, ohne die kollektivvertragliche Regelversorgung zu ersetzen.

6. Das MEDI - HZV - Strukturprinzip als Betriebssystem integrierter Versorgung

6.1 Vom Vertrag zum Betriebssystem: ein Begriffswechsel mit Konsequenzen

Wer das MEDI - HZV - Strukturprinzip nur als Selektivvertrag versteht, verfehlt seinen Charakter. Selektivverträge nach §§ 73b und 140a SGB V gibt es in Deutschland viele – mehrere hundert sind beim BVA registriert. Aber sie unterscheiden sich erheblich in Reichweite, vertraglicher Verbindlichkeit, fachärztlicher Integration, digitaler Prozessarchitektur und Outcome-Logik. Die meisten Selektivverträge sind **Modul-Verträge** für eine Indikation (etwa Diabetes), eine Region (etwa eine Kommune) oder eine Versorgungsleistung (etwa eine telemedizinische Komponente). Sie ergänzen die Regelversorgung, ohne sie zu transformieren.

Das MEDI - HZV - Strukturprinzip ist von einer anderen Ordnung. Es ist nicht ein Vertrag, sondern eine **Architektur**, die mehrere ineinandergreifende Verträge, eine ärzteorganisierte Verbundstruktur und eine digitale Prozesslogik zu einem **Betriebssystem** verbindet. Der Begriff „Betriebssystem“ ist bewusst gewählt: Wie ein Betriebssystem in der Informatik nicht eine einzelne Anwendung ist, sondern die Plattform, auf der Anwendungen laufen, ist das MEDI - HZV - Strukturprinzip nicht eine einzelne Versorgungsleistung, sondern die Plattform, auf der Versorgungsleistungen koordiniert, durchgehalten und outcome-orientiert erbracht werden.

Diese Begriffswahl ist nicht rhetorisch. Sie hat strukturpolitische Konsequenzen. Ein Vertrag wird ausgehandelt, einmal abgeschlossen und ausgeführt. Ein Betriebssystem wird gepflegt, aktualisiert, weiterentwickelt und auf neue Anwendungsbereiche ausgedehnt. Der Vertrag ist eine punktuelle Vereinbarung; das Betriebssystem ist eine **dauerhafte Infrastruktur**. Wer Versorgung nachhaltig integrieren will, braucht ein Betriebssystem – nicht einen weiteren Vertrag.

Im Folgenden werden die fünf Kernkomponenten des MEDI - HZV - Strukturprinzips systematisch entfaltet: die Primärkoordination als Verantwortungsanker (6.2), die strukturierte fachärztliche Integration (6.3), die vertragliche Verbindlichkeit als Governance-Technik (6.4), die digitale Prozessarchitektur (6.5) und die Outcome- und Lernlogik (6.6). Anschließend wird die Übertragbarkeit auf andere Bundesländer, Indikationen und Versorgungsräume diskutiert (6.7), und das Kapitel schließt mit einer Synthese, die das Strukturprinzip als Antwort auf die in Kapitel 4 diagnostizierte Governance-Lücke positioniert (6.8).

6.2 Primärkoordination als Verantwortungsanker

Die erste und tragende Komponente des MEDI - HZV - Strukturprinzips ist die **Primärkoordination**: die Übernahme dauerhafter Versorgungsverantwortung für eine eingeschriebene Patientin oder einen eingeschriebenen Patienten durch eine hausärztliche oder pädiatrische Praxis. Diese Komponente ist im SGB V seit 2007 als **hausarzt-**

zentrierte Versorgung (HZV) nach § 73b verankert; sie wurde 2008 in Baden-Württemberg von AOK Baden-Württemberg, Hausärzterverband Baden-Württemberg und MEDIVERBUND als bundesweit erstem flächendeckendem HZV-Vertrag implementiert.¹⁵⁹

Die Primärkoordination hat fünf Funktionen, die sich in der Evaluation der HZV über 17 Jahre als wirkungsbestimmend erwiesen haben.

Erstens: Kontinuität. Die hausärztliche Praxis ist die einzige Konstante in einem Versorgungsverlauf, der durch wechselnde fachärztliche Behandler, stationäre Aufenthalte, Pflegeübergänge und chronische Krankheitsverläufe geprägt ist. Diese Konstanz ermöglicht eine longitudinale Sicht auf den Patienten, die im fragmentierten System sonst nicht entsteht. Die Frankfurter Auswertung der HZV-Daten 2021–2022 dokumentiert, dass diese Kontinuität insbesondere in der COVID-19-Pandemie versorgungsstabilisierend wirkte.¹⁶⁰

Zweitens: Priorisierung. In einem System mit 9,8 Arztkontakten pro Versichertem und Jahr (gegenüber 6,8 OECD-Durchschnitt) ist die Frage, welche Beschwerden welcher Versorgungsebene zugeführt werden, ökonomisch und versorgungspolitisch zentral. Die HZV-Evaluation 2025 dokumentiert für 2022 in der HZV-Kohorte 3,1 Millionen mehr Hausarztkontakte und gleichzeitig 1,36 Millionen weniger unkoordinierte Facharztbesuche ohne Überweisung.¹⁵⁹¹⁶¹ Das ist nicht eine Mengenverlagerung, sondern eine **Strukturverschiebung**: Mehr Versorgung wird dort erbracht, wo sie effizient ist; weniger dort, wo sie nicht effizient ist. Diese Verschiebung wirkt nicht durch Zugangsbarrieren (die Patientin oder der Patient kann jederzeit zum Facharzt gehen), sondern durch **Navigation**: Die hausärztliche Praxis empfiehlt, was wo am besten erbracht wird.

Dritter: Pfadführung. Bei chronischen und komplexen Erkrankungen ist die Frage, in welcher Reihenfolge Diagnostik und Therapie erfolgen, qualitäts- und outcomerelevant. Die hausärztliche Praxis übernimmt diese Pfadführung. Sie entscheidet nicht über fachärztliche Therapieentscheidungen, sondern über deren Sequenz, deren Dokumentation und deren Integration in die Gesamtversorgung. In integrierten DMP-Strukturen ist diese Funktion etabliert; das MEDI - HZV - Strukturprinzip generalisiert sie auf alle eingeschriebenen Patienten.

Vierter: Frühwarnung. Bei multimorbiden Patienten ist die Erkennung von Decompensationen und Komplikationen oft vor dem klinischen Vollbild möglich, wenn eine kontinuierliche Beobachtung über Monate und Jahre gegeben ist. Die HZV-Evaluation 2025 dokumentiert für 119.000 Diabetikerinnen und Diabetiker in der HZV-Kohorte eine Hochrechnung von rund 9.200 vermiedenen schwerwiegenden Komplikationen über elf Beobachtungsjahre, davon ca. 700 Amputationen sowie ca. 4.800 Herzinfarkte und Schlaganfälle.¹⁵⁹ Diese Zahlen sind das quantitative Korrelat der Frühwarnfunktion.

Fünfter: AMTS und Polypharmazie-Management. Bei Patienten ab 65 Jahren ist die Arzneimitteltherapiesicherheit eine zentrale Versorgungsfrage. Die HZV-Evaluation 2025 dokumentiert ca. 7.500 weniger Verordnungen potenziell ungeeigneter Medikamente

nach PRISCUS-Liste in der HZV-Kohorte (2022); in VERAH-Praxen liegen die Arzneimittelkosten zusätzlich um 4,7 Prozent niedriger.¹⁵⁹¹⁶² Das ist nicht eine Sparmaßnahme, sondern eine Qualitätsmaßnahme – mit ökonomischem Nebeneffekt.

Eine wichtige strukturpolitische Klarstellung: Primärkoordination ist nicht **Gatekeeping** im Sinne einer Zugangsbarriere. Sie ist **Lotsenfunktion** im Sinne einer Navigation. Der Unterschied ist sowohl ärztlich als auch politisch zentral. Gatekeeping erzeugt Konflikte zwischen Hausarzt und Patient, zwischen Hausarzt und Facharzt, zwischen Hausarzt und Krankenkasse. Lotsenfunktion erzeugt Kooperation. In Baden-Württemberg ist die Lotsenfunktion seit 17 Jahren stabil tragend, ohne dass sie Gatekeeping-Konflikte produziert hätte. Das ist die empirische Antwort auf die häufige Sorge, ein Primärarztsystem werde von Patienten oder Fachärzten abgelehnt.¹⁶³

6.3 Strukturierte fachärztliche Integration

Die zweite Kernkomponente des MEDI - HZV - Strukturprinzips ist die **strukturierte fachärztliche Integration**. Diese Komponente unterscheidet das Prinzip von einem reinen Hausarztmodell und ist – wie in Kapitel 5 dokumentiert – die Antwort auf die Konfliktlinie zwischen Hausärzten und Fachärzten.

Im FacharztProgramm Baden-Württemberg, das auf den Selektivverträgen nach § 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg mit MEDIVERBUND, BNK, Berufsverband Deutscher Internisten und weiteren Berufsverbänden beruht, sind aktuell **13 fachärztliche Disziplinen** integriert: Kardiologie (seit 2010), Gastroenterologie (2011), Psychotherapie (2012), Neurologie und Psychiatrie (2013), Orthopädie und Chirurgie (2014), Urologie (2017), Diabetologie (2017), Rheumatologie (2018), Kinder- und Jugendpsychiatrie (2019), Nephrologie (2020) sowie Pneumologie (2021).¹⁵⁹¹⁶⁴ Über eine Million Versicherte nimmt am FacharztProgramm teil.

Die strukturierte fachärztliche Integration arbeitet auf vier Ebenen:

Ebene 1: Vertragliche Anbindung. Fachärztinnen und Fachärzte schließen mit MEDIVERBUND einen Beitritt zum entsprechenden Selektivvertrag. Damit gelten für sie spezifische Vergütungs-, Qualitäts- und Dokumentationsregelungen, die jenseits der EBM-Logik liegen. Die Vergütung ist häufig honorarvolumenstabilisierend gestaltet (Pauschalen für Erstgespräche, qualitätsgekoppelte Komponenten), was die Mengenanreize des EBM mildert.

Ebene 2: Pfadintegration. Die hausärztliche Praxis und die fachärztliche Praxis kommunizieren über strukturierte Überweisungs- und Rückmeldekanäle (Befundbericht, Therapieempfehlung, Rückkopplung an den Hausarzt). Die Erstberatung beim Facharzt erfolgt im Regelfall innerhalb definierter Wartezeiten (2 Wochen für Akutfälle, 4 Wochen für nicht-akute Fälle).

Ebene 3: Outcome-Integration. Bei chronischen Erkrankungen werden Outcome-Indikatoren zwischen Haus- und Fachärzten geteilt. Beispiel: Bei Diabetes mellitus Typ 2 mit kardiologischer Komorbidität liegen HbA1c-Werte, Lipidwerte, Blutdruckwerte und Befunde der kardiologischen Funktionsdiagnostik in einem geteilten Datenraum vor; die

hausärztliche Praxis übernimmt das Therapie-Monitoring, die fachärztliche Praxis die Detaildiagnostik und Therapieanpassung.

Ebene 4: Qualitätszirkel. Hausärzte und Fachärzte einer Region arbeiten in regelmäßigen Qualitätszirkeln zusammen, in denen Versorgungspfade, Schnittstellenprobleme und neue Evidenz besprochen werden. Diese Zirkel sind ein wesentlicher Mechanismus, um die operative Verbindlichkeit der Vertragsstrukturen aufrechtzuerhalten.

Die strukturpolitische Bedeutung der fachärztlichen Integration liegt darin, dass sie das **fachärztliche Honorarinteresse** mit der **integrierten Versorgungslogik** verbindet. Der Fachärzteverband BNK hat den Kardiologie-Selektivvertrag in Baden-Württemberg mitgetragen, weil er den niedergelassenen Kardiologen Honorarstabilität, Pfadbeteiligung und ärztliche Selbstbestimmung bietet. Diese Logik ist auf andere Disziplinen übertragbar – mit Verbänden wie der DGIM, der DGN, der DGHO, dem BNK, dem BDIA, der DEGAM und weiteren als Partnern.

6.4 Vertragliche Verbindlichkeit als Governance-Technik

Die dritte Kernkomponente ist die **vertragliche Verbindlichkeit**. Sie ist es, die das MEDI - HZV - Strukturprinzip von „Soll-Strukturen“ der Regelversorgung unterscheidet. In der Regelversorgung sind viele Strukturanforderungen normativ formuliert – etwa Versorgungspfade in DMP-Richtlinien, Qualitätsanforderungen in G-BA-Beschlüssen, Schnittstellenstandards in TI-Spezifikationen. Sie sind aber nicht **vertraglich** verbindlich für die einzelne Praxis: Sie wirken über kollektivvertragliche Vereinbarungen oder über die Honorierung einzelner Leistungen, nicht über die individuelle Mitwirkung.

Im MEDI - HZV - Strukturprinzip ist Verbindlichkeit anders konstruiert. Ein teilnehmender Arzt unterzeichnet einen Vertrag, der seine Rolle, seine Pfadbeteiligung, seine Dokumentationspflichten, seine Qualitätskorridore und seine Vergütungsstruktur regelt. Eine teilnehmende Patientin schreibt sich freiwillig ein und erhält im Gegenzug die Lotsenfunktion, die Wartezeitgarantien beim Facharzt und – je nach Krankenkasse – Bonifikationen oder Zuzahlungsbefreiungen. Eine teilnehmende Krankenkasse verpflichtet sich zur vertraglichen Vergütung, zur Datenrückmeldung und zur Mitwirkung am Qualitätsmanagement.

Diese Verbindlichkeit hat vier strukturpolitisch wichtige Eigenschaften.

Erstens: Sie ist freiwillig. Niemand wird gezwungen, am MEDI - HZV - Strukturprinzip teilzunehmen – weder Versicherte noch Ärzte noch Krankenkassen. Damit ist es politisch legitimiert über Selbstbindung, nicht über Zwang. Das unterscheidet es vom Primärarztssystem als Pflichtmodell und ist die Antwort auf die Sorge, ein Primärarztssystem werde als Bevormundung wahrgenommen.

Zweitens: Sie ist überprüfbar. Die vertragliche Verbindlichkeit lässt sich operationalisieren – durch Dokumentationspflichten, durch Outcome-Indikatoren, durch Auditverfahren. Das ermöglicht eine **Outcome-Steuerung**, die in der Regelversorgung nicht möglich ist, weil dort die Verbindlichkeit nur normativ existiert.

Drittens: Sie ist gegenseitig. Verbindlichkeit gilt nicht nur für die Ärzte, sondern auch für die Patientinnen und Patienten (Einschreibung, Lotsenakzeptanz) und für die Krankenkassen (Vergütungstreue, Datenmitwirkung). Diese Reziprozität ist konstitutiv für die Struktur.

Viertens: Sie ist evolvierbar. Die vertragliche Form ermöglicht es, die Architektur kontinuierlich an neue Entwicklungen anzupassen – an neue Disziplinen (das Facharztprogramm BW hat seit 2010 schrittweise 13 Disziplinen integriert), an neue digitale Anwendungen (ePA-Module, KIM-Anbindung, eMP), an neue Qualitätsanforderungen, an neue gesetzliche Vorgaben. Diese Evolvierbarkeit ist für ein Betriebssystem zentral.

In der institutionenökonomischen Sprache (Kapitel 4): Die vertragliche Verbindlichkeit ist die Hybridform, die zwischen Markt und Hierarchie operiert – mit gegenseitiger Verpflichtung, ohne Zwang, mit Outcome-Verantwortung, ohne kollektivvertragliche Verhandlungsstarre. Sie ist genau die Governance-Form, die nach Williamson für komplexe, langfristige Koordinationsaufgaben am leistungsfähigsten ist.¹⁶⁵

6.5 Digitale Prozessarchitektur als integraler Bestandteil

Die vierte Kernkomponente des MEDI - HZV - Strukturprinzips ist die **digitale Prozessarchitektur**. Sie ist nicht ein technologisches Add-on, sondern die operative Voraussetzung für die anderen drei Komponenten. Ohne digitale Infrastruktur lässt sich Primärkoordination nicht longitudinal führen, fachärztliche Integration nicht in Echtzeit pflegen, vertragliche Verbindlichkeit nicht überprüfen.

Das MEDI - HZV - Strukturprinzip arbeitet mit fünf digitalen Bausteinen.

Baustein 1: Primärsysteme mit MEDI-Schnittstellen. Die teilnehmenden Praxen nutzen ihre regulären Praxisverwaltungssysteme (mehr als 100 verschiedene Systeme im Einsatz), die über standardisierte Schnittstellen mit der MEDI-Plattform kommunizieren. Diese Schnittstellen sind im Laufe der 17 Jahre entwickelt und mit den Primärsystemherstellern abgestimmt. Sie ermöglichen eine **automatisierte Datenübertragung** für Abrechnung, Qualitätsindikatoren und Pfadinformationen, ohne die Praxisarbeitsabläufe zu unterbrechen.

Baustein 2: TI-Anwendungen als Prozessersatz. ePA, E-Rezept, eAU, KIM und TI-Messenger werden im MEDI - HZV - Strukturprinzip nicht als zusätzlicher Bürokratieaufwand verstanden, sondern als Prozessersatz: Was bisher per Fax, Telefon oder Briefpost lief, wird in die TI verlagert. Die MEDI-Verbundstrukturen haben über 17 Jahre Erfahrung mit der Einführung digitaler Anwendungen im Praxisalltag und sind hier Vertragspartner mehrerer Innovationsfondsprojekte.¹⁶⁶

Baustein 3: FHIR/MIO-Datenmodelle. Die Medizinischen Informationsobjekte (MIO) der mio42 GmbH (Tochter der KBV), die Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) und die internationalen IHE-Profile bilden das semantische Rückgrat der digitalen Architektur. Über sie werden ePA-Inhalte strukturiert dargestellt, Befunde übergeben, Medikationsdaten abgeglichen.

Baustein 4: Qualitäts- und Outcome-Datenmonitor. MEDI-Strukturen erfassen kontinuierlich Outcome-Indikatoren auf Basis von Routinedaten (Krankenkasse), Praxisdaten (Primärsystem) und Patientendaten (PROMs/PREMs, soweit vorhanden). Diese Daten werden in regelmäßigen Auswertungen an die teilnehmenden Praxen zurückgespielt – als Selbstreferenz und als Lernsystem.

Baustein 5: Sicheres Feedback- und Incident-Management. Wie in der Markterkundung zur TI-Modellregion ausgeführt, verfügt die MEDI-Verbundstruktur über etablierte Feedback- und Incident-Prozesse: wöchentliche Cluster-Check-ins, monatliche Reviews, asynchrone Kanäle, einheitliche Erfassungsschemata, qualifizierte 1st-/2nd-Level-Voranalyse, Change-Logs, FAQs, Webinare, Sprechstunden, „closed loop“-Rückmeldung.¹⁶⁷

Diese fünf Bausteine machen die MEDI-Verbundstruktur zu einem **operativ erprobten Anwendungsraum** für die TI-Anwendungen der gematik. Sie sind die Antwort auf die in Kapitel 4 diagnostizierte Datenfragmentierung des deutschen Systems – nicht durch eine neue Datenwelt, sondern durch eine **Integrationsarchitektur** auf Basis bestehender Standards.

6.6 Outcome- und Lernlogik

Die fünfte und vielleicht entscheidendste Kernkomponente ist die **Outcome- und Lernlogik**. Sie ist es, die das MEDI - HZV - Strukturprinzip von einer reinen Versorgungsorganisation zu einem lernenden System macht.

Die Outcome-Logik arbeitet auf drei Ebenen.

Ebene 1: Routinedatenbasierte Effektmessung. Die HZV-Evaluation in Baden-Württemberg seit 2011 ist methodisch eines der robustesten Outcome-Messverfahren in einem deutschen Selektivvertrag. Sie nutzt Routinedaten von 1,93 Millionen AOK-Versicherten (davon 1,26 Millionen in der HZV) mit konsequenter Adjustierung für Alter, Geschlecht, Komorbidität (Charlson-Index), Pflegegrad, DMP-Teilnahme und Praxismerkmale. Die Längsschnittstruktur über zwölf Jahre und die Stichprobengröße sichern die Aussagekraft.¹⁶⁸

Ebene 2: Indikator-spezifische Pfad-Evaluation. Bei einzelnen Disziplinen werden krankheitsspezifische Indikatoren erfasst – HbA1c-Verlauf bei Diabetes, LDL-C-Verlauf bei KHK, BPH-Symptom-Score bei Urologie, Blutdruckverlauf bei Hypertonie, Influenzaimpfquote bei Risikogruppen, Zytologie- und Koloskopie-Quoten in der Krebsfrüherkennung. Diese Indikatoren werden in die Vergütungsstruktur teilweise eingespeist und in regelmäßigen Berichten an die Praxen zurückgespielt.

Ebene 3: PROMs und PREMs. Patient-Reported Outcome Measures und Patient-Reported Experience Measures werden in einzelnen Disziplinen (insbesondere Psychotherapie, Orthopädie) erhoben. Sie ergänzen die routinedatenbasierte Effektmessung um die Patientenperspektive.

Die Lernlogik basiert auf der Rückkopplung dieser drei Ebenen in vier Schleifen:

- **Praxis-Schleife:** Jede teilnehmende Praxis erhält regelmäßig ein Reporting zur eigenen Performance im Vergleich zur Kohorte. Das ermöglicht Selbstreflexion und Veränderungsprozesse auf Praxisebene.
- **Qualitätszirkel-Schleife:** Praxisgruppen einer Region besprechen die Daten in moderierten Qualitätszirkeln und entwickeln Verbesserungsmaßnahmen.
- **Vertragliche Schleife:** Die Vertragspartner (AOK, MEDI, HÄV, BVKJ-Service) bewerten die Gesamtpformance und passen die Vertragsstruktur an.
- **Wissenschaftliche Schleife:** Die unabhängige wissenschaftliche Evaluation (Heidelberg, Frankfurt) erbringt die externe Validierung und identifiziert Anpassungsbedarfe in der Architektur selbst.

Diese vier Schleifen machen das System zu einem **lernenden System** im strikten Sinne. Es ist nicht statisch, sondern entwickelt sich kontinuierlich – auf Basis von Daten, nicht von politischen Erwartungen.

Eine wichtige Klarstellung in wissenschaftlicher Redlichkeit: Die HZV-Evaluation ist keine randomisierte kontrollierte Studie. Die Versichertenkohorte ist nicht zufällig zugeordnet, sondern selbst-selektiert. Es gibt einen potenziellen Selektionsbias, der durch die Adjustierung gemildert, aber nicht eliminiert ist. Diese methodische Begrenzung wird in der wissenschaftlichen Broschüre 2025 explizit benannt.¹⁶⁸ Trotz dieser Begrenzung ist die Evidenzlage über zwölf Jahre, mehrere Indikationen und eine Längsschnittstruktur konsistent – und damit deutlich robuster als in den meisten anderen deutschen Selektivverträgen, die oft nur Querschnittsbetrachtungen oder kürzere Beobachtungsperioden bieten.

6.7 Übertragbarkeit auf andere Bundesländer, Indikationen und Versorgungsräume

Die zentrale strukturpolitische Frage zum MEDI-Prinzip ist nicht, ob es in Baden-Württemberg funktioniert – das ist über 17 Jahre dokumentiert. Die Frage ist, ob es **übertragbar** ist. Diese Frage hat drei Dimensionen.

Dimension 1: Übertragbarkeit auf andere Bundesländer. In Bayern gibt es seit 2010 einen HZV-Vertrag der AOK Bayern mit dem Bayerischen Hausärzterverband; in Hessen, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Sachsen existieren ähnliche Vertragsstrukturen. Die Reichweite, fachärztliche Integration und digitale Prozessarchitektur unterscheiden sich erheblich; in keinem dieser Bundesländer ist das Modell so weit entwickelt wie in Baden-Württemberg. Das ist kein Beleg für Nicht-Übertragbarkeit – es ist ein Beleg dafür, dass die **Reformrahmenbedingungen** (Krankenkassenkooperation, ärzteorganisierte Verbundstruktur, Landespolitik) variieren. Eine bundesweite Anerkennung des MEDI - HZV - Strukturprinzips als regelhaft anerkannter Versorgungspfad würde die Übertragung auf andere Bundesländer erheblich erleichtern, weil sie Rechtssicherheit, Refinanzierungsklarheit und RSA-Wirkung schaffen würde.

Dimension 2: Übertragbarkeit auf andere Indikationen. Das Facharztprogramm Baden-Württemberg ist von 2010 (Kardiologie) auf 2021 (Pneumologie) auf 13 Disziplinen

erweitert worden. Diese Erweiterungslogik ist auf andere Disziplinen übertragbar – etwa auf Hämato-Onkologie, Pädiatrie, HNO, Augenheilkunde, Dermatologie oder Geriatrie. Auch hier liegt die Hürde nicht in der Strukturlogik, sondern in der Vertragsbereitschaft der Vertragspartner und in der Verfügbarkeit der wissenschaftlichen Evaluationskapazität.

Dimension 3: Übertragbarkeit auf neue Versorgungsräume. Das Strukturprinzip lässt sich auf neue Versorgungsräume übertragen, die in der Regelversorgung schwach abgedeckt sind. Ein Beispiel ist die **Notfallversorgung** mit Primärsteuerung (Kapitel 8); ein anderes die **Pflegeschnittstelle** zwischen ambulanter und stationärer Pflege; ein drittes die **Hospiz- und Palliativversorgung** mit ärztlicher Lotsenfunktion. In all diesen Räumen ist die fragmentierte Regelversorgung schwach; eine vertragsbasierte integrierende Struktur könnte erheblichen Mehrwert bieten.

Eine wichtige strukturpolitische Empfehlung ergibt sich aus diesen drei Dimensionen: Die Übertragbarkeit des MEDI - HZV - Strukturprinzips ist nicht primär eine Frage der **Modellbau-Übung**, sondern eine Frage des MEDI - HZV - Strukturprinzips der **regulatorischen Rahmenbedingungen**. Die §§ 73b und 140a SGB V sind vorhanden; was fehlt, sind klare Regelungen zu Refinanzierung, Bereinigung, RSA-Wirkung und Bestandsschutz. Diese Regelungen liegen in der Hand des Bundes und können ohne neue Gesetzgebung über die FKG-Phase 2 und das GKV-BStabG-Folgegesetz adressiert werden.

6.8 Synthese: das Strukturprinzip als Antwort auf die Governance-Lücke

Die fünf Kernkomponenten des MEDI - HZV - Strukturprinzips – Primärkoordination, fachärztliche Integration, vertragliche Verbindlichkeit, digitale Prozessarchitektur, Outcome- und Lernlogik – bilden zusammen die Antwort auf die in Kapitel 4 diagnostizierte Governance-Lücke des deutschen Systems. Sie schaffen die mittlere, vertragsbasierte Hybridebene, die zwischen normativer Regulierung und operativer Versorgung integrierend wirkt.

Diese Antwort ist:

- **Erprobt** – seit 17 Jahren in Baden-Württemberg mit über zwei Millionen Versicherten und 5.900 Ärzten;
- **Evaluiert** – seit 2011 alle zwei Jahre durch das Universitätsklinikum Heidelberg und die Goethe-Universität Frankfurt mit konsistenten, robusten Befunden über alle Outcome-Dimensionen;
- **SGB-V-kompatibel** – auf Basis der §§ 73b und 140a SGB V, also ohne neue Gesetzgebung;
- **Stakeholder-tragfähig** – mit AOK, Hausärzteverband, MEDI-Verbund, BVKJ-Service als langjährigen Vertragspartnern und 13 fachärztlichen Disziplinen integriert;
- **Digital anschlussfähig** – mit etablierten Schnittstellen, FHIR/MIO-Anschluss, ePA-Erfahrung, KIM-Nutzung, TI-Modellregionen-Eignung;

- **Skalierbar** – auf andere Bundesländer, Indikationen und Versorgungsräume bei entsprechenden regulatorischen Rahmenbedingungen.

Sie ist – zusammenfassend – kein süddeutsches Modell, kein Verbandsanliegen und kein Modellprojekt. Sie ist das **Betriebssystem**, auf dem die Strukturreform 2026/2027 operativ realisiert werden kann. In diesem Sinne ist das MEDI - HZV - Strukturprinzip nicht ein Wettbewerbsangebot zur Regelversorgung, sondern eine **Integrations-Schicht** für sie. Es ersetzt die Regelversorgung nicht – es macht sie wirksam.

Die nachfolgenden Kapitel zeigen, wie sich die einzelnen Reformbaustellen 2026 – Krankenhausreform und KHAG (Kapitel 7), Notfallreform und Primärarztsystem (Kapitel 8), Ambulantisierung (Kapitel 9), digitale Steuerungsinfrastruktur (Kapitel 10), EHDS (Kapitel 11), Künstliche Intelligenz (Kapitel 12), internationale Einordnung (Kapitel 13), Baden-Württemberg als Referenzraum mit der konkreten gematik TI-Modellregionen-Optionalität (Kapitel 14), politische Umsetzungsagenda (Kapitel 15) und Schluss (Kapitel 16) – auf dieses Betriebssystem aufsetzen lassen.

7. Das Krankenhausanpassungsgesetz braucht eine ambulante Spiegelarchitektur

7.1 Die Krankenhausreform und ihre Lücke

Die deutsche Krankenhauslandschaft steht vor einem strukturellen Umbau historischen Ausmaßes. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das am 1. Januar 2025 in Kraft trat, und dem Krankenhausreformatpassungsgesetz (KHAG), das der Bundestag am 6. März 2026 beschlossen hat, wurde die Architektur der stationären Versorgung grundlegend verändert: Einführung von 61 Leistungsgruppen (zunächst 65), Vorhaltevergütung mit voller Wirksamkeit ab 2030, Transformationsfonds in Höhe von 25 Milliarden Euro aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV), Hybrid-DRGs und erweiterte Spielräume der Länder bei der Krankenhausplanung.¹⁶⁹¹⁷⁰

Diese Reform ist – im Grundsatz – richtig. Sie reagiert auf eine über Jahrzehnte gewachsene Überkapazität (7,7 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner gegenüber 5,1 EU-Durchschnitt; Krankenhausentlassungsraten 40 Prozent über EU-Schnitt) und auf die Erkenntnis, dass eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung Qualitätskonzentration, Spezialisierung und sektorenübergreifende Differenzierung erfordert.¹⁷¹ Sie wird von Krankenkassen wie GKV-Spitzenverband und AOK-Bundesverband im Grundsatz unterstützt und vom PKV-Verband im Hinblick auf bedarfsorientierte Ausrichtung gefordert.¹⁷²

Aber die Krankenhausreform hat eine **strukturelle Lücke**: Sie reformiert die stationäre Seite, ohne die ambulante Seite mit zu reformieren. Sie verändert die Krankenhauslandschaft, ohne die ambulante Architektur zu ertüchtigen, die diese Veränderung tragen müsste. Wenn weniger Krankenhausstandorte mehr Leistungsgruppen mit höherer Qualitätsanforderung erbringen, wenn Notfallversorgung auf integrierte Notfallzentren konzentriert wird, wenn Ambulantisierung über Hybrid-DRGs gefördert und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen etabliert werden – dann muss die ambulante Versorgung in der Lage sein, die Patientenströme aufzunehmen, die durch diese Veränderungen entstehen oder umgelenkt werden. Das ist sie heute nicht – nicht in der Fläche, nicht in der Pfadlogik, nicht in der Vergütungsstruktur.

Dieses Kapitel argumentiert: Die Krankenhausreform und das KHAG können ihre versorgungspolitische Wirkung nur entfalten, wenn ihnen eine **ambulante Spiegelarchitektur** zur Seite gestellt wird. Diese Spiegelarchitektur muss vier Anforderungen erfüllen (7.2): Aufnahmefähigkeit (7.2.1), Pfadlogik (7.2.2), Qualitätssicherung (7.2.3) und digitale Anschlussfähigkeit (7.2.4). Im Anschluss wird gezeigt, dass das MEDI - HZV - Strukturprinzip diese vier Anforderungen erfüllt (7.3) und wie sich SüV, Hybrid-DRGs und Krankenhausentlassmanagement in das Strukturprinzip einfügen lassen (7.4–7.6). Das Kapitel schließt mit der politisch-praktischen Empfehlung, die Krankenhausreform durch eine ambulante Spiegelreform zu komplementieren (7.7).

7.2 Vier Anforderungen an eine ambulante Spiegelarchitektur

7.2.1 Aufnahmefähigkeit: Patientenströme tragen können

Die Krankenhausreform reduziert stationäre Kapazität in zwei Richtungen: durch Konzentration auf weniger Standorte je Leistungsgruppe und durch Ambulantisierung über Hybrid-DRGs. Schätzungen der OECD und nationaler Versorgungsforschungseinrichtungen gehen davon aus, dass bis 2030 zwischen 15 und 25 Prozent der heutigen stationären Fälle ambulant erbracht werden könnten – wenn die ambulanten Strukturen dies leisten.¹⁷¹

Diese „Wenn“-Bedingung ist die zentrale Herausforderung. Aktuell ist die ambulante Versorgung in vielen Regionen **nicht aufnahmefähig**. Die hausärztliche Versorgung kämpft mit rund 5.000 unbesetzten Sitzen; Bertelsmann Stiftung und BARMER Institut prognostizieren bis 2040 weitere 1.300 unbesetzte Hausarztsitze.¹⁷³ Fachärztliche Wartezeiten betragen in vielen Regionen mehrere Wochen bis Monate. MVZ-Strukturen wachsen, sind aber regional ungleich verteilt. Notfallversorgung ist durch unstrukturierte Selbstzuweisung in Notaufnahmen geprägt.

Eine ambulante Spiegelarchitektur muss deshalb erstens eine **systemische Aufnahmefähigkeit** schaffen: garantierte Wartezeiten zum Hausarzt und zum Facharzt, definierte Versorgungsintensitäten je nach Bedarf, regional flexible Kapazitätsvorhaltung. Diese Aufnahmefähigkeit kann nicht über kollektivvertragliche Soll-Vorgaben hergestellt werden, sondern nur über vertraglich verbindliche Strukturen mit ärzteorganisierter Verbundlogik.

7.2.2 Pfadlogik: definierte Übergänge zwischen ambulant und stationär

Die zweite Anforderung ist eine **definierte Pfadlogik** zwischen ambulanter und stationärer Ebene. Heute sind die Übergänge weitgehend ungeregt: Eine Einweisung folgt dem Befund einer Praxis ohne weitere Strukturierung; eine Entlassung erfolgt mit einem oft knappen Arztbrief, der die Praxis erst zum nächsten Termin erreicht; eine Wiederaufnahme nach Klinikentlassung wird als Einzelfall behandelt, nicht als Pfadphase.

Eine ambulante Spiegelarchitektur muss diese Übergänge **strukturiert** organisieren. Das bedeutet: definierte Einweisungspfade (welche Indikation gehört in welche Leistungsgruppe?), strukturierte Entlassungsverfahren (Arztbrief in Echtzeit, Medikationsplanübergabe, Anschlusstermin in der Praxis innerhalb definierter Frist), Pfad-Verantwortlichkeit (wer ist nach Entlassung der primäre Verantwortliche?), Wiederaufnahme-Vermeidung (Risikostratifizierung, Frühwarnung, ambulante Akutintervention).

Genau diese Pfadlogik ist im MEDI - HZV - Strukturprinzip etabliert: Der eingeschriebene Patient hat eine hausärztliche Praxis als Pfadanker; die fachärztliche Integration über das Facharztprogramm garantiert definierte Wartezeiten und strukturierte Übergaben; die Verbundstrukturen ermöglichen es, Klinikentlassungen in Echtzeit in den ambulanten Versorgungspfad zu integrieren.¹⁷⁴

7.2.3 Qualitätssicherung: Outcome-Verantwortung über die Sektorengrenze hinweg

Die Krankenhausreform setzt auf Qualitätskonzentration durch Mindestmengen, Strukturanforderungen je Leistungsgruppe und Outcome-Indikatoren. Diese Logik wirkt aber nur stationär. Sektorenübergreifende Outcomes – Wiederaufnahmeraten, ambulante Komplikationen nach Klinikaufenthalt, AMTS-Probleme nach Medikationsänderung in der Klinik, Anschlussversorgungsqualität – werden in der Regelversorgung nicht systematisch erfasst.

Eine ambulante Spiegelarchitektur muss diese sektorenübergreifende Outcome-Verantwortung herstellen. Sie muss Indikatoren erfassen, die nicht nur die ambulante oder die stationäre Episode messen, sondern den **gesamten Versorgungsbogen** vor, während und nach einem Klinikaufenthalt. Das verlangt eine Daten- und Outcome-Architektur, die kollektivvertraglich nicht herstellbar ist – und die genau dem entspricht, was im MEDI - HZV - Strukturprinzip seit 2008 entwickelt wird.

7.2.4 Digitale Anschlussfähigkeit: ePA, KIM, eMP, Entlassbrief

Die vierte Anforderung ist die digitale Anschlussfähigkeit. Eine sektorenübergreifende Pfad- und Outcome-Logik kann nicht auf Faxgerät, Telefon und Briefpost basieren. Sie verlangt eine durchgängige digitale Prozessarchitektur mit elektronischen Patientenakten, KIM-basierter Kommunikation, elektronischem Medikationsplan und strukturierten elektronischen Arztbriefen.

Aktuell ist diese digitale Anschlussfähigkeit nur fragmentarisch realisiert. Die ePA-Nutzung lag ein Jahr nach Start nach vzbv-Erhebung bei rund 3,6 Prozent.¹⁷⁵ 43 Prozent der Krankenhäuser erwarten eine flächendeckende ePA-Nutzung erst ab dem dritten Quartal 2026.¹⁷⁶ Der elektronische Medikationsplan wurde von Juli 2025 auf Oktober 2026 verschoben.¹⁷⁵ Die Entlassbriefe werden überwiegend nicht elektronisch über KIM, sondern weiterhin als PDF per Post versandt.

Eine ambulante Spiegelarchitektur muss die Voraussetzungen schaffen, damit diese digitalen Anwendungen tatsächlich genutzt werden – nicht durch normative Pflichten, sondern durch **operative Integration** in einen Versorgungspfad, der die digitalen Anwendungen als Prozessersatz statt als Zusatzaufwand etabliert. Genau das ist das, was die TI-Modellregionen-Strategie der gematik leistet und was eine Erweiterung um eine dritte Modellregion (siehe Kapitel 10 und 14) operativ verstärken würde.

7.3 Wie das MEDI - HZV - Strukturprinzip die ambulante Spiegelarchitektur liefert

Die vier Anforderungen der ambulanten Spiegelarchitektur entsprechen den fünf Kernkomponenten des MEDI - HZV - Strukturprinzips, die in Kapitel 6 entfaltet wurden. Diese Korrespondenz ist nicht zufällig – sie ist die strukturpolitische Grundlage der Argumentation dieses Papiers.

| Anforderung der Spiegelarchitektur | Korrespondenz im MEDI - HZV - Strukturprinzip |

|---|---|

| Aufnahmefähigkeit | Primärkoordination (6.2) + fachärztliche Integration (6.3) |

| Pfadlogik | Vertragliche Verbindlichkeit (6.4) + fachärztliche Pfadintegration (6.3) |

| Qualitätssicherung | Outcome- und Lernlogik (6.6) |

| Digitale Anschlussfähigkeit | Digitale Prozessarchitektur (6.5) |

Diese Korrespondenz zeigt: Die ambulante Spiegelarchitektur muss nicht neu erfunden werden. Sie ist in Baden-Württemberg über 17 Jahre hinweg entwickelt, evaluiert und betrieben. Sie ist anschlussfähig an die Krankenhausreform, weil sie genau die Funktionen erbringt, die die Krankenhausreform auf der ambulanten Seite voraussetzt.

Drei konkrete Beispiele machen dies deutlich.

Beispiel 1: Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 nach kardialer Hospitalisierung. Im MEDI - HZV - Strukturprinzip wird ein 72-jähriger HZV-Patient mit Diabetes mellitus Typ 2, koronarer Herzkrankheit und beginnender Niereninsuffizienz nach stationärer Behandlung wegen Pneumonie über die hausärztliche Praxis weiterversorgt. Die Klinikentlassung erfolgt mit elektronischem Arztbrief über KIM; die Medikationsänderungen werden im eMP dokumentiert; die hausärztliche Praxis übernimmt die Anschlussbehandlung innerhalb von zehn Tagen; die kardiologische und nephrologische Pfadintegration über das FacharztProgramm sichert die fachärztliche Mitversorgung. Die HZV-Evaluation 2025 dokumentiert für genau diese Patientengruppen eine signifikant geringere Wiederaufnahmerate.¹⁷⁴¹⁷⁷

Beispiel 2: Ambulantisierung einer Hybrid-DRG-Indikation (ambulante Operation am Auge). Im MEDI - HZV - Strukturprinzip wird ein Patient für eine ambulante Katarakt-Operation über die hausärztliche Praxis vorbereitet (Anamnese, Aufklärung, präoperatives Labor) und nachbetreut (postoperative Visite, AMTS-Prüfung). Der ambulant operierende Augenarzt ist über das FacharztProgramm in den Pfad integriert. Die Pfadlogik vermeidet stationäre Aufnahme bei nicht-komplikativen Verläufen und stellt gleichzeitig die Sicherheitsschleuse für komplikative Fälle her.

Beispiel 3: Notfallversorgung mit Primärsteuerung. Ein HZV-Patient mit unklaren thorakalen Beschwerden ruft die hausärztliche Praxis an. Die Praxis kann über strukturierte Triage entscheiden, ob ein Praxistermin (innerhalb von 24 Stunden), ein telekardiologisches Konsil (innerhalb von Stunden) oder eine Notaufnahme indiziert ist. Diese Triage-Funktion entlastet die Notaufnahmen und führt zu pfadgerechter Versorgung. In den Modellregionen Hamburg & Umland und Franken werden ähnliche Funktionen über den TI-Messenger und KIM-basierte Konsiltechnik erprobt.¹⁷⁸

Diese Beispiele zeigen, dass die ambulante Spiegelarchitektur nicht ein theoretisches Konstrukt ist, sondern eine **operative Realität** mit Evidenzlage. Sie ist genau das, was die Krankenhausreform 2025/2026 auf der ambulanten Seite voraussetzt – und was sie bisher nicht systematisch zur Verfügung hat.

7.4 Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV) und das Strukturprinzip

Eine besondere Bedeutung in der Krankenhausreform haben die **sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV)**, die im KHVVG eingeführt und im KHAG operativ ausgestaltet wurden. SüV sind Einrichtungen, die wohnortnah eine stationäre Behandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden. Sie werden durch Landesbehörden definiert, durch krankenhausindividuelle Tagesentgelte vergütet und sollen vor allem in ländlichen Regionen die Versorgung sichern.¹⁷⁹¹⁸⁰

Die SüV sind ein konzeptionell wichtiger Schritt – aber sie haben eine systemische Schwäche: Sie definieren eine **Einrichtungsform**, ohne die **Versorgungsbeziehung** zu definieren. Eine SüV in einem ländlichen Landkreis kann nur funktionieren, wenn sie in eine ambulante Versorgungsarchitektur eingebettet ist, die hausärztliche Pfadführung, fachärztliche Mitwirkung, Pflegeintegration und digitale Anschlussfähigkeit liefert. Sonst wird die SüV zu einer Insel im fragmentierten System.

Das MEDI - HZV - Strukturprinzip kann hier als **integrierende Anschlussstruktur** dienen. Eine SüV in einer Region, in der eine flächendeckende HZV-Architektur etabliert ist, hat:

- Klare hausärztliche Verantwortlichkeiten für die Patientenströme in die SüV (Primärkoordination);
- Fachärztliche Mitwirkung über das FacharztProgramm (in BW: 13 Disziplinen);
- Eine vertragliche Verbindlichkeit über die § 140a-Selektivverträge, die nicht nur die SüV, sondern auch die ambulanten Akteure einbezieht;
- Eine etablierte digitale Prozessarchitektur für ePA, eMP, KIM und Arztbriefe;
- Eine Outcome- und Lernlogik mit wissenschaftlicher Begleitung.

In dieser Konstellation wird die SüV zu einem **vollwertigen Knoten** im integrierten Versorgungsnetz, statt zu einer institutionellen Insel zu werden. Genau das ist die strukturelle Logik, die der Krankenhausreform zur Wirksamkeit verhelfen kann.

7.5 Hybrid-DRGs und das Strukturprinzip

Die **Hybrid-DRGs** wurden im Krankenhausnachsteuerungsgesetz 2024 eingeführt und im KHAG vom 6. März 2026 erweitert: Ab 2027 können auch Kinder und Menschen mit Behinderungen wieder berücksichtigt werden, was eine wichtige Korrektur ist.¹⁶⁹ Hybrid-DRGs sind eine sektorengleiche Vergütung für Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können – mit dem Ziel, Anreize zur Ambulantisierung zu setzen.

Die strukturelle Schwäche der Hybrid-DRGs liegt darin, dass sie den **Vergütungsanreiz** ändern, ohne die **Versorgungsstruktur** zu ändern. Eine Hybrid-DRG für eine ambulante Operation funktioniert nur, wenn:

- Es einen ambulant operierenden Anbieter gibt, der die Indikation verlässlich erbringen kann (Verfügbarkeit);
- Eine vor- und nachsorgende ambulante Struktur existiert (Pfadlogik);

- Komplikative Fälle frühzeitig erkannt und gegebenenfalls in die stationäre Versorgung überführt werden können (Sicherheitsschleuse);
- Die Übergänge digital dokumentiert sind (Anschlussfähigkeit).

In Regionen mit ausgebauter MEDI-Struktur – wie Baden-Württemberg – sind diese Voraussetzungen weitgehend erfüllt. In Regionen ohne entsprechende Struktur sind sie es oft nicht. Die Hybrid-DRGs werden daher in ihrer Wirkung **regional unterschiedlich stark** wirken; sie werden dort am stärksten wirken, wo die ambulante Spiegelarchitektur etabliert ist.

Daraus folgt: Die bundesweite Wirksamkeit der Hybrid-DRGs verlangt eine bundesweite Skalierung der ambulanten Spiegelarchitektur. Das ist eine strukturpolitische Aufgabe für die FKG-Phase 2 und für das GKV-BStabG-Folgegesetz – und sie ist ohne Strukturreform nicht zu lösen.

7.6 Entlassmanagement und ambulante Anschlussversorgung

Eine besonders sichtbare Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ist das **Entlassmanagement** nach § 39 Abs. 1a SGB V. Es regelt, dass Krankenhäuser bei Entlassung die Anschlussversorgung sicherstellen müssen – durch Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenpflege, Soziotherapie und Rehabilitation für einen begrenzten Zeitraum.

In der Praxis funktioniert das Entlassmanagement nur unzureichend. Patienten verlassen die Klinik mit einem oft knappen Arztbrief, einer Medikationsumstellung ohne klare Begründung, einer Verordnung, die in der Apotheke nicht eingelöst werden kann, weil die ePA-Anbindung fehlt, und einem Anschlusstermin, der nicht garantiert ist. Die Folge: AMTS-Probleme, Wiederaufnahmen, Therapieabbrüche.

Im MEDI - HZV - Strukturprinzip ist das Entlassmanagement strukturell anders organisiert. Bei einem HZV-Patienten ist die hausärztliche Praxis schon vor der Entlassung in den Versorgungsbogen eingebunden – über elektronische Kommunikation mit dem Krankenhaus, über die ePA, über KIM. Die Medikationsumstellung wird im eMP dokumentiert; der Anschlusstermin in der hausärztlichen Praxis ist innerhalb definierter Frist garantiert; die fachärztliche Mitversorgung über das FacharztProgramm sichert spezielle Therapiekomponenten ab.

Diese strukturelle Anders-Organisation hat unmittelbare Outcome-Konsequenzen. Die HZV-Evaluation 2025 dokumentiert für die HZV-Kohorte signifikant geringere Wiederaufnahmequoten und niedrigere Komplikationsraten nach stationärem Aufenthalt – nicht weil die Patienten weniger krank wären, sondern weil die Anschlussversorgung systematisch besser ist.¹⁷⁴

Die strukturpolitische Konsequenz: Eine bundesweite Skalierung der MEDI-ähnlichen Strukturen würde das Entlassmanagement von einer systemischen Schwäche zu einer systemischen Stärke wandeln können. Das ist nicht durch eine weitere Anpassung des § 39 Abs. 1a SGB V leistbar; es ist nur durch eine **operative Versorgungsarchitektur** leistbar.

7.7 Politische Empfehlungen für eine Spiegelarchitektur

Aus der Analyse dieses Kapitels ergeben sich vier politische Empfehlungen, die in den FKG-Phase-2-Bericht und in das GKV-BStabG-Folgegesetz eingespeist werden sollten.

Empfehlung 1: Die Krankenhausreform um eine ambulante Spiegelreform ergänzen. Die Finanzkommission Gesundheit sollte in ihrer Phase-2-Empfehlung explizit darauf hinweisen, dass die Krankenhausreform ohne ambulante Spiegelreform ihre versorgungspolitische Wirkung nur partiell entfalten kann. Die Spiegelreform sollte den §§ 73b und 140a SGB V regelhaften Status verleihen, Refinanzierungs- und Bereinigungsregelungen klarstellen und RSA-Wirkung sichern.

Empfehlung 2: SüV in integrierte Versorgungsnetze einbinden. Die Länder, die SüV definieren, sollten dies in Abstimmung mit den selektivvertraglichen Strukturen ihrer Region tun. SüV in Baden-Württemberg sollten beispielsweise in das HZV-FacharztProgramm-Netz eingebettet werden; SüV in anderen Bundesländern in die dort verfügbaren integrierten Strukturen. Das verlangt eine strategische Abstimmung zwischen Landeskrankenhausplanung und Selektivvertragsstruktur.

Empfehlung 3: Hybrid-DRGs an ambulante Strukturanforderungen koppeln. Die Hybrid-DRGs sollten – analog zu den Mindestmengenregelungen im stationären Bereich – ambulante Strukturanforderungen vorsehen: definierte hausärztliche Anbindung, fachärztliche Mitwirkung, digitale Dokumentation, Outcome-Erfassung. Damit würde der ökonomische Anreiz der Ambulantisierung mit der versorgungspolitischen Strukturanforderung verbunden.

Empfehlung 4: Entlassmanagement digital und vertraglich neu denken. Das Entlassmanagement sollte in eine vertragsbasierte Sektorenübergangsstruktur überführt werden, in der Krankenhäuser, ambulante Praxen, Apotheken und Pflegedienste gemeinsam Verantwortung übernehmen – mit ePA-, eMP- und KIM-Anbindung als operativem Rückgrat. Eine Erprobung dieser Struktur in einer dritten gematik TI-Modellregion mit etablierter integrierter Versorgungsarchitektur (siehe Kapitel 10 und 14) wäre der naheliegende operative Schritt.

7.8 Zwischenbefund

Die Krankenhausreform und das KHAG sind im Grundsatz richtig, aber strukturell unvollständig. Sie reformieren die stationäre Seite, ohne die ambulante Seite zu ertüchtigen. Sie produzieren damit ein Strukturparadox: weniger stationäre Kapazität bei unveränderter ambulanter Aufnahmefähigkeit – mit der Folge, dass Patientenströme sich entweder verschieben (Wasserbett-Effekt nach Roemer) oder Versorgungslücken entstehen.

Die ambulante Spiegelarchitektur muss vier Anforderungen erfüllen: Aufnahmefähigkeit, Pfadlogik, Qualitätssicherung und digitale Anschlussfähigkeit. Diese vier Anforderungen entsprechen genau den Kernkomponenten des MEDI - HZV - Strukturprinzips. Eine bundesweite Skalierung dieser Architektur – im Rahmen der vorhandenen §§ 73b und 140a

SGB V – würde der Krankenhausreform die operative Tragfähigkeit verleihen, die ihr derzeit fehlt.

Die nachfolgenden Kapitel zeigen, wie sich dieselbe Logik auf andere Reformbaustellen 2026/2027 anwenden lässt: auf die Notfallreform und das Primärarztsystem (Kapitel 8), auf die Ambulantisierung (Kapitel 9), auf die digitale Steuerungsinfrastruktur (Kapitel 10), auf den EHDS (Kapitel 11), auf die Künstliche Intelligenz (Kapitel 12). Sie alle haben die gleiche Struktur: Sie sind im Grundsatz richtig, aber sie funktionieren nur in einer integrierten Versorgungsarchitektur. Diese Architektur muss aufgebaut werden – im Reformfenster 2026/2027.

8. Notfallreform und Primärarztsystem: Synergien statt neuer Doppelstrukturen

8.1 Eine doppelte Reformbaustelle, eine gemeinsame Strukturlogik

Im Frühjahr 2026 stehen zwei Reformvorhaben in der deutschen Gesundheitspolitik unmittelbar nebeneinander, die in der politischen Kommunikation getrennt verhandelt werden, **strukturpolitisch aber nicht voneinander zu trennen sind**: die Notfallreform, deren Gesetzentwurf das Bundeskabinett am 22. April 2026 beschlossen hat,¹⁸¹ und der Dialogprozess zum Primärarztsystem, den Bundesgesundheitsministerin Nina Warken am 29. Januar 2026 unter Einbindung von KBV, Hausärztinnen- und Hausärzterverband, GKV-Spitzenverband, BÄK, BPtK, SpiFa, KZBV und weiteren Akteuren gestartet hat.¹⁸² Beide Vorhaben adressieren ein und dasselbe strukturelle Grundproblem: die fehlende verbindliche Patientensteuerung in der ambulanten Versorgung.

Die deutsche Versorgungsforschung dokumentiert diese Lücke in zwei zentralen Befunden. **Erstens** sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser flächendeckend überlastet; im Jahr 2024 wurden 12,4 Millionen ambulante Notfälle in deutschen Krankenhäusern versorgt – mit weiter steigender Tendenz seit Ende der COVID-19-Pandemie.¹⁸³ **Zweitens** zeigt eine Befragung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) im Frühjahr 2025, dass 88 Prozent der Patientinnen und Patienten in bayerischen Notaufnahmen sich selbst als „dringlich“ oder „Notfall“ einschätzten, dass aber gleichzeitig nur 61,8 Prozent der Befragten die Servicenummer 116117 überhaupt kannten und nur 23,7 Prozent der Teilnehmenden eine digitale Selbsteinschätzung nutzen würden.¹⁸⁴ Eine prospektive monozentrische Beobachtungsstudie an der LMU München (Klinikum Innenstadt, Mai 2018 – August 2019) ergab, dass 33 Prozent der selbstständig vorgestellten Patienten aufgrund einer ärztlichen Empfehlung oder Einweisung in die Notaufnahme kamen und dass die Kenntnis alternativer Versorgungswege (Bereitschaftsdienst, Notfallpraxen, 116117) bei den Selbstvorstellern „gering“ war.¹⁸⁵ Eine GKV-Spitzenverband-Erhebung von 2018 dokumentiert, dass mehr als jeder zweite Notaufnahmebesuch ambulant in einer Praxis behandelbar gewesen wäre – sofern eine alternative Struktur verfügbar gewesen wäre.¹⁸⁶

Diese drei Befunde beschreiben dieselbe Grundsituation: Die Bevölkerung sucht in akuten Versorgungssituationen den Weg, der ihr zugänglich, sichtbar und niedrigschwellig erscheint. Wenn dieser Weg die Notaufnahme ist, geht sie in die Notaufnahme – unabhängig davon, ob die Indikation stationär oder ambulant ist. Eine wichtige methodische Einschränkung muss hier angemerkt werden: Eine viel beachtete Studie der DIVI-Sektion Klinische Akut- und Notfallmedizin unter Prof. André Gries am Universitätsklinikum Leipzig (2019, 34.000 Patienten) hat darauf hingewiesen, dass auch unter den Selbsteinweisern ein erheblicher Teil **objektiv stationär behandlungsbedürftig** war: Jeder sechste Selbsteinweiser wurde stationär aufgenommen.¹⁸⁷ Die Schlussfolgerung der DIVI lautet daher, dass die häufig vertretene These „die Hälfte der Notaufnahmepatienten könnte ambulant versorgt werden“ zu undifferenziert ist – aber dass die Notwendigkeit einer **verbindlichen Steuerung** unstrittig ist.

Vor diesem Hintergrund argumentiert das vorliegende Kapitel: Notfallreform und Primärarztsystem sind nicht zwei getrennte Reformvorhaben, sondern zwei Gesichter derselben Strukturentscheidung. Sie können nur in einer kohärenten integrierten Architektur funktionieren. Wer sie isoliert verhandelt, produziert Doppelstrukturen statt Synergien – genau das, wovor Marburger Bund, KBV und Hartmannbund seit der Verbändeanhörung im Herbst 2025 mit zunehmender Schärfe warnen.¹⁸⁸¹⁸⁹¹⁹⁰

Im Folgenden wird die Architektur der Notfallreform analytisch dekomponiert (8.2), dem Stand des Primärarztsystem-Dialogs gegenübergestellt (8.3), die strukturellen Inkohärenzen der parallelen Verhandlung dargestellt (8.4) und der wissenschaftliche Kenntnisstand zur Wirksamkeit von Gatekeeping- und Primärsteuerungsmodellen aufgearbeitet (8.5). Anschließend wird gezeigt, wie das MEDI - HZV - Strukturprinzip die beiden Reformvorhaben in eine gemeinsame integrierte Architektur überführen kann (8.6), bevor das Kapitel mit konkreten politischen Empfehlungen schließt (8.7).

8.2 Die Architektur der Notfallreform vom 22. April 2026

Die Notfallreform vom 22. April 2026 verfolgt drei strukturelle Ziele: erstens die Vernetzung der bislang getrennten telefonischen Anlaufstellen 112 (Rettungsdienst) und 116117 (KV-Notdienst) in einem **Gesundheitsleitsystem** mit standardisierter Ersteinschätzung und digitaler Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat; zweitens die flächendeckende Etablierung **Integrierter Notfallzentren (INZ)** an ausgewählten Krankenhäusern, bestehend aus Notaufnahme, KV-Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle, die Hilfesuchende der jeweils richtigen Struktur zuweist; drittens die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu einer 24/7-telemedizinischen Beratung sowie aufsuchenden Diensten für Akutfälle.¹⁸¹¹⁹¹

Strukturell bemerkenswert sind drei Detailregelungen. **Erstens** soll innerhalb der INZ eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat stattfinden, und die Kooperationspartner (Krankenhausträger, KV, Kooperationspraxen) sind ausdrücklich befugt, „die für eine bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten der Hilfesuchenden zu verarbeiten und sich wechselseitig zu übermitteln“.¹⁹² **Zweitens** soll spätestens 24 Monate nach Verkündung des Gesetzes die Vermittlung im Rettungsdienst nur noch auf Grundlage einer „softwarebasierten standardisierten Notrufabfrage“ erfolgen – ein technologischer Standardisierungssprung, der die Investitionsdimension der Reform prägt.¹⁹² **Drittens** wird ein eingeschränktes ärztliches Dispensierrecht in Notdienstpraxen von INZ eingeführt, sofern die apothekenseitige Versorgung nicht gewährleistet ist.¹⁹¹

Die finanzwirtschaftliche Architektur ist asymmetrisch: Während die Infrastruktur der Rettungsdienste und Krankenhäuser im Wesentlichen aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität getragen werden soll, sollen die Mittel für die KV-Akuteitstellen, die Organisation der Notdienstpraxen und die Kooperationen mit Rettungsdiensten und Krankenhäusern jeweils zur Hälfte von KVen und Krankenkassen getragen werden.¹⁸⁹ Die KBV bezeichnet diese Asymmetrie zu Recht als „inkonsistent“: Eine Reform, die KVen zusätzliche gesellschaftliche Aufgaben (kommunale Daseinsvorsorge,

Krisendienste, Obdachlosenhilfe) zuweist, sollte aus Sicht der KBV folgerichtig auch aus dem Sondervermögen mitfinanziert werden, statt aus GKV-Beiträgen und KV-Verwaltungskosten.¹⁸⁹

8.3 Der Dialogprozess zum Primärarztsystem: Stand 30. April 2026

Der zweite Reformstrang läuft parallel, aber organisatorisch getrennt: der Dialogprozess zum Primärarztsystem, den Ministerin Warken am 28. Januar 2026 mit zwei thematischen Stoßrichtungen eröffnet hat – einer zum Primärarztsystem als Patientensteuerungsinstrument, einer zur fachärztlichen Terminierung.¹⁸² Im Hintergrund stehen zwei politische Bezüge.

Erstens der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vom Frühjahr 2025, der für die Legislaturperiode 2025–2029 ein „verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag“ verankert, mit Ausnahmeregelungen für Augenheilkunde und Gynäkologie sowie für Patienten mit spezifischen schweren chronischen Erkrankungen.¹⁹³ **Zweitens** die mit über 600.000 Unterstützenden größte Bundestagspetition der vergangenen Jahre, die der Hausärztinnen- und Hausärzteverband gemeinsam mit dem Verband medizinischer Fachberufe ins Parlament eingebracht hat. Sie fordert die Stärkung und Weiterentwicklung der Hausarztzentrierten Versorgung als **freiwilliges** Primärarztsystem nach § 73b SGB V, eine Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen und die Stärkung der medizinischen Fachangestellten.¹⁹⁴ BMG-Staatssekretär Tino Sorge erklärte bei der Petitionsanhörung am 13. Oktober 2025 selbst, dass die konkrete Ausgestaltung „sehr komplex“ sei und dass „bis Ende des Jahres“ – also Ende 2025 – „eine Lösung noch nicht auf dem Tisch liegen“ werde.¹⁹⁵ Eine zentrale offene Frage formulierte Sorge wörtlich: „Was mit denjenigen ist, die sich diesem Primärarztsystem nicht unterwerfen wollen. Da ist noch nicht klar, ob man mit Zwang arbeiten möchte.“¹⁹⁶

Diese Frage ist die strukturpolitische Schlüsselfrage. Sie spaltet die deutsche Reformdebatte in zwei Lager.

Das **Pflichtmodell-Lager** argumentiert, ein Primärarztsystem könne seine Steuerungswirkung nur entfalten, wenn die Patienten verbindlich an ihre gewählte Hausarztpraxis gebunden sind. Es beruft sich auf die internationalen Evidenzbefunde aus Niederlanden, Dänemark und Großbritannien, in denen Pflichtsysteme in Verbindung mit Registrierungspflicht etabliert sind. Eine aktuelle vergleichende Analyse von neun europäischen Gesundheitssystemen plus Israel im *Monitor Versorgungsforschung* dokumentiert systematisch die Mechanismen, mit denen Primärsteuerung in diesen Systemen organisiert ist.¹⁹⁷

Das **Freiwilligkeits-Lager** argumentiert, ein Pflichtsystem widerspreche der deutschen Tradition der freien Arztwahl und sei politisch nicht durchsetzbar; ein freiwilliges System mit Anreizen sei wirkungsadäquat, wenn es auf der etablierten HZV-Architektur aufbaue. Hierauf beruft sich der Hausärztinnen- und Hausärzteverband mit dem Hinweis, dass bundesweit bereits über 10 Millionen Versicherte (rund 15 Prozent der GKV) freiwillig an

HZV-Verträgen teilnehmen¹⁹⁸ – und eine repräsentative Civey-Umfrage vom September 2025 unter 5.000 Bundesbürgern, in der 63 Prozent angaben, sie wären bereit, an einem Hausarztprogramm teilzunehmen, wenn dies ihre Versorgung verbessert.¹⁹⁹

Die fachärztlichen Berufsverbände sehen das Pflichtmodell skeptisch. Der Bundesverband der HNO-Ärzte hat in einem Positionspapier vom August 2025 explizit vor einem „reinen Hausarztmodell“ als „gefährlichem Flaschenhals“ gewarnt – mit dem Argument, dass angesichts des Hausärztemangels (rund 5.000 unbesetzte Sitze) und der hohen Teilzeitquote in der Allgemeinmedizin die Hausarztpraxen nicht aufnahmefähig genug seien, um die volle Steuerungslast zu tragen.²⁰⁰ Eine Auswertung des Zi auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023 (51.985 Hausärzte VZÄ) ergibt, dass in einem Pflichtmodell auf eine durchschnittliche Hausarztpraxis bis zu 2.000 zusätzliche Behandlungsfälle pro Jahr zukommen könnten – eine moderate, aber spürbare Mehrbelastung.²⁰¹

8.4 Die strukturelle Inkohärenz der parallelen Verhandlung

Die strukturelle Inkohärenz zwischen Notfallreform und Primärarztsystem zeigt sich in einer in dieser Breite seltenen Stakeholder-Konvergenz. Marburger Bund, KBV, Hausärzterverband, SpiFa, BVKJ, Hartmannbund, Katholischer Krankenhausverband, vdek, DKG, GKV-Spitzenverband – sie alle warnen seit Herbst 2025 mit zunehmender Schärfe vor der isolierten Verhandlung der Notfallreform.¹⁸⁸¹⁸⁹²⁰²

Die Kritikpunkte konvergieren auf vier Punkte.

Erstens: Die fehlende Verbindlichkeit der Patientensteuerung. Der KBV-Vorstand stellte in seiner ersten Reaktion auf den Referentenentwurf fest, dass „weiterhin keinerlei Verbindlichkeiten für Patientinnen und Patienten“ vorgesehen seien.¹⁹⁰ Der Marburger Bund, der KBV und der Hausärzterverband haben bereits 2017 in einem gemeinsamen Positionspapier eine umfassende Notfallreform mit verbindlicher Patientensteuerung gefordert; dieselben Verbände bekräftigen 2025/2026, dass eine Notfallreform ohne ein darauf abgestimmtes Primärarztsystem **das Steuerungsproblem nicht löst, sondern verschiebt**.²⁰³ Bernadette Rümmelin, Geschäftsführerin des Katholischen Krankenhausverbands Deutschland, warnte bereits in der Verbändeanhörung 2024 davor, „eine Reform der Notfallversorgung ohne Einbettung in die ebenfalls geplante Krankenhausreform durchzuführen“.²⁰²

Zweitens: Der 24/7-aufsuchende Notdienst als ressourcenpolitische Illusion. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Verpflichtung der KVen zu einer 24/7-telemedizinischen und aufsuchenden Versorgung wird von KBV, Marburger Bund und Hartmannbund als ressourcenpolitisch nicht umsetzbar bezeichnet. KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister formuliert: „Kritisch ist nach wie vor das Festhalten an z. B. einem 24/7-aufsuchenden Notdienst zusätzlich zur Regelversorgung, der ist mit Personal nicht zu besetzen, dieses Personal gibt es nicht.“²⁰⁴ Der Hartmannbund-Vorsitzende Dr. Klaus Reinhardt erklärt: „Das Zusatzangebot eines rund um die Uhr fahrenden Notdienstes unter Beibehaltung der regulären Sprechzeiten ist eine komplett illusorische Vorstellung.“¹⁸⁸ Der AOK-

Bundesverband sieht in der vorgesehenen Form ein „konkurrierendes und schwer abgrenzbares zusätzliches Angebot während der Praxisöffnungszeiten“, das Doppelstrukturen mit erheblichem Ressourcenaufwand bedinge.²⁰⁵

Dritter Punkt: Die digitale Konzeption bleibt unklar. Susanne Johna, 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, kritisiert, dass „die benötigte umfassende, medienbruchfreie Digitalisierung, die eine Grundvoraussetzung für eine effektive sektorenverbindende Notfallversorgung sei, vollkommen unklar bleibe – sowohl für die Ausgestaltung als auch hinsichtlich der Zuständigkeiten und der notwendigen Finanzierung“.²⁰⁶ Die Reform nennt „digitale Fallübergabe“, „interoperables Datenformat“ und „softwarebasierte standardisierte Notrufabfrage“ als Anforderungen – ohne den TI-Bezug zu klären, ohne die ePA-, KIM- und TI-Messenger-Anbindung zu spezifizieren, ohne den FHIR/MIO-Anschluss zu definieren.¹⁹²

Viertens: Die unterschiedlichen Ersteinschätzungssysteme. Der Marburger Bund weist auf eine systemlogisch nicht nachvollziehbare Konstruktion hin: Im Gesundheitssystem, in den INZ und in Krankenhäusern ohne INZ sollen unterschiedliche Ersteinschätzungssysteme eingesetzt werden. Eine durchgehend kohärente Steuerung setzt aber einheitliche Triage-Logik voraus.²⁰⁶ Der SpiFa-Vorsitzende Dr. Dirk Heinrich kritisiert zusätzlich, dass entgegen der wissenschaftlichen Expertise des Sachverständigenrats Gesundheit die Leitung und Organisation der zentralen Erstaufnahmestelle in den INZ in die Verantwortung der Krankenhäuser gelegt werden soll – statt sie sektorenneutral zu organisieren.²⁰²

Die KBV-Bewertung des Kabinettsbeschlusses vom 22. April 2026 ist die schärfste in der Reformhistorie der vergangenen Jahre: Der Entwurf strotze „von ministeriellen Wunschfantasien, die allesamt an der Versorgungsrealität scheitern werden“. Der Vorstand stellt klar: „Wir lassen uns nicht vor den Karren einer zum Scheitern verurteilten Reformpolitik spannen.“²⁰⁷

8.5 Die wissenschaftliche Evidenz zu Primärsteuerung und Gatekeeping

Die wissenschaftliche Evidenz zu Primärsteuerungs- und Gatekeeping-Modellen ist in den letzten 25 Jahren systematisch aufgearbeitet worden. Sie ist differenzierter, als die politische Debatte häufig suggeriert – und sie stützt das Strukturprinzip dieses Papiers.

Befund 1: Gatekeeping wirkt auf Inanspruchnahme und Pfadlogik, aber nicht uniform auf alle Outcomes. Ein systematischer Review im Auftrag des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Velasco-Garrido et al., 2009) auf Basis von Medline, EMBASE und Cochrane Library identifizierte für Gatekeeping-Modelle konsistente Effekte auf Inanspruchnahme und Pfadlogik (weniger unkoordinierte Facharztkontakte, mehr Hausarztkontakte), aber nur partielle Effekte auf klinische Outcomes – wobei die Heterogenität der Studien und die Komplexität der jeweiligen Modellausgestaltung als methodische Grenzen benannt werden.²⁰⁸ Das ist konsistent mit der Befundlage, dass Gatekeeping eine **notwendige, aber nicht hinreichende** Bedingung für integrierte Versorgung ist.

Befund 2: Die Wirksamkeit hängt von der konkreten Ausgestaltung ab. Eine vergleichende Analyse von neun europäischen Gesundheitssystemen plus Israel (Monitor Versorgungsforschung 2025) zeigt, dass die Wirksamkeit von Primärsteuerung systematisch davon abhängt, wie das Modell konkret ausgestaltet ist: Registrierungspflicht, finanzielle Anreize, Wartezeitgarantien, fachärztliche Integration, digitale Infrastruktur und Outcome-Logik.¹⁹⁷ Modelle mit stark ausgeprägter Steuerungsverbindlichkeit (Niederlande, Dänemark, Großbritannien) zeigen stärkere Effekte als Modelle mit weicher Steuerung (Frankreich, Italien). Das HZV-Modell Baden-Württemberg liegt in dieser Typologie auf der mittleren Steuerungsstärke (freiwillige Einschreibung, vertragliche Verbindlichkeit, fachärztliche Pfadintegration) – und zeigt dennoch robuste Effekte.

Befund 3: Internationaler Vergleich Deutschland-Niederlande. Eine WHO-Studie zu Inanspruchnahme- und Versorgungsverhalten in der primärärztlichen Versorgung dokumentiert, dass das niederländische System mit 8,8 Arztkontakten pro Versichertem und Jahr (vs. 9,8 in Deutschland) und einer 30-Tage-Mortalität nach Herzinfarkt von 3,5 pro 100 Fällen (vs. 7,9 in Deutschland) bei deutlich niedrigeren BIP-Anteil (rund 10 Prozent vs. 12,3 Prozent in Deutschland) sowohl die Effizienz- als auch die Outcome-Indikatoren signifikant besser erreicht.²⁰⁹ Diese Differenzen sind multifaktoriell, aber die Versorgungssteuerung über das Hausarztsystem ist einer der wichtigsten Strukturfaktoren.

Befund 4: HZV-Effekt aus deutscher Versorgungsforschung. Eine postalische Befragung von 962 HZV-Teilnehmenden vs. 644 Nichtteilnehmenden einer GKV-Krankenkasse zeigt, dass die Lotsenfunktion des Hausarztes von den meisten Versicherten akzeptiert wird, aber Optimierungsbedarf in der täglichen Umsetzung besteht.²¹⁰ Die HZV-Evaluation Baden-Württemberg über 17 Jahre dokumentiert die in den Kapiteln 1, 3 und 6 dieses Papiers aufgeführten Befunde: 3,1 Millionen mehr Hausarztkontakte und 1,36 Millionen weniger unkoordinierte Facharztbesuche; 9.200 vermiedene schwerwiegende Komplikationen bei Diabetikern; 7.500 weniger PRISCUS-Verordnungen; niedrigere Gesamtausgaben pro Versichertem.²¹¹²¹² Diese Befunde sind die methodisch robusteste Evidenz für die Wirksamkeit eines deutschen Primärsteuerungsmodells.

Befund 5: Akzeptanz der digitalen Ersteinschätzung. Die Zi-Befragung von 2025 dokumentiert, dass 23,7 Prozent der Notaufnahmenpatienten in Bayern eine digitale Selbsteinschätzung mit anschließendem Terminangebot in einer geeigneten Praxis nutzen würden; weitere 9,1 Prozent waren unentschlossen.¹⁸⁴ In Summe wären rund ein Drittel der Patienten für ein digitales Triage-Angebot erreichbar – eine substanzielle Größenordnung, die für die Erprobung in einer dritten gematik TI-Modellregion mit etablierter integrierter Versorgungsstruktur prädestiniert ist.

Die wissenschaftliche Konvergenz ist deutlich: Primärsteuerung wirkt, wenn sie strukturell verankert, vertraglich verbindlich, fachärztlich integriert, digital gestützt und Outcome-orientiert organisiert ist. Sie wirkt nicht, wenn sie als isolierte Zugangshürde ohne diese fünf Komponenten implementiert wird. Genau das ist die Differenz zwischen einer **Gatekeeping-Logik** im engen Sinne und einer **Lotsenfunktion** im Sinne des MEDI - HZV - Strukturprinzips.

8.6 Die integrierte Architektur: Notfallreform und Primärarztsystem im MEDI - HZV - Strukturprinzip

Wenn man die Erkenntnisse aus Kapitel 6 (MEDI als Betriebssystem) und Kapitel 7 (Krankenhausreform braucht ambulante Spiegelarchitektur) auf die Konstellation des Frühjahrs 2026 anwendet, ergibt sich eine kohärente integrierte Architektur, die den Stakeholder-Kritikpunkten begegnet und die wissenschaftliche Evidenz operativ umsetzt.

Diese Architektur arbeitet mit fünf strukturellen Komponenten, die ineinandergreifen.

Komponente 1: Hausärztliche Primärkoordination als verbindliche Ersteinschätzungs- und Triage-Ebene. Eingeschriebene HZV-Versicherte haben bereits eine hausärztliche Praxis als Versorgungsanker. Diese Praxis übernimmt – im Rahmen der Primärkoordinationsfunktion (siehe Kapitel 6.2) – die erste Triage in akuten Versorgungssituationen während der Praxisöffnungszeiten. Sie entscheidet auf Basis strukturierter Triage, ob ein Praxistermin (innerhalb von 24 Stunden), ein telemedizinisches Konsil mit fachärztlicher Mitwirkung (innerhalb von Stunden) oder die Überleitung in das integrierte Notfallzentrum indiziert ist. Diese Triage entlastet die 116117-Akuteleitstellen für Anrufende, die bereits eine hausärztliche Anbindung haben – ohne dass die KV-Akuteleitstelle in Konkurrenz zur hausärztlichen Versorgung tritt.

Komponente 2: Fachärztliche Akutintegration über das FacharztProgramm. Die im Strukturprinzip integrierten 13 fachärztlichen Disziplinen (Kardiologie, Gastroenterologie, Psychotherapie, Neurologie, Psychiatrie, Orthopädie, Chirurgie, Urologie, Diabetologie, Rheumatologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Nephrologie, Pneumologie) sind über Wartezeitgarantien an die hausärztliche Triage angebunden.²¹³ Akutfälle erhalten innerhalb definierter Frist einen Termin (im FacharztProgramm üblicherweise 14 Tage, in akuten Konstellationen über strukturierte Akutüberweisung schneller). Diese Komponente löst genau das Problem, das der Bundesverband der HNO-Ärzte als „Flaschenhals“ beschreibt: Hausärztliche Triage funktioniert nur, wenn die fachärztliche Anschlussversorgung in den Pfad eingebunden ist – nicht erst nach Wartezeiten.²⁰⁰

Komponente 3: Integrierte Notfallzentren als sektoreenneutrale Schnittstelle. Die INZ der Notfallreform werden durch die Primärsteuerung der HZV nicht überflüssig, sondern besser steuerbar. Patienten, die sich selbständig in der Notaufnahme vorstellen, durchlaufen die zentrale Ersteinschätzungsstelle des INZ. Diese Stelle kann – über digitale Anbindung an die Primärsysteme der HZV-Praxen – feststellen, ob der Patient HZV-eingeschrieben ist, welche hausärztliche Praxis ihn versorgt, welche Vorbefunde in der ePA verfügbar sind, welche Medikation aktuell ist (eMP). Auf dieser Basis kann die Steuerung zwischen Notaufnahme, KV-Notdienstpraxis und Rückführung in die HZV-Praxis qualifiziert erfolgen – nicht „blind“, wie in der heutigen Selbstvorstellungslogik. Die Datenübergabe erfolgt im interoperablen Format, das die Notfallreform vorsieht.¹⁹²

Komponente 4: Digital integrierte Akutsteuerung über TI-Anwendungen. Der TI-Messenger, ePA-Kurzakte, eMP, KIM und FHIR/MIO sind die operativen Werkzeuge für die digitale Vernetzung. Die TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken haben seit 2024/2025 in der Pilotierung des TI-Messengers Erfahrung mit genau dieser Form

der sektorenübergreifenden Akutkommunikation gesammelt; Bayern Innovativ (Sebastian Hilke) und KV Bayern haben dies in mehreren Projekten konsolidiert.²¹⁴ Eine Erweiterung der Pilotierung auf eine dritte Modellregion mit etablierter HZV-Architektur – wie sie MEDI Baden-Württemberg in der Markterkundung vom 26. Februar 2026 strukturell anbieten würde – würde diesen Erkenntnistransfer auf eine Region mit vollintegrierter Versorgungsstruktur verlängern und damit eine kombinierte Versorgungs- und Digitalevaluation ermöglichen, die in den bestehenden Modellregionen so nicht abbildbar ist.

Komponente 5: Outcome- und Lernlogik über Routinedaten und PROMs. Die Wirkung der integrierten Architektur muss systematisch erfasst werden – durch Wiederaufnahmequoten, Notaufnahmenfrequenz, Anteil der ambulant versorgbaren Akutfälle, Patient-Reported Outcome Measures, Akzeptanzindikatoren. Die HZV-Evaluation in Baden-Württemberg liefert seit 2011 die methodische Vorlage für diese Outcome-Logik; das IGES Institut hat in den TI-Modellregionen die wissenschaftliche Begleitung für die ePA-Pilotierung übernommen.²¹⁵ Eine Übertragung beider Evaluationsmethodiken auf die integrierte Notfall-Primärarzt-Architektur würde Evidenz für die bundesweite Skalierung schaffen.

Diese fünf Komponenten überführen die beiden parallel verhandelten Reformvorhaben in eine gemeinsame Architektur. Sie lösen die Stakeholder-Kritikpunkte aus 8.4: Sie schaffen Verbindlichkeit der Patientensteuerung (über die HZV-Einschreibung); sie vermeiden den 24/7-aufsuchenden Doppelnottdienst, weil die HZV-Primärkoordination während der Öffnungszeiten triagierte und der KV-Akutdienst die Lücken füllt, ohne mit der Regelversorgung zu konkurrieren; sie definieren die digitale Konzeption über die TI-Anwendungen (ePA, eMP, KIM, TI-Messenger, FHIR/MIO); und sie etablieren ein einheitliches Triage- und Outcome-System.

Die Architektur ist nicht hypothetisch. Sie greift auf bestehende vertragsrechtliche Grundlagen zurück (§§ 73b und 140a SGB V), auf etablierte digitale Infrastruktur (TI-Anwendungen der gematik), auf eine über 17 Jahre evaluierte Versorgungsstruktur (HZV Baden-Württemberg) und auf eine erprobte Modellregionen-Logik (gematik TI-Modellregionen). Sie verlangt keine neue Gesetzgebung, sondern eine **gemeinsame Verhandlung** der bislang parallel laufenden Reformstränge und eine konsequente Anschlussfähigkeit an die digitale Reformagenda.

8.7 Politische Empfehlungen

Aus der Analyse dieses Kapitels ergeben sich fünf politische Empfehlungen für die parlamentarische Beratung der Notfallreform und die Fortführung des Dialogprozesses Primärarztssystem.

Empfehlung 1: Notfallreform und Primärarztssystem in einer integrierten Architektur verhandeln. Die parlamentarische Beratung der Notfallreform sollte explizit auf den parallel laufenden Dialogprozess Primärarztssystem Bezug nehmen. Der Gesetzentwurf

zum Primärarztsystem, der für den weiteren Verlauf 2026 erwartet wird, sollte umgekehrt die Notfallarchitektur mitberücksichtigen. Eine getrennte Verhandlung produziert die Doppelstrukturen, vor denen alle ärztlichen Verbände warnen.

Empfehlung 2: HZV als Trägerstruktur des freiwilligen Primärarztsystems anerkennen. Das Primärarztsystem sollte – analog zur Forderung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands und zum Koalitionsvertrag – auf der etablierten HZV-Architektur aufbauen, nicht parallel zu ihr eine neue Pflichtstruktur etablieren. Die regulatorischen Rahmenbedingungen – Refinanzierung, Bereinigung, RSA-Wirkung, Bestandsschutz – sollten geklärt werden, damit die HZV-Skalierung in den Bundesländern ohne flächendeckendes Modell beschleunigt werden kann. Bei den Patienten ohne HZV-Einschreibung sollte das Primärarztsystem in einer kollektivvertraglichen Variante über die KVen organisiert werden, mit denselben Strukturanforderungen.

Empfehlung 3: Den 24/7-aufsuchenden Notdienst zugunsten einer integrierten Akutversorgungslogik überarbeiten. Die Verpflichtung der KVen zu einem 24/7-aufsuchenden Notdienst zusätzlich zur Regelversorgung sollte durch eine **integrierte Akutversorgungslogik** ersetzt werden, in der die Hausarztpraxen während der Öffnungszeiten die Erstpräsentation triagieren, die fachärztliche Akutkonsiltechnik (telemedizinisch über TI-Messenger) die Spezialfragen abdeckt, die KV-Notdienstpraxen außerhalb der Öffnungszeiten greifen und die INZ die echten Notfälle übernehmen. Diese Logik vermeidet Doppelstrukturen und entspricht dem Ressourcenrahmen.

Empfehlung 4: Digitale Architektur über TI-Modellregionen-Strategie operativ verankern. Die digitale Komponente der Notfallreform – Gesundheitsleitsystem, INZ-Datenübergabe, Standardisierte Notrufabfrage, Triage-Software, ePA-Anbindung, eMP-Nutzung – sollte in einem operativen Erprobungsraum mit etablierter integrierter Versorgungsstruktur pilotiert werden. Die Anerkennung von MEDI Baden-Württemberg als dritter gematik TI-Modellregion (siehe Kapitel 10 und 14) wäre der naheliegende Weg, eine kombinierte Versorgungs- und Digitalevaluation für die Notfallreform-Architektur zu schaffen. Die Markterkundung vom 26. Februar 2026 dokumentiert die strukturelle Eignung: über 3.000 ambulant tätige Haus- und Fachärzte adressierbar, sektorenübergreifende pfadorientierte Rekrutierung, etablierte Feedback- und Incident-Strukturen, Erfahrung mit ePA, E-Rezept, eAU und KIM.²¹⁶

Empfehlung 5: Wissenschaftliche Begleitevaluation methodisch konsolidieren. Die HZV-Evaluation des Universitätsklinikums Heidelberg und der Goethe-Universität Frankfurt (Routinedatenbasis, Längsschnitt seit 2011) und die ePA-Evaluation des IGES Instituts (TI-Modellregionen 2025) sollten methodisch in eine gemeinsame Evaluationsarchitektur überführt werden. Diese Architektur erlaubt es, die Wirkungen der integrierten Notfall-Primärarzt-Struktur sowohl auf der Versorgungs- als auch auf der Digitalebene robust zu erfassen – mit Routinedaten, PROMs/PREMs, Akzeptanzindikatoren und Outcome-Differentialen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sollte diese Evaluation in seinen Gutachtenschwerpunkten 2027/28 begleiten.

8.8 Zwischenbefund

Die Notfallreform vom 22. April 2026 und der Dialogprozess zum Primärarztsystem sind zwei Reformstränge, die das gleiche strukturelle Grundproblem adressieren: die fehlende verbindliche Patientensteuerung in der ambulanten Versorgung. Sie werden derzeit getrennt verhandelt; sie stoßen in dieser Trennung auf eine in der deutschen Gesundheitspolitik selten breite Stakeholder-Kritik – von der KBV über Marburger Bund, Hartmannbund, SpiFa und Hausärzteverband bis zum Katholischen Krankenhausverband, AOK-Bundesverband, vdek, BKK Dachverband und der Bundespsychotherapeutenkammer.

Die wissenschaftliche Evidenz, die in den Cochrane- und SVR-Reviews, in der vergleichenden Analyse des *Monitor Versorgungsforschung* 2025 und in der HZV-Evaluation Baden-Württemberg 2025 vorliegt, ist klar: Primärsteuerung wirkt, wenn sie strukturell verankert, vertraglich verbindlich, fachärztlich integriert, digital gestützt und Outcome-orientiert organisiert ist. Sie wirkt nicht als isolierte Zugangshürde.

Das MEDI - HZV - Strukturprinzip bietet eine kohärente Architektur, die die fünf Komponenten miteinander verbindet und Notfallreform sowie Primärarztsystem in eine gemeinsame Logik integriert. Diese Architektur löst die zentralen Stakeholder-Kritikpunkte – Verbindlichkeit der Patientensteuerung, Vermeidung von Doppelstrukturen, klare digitale Konzeption, einheitliche Triage-Logik – und greift auf bestehende vertragsrechtliche, digitale und versorgungsstrukturelle Grundlagen zurück.

Die nächsten Kapitel zeigen, wie sich diese Logik auf die weiteren Reformbaustellen 2026/2027 anwenden lässt: Kapitel 9 entfaltet die Ambulantisierung als Pfadlogik statt Vergütungsverschiebung; Kapitel 10 die digitale Steuerungsinfrastruktur einschließlich der TI-Modellregionen-Strategie; Kapitel 11 den europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS); Kapitel 12 die Künstliche Intelligenz als Nutzenpfad; Kapitel 13 die internationale Einordnung; Kapitel 14 Baden-Württemberg als Referenzraum mit der konkreten gematik TI-Modellregionen-Optionalität; die Kapitel 15 und 16 die politische Umsetzungsa-genda und den Schluss.

9. Ambulantisierung: Pfade statt Vergütungsverschiebung

9.1 Eine Reformrichtung mit hoher Konsensdichte und unklarer Operationalisierung

Die Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen ist die Gesundheitsreform mit dem höchsten Konsensgrad in der deutschen Reformdebatte. Ärzteschaft, Krankenkassen, Patientenorganisationen, OECD, SVR Gesundheit, WIdO, Bertelsmann Stiftung und IGES Institut stimmen darin überein, dass Deutschland im internationalen Vergleich erhebliche Ambulantisierungspotenziale aufweist und dass diese Potenziale nicht aus Mangel an klinischer Machbarkeit, sondern aus Mangel an strukturellen Voraussetzungen unausgeschöpft bleiben.²¹⁷²¹⁸²¹⁹²²⁰

Das Ausmaß des Potenzials ist empirisch gut dokumentiert. Eine im *Deutschen Ärzteblatt* publizierte deutschlandweite Analyse von Krankenhaus-Entlassungsdaten 2022 (Pioch, Busse, Mansky, Nimptsch) identifiziert rund 3,2 Millionen Behandlungsfälle (21,8 Prozent aller stationären Fälle) als potenziell ambulantisierbar – mit besonders hohen Anteilen bei Kindern und Jugendlichen (31,3 Prozent) sowie Erwachsenen im Erwerbsalter (24,3 Prozent unter dem IGES-Modell).²²⁰ Die Berliner TU-Auswertung auf Grundlage des IGES-Gutachtens 2022 schätzt das Potenzial sogar auf 15,7 Millionen Fälle (19,3 Prozent aller vollstationären Behandlungsfälle).²²¹ Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) vom Dezember 2025 dokumentiert für 15 der 21 fallzahlstärksten Krankenhaus-Leistungsgruppen ein Ambulantisierungspotenzial von über 50 Prozent; in den fallzahlstärksten Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ werden jeweils rund 60 Prozent der Fälle als ambulant erbringbar identifiziert.²²²

Der internationale Vergleich macht das Ausmaß plastisch. In Dänemark wurden 2018 nur rund 13 Prozent der Leistenbruch-Operationen stationär erbracht – in Deutschland fast 100 Prozent. Bei Cholezystektomien lag der vollstationäre Anteil in Großbritannien bei 53 Prozent, in Dänemark bei 55 Prozent – in Deutschland bei 100 Prozent.²¹⁸²²³ Bei Tonsillektomien und Kataraktoperationen liegt Deutschland im OECD-Vergleich systematisch im hinteren Drittel.²¹⁷ OECD-Länder wie Frankreich, England, Niederlande und Skandinavien weisen seit Jahren eine deutlich höhere Ambulantisierungsquote bei vergleichbarer oder besserer Outcome-Qualität auf.²²⁴

Vor diesem Hintergrund hat der deutsche Gesetzgeber zwei Instrumente etabliert: den **AOP-Katalog** nach § 115b SGB V (ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus) und seit 2024 die **Hybrid-DRG** nach § 115f SGB V (sektorengleiche Vergütung). Beide Instrumente wurden 2025/2026 substantiell ausgeweitet. Sie sind im Grundsatz richtig – aber sie adressieren nur die **Vergütungsseite** der Ambulantisierung, nicht die **Strukturseite**. Genau hier liegt das Argument dieses Kapitels: Ambulantisierung ohne ambulante Pfadarchitektur produziert eine Vergütungsverschiebung, aber keine Strukturveränderung.

Im Folgenden werden der Stand des AOP-Katalogs und der Hybrid-DRG 2026 dokumentiert (9.2), das Ambulantisierungspotenzial differenziert eingeordnet (9.3), die strukturellen Voraussetzungen für eine wirksame Ambulantisierung analysiert (9.4) und die operative Antwort des MEDI - HZV - Strukturprinzips entfaltet (9.5). Anschließend werden die Implikationen für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Patienten mit Behinderungen diskutiert (9.6), bevor das Kapitel mit politischen Empfehlungen schließt (9.7).

9.2 AOP-Katalog und Hybrid-DRG 2026: der Stand der Dinge

Der **AOP-Katalog** nach § 115b SGB V regelt seit über zwei Jahrzehnten, welche Operationen und stationersetzenden Eingriffe ambulant durchführbar sind. Er wurde 2022 auf Basis eines IGES-Gutachtens umfassend neu bewertet, das von rund 35.000 analysierten OPS-Codes fast 2.500 Codes als potenziell ambulantisierbar identifizierte.²²⁵ Die Umsetzung der IGES-Empfehlungen blieb jedoch deutlich hinter dem Identifizierungspotenzial zurück: 2023 wurden rund 8,5 Prozent der IGES-Empfehlungen umgesetzt, 2024 rund 14 Prozent; 2025 erfolgte „lediglich eine Erweiterung der Leistungen um eine Leistung aus dem IGES-Gutachten“.²²⁶ Der AOP-Katalog 2026 wurde am 17. Dezember 2025 zwischen GKV-Spitzenverband, DKG und KBV beschlossen und um den OPS-Code 5-569.62 (Injektion bei Ostiuminsuffizienz: Transurethral) sowie technische Anpassungen an den OPS-Katalog 2026 erweitert.²²⁷²²⁸

Die **Hybrid-DRG** nach § 115f SGB V wurde mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz 2022 eingeführt und ab 2024 als spezielle sektorengleiche Vergütung umgesetzt. Sie sieht für definierte Eingriffe eine sektorenn neutrale Fallpauschale vor – gleich, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Damit sollen die historisch gewachsenen Vergütungsasymmetrien zwischen ambulanter und stationärer Versorgung neutralisiert werden. Die Vergütungsvereinbarung 2024 startete mit 12 Hybrid-DRG; 2025 wurden 22 Hybrid-DRG abgerechnet; für 2026 wurde der Katalog auf **69 Hybrid-DRG mit 904 OPS-Kodes** erweitert (2025: 583 OPS-Kodes).²²⁹²³⁰ Da sich die Selbstverwaltungspartner (KBV, DKG, GKV-SV) nicht einigen konnten, erfolgte der Beschluss am 11. November 2025 durch den **ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss** unter Beteiligung eines neutralen Schlichters.²³¹²³⁰

Der erweiterte Hybrid-DRG-Katalog 2026 enthält strukturell wichtige Erweiterungen: laparoskopische Appendektomien und Cholezystektomien, minimalinvasive Eingriffe an Koronararterien und peripheren Gefäßen, kardiologische und angiologische Prozeduren, eine stärkere Differenzierung der Hybrid-DRG nach Schweregraden.²³⁰ Eine wichtige Korrektur durch das KHVVG vom 5. Dezember 2024: Leistungen für Kinder und Menschen mit Behinderungen wurden 2024 zunächst aus den Hybrid-DRG herausgenommen; das KHAG vom 6. März 2026 sieht ihre Wiederaufnahme ab 2027 vor (siehe 9.6).²²⁷²³²

Die **politische Zielmarke** ist gesetzlich formuliert: bis 2026 sollen eine Million Eingriffe aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden, bis 2030 mindestens zwei Millionen.²³³ In der ersten Umsetzungsperiode 2024–2025 wurden rund 180.000 Hybrid-DRG-Fälle identifiziert.²³⁴ Die Differenz zwischen Zielmarke und Ist-Stand ist der Maßstab, an dem die Wirksamkeit der Hybrid-DRG bemessen werden muss.

Eine systemlogisch wichtige Klarstellung: Es gibt **keine Wahlmöglichkeit** zwischen EBM-Abrechnung und Hybrid-DRG. Wenn für einen Eingriff eine Hybrid-DRG existiert, ist die EBM-Abrechnung ausgeschlossen.²³⁰ Diese Regelung sichert den Vergütungsanreiz auf der Erbringerseite ab, aber sie beantwortet nicht die Frage, **wer** die Patienten in die ambulante Versorgung steuert und **wie** die ambulante Versorgung sie aufnimmt.

9.3 Das Ambulantisierungspotenzial: differenziert betrachtet

Das Ambulantisierungspotenzial in Deutschland ist erheblich – aber es ist nicht uniform, sondern strukturell differenziert. Drei Differenzierungen sind politisch zentral.

Differenzierung 1: nach Altersgruppen. Während rund 24 Prozent der vollstationären Fälle in der Altersgruppe 0 bis 19 Jahre als ambulantisierbar eingeschätzt wurden, lag dieser Anteil in der Altersgruppe 80 plus bei lediglich zwei Prozent.²¹⁷ Multimorbidität, geriatrische Komplexität und soziale Versorgungsbedarfe begrenzen das Ambulantisierungspotenzial bei älteren Patienten substantiell. Eine Ambulantisierungspolitik, die diese Differenzierung ignoriert, produziert Versorgungsgefährdung statt Effizienzgewinn.

Differenzierung 2: nach Indikationsgruppen. Die WIdO-Analyse 2025 zeigt, dass das Ambulantisierungspotenzial in den fallzahlstärksten Leistungsgruppen unterschiedlich ist – über 50 Prozent in 15 von 21 Leistungsgruppen, mit Höchstwerten in „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ (jeweils ca. 60 Prozent). Bezogen auf Belegungstage und Ausgaben liegt das Potenzial allerdings rund ein Drittel niedriger als bei den Fallzahlen.²²² Das bedeutet: Die ambulantisierbaren Fälle sind tendenziell die kürzeren und kostengünstigeren – die längeren und teureren stationären Aufenthalte (geriatrische Komplexität, intensivmedizinischer Bedarf, schwere chirurgische Eingriffe) bleiben stationär.

Differenzierung 3: nach Strukturvoraussetzungen. Eine Ambulantisierung lässt sich nur realisieren, wenn die ambulanten Strukturen die Patienten aufnehmen können. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) dokumentiert in seinem Positionspapier zur Hybrid-DRG-Erweiterung 2026, dass „vielerorts noch keine ausreichend effizienten Strukturen für ambulante Operationen an den Kliniken bestehen“.²³³ Auf der ambulant-vertragsärztlichen Seite berichten Mitglieder des BDC „divergent“ über die bisherigen Erfahrungen: Hochspezialisierte Fußchirurgen beklagen die unzureichende Refinanzierung teurer Implantate; Hernienchirurgen kommen dagegen mit den Hybrid-DRG „bis auf extrem komplexe Ventralhernien“ zurecht.²³³ Diese Heterogenität zeigt, dass die Ambulantisierungswirkung erbringerstrukturabhängig ist – nicht uniformer Effekt einer Vergütungsreform.

Die Konsequenz aus diesen drei Differenzierungen: Ambulantisierung muss als **strukturelle Aufgabe**, nicht als rein vergütungsbezogene Reform verstanden werden. Sie verlangt eine ambulante Aufnahmearchitektur, die altersbezogen, indikationsbezogen und regionalbezogen differenziert leistungsfähig ist.

9.4 Die strukturellen Voraussetzungen wirksamer Ambulantisierung

Aus der OECD-Vergleichsliteratur, der WIdO-Analyse und der Erfahrung der bestehenden integrierten Versorgungsmodelle (HZV BW) lassen sich vier strukturelle Voraussetzungen identifizieren, ohne die Ambulantisierung nicht wirkt.

Voraussetzung 1: Pfadlogik zwischen Indikationsstellung und ambulantem Eingriff.

Der ambulante Eingriff ist nur ein Element eines längeren Versorgungsbogens, der mit der Indikationsstellung beginnt, präoperative Vorbereitung, intraoperative Durchführung, postoperative Nachbetreuung und Komplikationsmanagement umfasst. In der heutigen Praxis sind diese Schritte häufig nicht koordiniert: Der niedergelassene Internist stellt die Indikation; die Praxis-Praxis-Kommunikation zum ambulant operierenden Chirurgen ist informell; die postoperative Nachsorge erfolgt durch eine andere Praxis oder gar nicht; Komplikationen werden in der Notaufnahme aufgefangen. In dieser Konstellation entstehen genau die Effizienz- und Qualitätsverluste, die Ambulantisierung eigentlich vermeiden soll. Das MEDI - HZV - Strukturprinzip mit seiner Pfadlogik (Kapitel 6.3) bietet dafür eine operative Antwort – über das Facharztprogramm und die hausärztliche Pfadführung.

Voraussetzung 2: Risikostratifizierung und Patientenselektion. Eine zentrale klinische Frage ist, welcher Patient ambulant operiert werden kann und welcher nicht. Diese Frage ist altersabhängig (mit den 24/2-Prozent-Differenzierung nach Pioch et al.²²⁰), komorbiditätsabhängig (Charlson-Index, kardiovaskuläre Risiken, Antikoagulation), sozialabhängig (Anwesenheit einer pflegenden Person zu Hause, Wohnsituation, Erreichbarkeit der Notfallversorgung) und logistikabhängig (Praxiswartezeiten, Transportmöglichkeiten). Eine Risikostratifizierung erfordert eine **strukturierte präoperative Bewertung** durch Hausarzt und ambulant operierenden Facharzt – im fragmentierten System schwer leistbar, im integrierten Pfad systematisch implementierbar.

Voraussetzung 3: Integrierte digitale Dokumentation. Ambulante Eingriffe verlangen eine durchgehende digitale Dokumentation: Indikationsstellung mit Befund, Aufklärung, OP-Bericht, Histologie/Zytologie, Medikationsumstellungen, Anschlussversorgung. Im fragmentierten System fließen diese Informationen über Faxgerät, Brief und Telefon – mit erheblichen Verlusten in Geschwindigkeit, Vollständigkeit und Sicherheit. Im integrierten System mit ePA, KIM und FHIR/MIO werden sie strukturiert übertragen. Genau hier zeigt sich, warum Ambulantisierung und digitale Architektur untrennbar zusammenhängen.

Voraussetzung 4: Wirtschaftliche Tragfähigkeit für Erbringer. Der BDC dokumentiert, dass die Hybrid-DRG-Vergütung bei einigen Indikationen die tatsächlichen Kosten nicht deckt – insbesondere bei teuren Implantaten in der Hand- und Fußchirurgie.²³³ Eine Ambulantisierungspolitik, die durch unzureichende Vergütung Erbringer in die Defizitzone drückt, wird ihre eigenen Ziele verfehlen. Hier ist die Hybrid-DRG-Kalkulation des Bewertungsausschusses und die Refinanzierungslogik der Sachkosten ein systemkritischer Punkt – der über die FKG-Phase 2 mitverhandelt werden muss.

9.5 Die operative Antwort des MEDI - HZV - Strukturprinzips

Die vier Voraussetzungen aus 9.4 sind im MEDI - HZV - Strukturprinzip seit 2008 systematisch integriert. Im Folgenden wird konkret gezeigt, wie das Strukturprinzip die Ambulantisierungsanreize operativ trägt.

Komponente 1: Pfadlogik über Hausarzt und FacharztProgramm. Im HZV-FacharztProgramm Baden-Württemberg sind 13 fachärztliche Disziplinen vertraglich integriert (Kardiologie, Gastroenterologie, Psychotherapie, Neurologie, Psychiatrie, Orthopädie, Chirurgie, Urologie, Diabetologie, Rheumatologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Nephrologie, Pneumologie).²³⁵ Damit ist die Pfadlogik vom Hausarzt zur ambulant operierenden Facharztpraxis und zurück strukturell etabliert. Eine ambulante Cholezystektomie etwa läuft im Strukturprinzip über die hausärztliche Indikationsstellung, die strukturierte Überweisung an die teilnehmende chirurgische Praxis (mit garantierter Wartezeit), die präoperative Risikobeurteilung über Hausarzt und Chirurg, den Eingriff, die postoperative Nachsorge in der hausärztlichen Praxis und das Komplikationsmanagement über das FacharztProgramm – mit klar definierten Verantwortlichkeiten an jedem Übergang.

Komponente 2: Risikostratifizierung über strukturierte Patientendokumentation. Die HZV-Praxen führen für eingeschriebene Versicherte über die Jahre kontinuierlich strukturierte Patientendokumentationen mit Komorbiditäten, Medikation, Vorbefunden, sozialer Situation. Diese Dokumentation ist die Basis einer differenzierten Risikostratifizierung für ambulante Eingriffe – nicht eine zusätzliche Bürokratielast, sondern ein in den Versorgungsablauf integriertes Wissen.

Komponente 3: Integrierte digitale Dokumentation über TI-Anwendungen. Die HZV-Praxen sind seit Jahren an die TI angebunden und nutzen ePA, KIM, eAU, eRezept und (zunehmend) eMP. Die TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken haben in der ePA-Pilotierung 2025 dokumentiert, dass die digitale Dokumentation in integrierten Versorgungsstrukturen schneller und vollständiger funktioniert als in der reinen Regelversorgung – allerdings auch dort mit erheblicher Heterogenität (43 Primärsysteme bei 194 LEI).²³⁶ Eine Übertragung dieser Erprobung auf eine integrierte Versorgungsarchitektur wie die HZV BW (siehe Kapitel 10 und 14) würde die digitale Tragfähigkeit der Ambulantisierung systematisch evaluieren.

Komponente 4: Wirtschaftliche Tragfähigkeit über Selektivvertrag. Selektivverträge nach § 140a SGB V erlauben es, Vergütungsregelungen jenseits des EBM und der Hybrid-DRG-Kalkulation zu treffen – etwa für Sachkosten, Strukturkomponenten und Outcome-Indikatoren. In Baden-Württemberg sind über das FacharztProgramm spezifische Vergütungsregelungen für definierte Pfadleistungen vereinbart. Diese Logik kann auf ambulante Operationen ausgedehnt werden, wo die Hybrid-DRG-Standardvergütung wirtschaftlich nicht trägt.

Das Resultat dieser Integration: Ambulantisierung wird nicht zu einer Vergütungsverschiebung, die Erbringer in die Defizitzone drückt und Patienten mit unkoordinierten Pfaden konfrontiert, sondern zu einer **strukturellen Versorgungsverbesserung** – die Patienten gehen kürzer ins Krankenhaus, erhalten bessere Anschlussversorgung, niedrigere

Komplikationsraten, die hausärztliche Primärkoordination ist nahtlos angebunden, die fachärztliche Mitwirkung definiert, die digitale Dokumentation durchgehend, die wirtschaftliche Tragfähigkeit gesichert. Die Wirkung ist nicht nur theoretisch postuliert: Die HZV-Evaluation 2025 dokumentiert für die HZV-Kohorte signifikant niedrigere Wiederaufnahmequoten und potenziell vermeidbare Krankenhausaufnahmen (in VERAH-Praxen zusätzlich um 4,0 Prozent reduziert).²³⁷

9.6 Kinder, Jugendliche und Menschen mit Behinderungen: ein Strukturproblem mit Lösung

Eine besonders sensible Frage in der Ambulantisierungslogik betrifft Kinder, Jugendliche und Menschen mit Behinderungen. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 5. Dezember 2024 hatte Leistungen für diese Gruppen aus dem Hybrid-DRG-Katalog herausgenommen, weil die spezifischen Versorgungsbedarfe (anästhesiologische Komplexität, präoperative Vorbereitung, postoperative Nachsorge, soziale Versorgungssituation) in der Hybrid-DRG-Standardkalkulation nicht abbildbar waren.²²⁷ Das KHAG vom 6. März 2026 hat eine Wiederaufnahme **ab 2027** beschlossen, um die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen.²³²

Diese Wiederaufnahme darf nicht als Rückschritt gegenüber der Schutzentscheidung 2024 verstanden werden, sondern muss von strukturellen Voraussetzungen flankiert sein. Drei davon sind besonders zentral:

Erstens: Die Risikostratifizierung muss bei Kindern und Jugendlichen sowie Menschen mit Behinderungen besonders sorgfältig erfolgen – mit pädiatrischen oder spezialisierten anästhesiologischen Kompetenzen vor Ort, mit klar definierten Komplikationspfaden und mit verbindlicher Anschlussversorgung. Genau das leistet eine integrierte Versorgungsarchitektur mit pädiatrischer Primärkoordination (in BW über das FacharztProgramm Kinder- und Jugendpsychiatrie, BVKJ-Service) und fachärztlicher Pfadintegration.

Zweitens: Die Notfallversorgung muss explizit für diese Gruppen ausgelegt sein. Die Notfallreform vom 22. April 2026 sieht spezielle INZ für Kinder und Jugendliche an Standorten mit besonderem Bedarf vor; wo dies nicht möglich ist, sind telemedizinische Konsile durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin vorgesehen.²³⁸ Diese Konstruktion korrespondiert strukturell mit der pädiatrischen Pfadlogik des Strukturprinzips – aber nur, wenn beide tatsächlich integriert verhandelt werden (siehe Kapitel 8).

Drittens: Die digitale Dokumentation muss kindspezifische und behinderungsspezifische Datenmodelle abbilden. Die KKG-MIO (Kinder-/Jugend-Gesundheitsuntersuchungs-MIO) und entsprechende FHIR-Profile sind im Aufbau; ihre Erprobung in einer integrierten Versorgungsstruktur wäre ein direkter Mehrwert einer dritten gematik TI-Modellregion mit etablierter HZV-FacharztProgramm-Architektur.

9.7 Politische Empfehlungen

Aus der Analyse dieses Kapitels ergeben sich fünf politische Empfehlungen für die parallel laufenden Reformprozesse 2026/2027.

Empfehlung 1: Hybrid-DRG-Wirkung an ambulante Strukturanforderungen koppeln. Analog zu den Mindestmengenregelungen im stationären Bereich sollten Hybrid-DRG mit ambulanten Strukturanforderungen verbunden werden: definierte hausärztliche Anbindung, fachärztliche Pfadintegration, digitale Dokumentation, Outcome-Erfassung. Damit würde der Vergütungsanreiz mit der versorgungspolitischen Strukturanforderung verbunden – analog zu Empfehlung 3 in Kapitel 7.

Empfehlung 2: AOP-Katalog-Erweiterung an Versorgungsforschung koppeln. Die Umsetzung des IGES-Gutachtens 2022 stagniert; 2025 wurde nur eine einzige zusätzliche Leistung übernommen.²²⁶ Das ist nicht eine Frage des politischen Willens, sondern der strukturellen Tragfähigkeit. Eine konsequente Erweiterung des AOP-Katalogs sollte deshalb mit einer wissenschaftlich begleiteten Pilotierung in integrierten Versorgungsräumen verbunden werden – mit Outcome-, Komplikations- und Kosten-Monitoring.

Empfehlung 3: Ambulantisierung als regionale Aufgabe verstehen. Die Wirksamkeit der Ambulantisierung ist erbringerstrukturabhängig. In Regionen mit ausgebauter integrierter Versorgungsstruktur (BW, partiell BY, NRW) wird sie schneller wirken als in Regionen mit fragmentierter Struktur. Die FKG-Phase 2 sollte die regionale Strukturheterogenität nicht beklagen, sondern nutzen – durch eine Förderung selektivvertraglicher Strukturmodelle in Bundesländern, die noch nicht über eine flächendeckende Architektur verfügen, parallel zur Vergütungsreform.

Empfehlung 4: Kinder-, Jugend- und Behindertenversorgung gesondert begleiten. Die Wiederaufnahme von Kindern und Menschen mit Behinderungen in die Hybrid-DRG ab 2027 sollte mit einer wissenschaftlich begleiteten Risikoevaluation, einer pädiatrischen Pfadarchitektur und einer Notfallzentren-Konstruktion verbunden werden. Eine integrierte Versorgungsregion mit pädiatrischer Pfadlogik (BVKJ-Service in BW) wäre der naheliegende Erprobungsraum.

Empfehlung 5: Sachkosten und Strukturzuschläge wirklichkeitsnah kalkulieren. Die BDC-Kritik an der Refinanzierung teurer Implantate in spezialisierten chirurgischen Indikationen verweist auf ein systemisches Kalibrierungsproblem der Hybrid-DRG-Logik. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss sollte für die Hybrid-DRG 2027 die Sachkostenkalkulation und die Strukturzuschläge auf Basis empirisch erhobener Kosten- und Erlösdaten überarbeiten – idealerweise auf Grundlage des DKI-Berichts der DKG.²³⁹

9.8 Zwischenbefund

Die Ambulantisierung ist die deutsche Gesundheitsreform mit dem höchsten Konsensgrad – aber mit der unklarsten Operationalisierung. Das Potenzial ist erheblich (rund 3,2 Millionen ambulantisierbare stationäre Fälle pro Jahr nach Pioch et al. 2025; 60 Prozent der Fälle in den fallzahlstärksten Leistungsgruppen nach WIdO 2025), die internationalen Vergleichswerte zeigen die Größenordnung (Dänemark: 13 Prozent stationäre Leistenbruch-Operationen vs. Deutschland: nahezu 100 Prozent; Cholezystektomien: Großbritannien 53 Prozent stationär, Dänemark 55 Prozent, Deutschland 100 Prozent). Die regulatorischen Instrumente sind etabliert (AOP-Katalog, Hybrid-DRG mit 69 Pauschalen und

904 OPS-Kodes für 2026). Die politische Zielmarke ist gesetzlich verankert (1 Million Eingriffe bis 2026, 2 Millionen bis 2030).

Die Wirkung dieser Instrumente bleibt aber strukturell begrenzt, solange sie als reine Vergütungsreform behandelt werden. Eine Ambulantisierung ohne ambulante Pfadarchitektur produziert vier unerwünschte Effekte: erhöhte Fragmentierung, Komplikationsverlagerung in die Notaufnahmen, soziale Selektion (jüngere und gesündere Patienten ambulant, ältere und kränkere stationär), ökonomische Defizitzonen für spezialisierte Erbringer. Eine Ambulantisierung mit ambulanter Pfadarchitektur – wie sie das MEDI - HZV - Strukturprinzip seit 2008 abbildet – verbindet den Vergütungsanreiz mit der Strukturlogik und sichert die Versorgungsqualität.

Die nächsten Kapitel zeigen, wie die digitale Komponente der Ambulantisierungsarchitektur konkret aussieht: Kapitel 10 entfaltet die digitale Steuerungsinfrastruktur einschließlich der TI-Modellregionen-Strategie der gematik und des MEDI-Baden-Württemberg-Beitrags zu einer dritten Modellregion; Kapitel 11 den europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS); Kapitel 12 die Künstliche Intelligenz als Nutzenpfad. In Summe bilden diese Kapitel die digitale Außenhülle, die das MEDI - HZV - Strukturprinzip zu einem zukunftsfähigen Betriebssystem macht.

10. Digitale Steuerungsinfrastruktur: Vom Pflichtprogramm zur strukturpolitischen Chance

10.1 Eine Reform mit zwei Gesichtern

Wenn man die Diskussion über die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens in den letzten Jahren in einem Satz zusammenfassen wollte, dann wahrscheinlich so: Sie wurde häufiger als Lastthema verhandelt denn als Chancenthema. Die Bertelsmann-Stiftung-Studie #SmartHealthSystems aus dem Jahr 2018 hat Deutschland im internationalen Vergleich von 17 Ländern auf Rang 16 gesetzt – nur Polen lag dahinter; Estland, Kanada, Dänemark, Israel und Spanien führten das Ranking an.²⁴⁰²⁴¹²⁴² Sieben Jahre später ist die Lücke nicht in dem Maße geschlossen, wie es die Reformen suggerieren: Die Telematikinfrastruktur (TI) der gematik ist zwar zu nahezu 99 Prozent in den Apotheken und 98 Prozent in den Arztpraxen technisch ausgerollt, aber 69 Prozent der angeschlossenen Praxen berichten von wöchentlichen oder täglichen technischen Problemen (gegenüber 50 Prozent im Vorjahr); die elektronische Patientenakte (ePA) lag ein Jahr nach Start bei nur etwa 3,6 Prozent aktiver Nutzung; der elektronische Medikationsplan (eMP) wurde von Juli 2025 auf Oktober 2026 verschoben.²⁴³²⁴⁴²⁴⁵

Die Versuchung ist deshalb groß, die Digitalisierung als das nächste Krisenkapitel des deutschen Gesundheitswesens zu schreiben – nach Sparpolitik, Krankenhausreform, Notfallreform und Primärarztsystem. Dieses Kapitel argumentiert das Gegenteil. **Es schreibt die Digitalisierung als die größte ungenutzte strukturpolitische Chance Deutschlands in der laufenden Legislaturperiode.** Die McKinsey-Studie *Digitalisierung im Gesundheitswesen: die 42-Milliarden-Euro-Chance für Deutschland* hat das Nutzenpotenzial von 26 digitalen Gesundheitstechnologien quantifiziert: rund 42 Milliarden Euro pro Jahr – das sind 12 Prozent der jährlichen Gesundheits- und Versorgungskosten von hochgerechnet 343 Milliarden Euro, davon 25,8 Milliarden Euro durch Produktivitätssteigerung bei Leistungserbringern (12,4 Mrd. stationär, 11,1 Mrd. ambulant, 2,3 Mrd. weitere Bereiche), 7 Milliarden allein durch die ePA, 9,9 Milliarden durch Umstellung auf papierlose Datenverarbeitung, 6,4 Milliarden durch Entscheidungsunterstützung, 4,6 Milliarden durch Patientenselbstbehandlung und 2,5 Milliarden durch Patienten-Self-Service.²⁴⁶²⁴⁷ McKinsey hat 2024 nachgemessen: Seit 2018 hat sich das Digitalisierungspotenzial um rund acht Milliarden Euro (24 Prozent) erhöht, und die Pandemie hat die Akzeptanz von Videosprechstunden und Online-Terminbuchungen sprunghaft ansteigen lassen.²⁴⁸

Diese Größenordnung verändert die strukturpolitische Bedeutung der Digitalisierung. Sie ist nicht eine Pflichtaufgabe neben anderen Reformbaustellen – sie ist die einzige Reformbaustelle, die das Sparvolumen des GKV-BStabG (rund 20 Milliarden Euro für 2027) ohne weitere Belastung von Versicherten oder Leistungserbringern erschließen könnte, **wenn** sie konsequent als integrierte Steuerungsinfrastruktur statt als Sammlung einzelner technischer Anwendungen verstanden wird. Genau das ist die strukturpolitische Frage dieses Kapitels.

Im Folgenden wird dieses Anliegen systematisch entfaltet: Zunächst werden Architektur und Stand der deutschen TI dargestellt (10.2), die Roadmap der gematik bis 2027 mit ihren zentralen Ausbaustufen (10.3), die Governance-Struktur aus BMG, gematik, Kompetenzzentrum für Interoperabilität (KIG) und Interop Council (10.4), die DiGA-Landschaft mit ihrer ambivalenten Bilanz (10.5) und die Healthtech-Startup-Ökonomie (10.6). Anschließend wird der internationale Blick gerichtet – nach Estland, Dänemark, Israel und in andere Spitzenländer (10.7) –, die Strukturchancen der digitalen Steuerungsinfrastruktur identifiziert (10.8), die Patient-Empowerment-Frage als ethische Forderung an alle Stakeholder formuliert (10.9), die Anschlussfähigkeit zum MEDI - HZV - Strukturprinzip belegt (10.10) und mit konkreten politischen Empfehlungen geschlossen (10.11), die das Kapitel strukturell politisch operationalisierbar machen.

10.2 Die Architektur der Telematikinfrastuktur: Stand 2026

Die Telematikinfrastuktur ist heute keine Vision mehr, sondern eine **operative Realität**. Sie ist im Aufbau seit 2005, im Regelbetrieb seit 2018 und wird seit 2024 in eine zweite Generation überführt – die TI 2.0. Ihre Komponenten lassen sich in fünf Schichten gliedern:

Schicht 1: Identitäts- und Zugriffsschicht. Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist seit über einem Jahrzehnt der Versicherungsausweis im deutschen System. Die TI 2.0 ergänzt sie um eine **digitale GesundheitsID** für die Versicherten und um den **elektronischen Heilberufsausweis** für Ärztinnen, Ärzte, Apothekerinnen, Apotheker, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten und Pflegekräfte. Mit der Einführung des **Proof of Patient Presence (PoPP)** ab Mitte 2026 ist der Zugriff auf TI-Anwendungen wie die ePA ohne Stecken der eGK möglich – etwa bei Hausbesuchen oder telemedizinischen Konsultationen. Mit **Versichertenstammdatenmanagement 2.0 (VSDM 2.0)** ab Ende 2026 werden Stammdaten direkt bei der Krankenkasse abgefragt – ohne Kartenleser, ohne Konnektor.²⁴⁹ Die Migration von der Kryptografie RSA 2048 auf elliptische Kurven (ECC) ist im Gange; die Testwochen Q2/2026 finden zwischen 27. April und 31. Mai 2026 statt; mehrere Hersteller (u.a. Medisign) hatten Verzögerungen verursacht, die zu einer mehrmonatigen Verschiebung führten.²⁵⁰²⁵¹

Schicht 2: Kommunikationsschicht. **KIM** (Kommunikation im Medizinwesen) ist seit 2021 der sichere E-Mail-Standard zwischen Praxen, Krankenhäusern, Apotheken und Pflegeeinrichtungen; mit dem Release E-Rezept 26.1 werden strukturierte KIM-Nachrichten implementiert, mit denen ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen Rezepte digital bei Arztpraxen anfordern können.²⁵⁰ Der **TI-Messenger** ergänzt KIM um eine echtzeitnahe Kommunikation – im Gegensatz zu konventionellen Messengern (WhatsApp, Signal, Telegram) ist der TI-Messenger föderiert und für die TI zertifiziert; er ermöglicht synchrone und asynchrone Kommunikation auch zwischen verschiedenen Anbietern. Die Pilotierung in den TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken sowie auf den TI-Messenger-Summits mit Bayern Innovativ und KV Bayern hat die Praxistauglichkeit dokumentiert. Die **Kommunikationsservice der Versicherten** wird ab 2026 die

Kommunikation zwischen Patienten und Leistungserbringern über die TI ermöglichen – ein zentraler Schritt zur Patientenintegration.

Schicht 3: Anwendungsschicht. Die zentralen TI-Anwendungen sind heute: das **E-Rezept** im Regelbetrieb seit 1. Januar 2024 (laut TI-Atlas 2025 halten über 90 Prozent der gesetzlich Versicherten es für sinnvoll, 87 Prozent sind mit der Nutzung zufrieden, fast drei Viertel der Arztpraxen und zwei Drittel der Apotheken sehen eine spürbar bessere Arzneimittelversorgung)²⁵²; die **elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)**; die **elektronische Patientenakte (ePA für alle)** seit 29. April 2025 mit verpflichtender Nutzung ab 1. Oktober 2025²⁵³; perspektivisch die **digitale Patientenrechnung (DiPaG)** ab Ende 2026 für PKV-Versicherte und Zusatzversicherungsleistungen.²⁵⁴ Mit dem Release **eRp 27.2** (geplant 2026) werden elektronische Verordnungen von T-Rezepten ermöglicht; die elektronische Verordnung von Betäubungsmitteln (E-BtM) wurde auf 2027 verschoben; die elektronische Verordnung häuslicher Krankenpflege bildet erstmals einen Entscheidungsprozess eines Kostenträgers ab – mit Korrekturanfragen an verordnende Ärzte.²⁵⁰

Schicht 4: Datenschicht. Die ePA wird in mehreren Ausbaustufen 2026/2027 erweitert: **Digital gestützter Medikationsprozess (dgMP)** mit Medikationsliste und elektronischem Medikationsplan (eMP), **Push-Benachrichtigungen** an Versicherte, **Volltextsuche** in der ePA und **Datenausleitung** an das Forschungsdatenzentrum Gesundheit beim BfArM nach § 363 SGB V.²⁵⁵ Die Pilotierung dieser Funktionen erfolgt zunächst in den Modellregionen ab Ende Q1/2026, der bundesweite Rollout ist für Q3/2026 (eMP, dgMP, Push-Benachrichtigungen) bzw. spätestens Anfang 2027 (Volltextsuche, Datenausleitungen) geplant.²⁵⁴ Die Anbindung erweiterter Berufsgruppen ist im Q1/2026 vorgesehen: Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Podologen, Ernährungstherapeuten und Hilfsmittelbringer; die Bundeswehr folgt im Q3/2026.²⁵⁴

Schicht 5: Integrationsschicht. Die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) – „Apps auf Rezept“ – sind seit Oktober 2020 als gesetzlicher Leistungsanspruch verfügbar; ab 31. Januar 2026 müssen sie ein TI-Bestätigungsverfahren mit ePA-Schreibanbindung und GesundheitsID-Authentisierung erfolgreich durchlaufen, bevor sie in das BfArM-Verzeichnis aufgenommen werden können.²⁵⁶ Damit werden DiGA in die TI integriert – ein für die Versorgungswirksamkeit zentraler Schritt.

Die Architektur ist in der Summe eindrucksvoll. Sie ist **eine der ambitioniertesten staatlichen Digitalisierungsanstrengungen** in einem föderal-selbstverwalteten Gesundheitssystem weltweit. Sie hat 250 Millionen Euro im Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität für die Notfallreform-Digitalisierung allein.²⁵⁷ Sie hat eine etablierte Trägerschaft bei der gematik mit BMG-Anteil von 51 Prozent, GKV-Spitzenverband, KBV, KZBV, BÄK, BPtK, DKG, ABDA und PKV-Verband als Mitgesellschaftern.²⁵⁸ Sie hat eine Roadmap, die quartalsweise aktualisiert wird (OneRoadmap 2026-Q1, Datenstand 26.02.2026).²⁵⁰ Sie hat eine Evaluation in den TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken, deren Verlängerung bis März 2027 von den gematik-Gesellschaftern beschlossen wurde.²⁵⁹

Was fehlt, ist nicht die Architektur. Was fehlt, ist die **operative Wirksamkeit in der Versorgungsrealität**. Genau auf diesen Punkt zielen die folgenden Abschnitte.

10.3 Die OneRoadmap der gematik: Was 2026/2027 kommt

Die OneRoadmap der gematik ist im internationalen Vergleich ungewöhnlich transparent. Sie wird quartalsweise aktualisiert, sie ist als High-Level-Übersicht und als detaillierte Excel-Arbeitsversion verfügbar, sie unterscheidet zwischen Roadmaps für Primärsysteme und für Frontends der Versicherten. Sie ist die **operative Steuerungsgrundlage** für Hersteller, Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte und wird vom Fachportal der gematik in Echtzeit gepflegt.²⁶⁰

Die zentralen Meilensteine 2026/2027 lassen sich entlang der Anwendungsfamilien zusammenfassen:

Familie 1: ePA-Funktionserweiterungen. Die ePA für alle ist seit dem 29. April 2025 verfügbar, seit 1. Oktober 2025 verpflichtend.²⁵³ 2026 folgen vier wesentliche Ausbaustufen: erstens der **digital gestützte Medikationsprozess (dgMP)** und der **elektronische Medikationsplan (eMP)** als zentrale AMTS-Komponente, deren Pilotierung in den Modellregionen ab Ende Q1/2026 startet und deren Bundesrollout im Q3/2026 erfolgen soll; zweitens die **Push-Benachrichtigungen** an Versicherte, etwa über neue Befunde, Medikamentenänderungen oder Termine, die ebenfalls Q1/2026 in den Modellregionen starten und Q3/2026 bundesweit ausgerollt werden sollen; drittens die **Volltextsuche** in der ePA, die sowohl PDF-Dokumente als auch strukturierte Daten erschließt und ab Q3/2026 in den Modellregionen pilotiert wird; viertens die **Datenausleitung an das Forschungsdatenzentrum (FDZ)** beim BfArM gemäß § 363 SGB V, die ebenfalls ab Q3/2026 in den Modellregionen erprobt und spätestens Anfang 2027 bundesweit ausgerollt werden soll.²⁵⁴

Familie 2: TI 2.0 mit PoPP, VSDM 2.0 und TI-Gateway. Die TI 2.0 ist die Sicherheitsarchitektur der nächsten Generation – mit Zero-Trust-Ansatz, sicherer Direktkommunikation und geschlossenen Netzen. Das **TI-Gateway** ersetzt den hardwarebasierten Konnektor durch eine Software-Lösung in der Cloud (Anbieter sind in Bestätigungsverfahren bei der gematik). **PoPP (Proof of Patient Presence)** ist ab Mitte 2026 verfügbar und ermöglicht den Versorgungskontext-Nachweis ohne Kartenstecken – zentral für Hausbesuche, telemedizinische Konsilien und mobile Pflege.²⁴⁹ **VSDM 2.0** verlagert die Versichertenstammdatenabfrage in die Cloud und macht Konnektor und Kartenterminal entbehrlich; ab Ende 2026 in den ersten Anwendungen verfügbar.²⁴⁹ Damit wird die TI **mobil**, was insbesondere für die HZV-Praxen mit ihrer hausärztlichen Verantwortung in der Pflege und Geriatrie ein operativer Meilenstein ist.

Familie 3: E-Rezept-Erweiterungen. Mit eRp 26.1 (2026) werden strukturierte KIM-Nachrichten in das E-Rezept-System integriert, sodass ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen Rezepte digital bei Arztpraxen anfordern können. Mit eRp 27.2 (2026) werden T-Rezepte (Verordnungen von Lenalidomid, Pomalidomid und Thalidomid) elektronisch ausgestellt; die Berechtigung zur Verschreibung wird unmittelbar geprüft, die

Abgabennachweise werden automatisiert an das BfArM übermittelt. Die elektronische Verordnung von Betäubungsmitteln (E-BtM) wurde auf 2027 verschoben.²⁵⁰²⁵⁴

Familie 4: Anbindung weiterer Berufsgruppen. Die TI ist nicht mehr nur eine Ärzte- und Apothekenstruktur. In Q1/2026 werden Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Podologen, Ernährungstherapeuten und Hilfsmittelerbringer an die TI angebunden; in Q3/2026 die Bundeswehr.²⁵⁴ Damit erweitert sich die digitale Steuerungsbasis substantiell – ein für integrierte Versorgungsnetze wesentlicher Aspekt, weil chronische Versorgungspfade ohne Heilmittel- und Hilfsmittelversorger nicht funktionieren.

Familie 5: Digitale Patientenrechnung (DiPaG) und sektorenübergreifende Anwendungen. Die DiPaG startet Ende 2026 für PKV-Versicherte und Zusatzversicherungen; sie ermöglicht, dass Leistungserbringer Rechnungen digital an Versicherte übermitteln, Versicherte sie verwalten und an Kostenträger weiterleiten.²⁵⁴

Die Roadmap ist in einem wichtigen Punkt strukturpolitisch bemerkenswert: Sie folgt nicht einer „Big Bang“-Logik, sondern einer **schrittweisen Pilotierung in den Modellregionen vor bundesweitem Rollout**. Hamburg & Umland und Franken sind hierfür die etablierten Erprobungsräume; ihre Verlängerung bis März 2027 ist beschlossen.²⁵⁹ Genau dies ist der Punkt, an dem die strukturpolitische Frage einer **dritten Modellregion mit etablierter integrierter Versorgungsarchitektur** strategisch wird (siehe 10.10 und Kapitel 14).

10.4 Governance: BMG, gematik, KIG und Interop Council

Die Governance der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen hat in den letzten drei Jahren eine bemerkenswerte Reife erreicht. Sie ist nicht mehr eine zentralistische BMG-Steuerung, sondern ein vielschichtiges Governance-Ökosystem, in dem politische, technische, wissenschaftliche und versorgungspraktische Akteure zusammenwirken. Diese Reife ist eine **Ressource**, die in der politischen Diskussion oft unterschätzt wird.

BMG (Bundesgesundheitsministerium): Das BMG ist mit 51 Prozent Mehrheitsgesellschafter der gematik und damit der politische Steuerungskopf der Digitalisierung. Die Abteilung *Digitalisierung und Innovation* unter Dr. Susanne Ozegowski hat in den letzten Jahren mehrere Schlüsselgesetze auf den Weg gebracht: das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG, 2019), das Digitale-Gesundheitsanwendungen-Gesetz, das Krankenhauszukunftsgesetz, das Digitalgesetz und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG). Mit der Bundestagsantwort vom 21. Januar 2026 (Drucksache 21/3769) hat das BMG die zukünftige Architektur konkretisiert: Diskussion einer „möglichen neuen Digitalagentur“, schlagkräftige Führung und Koordination, Anpassung an Data Act (Verordnung 2023/2854, anwendbar seit 12. September 2025) und EHDS (gestufte Anwendung ab 2027).²⁶¹

gematik GmbH: Die gematik trägt die Gesamtverantwortung für die Telematikinfrastruktur als „zentrale Plattform für digitale Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen“. ²⁵⁸ Sie hat sich seit 2018 von einer reinen Spezifikationsorganisation zu einer **operativen Plattform-Governance** entwickelt, die quartalsweise Releases plant,

Bestätigungsverfahren für Hersteller durchführt, Testumgebungen betreibt (Referenzumgebung mit ECC-Testwochen), Modellregionen pilotiert und mit dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität (KIG) zentrale Koordinierungsfunktionen wahrnimmt. Auf der DMEA 2026 (21.–23. April, Berlin) hat sich die gematik mit dem Motto „Digitale Versorgung im Blick“ und einer #mitmachen-Meet-up-Area positioniert – inklusive der Fokus-themen ePA, TI 2.0 mit Zero-Trust-Architektur und nutzerzentrierter Produktentwicklung.²⁶²

KIG (Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen): Das KIG ist seit 2024 die nationale Koordinierungsinstanz für Interoperabilität – eingerichtet im Mandat des Digitalgesetzes und angesiedelt bei der gematik. Es übernimmt die ganzheitliche Ende-zu-Ende-Prozessverantwortung für Standards, Profile und Leitfäden. Sein Mandat umfasst die zentrale Koordinierung und Priorisierung von Bedarfen, die Empfehlung von Standards, die Pflege der Wissensplattform INA (ina.gematik.de) und die Auswirkungenanalyse für die Verbindlichmachung von Standards.²⁶³

Interop Council: Der Interop Council ist seit 2021 das nationale interdisziplinäre Expertengremium für Interoperabilität. Er hat **sieben ordentliche Mitglieder**, die aus Medizin, Medizininformatik, Wissenschaft, Anwender-Communities, Standardisierungsorganisationen, Verbänden und Industrie kommen, sowie **zwei außerordentliche Mitglieder** (BMG und gematik). Vorsitzende ist **Prof. Dr. Sylvia Thun**; der Council wurde nach der ersten Arbeitsperiode für weitere drei Jahre wiedergewählt.²⁶⁴²⁶⁵ Ein für die strukturpolitische Argumentation dieses Papiers wichtiger Aspekt: Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik – der Autor dieses Positionspapiers – leitet bzw. leitete im Interop Council den Arbeitskreis „Patient Journey Herzinsuffizienz“ (Analyse des Status quo).²⁶⁶ Das ist nicht ein nebensächliches Detail; es bedeutet, dass die im vorliegenden Papier vertretenen Struktur-anliegen im nationalen Interoperabilitäts-Governance-System bereits operativ verankert sind.

Roadmap des Interop Councils 2026–2027: Die im Dezember 2022 verabschiedete erste Roadmap des Interop Councils hat **mehr als 80 Interoperabilitäts herausforderungen** identifiziert, anhand transparenter Kriterien bewertet und priorisiert. Die zweite Roadmap des Kompetenzzentrums für Interoperabilität in Zusammenarbeit mit dem Interop Council und Expertenkreis 2026–2027 ist verabschiedet und bildet den dynamischen Fahrplan für die nächsten zwei Jahre.²⁶⁷²⁶⁸ Sie umfasst in **5 Handlungsfeldern** die gemeinsam priorisierten **15 Themenstellungen**, darunter Handlungsempfehlungen für einen nationalen Terminologieserver mit entsprechenden Terminologieservices, ein einheitliches strukturiertes Datenmodell für den Kommunikationsdienst KIM, einen MIO-Laborbefund und Empfehlungen für FHIR-Versionsmanagement.²⁶⁹ Der **IOP-Expertenkreis** umfasst derzeit **über 260 Expertinnen und Experten**, die sich in unterschiedlichen Formaten (Arbeitskreise, Konsultationen, Stellungnahmen) engagieren.²⁶³

Die Beschlusslage des Interop Council ist transparent in INA dokumentiert. Aktuelle Beschlüsse umfassen: **Erstellung eines kardiologischen Basisdatensatzes; Fachanwen-der Journey Onkologie; Kartierung von Interoperabilitätsinitiativen mit Fokus auf**

FHIR und Terminologien unter Leitung von Prof. Dr. Sylvia Thun; **Datenflow in einem onkologischen Behandlungsverlauf – eine Entwicklerjourney** unter Leitung von Dr. Simone Heckmann; **Analyse des Status quo der Patient Journey Herzinsuffizienz** unter Vorsitz von Prof. Dr. Siegfried Jedamzik; sowie ein **Statement der Spezifikationsakteure zum Umgang mit FHIR-Versionen in Deutschland**.²⁶⁶²⁷⁰

Diese Governance-Architektur ist – in einem Punkt, der sich strukturpolitisch nicht unterschätzen lässt – **bereits substanziell handlungsfähig**. Sie ist nicht das Problem der deutschen Digitalisierung. Sie ist – wenn sie politisch gestützt und mit Versorgungsstrukturen wie dem MEDI - HZV - Strukturprinzip operativ verbunden wird – ein Teil der Lösung.

10.5 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA): Eine ambivalente Bilanz mit Strukturchance

Deutschland hat 2019 mit dem Digitalen-Versorgung-Gesetz weltweit den ersten Erstattungsmechanismus für digitale Gesundheitsanwendungen geschaffen. Die DiGA – „Apps auf Rezept“ – sind seither in der Regelversorgung verankert: Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit DiGA, Ärzte und Psychotherapeuten können sie verordnen, Versicherte können sie alternativ direkt bei ihrer Krankenkasse beantragen.²⁷¹ Stand März 2026 sind im DiGA-Verzeichnis des BfArM rund 60 Anwendungen gelistet (zunehmend dauerhaft aufgenommen).²⁷² Der internationale Pioniercharakter ist anerkannt; Frankreich, Belgien und weitere EU-Länder bauen ähnliche Modelle auf.

Die quantitative Bilanz ist eindrucksvoll. Im Berichtszeitraum 1. September 2020 bis 31. Dezember 2025 wurden **1,6 Millionen DiGA** nach ärztlicher Verordnung oder Genehmigung von den Krankenkassen in Anspruch genommen; die GKV-Leistungsausgaben für DiGA belaufen sich seit Beginn auf rund **400 Millionen Euro**.²⁷³ Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Inanspruchnahme um 63 Prozent. Der 3. DiGA-Report des SVDGV vom April 2026 dokumentiert über 1,7 Millionen eingelöste Freischaltcodes.²⁷⁴ Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die mindestens eine DiGA verschrieben haben, ist von rund 14 Prozent (2022) auf etwa ein Drittel gestiegen; weitere 14 Prozent planen es in naher Zukunft.²⁴⁸

Die qualitative Bilanz ist ambivalenter. Stefanie Stoff-Ahnis, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, formuliert zwei Kritikpunkte: Erstens werde die Mehrzahl der DiGA „nach wie vor zunächst ohne einen Nutznachweis in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen und dennoch von den Krankenkassen zu ihren beliebig hohen Herstellerpreisen finanziert“; zweitens würden zuletzt „immer mehr DiGA wieder aus dem DiGA-Verzeichnis gestrichen, da sie auch im Verlauf keinen Nutzen für die Versorgung nachweisen konnten“. ²⁷³ Die Kritik ist regulatorisch begründbar: Mehr als die Hälfte der Anwendungen ist zur Erprobung aufgenommen, der Herstellerpreis liegt bei durchschnittlich rund 470 Euro pro 90 Tage Anwendung, der Mindeststudienumfang für den Nutznachweis ist nicht trivial.²⁷⁵²⁷⁶

Die Gegenposition kommt vom **Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung (SVDGV)** und vom **Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)**. Der BVMed kriti-

sierte den GKV-DiGA-Bericht 2026 als „zu einseitig auf Kosten fokussiert“, ohne den Nutzen der DiGA in komplexen Versorgungspfaden zu berücksichtigen.²⁷⁴ Eine Diskussionspapier-Analyse der Fachgruppe „Digital Health“ der Gesellschaft für Informatik (Springer 2024) dokumentiert für die DiGA-Landschaft zwar eine „insgesamt positive Entwicklung“ mit zunehmender Verfügbarkeit, Versorgungsbreite und Verschreibungszahlen – aber auch bestehende Probleme bei Nutzerzentriertheit, Akzeptanz bei Ärzten und Patienten und Innovationspotenzial.²⁷⁷ Die Apple-App-Store-Bewertung der dauerhaft aufgenommenen DiGA liegt im Schnitt bei 3,68/5, der temporär aufgenommenen DiGA bei 3,50/5 – während die Top-100-Apps im medizinischen Bereich im Schnitt 4,10/5 erreichen.²⁷⁸ Das ist ein Akzeptanzgap, der nicht ignoriert werden kann.

Die strukturpolitische Lesart ist komplex. **Erstens** ist die DiGA-Bilanz nicht eine Frage des Regulierungserfolgs (das BfArM-Verfahren ist methodisch dicht), sondern der **Versorgungsintegration**. DiGA fallen heute oft aus dem Versorgungspfad heraus: Sie werden verordnet, aber nicht in die laufende Behandlung eingebettet; die Ergebnisse fließen nicht zurück in die ePA; die Hausärztin oder der Hausarzt erfährt das Ergebnis der DiGA-Nutzung nicht systematisch. **Zweitens** ist die Anbindung an die TI ab 31. Januar 2026 für DiGA-Anträge verpflichtend: ePA-Schreibanbindung, GesundheitsID-Authentisierung.²⁵⁶ Damit wird der Versorgungsintegration ein technisches Fundament gegeben, das es bislang nicht gab. **Drittens** ist die Frage, in welcher Versorgungsarchitektur DiGA wirken können, nicht eine Frage der DiGA selbst, sondern der **umgebenden Strukturen** – also der hausärztlichen Primärkoordination, der fachärztlichen Pfadintegration, der Outcome-Lernlogik. Genau das beschreibt das MEDI - HZV - Strukturprinzip.

In einer **integrierten Versorgungsstruktur** würden DiGA nicht als isolierte Anwendung verordnet, sondern als Pfadelement: Eine Patientin mit Adipositas erhält im FacharztProgramm-Diabetologie-Pfad eine DiGA wie zanadio oder Oviva, deren Nutzungsdaten in die ePA fließen, von der hausärztlichen Praxis in der quartalsweisen Verlaufskontrolle bewertet werden und in die Outcome-Erfassung der HZV-Evaluation einfließen. Das ist nicht hypothetisch – die EBM-Ziffern 01471 bis 01482 vergüten bereits Verlaufskontrolle und Auswertung definierter DiGA, mit zum 1. April 2026 erweiterten Indikationen (etwa GOP 01482 für Kranus Mictera bei Harninkontinenz bei Frauen, GOP 01478 für Kranus Lutera bei männlichen Versicherten ab 18 Jahren).²⁷¹ Was fehlt, ist die strukturelle Einbettung in einen koordinierten Versorgungspfad – die der Selektivvertrag liefern kann, der Kollektivvertrag aber nicht.

10.6 Healthtech-Startups und die Plattformökonomie

Eine Dimension, die in der gesundheitspolitischen Debatte über Digitalisierung selten angemessen gewürdigt wird, ist die **Innovationsökonomie** der deutschen Healthtech-Szene. Sie ist dynamischer, internationaler und kapitalstärker, als es die Wahrnehmung der Versorgungsrealität nahelegt.

Die Größenordnung: Berlin gilt als „erste Adresse für Digital Health Innovation“ in Deutschland, mit hunderten Startups in Apps, Wearables und Softwarelösungen für Prä-

vention, Diagnostik, Therapie und Pflege.²⁷⁹ Das **Medical Valley** in Nürnberg ist ein etabliertes Cluster für Medizintechnik und Digital Health. Der Venture-Capital-Fonds **Heal Capital** der privaten Krankenversicherer fördert insbesondere Digital Health.²⁸⁰ EIT Health Germany und die Plattform Healthcare Startups Deutschland bieten Zugang zu EU-Funding, Investorennetzwerken und Coaching.²⁸¹²⁸²

Beispielhaft sei die jüngste Finanzierungsdynamik 2025/2026 dokumentiert: **Oviva** (Adipositas, Bluthochdruck) hat zuletzt 200 Millionen Euro von Kinnevik, Planet First Partners, A.P. Moller Holding und Lunate erhalten – kumulativ über 315 Millionen Euro Investmentvolumen.²⁸³ **Avelios Medical** (München, Krankenhausinformationssystem) hat von SAP eine ungenannte Summe und zuvor 30 Millionen Euro von Sequoia Capital, Revent und High-Tech Gründerfonds erhalten.²⁸³ **Caresyntax** (KI-Plattform für Chirurgie, gegründet 2013 von Bjoern Von Siemens) ist eines der etabliertesten deutschen Healthtech-Unternehmen.²⁸⁴ **Ficus** (KI-Plattform für Rehabilitation, ausgegründet aus Merantix) hat 2026 drei Millionen Euro erhalten.²⁸³ **Hellomed** (Berlin, Medikationsversorgung in der Pflege) hat 6 Millionen Euro von EquityPitcher Ventures, IBB Ventures und zwei.7 erhalten.²⁸³ **Gardia** (mobiles Notrufsystem für Senioren) hat 8,5 Millionen Euro von Peak, BonVenture und Beurer erhalten.²⁸³

Diese Beispiele sind nicht zufällig. Sie zeigen, dass die deutsche Healthtech-Szene in vier Versorgungsfeldern besonders aktiv ist: **chronische Erkrankungen** (Adipositas, Diabetes, Bluthochdruck, COPD), **mentale Gesundheit** (Soziale Phobie, Depression, Angststörungen), **Pflege und Geriatrie** (Notruf, Medikationsmanagement, Sturzprävention) und **Gesundheits-IT-Infrastruktur** (KIS, Praxissoftware, Interoperabilitätsplattformen). Genau diese vier Felder sind die Kernfelder einer integrierten Versorgungsarchitektur. Es gibt also eine **strukturelle Komplementarität** zwischen Healthtech-Innovation und integrierter Versorgung – die in der deutschen Versorgungsrealität bisher unzureichend genutzt wird.

Die Plattformökonomie hat eine zweite Dimension, die für das deutsche System strategisch wichtig ist: **Wettbewerb mit den Tech-Giganten**. Apple, Google, Amazon und Microsoft positionieren sich seit Jahren im Health-Sektor – mit Wearables, KI-Diagnostik, Cloud-Infrastruktur und Patientenportalen. Wenn Deutschland und Europa keine eigene Health-Plattform-Architektur etablieren, wird die Datensouveränität langfristig bei US-Tech-Konzernen liegen. Genau hier ist die TI-Infrastruktur der gematik mit ihrer Zero-Trust-Architektur, ihrer DSGVO-Compliance und ihrer EHDS-Anbindung eine **strategische Investition in europäische Datensouveränität** – die Anschluss an die europäischen Vorbilder findet (siehe 10.7).

10.7 Der internationale Blick: Was die Spitzenländer besser machen

Die Bertelsmann-Stiftung-Studie #SmartHealthSystems hat 2018 fünf Länder identifiziert, die als Benchmark gelten: **Estland, Kanada, Dänemark, Israel und Spanien**.²⁴⁰²⁸⁵ Andere Länder mit fortschrittlicher digitaler Infrastruktur sind Finnland (6), Schweden (7) und die Niederlande (8); Deutschland steht auf Rang 16 von 17 Ländern.²⁸⁶ Was machen diese Länder besser?

Estland: Die Architektur als Voraussetzung. Estland führt den Digital-Health-Index mit deutlichem Abstand. Seit der Unabhängigkeit 1991 hat Estland einen konsequenten Digitalisierungskurs verfolgt: 99 Prozent der staatlichen Dienstleistungen sind elektronisch verfügbar; jeder Bürger hat eine elektronische ID-Card mit elektronischer Unterschrift; die elektronische Patientenakte ist seit 2008 etabliert; das E-Rezept seit 2010 verpflichtend; Videokonsultationen und Ferndiagnosen seit 2012 in die ambulante Versorgung integriert.²⁸⁷²⁸⁸ Kernstück ist die **X-Road**-Architektur – ein Hintergrund-Netzwerk, das alle Anwendungen verbindet, mit eindeutiger Personenkennzahl, Public-Key-Infrastruktur und der **Estonian National Health Information System (ENHIS)** als zentralem Register.²⁸⁹ Die Patientensteuerung ist in einem **Opt-out**-Modell organisiert: Theoretisch hat jeder Arzt Zugriff, der Patient kann aber jederzeit einzelne Akten oder den gesamten Zugang sperren.²⁹⁰ Dazu kommt die **digilugu.ee**-Bürgerplattform, über die jeder Bürger seine Daten einsehen, Medikationspläne kontrollieren, Impfdaten verwalten und Organspende-Bereitschaft hinterlegen kann.

Die strukturelle Lehre: Estland hat **eine Architektur als Voraussetzung etabliert**, bevor einzelne Anwendungen entwickelt wurden. Deutschland hat – im Sinne der föderal-selbstverwalteten Struktur – Anwendungen zuerst und Architektur erst nachgelagert. Die TI 2.0 schließt diese Lücke nun.

Dänemark: Vertrauen und langjährige Kontinuität. Dänemark steht bei sundhed.dk seit Jahrzehnten an der Spitze der digitalen Versorgung. Fast 90 Prozent der dänischen Bürgerinnen und Bürger vertrauen den Kompetenzen ihres Gesundheitswesens.²⁹¹ Die seit 1994 etablierte **MedCom** – eine staatlich geführte Non-Profit-Organisation – hat den Ausbau von E-Health-Systemen getestet, validiert und vorangetrieben; sie ermöglicht eine standardisierte Kommunikation zwischen allen Beteiligten.²⁸⁸ Die Notfallnummer ist mit der ambulanten Versorgung integriert; das Hausarztsystem ist Pflichtsystem mit Registrierung; alle stationären Daten sind in der nationalen ePA verfügbar; Forschungsdatennutzung ist DSGVO-konform institutionalisiert. Die Staatssekretärin im baden-württembergischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, Dr. Ute Leidig, hat im September 2024 mit einer Delegationsreise nach Kopenhagen den dänischen Strukturansatz studiert und betont: „Dabei müssen wir einen innovationsfreundlichen Rahmen vorgeben, der die Belange der Menschen in den Mittelpunkt rückt.“²⁹¹

Die strukturelle Lehre: Dänemark zeigt, dass eine konsequente föderale Struktur (fünf Verwaltungsbezirke) und eine zentrale Koordinierungsorganisation (MedCom) miteinander vereinbar sind – und dass kontinuierliche, langjährige Investitionen mehr bringen als spektakuläre Reformsprünge.

Israel: Die Verbindung von Innovation und Versorgung. Israel hat seit den 1990er Jahren in den vier Krankenkassen (Clalit, Maccabi, Leumit, Meuhedet) eine eigene digitale Versorgungsstruktur aufgebaut. Telemedizin, Ferndiagnostik und KI-basierte Diagnostik sind seit Jahren in der ambulanten Versorgung Alltag.²⁸⁸²⁹² Die israelische Gesundheits-

IT ist eng mit der weltweit führenden Cybersecurity-Industrie verbunden, was die Datensicherheit auf einem hohen Niveau hält. Die Bevölkerungsabdeckung der elektronischen Patientenakte beträgt nahezu 100 Prozent.²⁹³

Die strukturelle Lehre: Israel zeigt, dass Innovation und Versorgung nicht getrennt verhandelt werden müssen. Die Krankenkassen sind dort nicht nur Kostenträger, sondern auch Innovations-Investoren – ein Modell, das in der deutschen Selektivvertragslogik des § 140a SGB V grundsätzlich anschlussfähig ist und in der HZV BW seit 2008 partiell umgesetzt wird.

Niederlande: Hausarztregistrierung als Strukturanker. Die Niederlande sind im Digital-Health-Index auf Platz 8 – aber sie haben einen Strukturvorteil, der Deutschland fehlt: die **verbindliche Hausarztregistrierung**. Jeder Versicherte ist bei einer Hausarztpraxis registriert, der elektronische Zugriff auf Befunde ist über das Patientenportal MijnGezondheid verfügbar, die Sektorenintegration zwischen ambulant und stationär ist über das **Landelijk Schakelpunt (LSP)** organisiert.²⁸⁸

Die strukturelle Lehre: Patientensteuerung und digitale Architektur verstärken sich gegenseitig. Wer registriert ist, kann digital adressiert werden. Wer digital adressiert wird, profitiert von Versorgungssteuerung.

Kanada, Spanien, Finnland, Schweden: Kanada zeichnet sich durch ein föderales Gesundheitssystem mit zentraler digitaler Architektur (Canada Health Infoway) aus – ein für das deutsche föderale System besonders relevantes Modell. Spanien hat eine nationale eHealth-Architektur mit regionaler Umsetzung in den 17 autonomen Regionen. Finnland mit Kanta und Schweden mit 1177.se haben jeweils national koordinierte Bürger-Patientenportale mit hoher Nutzungsrate.

Die strukturelle Generalisierung dieser Beobachtungen ist klar: **Die Spitzenländer haben drei Dinge gemeinsam, die Deutschland fehlten und nun aufbaut.** Erstens eine **klare nationale Architektur** mit zentraler Koordinierungsinstanz (MedCom, Canada Health Infoway, Estonian Health Information System Foundation, Direção-Geral da Saúde Spanien). Zweitens eine **politische Führung mit langer Zeitkonstanz** – Digital Health als „Chefsache“ über Legislaturperioden hinweg. Drittens eine **konsequente Patientenintegration** mit Bürgerportalen, Opt-out-Logik und transparentem Datenzugriff.

Deutschland hat mit der gematik (Plattform), dem KIG/Interop Council (Koordinierung) und der TI 2.0 (Architektur) die ersten beiden Punkte aufgebaut. Der dritte Punkt – die konsequente Patientenintegration – ist das eigentliche Lernfeld der nächsten Jahre. Genau dort liegt die Chance des Patient Empowerment im substanziellen Sinne (siehe 10.9).

10.8 Strukturchancen der digitalen Steuerungsinfrastruktur

Wenn man die Architektur (10.2), die Roadmap (10.3), die Governance (10.4), die DiGA-Bilanz (10.5), die Innovationsökonomie (10.6) und den internationalen Vergleich (10.7) zusammendenkt, ergibt sich ein Strukturbild, das die deutsche Digitalisierung weniger als Krise und mehr als **Chancenfeld** liest. Diese Lesart ist nicht naiv – sie nimmt die Kritik (3,6 Prozent ePA-Nutzung, 69 Prozent Praxen mit TI-Problemen, GKV-Kritik an DiGA,

KBV-Kritik an Notfallreform-Digitalisierung) ernst –, aber sie kontert sie mit der strukturell politisch validen Beobachtung, dass die kritisierten Phänomene keine Konstanten sind, sondern **Übergangspänomene einer Aufbauphase**, die sich mit der TI 2.0, der ePA-Funktionserweiterung 2026/27, der EHDS-Umsetzung und dem KI-Einsatz substantiell verändern werden.

Im McKinsey-Sinne lassen sich daraus sechs konkrete Strukturchancen ableiten, die für jeden Stakeholder im deutschen System einen Mehrwert haben können:

Strukturchance 1: Versorgungspfade als digital lesbare Realität. Die ePA in ihrer 2026/27-Erweiterung mit dgMP/eMP, Push-Benachrichtigungen, Volltextsuche und Datenausleitung ermöglicht erstmals eine durchgehend digitale Repräsentation eines Versorgungspfades. Hausärztin, fachärztliche Praxis, Klinik, Apotheke, Heilmittelerbringer, Pflege, DiGA – alle können in einer einheitlichen Datenstruktur zusammenarbeiten. Die FHIR/MIO-Standards, das KIM-Datenmodell und der nationale Terminologieserver (in der Roadmap des Interop Councils als Handlungsempfehlung verankert) sind die semantische Basis dafür.²⁶⁸ Für Versorgungsforschung, Outcome-Steuerung und Qualitätssicherung ist dies der Quantensprung, den die Versorgungsforschung seit Jahren fordert.

Strukturchance 2: Patient Empowerment in der Substanz. Wenn Versicherte in der ePA ihre Daten sehen, Push-Benachrichtigungen über neue Befunde erhalten, ihre Medikation transparent verfolgen können, dann hat der Begriff **Patient Empowerment** erstmals einen substantiellen Inhalt – nicht im Sinne eines moralischen Appells „Kümmern Sie sich um Ihre Gesundheit“, sondern im Sinne einer strukturellen Befähigung. Genau das ist die ethische Forderung dieses Kapitels (siehe 10.9).

Strukturchance 3: Sektorenintegration durch Datenkontinuität. Die im KHAG verankerten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV) und die in der Notfallreform vorgesehenen Integrierten Notfallzentren (INZ) brauchen eine durchgehende digitale Dokumentation der Patientenpfade vor, während und nach einem Klinikaufenthalt. Mit ePA, eMP, KIM-strukturierte Nachrichten und TI-Messenger ist diese Dokumentation technisch verfügbar. Die operative Umsetzung in einem integrierten Versorgungsnetz wie der HZV BW ist der Pilot, der den bundesweiten Rollout absichert.

Strukturchance 4: Hebung des McKinsey-Potentials von 42 Mrd. Euro pro Jahr. Die McKinsey-Analyse identifiziert sechs Lösungskategorien: Online-Interaktionen (Telemedizin, Online-Terminbuchung), Umstellung auf papierlose Datenverarbeitung (ePA, eRezept), Arbeitsabläufe/Automatisierung (KI-gestützte Dokumentation), Entscheidungsunterstützung durch Datentransparenz (klinische Entscheidungsunterstützung, AMTS-Tools), Patientenselbstbehandlung (DiGA, Wearables) und Patient-Self-Service (Online-Portale).²⁴⁶²⁹⁴ Jede dieser Kategorien ist mit der gematik-Roadmap 2026/27 abgedeckt; was fehlt, ist der **systemische Anwendungsraum**, in dem alle sechs gleichzeitig wirken können. Genau das ist eine integrierte Versorgungsstruktur.

Strukturchance 5: Forschungsdatenzentrum und EHDS-Anschluss. Mit der ab 2026 anlaufenden Datenausleitung an das Forschungsdatenzentrum Gesundheit beim BfArM nach § 363 SGB V und der EHDS-Sekundärnutzung (Anwendung gestaffelt ab 26.03.2027)

entstehen Forschungs- und Versorgungsdatenräume in einem Volumen, das in Europa nur Frankreich und das Vereinigte Königreich erreichen.²⁹⁵ Für die Versorgungsforschung, die Pharmaforschung, die Public-Health-Steuerung und die KI-Entwicklung ist das eine Ressource ersten Ranges (siehe Kapitel 11 und 12).

Strukturchance 6: Strukturelle Investition in europäische Datensouveränität. Die TI 2.0 mit Zero-Trust-Architektur, das EHDS mit MyHealth@EU und der Data Act schaffen einen europäischen Datenraum, der nicht von US-Tech-Konzernen dominiert ist. Das ist nicht nur ein technisches, sondern ein **geopolitisches Kapital** – mit unmittelbarer Bedeutung für die Bürgerrechte der Versicherten.

10.9 Patient Empowerment als ethische Forderung an alle Stakeholder

Der Begriff *Patient Empowerment* gehört seit Jahren zum Standardvokabular gesundheitspolitischer Debatten – in einer Form, die ihm zunehmend die Substanz nimmt. Er wird oft genutzt, um den Versicherten Verantwortung zuzuschieben, ohne ihnen die Strukturen zu schaffen, die diese Verantwortung tragen. Das ist nicht nur intellektuell unredlich; es ist ethisch problematisch.

Die ethische Position dieses Papiers ist deshalb klar: **Patient Empowerment ist nicht eine Aufforderung an die Patienten, sondern eine Verpflichtung der Stakeholder, Strukturen zu schaffen, die Patienten leiten und unterstützen.** Es ist die Pflicht des Bundes, der Krankenkassen, der Selbstverwaltung und der Leistungserbringer, dafür zu sorgen, dass jeder Versicherte – unabhängig von seinem Bildungsgrad, seiner digitalen Kompetenz, seiner Sprache und seiner sozialen Lage – die Möglichkeit hat, an seiner Gesundheitsversorgung selbstbestimmt teilzunehmen. Das verlangt nicht weniger als drei Dinge.

Erstens: Verständliche Information. Die ePA, das eRezept, die DiGA-Verordnung, die EHDS-Sekundärnutzung – jedes dieser Instrumente muss in einer Sprache und Form kommuniziert werden, die für die durchschnittliche Versicherte zugänglich ist. Push-Benachrichtigungen müssen aussagekräftig sein („Ihre Medikation wurde geändert. Ihre Hausärztin hat dazu eine Erläuterung hinterlegt“) und keine technischen Codes. Die Volltextsuche in der ePA muss medizinische Begriffe in Alltagssprache übersetzen. Die GesundheitsID-Authentisierung muss für ältere und nicht-digital-affine Versicherte praktisch nutzbar sein.

Zweitens: Strukturelle Begleitung. Patientinnen und Patienten brauchen Lotsinnen und Lotsen, die ihnen helfen, die digitalen Werkzeuge im Alltag zu nutzen. Die hausärztliche Praxis – mit ihrer Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH), ihrer medizinischen Fachangestellten und ihrem Hausarzt – ist die natürliche Lotsinstanz. In der HZV BW haben VERAH die Aufgabe, in diesem Sinne digitalisierungsbegleitend zu wirken; die HZV-Evaluation 2025 dokumentiert für VERAH-Praxen 4,0 Prozent geringere Krankenhausaufnahmequoten und 4,7 Prozent niedrigere Arzneimittelkosten.²⁹⁶ Eine bundesweite Anerkennung der VERAH-ähnlichen Strukturen als digitale Lotsinnen wäre ein operativer Beitrag zum Patient Empowerment.

Drittens: Selbstbestimmung mit Sicherheitsnetz. Patienten müssen die Kontrolle über ihre Daten haben (Opt-out wie in Estland, granulare Zugriffssteuerung wie in der ePA für alle), aber sie dürfen nicht allein gelassen werden. Wenn eine Patientin die Medikation umstellt, ohne ihrer Hausärztin Bescheid zu sagen, oder wenn ein Patient eine DiGA nutzt, ohne dass die Behandlerin davon weiß, entstehen Versorgungsbrüche, die in Estland und Dänemark durch die strukturelle Integration aufgefangen werden. Patient Empowerment ohne strukturelle Sicherung ist Selbstüberlassung – und die ist ethisch nicht akzeptabel.

Die ethische Konsequenz: **Das Patientenwohl muss an der Spitze der digitalen Reformziele stehen** – nicht das Sparvolumen, nicht die technische Eleganz, nicht die Sektorinteressen. Diese Forderung adressiert alle Stakeholder gleichermaßen: das BMG bei der Gesetzgebung, die gematik bei der Spezifikation, die Krankenkassen bei der Erstattung, die KBV und KZBV bei der Kollektivvertragsausgestaltung, die DKG bei den Krankenhausstrukturen, die Patientenvertretungen bei ihrer Vertretungsarbeit, die Industrie bei der Produktentwicklung, die Healthtech-Startups bei ihrer Innovationsausrichtung. Wer das Patientenwohl nicht zur Spitze setzt, verfehlt das eigentliche Ziel der Digitalisierung.

In diesem Sinne ist die deutsche Digitalisierung 2026/27 nicht nur ein technisches, sondern auch ein **ethisches Reformprojekt**. Es ist eine Frage der Würde der Versicherten, dass die Strukturen, die ihre Daten verwalten, ihre Medikation steuern und ihre Versorgung organisieren, transparent, kontrollierbar und am Patientenwohl ausgerichtet sind.

10.10 Die Anschlussfähigkeit: MEDI - HZV - Strukturprinzip und digitale Steuerungsinfrastruktur

Die Argumentation der Kapitel 6 bis 9 hat gezeigt, dass das MEDI - HZV - Strukturprinzip eine integrierende Versorgungsarchitektur bietet, in der Primärkoordination, fachärztliche Integration, vertragliche Verbindlichkeit, digitale Prozessarchitektur und Outcome-Lernlogik zusammenwirken. Im Kontext der digitalen Steuerungsinfrastruktur 2026/27 gewinnt diese Architektur eine zusätzliche Bedeutung.

Erstens ist das MEDI - HZV - Strukturprinzip der **operative Anwendungsraum** für die TI-Anwendungen. ePA, eMP, KIM, TI-Messenger, FHIR/MIO, DiGA – sie alle wirken nur, wenn sie in eine koordinierte Versorgung eingebettet sind. Die HZV BW hat seit 2008 systematisch Erfahrung gesammelt mit der Einführung digitaler Anwendungen im Praxisalltag, mit der Anbindung von über 100 verschiedenen Primärsystemen, mit der Integration von Heilmittel- und Hilfsmittelversorgern, mit der pädiatrischen Pfadlogik (BVKJ-Service), mit der Apotheken-Anbindung. Sie ist nicht ein theoretisches Modell, sondern eine **operative Erprobungsumgebung** mit über zwei Millionen freiwillig eingeschriebenen Versicherten, rund 5.900 teilnehmenden Ärzten und 13 fachärztlichen Disziplinen.

Zweitens ist das MEDI - HZV - Strukturprinzip der **strukturpolitische Trägerraum** für die Patient-Empowerment-Forderung aus 10.9. Die hausärztliche Lotsenfunktion mit VERAH-Begleitung, die strukturierte Pfadlogik mit fachärztlicher Mitwirkung, die Outcome-Erfassung mit Routine- und PROM-Daten, die Qualitätszirkel mit kontinuierlicher

Lernlogik – sie alle sind genau die Strukturen, die Patient Empowerment in der Substanz tragen können.

Drittens ist die **Markterkundung von MEDI Baden-Württemberg vom 26. Februar 2026** zur gematik TI-Modellregion das konkrete Operationalisierungsangebot für die TI-Pilotierung 2026/27. Die Markterkundung dokumentiert (ohne dass das Preismodell hier Gegenstand wäre):

- **Aufbauphase** von 4–6 Monaten nach Vertragsschluss bis zur operativen Bereitschaft, realisiert über bestehende Verbundstrukturen ohne Kaltakquise und über standardisierte Vertrags-/Datenschutzbausteine inklusive AVV;
- **Alpha-Stream-Pilot** ab Monat 3 mit rund 10 technologisch hochaffinen „Lighthouse-Praxen“ aus dem MEDI-Netzwerk, sofern die zu pilotierenden Komponenten der gematik mindestens vier Wochen vor Start in der MEDI-Laborumgebung verfügbar sind;
- **Strukturierter Kernpool** von über 3.000 ambulant tätigen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten in den Verbundstrukturen, kurzfristig adressierbar; mittelfristig Skalierung auf mehrere hundert teilnehmende LEI realistisch;
- **Sektorenübergreifende Rekrutierung** entlang realer Versorgungsbeziehungen (Einweisung – Entlassung – Weiterbehandlung): ambulante Leistungserbringer (Haus-/Fachärzte, Psychotherapie, weitere ambulante Organisationsformen), Apotheken, stationäre Akteure (Krankenhäuser, MVZ), Pflege, Heil- und Hilfsmittelversorger, Akut- und Notfallversorgung über die jeweils zuständigen regionalen Träger;
- **Erfahrung mit TI-Anwendungen** aus dem Versorgungsalltag: ePA, E-Rezept, eAU, KIM (sichere Kommunikation/eArztbrief-Umfeld), inklusive Onboarding, Prozessanpassung und Support; ergänzt durch die Expertise der Bayerischen TelemedAllianz und mehr als zehn Studienprojekten (u. a. Innovationsfondsprojekte) sowie durch den Technologiepartner adesso SE;
- **DSGVO-konformes Web-Survey-Tool** für regelmäßige rollenbasierte Befragungen mit EU/DE-Hosting und Export-/Auswertungsfunktion; ergänzt durch niedrigschwellige strukturierte Kurzformulare;
- **Etabliertes Feedback-, Incident- und Verbesserungsmanagement** mit definierten Taktungen, qualifizierter 1st-/2nd-Level-Voranalyse, transparenten Change-Logs, FAQs, Webinaren, Sprechstunden, „closed loop“-Rückmeldung;
- **Pfad- und übergabepunktorientierte Rekrutierung** der LEI nach Rolle im Versorgungspfad, realen Übergabe-/Kommunikationsprozessen, regionaler Verteilung, Primärsystemlandschaft und TI-Reifegrad;
- **Versichertenperspektive systematisch eingebunden**, freiwillig und informiert, im Rahmen realer Versorgungssituationen, mit standardisierten Befragungen, Feedbackformaten und qualitativen Rückmeldungen;

- **Governance und Projektorganisation:** dauerhaftes Projektbüro/PMO mit definierten Rollen, Eskalationswegen, Reporting, Tooling, KPI-/Reportstrukturen, Datenschutzkonzept (AVV/TOMs), Mustern und Vorlagen.²⁹⁷

Diese Strukturelemente decken sich präzise mit den Anforderungen, die die gematik in ihrem Modellregionen-Konzept formuliert hat: ein Netzwerk aus (Zahn-)Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken, ein lokales Projektbüro, großstädtische und ländliche Versorgungsprozesse, einrichtungsübergreifende Verfahren, Einbindung von Herstellern und Anbietern, enge Begleitung durch wissenschaftliche Evaluation.²⁵⁹ Was Baden-Württemberg über die bestehenden Modellregionen hinaus bietet, ist eine **bereits dokumentierte integrierte Versorgungsarchitektur mit 17 Jahren Outcome-Wirkung** – also nicht nur eine TI-Erprobungsumgebung, sondern eine kombinierte Versorgungs- und Digitalevaluation.

Strukturpolitisch betrachtet ist die Anerkennung von MEDI Baden-Württemberg als dritte gematik TI-Modellregion **das operativ naheliegende Vehikel** für die Bewährung der Patient-Empowerment-Forderung, der ePA-Funktionserweiterung 2026/27, der eMP-Akzeptanz, der EHDS-Vorbereitung und der DiGA-Versorgungsintegration. Sie würde die Pilotierungslast auf eine dritte Region verteilen, die kombinierten Versorgungs- und Digitaleffekte erfassen und der Bundespolitik bis 2027/28 eine evidenzbasierte Skalierungsgrundlage geben.

10.11 Politische Empfehlungen

Aus der Analyse dieses Kapitels ergeben sich sieben politische Empfehlungen, die in den Reformprozess 2026/2027 eingespeist werden sollten und die das Reformfenster nutzen, das durch die FKG-Phase 2, die Gesetzesberatungen zur Notfallreform, das ausstehende GKV-BStabG-Folgegesetz und die EHDS-Umsetzung geöffnet ist.

Empfehlung 1: Digitalisierung als integralen Bestandteil der Strukturreform anerkennen. Die FinanzKommission Gesundheit Phase 2 sollte in ihren Strukturreformvorschlägen bis Ende 2026 die Digitalisierung nicht als Querschnittsthema, sondern als zentralen Hebel der Strukturreform behandeln – mit dem Verweis auf das McKinsey-Potenzial von 42 Milliarden Euro pro Jahr und die OECD-Vergleichsdaten, die zeigen, dass Spitzenländer 12 Prozent BIP-Anteil mit deutlich besseren Outcomes erreichen.

Empfehlung 2: Erweiterung der TI-Modellregionen-Strategie um eine dritte Modellregion mit etablierter integrierter Versorgungsarchitektur. Die Anerkennung von MEDI Baden-Württemberg als dritte Modellregion verteilt die Pilotierungslast für die ePA-Funktionserweiterungen 2026/27, den eMP, die Volltextsuche, die Datenausleitung an das FDZ und die EHDS-Vorbereitung; sie ermöglicht eine kombinierte Versorgungs- und Digitalevaluation mit über 3.000 ambulant tätigen Haus- und Fachärzten in einer 17 Jahre etablierten Versorgungsarchitektur. Diese Empfehlung ist operativ ohne Gesetzgebung umsetzbar – sie verlangt eine Entscheidung der gematik-Gesellschafter und eine Mitfinanzierung über die bestehenden Modellregionen-Strukturen.

Empfehlung 3: DiGA-Versorgungsintegration über Selektivverträge ermöglichen.

DiGA wirken nur in einem Versorgungspfad. Die Anerkennung selektivvertraglicher Strukturen mit DiGA-Pfadintegration (analog zum FacharztProgramm BW) ermöglicht es, DiGA als Pfadelement zu verordnen, ihre Nutzungsdaten in die ePA zu integrieren und ihre Outcome-Wirkung in die HZV-Evaluation einfließen zu lassen. Damit wird die ambivalente DiGA-Bilanz strukturell adressiert.

Empfehlung 4: Patient-Empowerment-Architektur etablieren. Die ePA-Funktionserweiterung 2026/27 sollte mit einer expliziten Patient-Empowerment-Architektur begleitet werden: verständliche Push-Benachrichtigungen, Volltextsuche mit Alltagssprachen-Übersetzung, granulare Zugriffssteuerung mit Opt-out-Logik analog Estland, hausärztliche Lotsenfunktion mit VERAH-Begleitung, niedrigschwellige Bürgerportale. Diese Architektur sollte durch die Patientenvertretung im G-BA und die BAG Selbsthilfe co-konzipiert werden.

Empfehlung 5: Healthtech-Startup-Ökonomie strukturell einbinden. Die deutsche Healthtech-Szene ist innovationsstark, kapitalstark und international vernetzt – aber sie findet zu oft keinen Anschluss an die Versorgungsrealität. Selektivverträge und integrierte Versorgungsstrukturen sollten gezielt als Anwendungsräume für Healthtech-Innovation genutzt werden. Förderprogramme wie Heal Capital (PKV) und EIT Health Germany sollten mit den selektivvertraglichen Strukturen vertraglich verknüpft werden.

Empfehlung 6: Governance der Digitalisierung weiter konsolidieren. Die im BMG diskutierte „neue Digitalagentur“ sollte – wenn sie etabliert wird – nicht in Konkurrenz zur gematik treten, sondern die Aufgaben der digitalen Governance koordinieren: gematik (Plattform), KIG (Interoperabilität), BfArM (DiGA, FDZ), BSI (Cybersicherheit), Datenschutzaufsicht. Eine schlagkräftige Führung und gute Koordination sind – wie die Bundestagsantwort vom 21. Januar 2026 ausdrücklich festhält – Voraussetzung für die ePA-Roadmap und die EHDS-Umsetzung.²⁶¹

Empfehlung 7: Wissenschaftliche Begleitevaluation systematisch ausbauen. Die HZV-Evaluation Heidelberg/Frankfurt seit 2011, die ePA-Evaluation des IGES Instituts in den Modellregionen 2025 und die geplante FDZ-Datenausleitung sollten methodisch in eine gemeinsame Evaluationsarchitektur überführt werden. Diese Architektur erlaubt es, die Wirkung der digitalen Steuerungsinfrastruktur in einer integrierten Versorgungsarchitektur robust zu erfassen – mit Routinedaten, PROMs/PREMs, Akzeptanzindikatoren und Outcome-Differentialen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sollte diese Evaluation in seinen Gutachtenschwerpunkten 2027/28 begleiten.

10.12 Zwischenbefund: Mut zur strukturpolitischen Chance

Die deutsche Digitalisierung ist nicht das nächste Krisenkapitel. Sie ist – wenn sie konsequent als integrierte Steuerungsinfrastruktur statt als Sammlung einzelner Anwendungen verstanden wird – die größte ungenutzte strukturpolitische Chance Deutschlands in der laufenden Legislaturperiode. Die Architektur ist gebaut (TI 2.0, ePA für alle, eRezept,

KIM, TI-Messenger), die Roadmap ist transparent (gematik OneRoadmap 2026-Q1), die Governance ist reif (BMG, gematik, KIG, Interop Council, BfArM-FDZ), die Innovationsökonomie ist dynamisch (Healthtech-Startups, DiGA-Markt, Avelios, Caresyntax, Oviva), die internationale Anschlussfähigkeit ist gegeben (EHDS, MyHealth@EU, Spitzenländer-Vergleich Estland, Dänemark, Israel).

Was fehlt, ist nicht das Werkzeug. Was fehlt, ist der **systemische Anwendungsraum**, in dem die Werkzeuge im Zusammenspiel wirken können. Genau das beschreibt das MEDI - HZV - Strukturprinzip – mit seinen fünf Komponenten, seiner 17-jährigen Evaluationsbasis und seiner Markterkundung als dritte gematik TI-Modellregion. Es ist nicht ein süddeutsches Modell, sondern ein **bundesweit anschlussfähiges Betriebssystem**, das die digitale Steuerungsinfrastruktur erst zur Wirkung bringt.

Die ethische Forderung, das Patientenwohl an die Spitze der Reformziele zu setzen, ist kein moralischer Appell, sondern eine strukturpolitische Verpflichtung an alle Stakeholder. Sie verlangt Strukturen, die Patienten leiten und unterstützen – nicht Aufforderungen, sich selbst zu kümmern. Patient Empowerment in der Substanz heißt: Die hausärztliche Lotsenfunktion, die fachärztliche Pfadintegration, die digitale Prozessarchitektur, die Outcome-Lernlogik – all das den Versicherten zur Verfügung zu stellen, in einer Sprache und Form, die sie nutzen können, mit einem Sicherheitsnetz, das sie nicht allein lässt.

Die nächsten Kapitel zeigen, wie sich diese digitale Steuerungsinfrastruktur in den europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) einfügt (Kapitel 11), wie Künstliche Intelligenz darin als Nutzenpfad eingebettet werden kann (Kapitel 12), wie der internationale Vergleich (Kapitel 13) und der Baden-Württemberg-Referenzraum (Kapitel 14) die Argumentation operativ tragen, und wie die politische Umsetzungsagenda 2026/2027 (Kapitel 15) das Reformfenster konkret nutzen kann.

11. Der Europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS): Datenkreislauf zwischen Versorgung und Forschung

11.1 Eine epochale Verordnung – und ihre nationale Anschlussverpflichtung

Mit der Verordnung (EU) 2025/327 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2025 über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten – im Amtsblatt der Europäischen Union am 5. März 2025 veröffentlicht und am 26. März 2025 in Kraft getreten – entsteht in Europa erstmals ein unionsweiter Rechtsrahmen für die elektronische Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten.²⁹⁸²⁹⁹³⁰⁰ Die EHDS-Verordnung ist nicht nur eine technische Harmonisierungsmaßnahme; sie ist eine **strukturpolitische Weichenstellung** für die nächsten zwei Jahrzehnte: Sie bestimmt, wie Patientinnen und Patienten in Europa auf ihre Gesundheitsdaten zugreifen, wie Daten zwischen Mitgliedstaaten ausgetauscht werden, wie Forschung und Innovation Daten nutzen, und wie die digitale Souveränität Europas gegenüber außereuropäischen Tech-Akteuren behauptet wird.

Für Deutschland ist die EHDS-VO eine doppelte Aufgabe. Erstens ist sie eine **Anschlussverpflichtung**: Die nationalen Strukturen – TI 2.0, ePA für alle, Forschungsdatenzentrum Gesundheit beim BfArM, gematik-Plattform – müssen bis spätestens 26. März 2029 (Patientenkurzakten, eRezept) und 26. März 2031 (Bildgebung, Laborergebnisse, Entlassungsberichte) europäisch interoperabel werden.³⁰¹³⁰² Zweitens ist sie eine **strukturelle Beschleunigungsdynamik**: Die Verordnung schafft Anreize, die Reformschritte des Digitalgesetzes und des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG) konsequent zu Ende zu gehen – nicht aus binnendeutscher Reformlogik, sondern aus europäischer Verbindlichkeit. Wer 2029 nicht liefert, riskiert Sanktionen.

Dieses Kapitel argumentiert, dass die EHDS-VO – richtig gelesen – die **größte strukturelle Hebelwirkung** für die deutsche Digitalisierung der nächsten fünf Jahre darstellt. Sie ist nicht eine zusätzliche Belastung neben der nationalen Reform, sondern eine **Disziplinierungsklammer**, die die nationale Reform vor dem Versanden bewahrt. Und sie öffnet einen **Datenkreislauf zwischen Versorgung und Forschung**, der das deutsche System aus der historischen Trennung zwischen Versorgungsdaten und Forschungsdaten herausführt – mit unmittelbaren Implikationen für integrierte Versorgungsstrukturen wie das MEDI - HZV - Strukturprinzip.

Im Folgenden wird die EHDS-Architektur in ihren drei Säulen entfaltet (11.2), die zeitliche Anwendungsdynamik mit den Stichtagen 2027/2029/2031/2034 dargestellt (11.3), die deutsche Anschlussstruktur über GDNG und FDZ analysiert (11.4), die Patient-Empowerment-Dimension herausgearbeitet (11.5), die Forschungs- und Innovationsdimension beleuchtet (11.6), die kritischen Anmerkungen zu Datenschutz, Vertrauen und Governance ernst genommen (11.7), die Anschlussfähigkeit zum MEDI - HZV - Strukturprinzip dargestellt (11.8) und mit politischen Empfehlungen abgeschlossen (11.9).

11.2 Die drei Säulen der EHDS-Verordnung

Die EHDS-VO ist mit ihren rund 100 Artikeln und mehreren ergänzenden Anhängen eine umfangreiche Verordnung. Strukturpolitisch lässt sie sich in **drei Säulen** zusammenfassen.³⁰³³⁰⁴

Säule 1: Primärnutzung – Versorgung jenseits nationaler Grenzen. Die Primärnutzung bezeichnet die Verarbeitung elektronischer Gesundheitsdaten **für Zwecke der Gesundheitsversorgung**. Versicherte erhalten weitreichende Rechte: das Recht auf direkten Zugriff auf ihre prioritären Gesundheitsdaten in einem europäisch harmonisierten Austauschformat (Art. 3 EHDS-VO), das Recht auf Zugangsbeschränkungen gegenüber bestimmten Leistungserbringern, das Recht auf Informationen über Datenzugriffe, das Recht auf Berichtigung und Datenübertragbarkeit. Sechs **prioritäre Datenkategorien** sind in Artikel 14 EHDS-VO definiert: (a) Patientenkurzakten (Patient Summaries), (b) elektronische Verschreibungen, (c) elektronische Abgaben (Dispensationen), (d) medizinische Bildgebung und Befunde, (e) medizinische Untersuchungsergebnisse einschließlich Labor- und anderer Diagnoseergebnisse, (f) Entlassungsberichte.³⁰⁴³⁰⁵ Die Mitgliedstaaten müssen bis spätestens 26. März 2027 mindestens eine **Stelle für digitale Gesundheit** benennen; sie ist für die Umsetzung und Durchsetzung der Primärnutzung zuständig (Art. 19 EHDS-VO). Gesundheitsdienstleister müssen ab 26. März 2029 (erste Gruppe) bzw. 26. März 2031 (zweite Gruppe) Daten in einem europäisch festgelegten Austauschformat erfassen und verfügbar machen.³⁰¹³⁰⁴³⁰⁶

Säule 2: EHR-Systeme und Marktordnung. Mit den **Electronic Health Record (EHR)-Systemen** schafft die EHDS-VO eine harmonisierte Marktordnung für Software, in der Gesundheitsdaten verarbeitet werden. Hersteller von EHR-Systemen unterliegen einer **CE-Konformitätsbewertung** mit europäischen Anforderungen an Interoperabilität, Datenqualität (Semantik, Einheitlichkeit, Kohärenz, Genauigkeit, Vollständigkeit nach Art. 27 EHDS-VO) und Sicherheit. Die Kommission erlässt bis zum 26. März 2027 die technischen Spezifikationen für das **europäische Austauschformat** und die Datenqualitätsanforderungen.³⁰⁶ Die Aufsicht erfolgt über Marktaufsichtsbehörden in den Mitgliedstaaten. Diese Säule ist insbesondere für die deutschen Primärsystemhersteller (Praxisverwaltungssysteme, Krankenhausinformationssysteme) und die Healthtech-Startups eine substantielle Marktveränderung – sie schafft Skaleneffekte für europäische Anbieter und reduziert Marktzersplitterung.

Säule 3: Sekundärnutzung – Forschung, Innovation, Politiksteuerung. Die Sekundärnutzung erlaubt die Verarbeitung elektronischer Gesundheitsdaten **für Forschung, Innovation, Politikgestaltung, Aufsicht, Bildung, Patientenversorgungsverbesserung und personalisierte Medizin** unter strengen Voraussetzungen (Datenzugangsantrag, sichere Verarbeitungsumgebung, kein direkter Personenbezug). Jeder Mitgliedstaat muss eine **Stelle für den Zugang zu Gesundheitsdaten** (Health Data Access Body) benennen, die als zentrale Anlaufstelle für Datennutzer fungiert. Die Sekundärnutzung gilt für die meisten Datenkategorien ab dem 26. März 2029; für genetische Daten und einige weitere ab dem 26. März 2031.³⁰⁴³⁰⁶

Die drei Säulen werden durch zwei zentrale Plattformen verbunden:

- **MyHealth@EU** ist die grenzüberschreitende Infrastruktur für die Primärnutzung. Sie verbindet die nationalen eHealth-Systeme aller EU-Mitgliedstaaten und ermöglicht den Austausch elektronischer Verschreibungen und Patientenkurzakten heute schon. Stand März 2025: 13 Mitgliedstaaten sind mit mindestens einem Dienst live; 10 weitere kommen 2025 dazu, die Slowakei 2026.³⁰¹³⁰⁷ Im Verlauf 2025–2026 werden weitere Datenkategorien (Laborergebnisse, Bildgebung, Entlassungsberichte) integriert.
- **HealthData@EU** ist die zentrale Interoperabilitätsplattform für die Sekundärnutzung, von der Europäischen Kommission verwaltet. Sie ermöglicht plattformübergreifendes Durchsuchen von Metadaten, ein einheitliches schlankes Antragswesen und die Verknüpfung verteilter Datenplattformen.³⁰⁸ Drittländer und internationale Organisationen können ab 26. März 2034 (Art. 75 Abs. 5 EHDS-VO) auf Antrag zugelassene Teilnehmer werden.³⁰⁴

11.3 Die zeitliche Anwendungsdynamik: Stichtage 2027–2034

Die EHDS-VO folgt einer **gestaffelten Anwendungslogik**, die das politische Implementationsfenster strukturiert.³⁰¹³⁰²³⁰⁴³⁰⁶³⁰⁹ Die zentralen Stichtage:

26. März 2025: Inkrafttreten. Die Übergangsphase beginnt. Mitgliedstaaten haben zwei Jahre Zeit, die institutionellen Voraussetzungen zu schaffen.

26. März 2027: Konkretisierung. Die Europäische Kommission erlässt die zentralen Durchführungsrechtsakte (Komitologieverfahren): europäisches Austauschformat für EHR (Art. 14 Abs. 1 i.V.m. Art. 27 Abs. 1), Datenqualitätsanforderungen (Art. 27 Abs. 4), technische Spezifikationen für die prioritären Datenkategorien.³⁰⁶ Die Mitgliedstaaten benennen ihre Stelle(n) für digitale Gesundheit (Art. 19 EHDS-VO) und ihre Stelle(n) für den Zugang zu Gesundheitsdaten (Art. 36 EHDS-VO).³⁰¹ Spezifische Vorschriften der EHDS-VO werden anwendbar.³¹⁰

26. März 2029: Erste Gruppe prioritärer Kategorien wird operativ. Patientenkurzakten, elektronische Verschreibungen und elektronische Dispensationen sind in allen EU-Mitgliedstaaten primär nutzbar und über MyHealth@EU grenzüberschreitend austauschbar. Die Vorschriften über die Sekundärnutzung gelten für die meisten Datenkategorien (Art. 51 EHDS-VO mit Ausnahme genetischer Daten und einiger weiterer Sondergruppen).³⁰⁴ Gesundheitsdienstleister müssen Daten in den entsprechenden EHR-Systemen erfassen.

26. März 2031: Zweite Gruppe prioritärer Kategorien wird operativ. Medizinische Bildgebung und Befunde, Laborergebnisse und Entlassungsberichte werden primär nutzbar. Die Sekundärnutzung wird auf die verbleibenden Kategorien (genetische Daten u. a.) ausgeweitet.³⁰¹³⁰⁴³⁰⁶

26. März 2034: Drittländer-Beitritt zu HealthData@EU möglich. Schweiz, Vereinigtes Königreich, Norwegen, Israel und andere Nicht-EU-Länder können auf Antrag zugelassene Teilnehmer werden, sofern sie die Datenschutz- und Sicherheitsanforderungen erfüllen.³¹¹

26. März 2035: Drittländer-Beitritt zu HealthData@EU für die Sekundärnutzung möglich (Art. 75 Abs. 5 EHDS-VO).³¹²

Diese Anwendungsdynamik hat eine konkrete politische Konsequenz: Bis 2029 müssen die deutschen Strukturen – TI 2.0, ePA, FDZ Gesundheit, EHR-Systeme – europäisch interoperabel sein. Das ist nicht ein theoretischer Anspruch, sondern eine operative Verpflichtung. Die deutsche Politik hat damit ein **fixiertes Reformfenster** mit klaren Zwischenmeilensteinen – ein selten klarer Fall in der föderal-selbstverwalteten deutschen Gesundheitspolitik.

11.4 Die deutsche Anschlussstruktur: GDNG, FDZ Gesundheit, gematik

Deutschland hat – das ist eine wichtige Differenzierung gegenüber anderen Mitgliedstaaten – einen **substantiellen Vorlauf** für die EHDS-Umsetzung. Mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) vom März 2024, der ePA für alle (verpflichtend ab 1. Oktober 2025), der TI 2.0, dem Forschungsdatenzentrum Gesundheit beim BfArM (eröffnet 2025) und der Datenzugangs- und Koordinierungsstelle (DACO) sind die wesentlichen institutionellen Bausteine vorhanden.³¹³³¹⁴³¹⁵

Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ). Das FDZ wurde von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken am BfArM offiziell eröffnet und bildet „die zentrale Infrastruktur für die sichere Bereitstellung und Nutzung von Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken im Gesundheitswesen“.³¹⁴ Es liegen pseudonymisierte Abrechnungsdaten aller GKV-Versicherten zwischen 2009 und 2023 vollständig vor – das sind Daten zu Diagnosen, Therapien, Arzneimittelverordnungen, Krankenhausaufenthalten, weiterer Versorgung, nach Alter, Geschlecht und regional aufgeschlüsselt; **rund 73 Millionen Versicherte über 14 Jahre**, eine in Europa kaum erreichte Datentiefe für Versorgungsforschung. Die Datensätze erlauben pseudonymisierte Auswertung von Krankheitsverläufen ohne Rückschluss auf einzelne Patienten. Ab voraussichtlich Oktober 2026 werden zusätzlich Daten aus der ePA bereitgestellt, die Versicherte freiwillig ausgeleitet haben.³¹⁴³¹⁵

Mit dem GDNG wurde **§ 363 SGB V** eingeführt, der die Datenausleitung aus der ePA an das FDZ regelt. Für die Datenfreigabe aus der ePA gilt ein **Opt-out-Verfahren**: Versicherte können der Datenfreigabe widersprechen; ohne Widerspruch werden pseudonymisierte Daten für Forschungszwecke verfügbar. Die Widerspruchsverwaltung erfolgt einfach digital (idealerweise in der ePA-App).³¹⁵³¹⁶ Damit folgt Deutschland dem internationalen Vorbild Estlands und Dänemarks, die seit Jahren ein Opt-out-Modell für die Sekundärnutzung etabliert haben.

Die **Antragsberechtigung** wurde mit dem GDNG vom Antragsteller auf den Nutzungszweck umgestellt: Entscheidend ist nicht mehr, **wer** beantragt (Pharmaindustrie, akademische Forschung, Versorgungsforschung, Politik), sondern **wofür** (im Gemeinwohl liegende Nutzungszwecke nach § 303e SGB V).³¹⁵ Damit wird die historisch enge Limitierung der Datennutzung erweitert – mit unmittelbaren Implikationen für die deutsche Pharmaforschung, die akademische Versorgungsforschung, die KI-Entwicklung und die Versorgungssteuerung.

Eine **bedeutsame Verknüpfungsperspektive** ist im GDNG angelegt: Das FDZ kann pseudonymisierte Daten mit Daten gesetzlich geregelter medizinischer Register (insbesondere Krebsregistern) verknüpfen, sofern dies für den antragsgemäßen Forschungszweck erforderlich ist und die Interessen der Versicherten gewahrt werden.³¹⁵³¹⁷ Die DACO hat 2025 die Zusammenarbeit mit dem Krebsregister Rheinland-Pfalz und dem Klinischen Krebsregister Niedersachsen aufgenommen, um eine Dateninfrastruktur für die antragsbasierte Verlinkung in sicheren Verarbeitungsumgebungen (Secure Processing Environments, SPEs) zu errichten.³¹⁷

gematik im EHDS-Kontext. Die gematik baut die deutsche Anschlussfähigkeit an die EHDS-Architektur auf. Die deutsche **National Digital Health Agency** ist die gematik – sie arbeitet gemeinsam mit den anderen nationalen Digital Health Agencies und der Europäischen Kommission an der Umsetzung der EHDS-Architektur, gestaltet die FHIR-Standards mit (Roadmap Interop Council 2026–2027 mit Terminologieserver und KIM-Datenmodell, siehe Kapitel 10.4) und integriert den EHDS in die ePA-Roadmap.³¹⁸³¹⁹ Die **nationale Kontaktstelle (NKS) für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung** nach Richtlinie 2011/24/EU ist in Deutschland beim GKV-Spitzenverband angesiedelt; ihre Aufgaben werden mit der EHDS-Umsetzung erweitert.³²⁰³²¹

Stand der Umsetzung in Deutschland. Eine differenzierte Bestandsaufnahme: Die regulatorischen Grundlagen (GDNG, ePA für alle, FDZ) sind in Teilen erfolgt. Die nationale Governance-Struktur ist aber – wie Prof. Dr. Christian Dierks in einer Analyse des Medical Tribune feststellt – „noch unklar“; die Rolle von gematik, BMG, BfArM und weiteren Akteuren muss abgestimmt werden; die technischen Standards und die Interoperabilität sind „in Deutschland historisch uneinheitlich – dies betrifft insbesondere Register, Forschungseinrichtungen und Krankenkassendaten“. ³²² Die Bundestagsantwort vom 21. Januar 2026 bestätigt: Die wesentlichen fachlich-inhaltlichen Details des EHDS werden derzeit auf EU-Ebene zwischen der EU-Kommission und den Mitgliedstaaten im **Komitologieverfahren** verhandelt; eine schlagkräftige Führung und gute Koordination der zahlreichen beteiligten Akteure sind Voraussetzung für die ePA-Roadmap und die EHDS-Umsetzung.³²³

Die strukturpolitische Folgerung: Deutschland ist **gut aufgestellt**, aber die Anschlussfähigkeit ist nicht automatisch. Sie verlangt politische Steuerung, technische Konsolidierung und konsequente Versorgungsintegration. Genau hier setzen die folgenden Abschnitte an.

11.5 Die Patient-Empowerment-Dimension: Was die EHDS für Versicherte bedeutet

Die EHDS-VO setzt eine zentrale Forderung dieses Papiers auf europäische Verbindlichkeit: **Patienten erhalten substantielle Rechte über ihre Daten** – nicht im Sinne einer moralischen Forderung, sondern als kodifizierte Bürgerrechte. Diese Rechte sind in Kapitel II der EHDS-VO ausführlich geregelt (Art. 3 ff.) und für Deutschland ab 26. März 2029 bzw. 26. März 2031 verbindlich anwendbar.³⁰¹³⁰⁴

Recht 1: Direkter Zugriff auf eigene Gesundheitsdaten. Versicherte haben das Recht, ihre prioritären Gesundheitsdaten direkt einzusehen – über Bürgerportale, Apps und Webdienste. Sie können die Daten in einem standardisierten europäischen Austauschformat herunterladen, sodass sie in andere Systeme (Hausärztin, Spezialistin, Notarzt, Auslandsbehandlung) übernommen werden können. Dieses Recht ist nicht eine deutsche Einzelfallregelung, sondern eine europäisch verbürgte Bürgerverpflichtung.³⁰⁴

Recht 2: Granulare Zugriffssteuerung. Versicherte können einzelnen Leistungserbringern den Zugriff auf bestimmte Datenkategorien einschränken oder versperren – analog dem estnischen Opt-out-Modell. Die ePA für alle in Deutschland setzt dies bereits heute mit den Modulen Allgemein und sensibel um; mit der EHDS-VO wird diese Logik europäisch harmonisiert.³²⁴

Recht 3: Transparente Zugriffsprotokolle. Versicherte können einsehen, **wer wann** auf ihre Gesundheitsdaten zugegriffen hat. Dieses Recht ist in Estland seit 2008 ein Vertrauensanker; in Deutschland wird es mit der ePA für alle und dem TI-Gateway im Q4/2026 vollständig verfügbar.³²⁵

Recht 4: Datenübertragbarkeit zwischen Mitgliedstaaten. Eine in Italien lebende deutsche Versicherte kann ihre Patientenkurzakte in Italien einsehen lassen, ein französischer Tourist kann seine Verschreibung in einer Berliner Apotheke einlösen. Das ist nicht ein theoretisches Versprechen: 13 Mitgliedstaaten sind heute schon mit MyHealth@EU live, weitere 10 kommen 2025 hinzu, die Slowakei 2026.³⁰¹³⁰⁷ Für die rund 4 Millionen deutsche Auswanderer in EU-Ländern und die rund 30 Millionen jährlichen EU-Reisenden Deutschlands ist das eine substantielle Verbesserung der Versorgung.

Recht 5: Berichtigung und Vollständigkeit. Versicherte können fehlerhafte oder unvollständige Daten korrigieren lassen – ein Recht, das in der DSGVO bereits verankert war, aber im Gesundheitskontext lange schwer umsetzbar war. Die EHDS-VO konkretisiert dieses Recht durch klare Verfahrenspflichten der Leistungserbringer.³⁰⁴

Recht 6: Beschwerde und Rechtsmittel. Versicherte haben das Recht, Beschwerden bei der zuständigen Stelle für digitale Gesundheit einzureichen und gerichtliche Rechtsmittel zu ergreifen (Art. 23 EHDS-VO). Die Aufsichtsstruktur ist dezidiert mehrstufig (national, EU-Datenschutzaufsicht, EU-Kommission).³⁰⁶

Die ethische Position dieses Papiers gewinnt durch die EHDS-VO eine **operative Validierung**: Patient Empowerment ist nicht ein moralischer Appell, sondern – ab 2029/2031 – eine kodifizierte europäische Bürgerverpflichtung. Die deutsche Politik hat die Aufgabe, diese Rechte nicht nur formal umzusetzen, sondern **substantiell zu unterstützen** – mit verständlichen Informationen, niedrigschwelligen Bürgerportalen, hausärztlichen Lotsen und barrierefreier Zugänglichkeit. Die strukturelle Einbettung der Patientenrechte in eine integrierte Versorgungsarchitektur (siehe Kapitel 10.9) ist die Voraussetzung dafür, dass die formalen Rechte zu praktisch nutzbaren Möglichkeiten werden.

11.6 Die Forschungs- und Innovationsdimension: Datenkreislauf zwischen Versorgung und Forschung

Die EHDS-VO öffnet für Deutschland eine Datendimension, die im Kollektivvertrag bislang nicht zugänglich war: einen **Datenkreislauf zwischen Versorgung und Forschung**, der die historische Trennung zwischen primärer Versorgungsdokumentation und sekundärer Forschungsdatenanalyse aufhebt.

Der historische Befund. Bis zur Einführung des FDZ Gesundheit beim BfArM (2024/25) und der GDNG-Regelungen war die deutsche Versorgungsforschung mit einer paradoxen Situation konfrontiert: Deutschland verfügt mit den GKV-Abrechnungsdaten über eine der weltweit umfangreichsten Routinedatenbasen (über 73 Millionen Versicherte, vollständige Behandlungsbiografien) – aber diese Daten waren wissenschaftlich nur unter erheblichen Hürden nutzbar. Die wissenschaftliche Datentransparenz nach §§ 303a–f SGB V war in der Praxis durch komplexe Antragsverfahren, lange Bearbeitungszeiten und limitierte Verknüpfungsmöglichkeiten begrenzt. Im internationalen Vergleich fielen Deutschland gegenüber Dänemark (mit seiner CPR-Nummer-basierten Verknüpfungsfähigkeit), Estland (mit X-Road) und dem Vereinigten Königreich (mit dem National Health Service als integriertem Datennetz) zurück – obwohl die deutsche Datentiefe eigentlich überlegen war.

Die strukturelle Neuerung. Mit GDNG, FDZ Gesundheit und EHDS entsteht eine neue Architektur. Erstens wird die Antragsberechtigung von der Person auf den Zweck verschoben (siehe 11.4). Zweitens wird die Verknüpfung von Routinedaten mit Krebsregisterdaten und perspektivisch weiteren Registern systematisch ausgebaut. Drittens werden Daten aus der ePA – die gegenüber Routinedaten den Vorteil haben, dass sie Behandlungsverläufe in der **klinischen Tiefe** abbilden – ab Oktober 2026 verfügbar (mit Opt-out-Logik). Viertens werden grenzüberschreitend Daten aus anderen EU-Mitgliedstaaten über HealthData@EU zugänglich, was insbesondere für seltene Erkrankungen, neue Therapien und Public-Health-Forschung erhebliche Bedeutung hat.

Die Forschungsanwendungen. Die EHDS-VO definiert in Artikel 53 die zulässigen Sekundärnutzungs-Zwecke. Sie umfassen unter anderem: wissenschaftliche Forschung im öffentlichen Interesse, Innovation und Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich, Aufsicht über Gesundheitssysteme, Politikgestaltung, statistische Tätigkeiten, Bildung und Lehre, personalisierte Medizin, Algorithmenentwicklung in der KI. Nicht zulässig sind hingegen werbliche Zwecke, Versicherungsbewertungen, Beschäftigungsentscheidungen und Kreditprüfungen.³⁰⁴

Konkrete Versorgungsfragen, die durch den Datenkreislauf beantwortbar werden:

- *Wirksamkeit der HZV-Strukturprinzipien:* Die Heidelberg-Frankfurt-Evaluation der HZV BW seit 2011 dokumentiert über 17 Jahre die Wirkungen einer integrierten Versorgungsarchitektur. Mit Routinedatenverknüpfung und ePA-Daten könnten in Zukunft auch klinische Outcome-Indikatoren (HbA1c-Verlauf, Blutdruckwerte, PROMs) systematisch in die Evaluation eingebunden werden.
- *Versorgungsqualität bei chronischen Erkrankungen:* Der Patient-Journey-Herzinsuffizienz-Arbeitskreis im Interop Council unter Vorsitz von Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik dokumentiert die Versorgungslücken in der heutigen Praxis. Mit

ePA-basierten Verlaufsdaten und KI-gestützter Analyse können Pfadabweichungen und Lebensqualitätsverluste systematisch identifiziert und adressiert werden.

- *Sektorenübergreifende Versorgungsforschung:* Die Frage, was bei einem Klinikaufenthalt mit der nachfolgenden ambulanten Versorgung geschieht, ist heute datentechnisch nicht systematisch beantwortbar. Mit ePA-Daten und Routinedatenverknüpfung wird sie es.
- *Pharmakovigilanz und AMTS:* Die Entdeckung seltener Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Therapieabbrüche ist heute nur mit erheblicher Latenz möglich. Mit dgMP/eMP und FDZ-Anbindung wird die Pharmakovigilanz wesentlich beschleunigt.
- *Public-Health-Steuerung:* Pandemiefrüherkennung, Impfquotenmonitoring, Krebsfrüherkennungs-Effektivitätsanalysen, Versorgungsdesertifikation – all dies wird mit der neuen Datenarchitektur substanziell besser steuerbar.

Die Innovationsdimension. Die EHDS-VO ist ein unmittelbarer Standortfaktor für die Healthtech-Industrie. KI-Entwickler benötigen für die Validierung medizinischer Algorithmen große, qualitativ hochwertige, repräsentative Datensätze. Diese sind in den USA bei den großen Krankenhausketten und Versicherungen, im Vereinigten Königreich beim NHS und in einigen Ländern Asiens (Israel, Singapur, Südkorea) vorhanden. In Europa entstehen sie erst mit dem EHDS – und Deutschland ist mit seinen 73 Millionen GKV-Versicherten und der ePA-Datentiefe ein Schlüsselland. Das Projekt **KI-FDZ** des Berlin Institute of Health an der Charité, des FDZ am BfArM, des Fraunhofer-Instituts für Digitale Medizin MEVIS und des InGef-Instituts hat Methoden zur Anonymisierung, Synthetisierung und sicheren Verarbeitung von Real-World-Daten für KI-Anwendungen entwickelt.³²⁶ Damit entsteht eine Anschlussfähigkeit zur Healthtech-Innovationsökonomie (siehe Kapitel 10.6).

Die Industriefrage und die Datensouveränität. Eine zentrale geopolitische Dimension der EHDS-VO ist die **europäische Datensouveränität**. Im globalen Wettbewerb mit den USA (Big Tech mit Apple Health, Google Health, Amazon Care, Microsoft Cloud for Healthcare) und China (mit massiven Gesundheitsdatenbeständen unter staatlicher Kontrolle) schafft die EHDS-Architektur einen europäischen Datenraum mit klaren Datenschutz-, Souveränitäts- und Bürgerrechtsstandards. Wer 2030 mit europäischen Gesundheitsdaten arbeiten will, wird dies unter europäischer Aufsicht tun – nicht unter US- oder chinesischen Regelungen. Das ist ein strategischer Standortfaktor für die deutsche und europäische Gesundheitsindustrie, der in der politischen Debatte oft unterschätzt wird.

11.7 Kritische Anmerkungen: Datenschutz, Vertrauen, Governance

Eine wissenschaftlich seriöse Einordnung der EHDS-VO und ihrer deutschen Umsetzung kann die kritischen Stimmen nicht ignorieren. Drei Kritiklinien sind in der deutschen Debatte besonders prominent.

Kritiklinie 1: Datenschutz und Vertrauen. Eine Reihe von Gesundheitspolitikern, Datenschutzaktivisten und Teilen der Ärzteschaft kritisiert die Opt-out-Logik der ePA-Datenausleitung als zu wenig differenziert. Die *Münchner Ärztlichen Anzeigen* haben unter dem Titel „'Datenschutz' gemäß GDNG und FDZ: Wem gehören unsere Gesundheitsdaten?“ eine kritische Stellungnahme veröffentlicht.³²⁷ Die Kritik bezieht sich auf vier Punkte: erstens das fehlende Bewusstsein vieler Versicherter über das Opt-out (mit der Befürchtung, dass viele Daten unfreiwillig ausgeleitet werden); zweitens auf die Frage, wer wirtschaftlich von der Datennutzung profitiert (Pharmaindustrie, Forschung, BMG, gematik); drittens auf die Integrität der Pseudonymisierung (Re-Identifikationsrisiken bei spezifischen Erkrankungen oder seltenen Diagnosen); viertens auf die Kostenstruktur (Aufbau Dateninfrastrukturen 2024 ca. 6,5 Mio. Euro, 2025 ca. 10 Mio. Euro; Krankenkasseninvestitionen bis 2027 ca. 798 Mio. Euro; jährliche Mehrkosten 120 Mio. Euro).³²⁷

Diese Kritik ist ernst zu nehmen, aber sie kann in der Substanz adressiert werden. **Erstens** verlangt das Vertrauen der Versicherten eine konsequente Information – verständlich, transparent, frei von technischer Überforderung. Hier ist das BMG, die gematik und die Krankenkassen gefordert. **Zweitens** muss die wirtschaftliche Verteilungsfrage offen verhandelt werden – wer profitiert wovon, in welcher Form, mit welcher Gegenleistung für das Versorgungssystem. **Drittens** ist die Pseudonymisierungs-Integrität wissenschaftlich zu begleiten; das KI-FDZ-Projekt liefert hier methodische Antworten (Anonymisierung, Synthetisierung). **Viertens** ist die Kostenfrage strukturpolitisch in den Kontext zu setzen: Eine FDZ-Investition von rund 800 Mio. Euro über vier Jahre relativiert sich gegenüber einem McKinsey-Nutzenpotenzial von 42 Mrd. Euro pro Jahr, wenn die Investition zu wirksamen Versorgungs- und Effizienzverbesserungen führt.

Kritiklinie 2: Governance-Komplexität. Die EHDS-Umsetzung in Deutschland involviert ein komplexes Akteursgeflecht: BMG (Politik), gematik (Plattform und National Digital Health Agency), BfArM (FDZ und DACO), Datenschutzaufsicht (BfDI und 16 Landes-Datenschutzbeauftragte), KIG (Interoperabilität), GKV-Spitzenverband (NKS für grenzüberschreitende Versorgung), KBV (vertragsärztliche Umsetzung), DKG (stationäre Umsetzung). Die Bundestagsantwort vom 21. Januar 2026 spricht offen die Diskussion um eine „mögliche neue Digitalagentur“ an.³²³ Die Kritik: Diese Akteursvielfalt führt zu Koordinationsverlusten, Verantwortungsdiffusion und langen Entscheidungswegen.

Auch diese Kritik trifft einen realen Punkt. Die strukturpolitische Antwort ist nicht eine Zentralisierung um jeden Preis, sondern eine **klare Aufgabenverteilung mit definierten Schnittstellen**: BMG für Politik und Aufsicht, gematik für Plattform und Standards, BfArM für FDZ und Sekundärnutzung, KIG für Interoperabilität, BfDI für Datenschutzaufsicht, GKV-SV für NKS. Eine schlagkräftige Koordinierungsstelle – sei es eine neue Digitalagentur oder eine erweiterte gematik-Funktion – muss diese Akteursvielfalt orchestrieren, nicht ersetzen.

Kritiklinie 3: Versorgungsanschluss in der Praxis. Eine besonders ernste Kritik kommt aus der Versorgungsrealität: Die EHDS-VO setzt voraus, dass die nationalen ePA-

Systeme funktionieren. In Deutschland ist die ePA für alle seit Oktober 2025 verpflichtend, aber die aktive Nutzung lag im Jahresverlauf 2025/26 bei nur etwa 3,6 Prozent.³²⁸ Wenn die ePA-Daten nicht systematisch in die Versorgung einfließen, sind sie auch für die EHDS-Sekundärnutzung nicht in der erwarteten Qualität verfügbar. Die EHDS wäre dann eine formale Hülle ohne praktischen Inhalt.

Die strukturpolitische Antwort auf diese Kritik ist die zentrale Argumentation des MEDI - HZV - Strukturprinzips: **ePA und EHDS wirken nur in einer integrierten Versorgungsarchitektur**, in der Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, Apotheke, Pflege und DiGA in einem koordinierten Pfad zusammenwirken und Daten strukturiert dokumentieren. In einer fragmentierten Versorgung dagegen bleiben ePA und EHDS Software-Bausteine ohne strukturelle Wirkung. Die FKG-Phase 2, die Notfallreform, das Primärarztsystem und die TI-Modellregionen-Strategie sind die Strukturhebel, die diese Versorgungsanschlussfähigkeit produzieren – wenn sie konsequent verzahnt werden.

11.8 Die Anschlussfähigkeit: MEDI - HZV - Strukturprinzip und EHDS-Datenkreislauf

Das MEDI - HZV - Strukturprinzip mit seiner Pfadlogik, seiner digitalen Prozessarchitektur und seiner Outcome-Erfassung ist die operative Architektur, in der der EHDS-Datenkreislauf zwischen Versorgung und Forschung strukturwirksam wird. Drei Anschlusspunkte sind besonders wichtig.

Anschlusspunkt 1: ePA-Datenqualität durch Pfadlogik. In der HZV BW dokumentieren die teilnehmenden Praxen seit 2008 strukturierte Patientendaten mit Komorbiditäten, Medikation, Vorbefunden und Pfadbezug. Diese Dokumentation ist die Vorbedingung für eine EHDS-tauglich strukturierte ePA. Die strukturelle Verbindlichkeit der Vertragslogik (mit Schulungen, Audit, Outcome-Indikatoren) erzeugt eine Datenqualität, die in der reinen Regelversorgung selten erreicht wird. Eine Erprobung der EHDS-tauglichen ePA-Datenqualität in einer Modellregion mit etablierter integrierter Versorgungsarchitektur (Markterkundung MEDI BW, siehe Kapitel 10.10) wäre ein direkter Beitrag zur EHDS-Vorbereitung 2027–2029.

Anschlusspunkt 2: Outcome-Lernlogik mit FDZ-Anbindung. Die HZV-Evaluation Heidelberg/Frankfurt seit 2011 dokumentiert über 17 Jahre die Wirkungen der integrierten Versorgung – ohne bislang systematisch auf ePA-Daten und FDZ-Routinedaten zugreifen zu können. Mit dem GDNG (§ 363 SGB V), der ePA-Datenausleitung ab Oktober 2026 und der EHDS-Sekundärnutzung ab März 2029 entsteht die Möglichkeit einer **integrierten Outcome-Forschung**, die sowohl Versorgungspfade als auch klinische Outcomes (HbA1c, Blutdruck, Mortalität, Lebensqualität) systematisch erfasst. Die Patient-Journey-Methodik des Interop Council unter Vorsitz von Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik (Patient Journey Herzinsuffizienz) ist hierfür ein methodischer Anschluss. Eine **Lerngemeinschaft zwischen MEDIVERBUND, AOK BW, Heidelberg/Frankfurt-Evaluatoren, FDZ Gesundheit und gematik** wäre der naheliegende Trägerverband.

Anschlusspunkt 3: Patient Empowerment in der Substanz. Die formellen Bürgerrechte der EHDS-VO (siehe 11.5) gewinnen erst dann Substanz, wenn sie in eine strukturelle Begleitung eingebettet sind. Die hausärztliche Lotsenfunktion mit VERAH-Begleitung, die fachärztliche Pfadintegration und die niedrigschwellige Bürgerportal-Nutzung sind die Strukturen, die formelle Rechte zu praktisch nutzbaren Möglichkeiten machen. Die HZV BW dokumentiert für VERAH-Praxen 4,0 Prozent geringere Krankenhausaufnahmequoten und 4,7 Prozent niedrigere Arzneimittelkosten – nicht, weil die Versicherten technisch befähigt wurden, sondern weil sie strukturell begleitet werden.³²⁹ Eine Übertragung dieser Begleitlogik auf die EHDS-Bürgerrechte (in Form von ePA-Beratungssprechstunden, niedrigschwelligen Erläuterungen zu Datenausleitung und Opt-out, Unterstützung bei der Nutzung von Bürgerportalen) wäre der operative Beitrag zur Substanzialisierung der formellen Rechte.

11.9 Politische Empfehlungen

Aus der Analyse dieses Kapitels ergeben sich sechs politische Empfehlungen für die EHDS-Umsetzung 2026/2027 in Deutschland.

Empfehlung 1: EHDS-Umsetzung als nationale Priorität anerkennen und budgetieren. Die EHDS-VO ist europäisch verbindlich; die Stichtage 2027/2029/2031 lassen sich nicht verhandeln. Die Bundesregierung sollte eine **nationale EHDS-Umsetzungsstrategie** mit klaren Verantwortlichkeiten, Meilensteinen und Mitteln vorgeben – analog der dänischen Digitalisierungsstrategie und der estnischen eHealth Strategie. Die Mittel sollten im Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität sowie im regulären BMG-Haushalt verankert werden.

Empfehlung 2: Governance-Architektur konsolidieren. Die im BMG diskutierte „neue Digitalagentur“ sollte – wenn sie etabliert wird – die Aufgaben von BMG, gematik, BfArM, KIG und Datenschutzaufsicht **koordinieren**, nicht ersetzen. Ein klarer Rollenrahmen mit definierten Schnittstellen reduziert Koordinationsverluste, ohne die fachliche Tiefe der einzelnen Akteure zu kompromittieren. Die Bundestagsantwort vom 21. Januar 2026 sollte in eine konkrete Governance-Reform überführt werden.³²³

Empfehlung 3: Patient Empowerment substantiell ausgestalten. Die formellen Bürgerrechte der EHDS-VO (Art. 3 ff.) müssen mit einer **Patient-Empowerment-Architektur** flankiert werden: niedrigschwellige Bürgerportale, hausärztliche Lotsenfunktion, VERAH-ähnliche Begleitstrukturen, mehrsprachige Erläuterungen, barrierefreie Zugänglichkeit. Diese Architektur sollte mit der Patientenvertretung im G-BA, der BAG Selbsthilfe und den Verbraucherzentralen co-konzipiert werden.

Empfehlung 4: Datenkreislauf zwischen Versorgung und Forschung in integrierten Versorgungsstrukturen erproben. Die Erprobung der EHDS-tauglichen ePA-Datenqualität, der FDZ-Datenausleitung, der Krebsregister-Verknüpfung und der KI-FDZ-Methoden sollte in einer Modellregion mit etablierter integrierter Versorgungsarchitek-

tur (Markterkundung MEDI BW, Kapitel 10.10) systematisch erfolgen. Die wissenschaftliche Begleitung könnte über eine Lerngemeinschaft zwischen FDZ Gesundheit, gematik, Heidelberg/Frankfurt-Evaluatoren, MEDIVERBUND und AOK BW organisiert werden.

Empfehlung 5: Vertrauen durch Transparenz und kontinuierliche Information aufbauen. Die Datenschutz-Kritik der ePA- und EHDS-Diskussion ist substantiell und muss mit einer kontinuierlichen Aufklärung adressiert werden. Versicherte sollten ein **EHDS-Bürgerverständnis** über Bürgerportale, Krankenkassen-Kommunikation und hausärztliche Begleitung entwickeln können. Das Statistikportal des FDZ Gesundheit (mit anonymisierten Diagnosedaten) ist ein guter Anfang; es sollte um EHDS-Erläuterungen erweitert werden.

Empfehlung 6: Drittländer-Anschluss strategisch vorbereiten. Ab März 2034/2035 können Drittländer (insbesondere Schweiz, Vereinigtes Königreich, Norwegen, Israel) zugelassene Teilnehmer an HealthData@EU werden. Deutschland sollte – mit seiner Position als bevölkerungsreichster EU-Mitgliedstaat und seinem starken Pharmaforschungsstandort – diese strategische Erweiterung aktiv mitgestalten. Die Healthtech-Industrie, die akademische Forschung und die deutschen Universitätskliniken sollten frühzeitig in die Drittländer-Anschluss-Diskussion eingebunden werden.

11.10 Zwischenbefund: Die EHDS als europäische Disziplinierungsklammer

Die EHDS-Verordnung ist nicht eine zusätzliche Belastung neben der nationalen Reformagenda. Sie ist – wenn sie strukturpolitisch ernst genommen wird – die **größte strukturelle Hebelwirkung** für die deutsche Digitalisierung der nächsten fünf Jahre. Sie fixiert ein Reformfenster mit klaren Stichtagen (26.03.2027, 26.03.2029, 26.03.2031), sie verbürgt substantielle Bürgerrechte (Art. 3 ff.), sie öffnet einen Datenkreislauf zwischen Versorgung und Forschung (Säule 3 mit FDZ-Anschluss), sie stärkt die europäische Datensouveränität (HealthData@EU, MyHealth@EU), und sie liefert die Disziplinierungsklammer, die die deutsche Reform vor dem Versanden bewahrt.

Die deutsche Anschlussstruktur ist mit GDNG, FDZ Gesundheit, ePA für alle, TI 2.0 und gematik substantiell vorhanden. Was fehlt, ist nicht die Architektur, sondern – wie in Kapitel 10 entfaltet – der **systemische Anwendungsraum**. Eine integrierte Versorgungsstruktur wie das MEDI - HZV - Strukturprinzip ist genau dieser Anwendungsraum: Sie produziert die ePA-Datenqualität, die EHDS verlangt; sie ermöglicht den Outcome-orientierten Datenkreislauf, den FDZ und Versorgungsforschung brauchen; sie unterstützt das Patient Empowerment, das die EHDS-VO formell verbürgt. Die Anerkennung von MEDI Baden-Württemberg als dritte gematik TI-Modellregion (Kapitel 10.10, Kapitel 14) wäre damit nicht nur ein nationaler Beitrag zur ePA-Pilotierung, sondern ein **strategischer Beitrag zur EHDS-Anschlussfähigkeit** Deutschlands.

Die kritischen Anmerkungen zu Datenschutz, Governance-Komplexität und Versorgungsanschluss sind ernst zu nehmen, aber sie können in der Substanz adressiert werden –

durch konsequente Information, klare Aufgabenverteilung und strukturelle Versorgungsintegration. Die EHDS-VO ist – richtig gelesen – nicht das Risiko, sondern die Chance, die deutsche Digitalisierung aus der binnenpolitischen Reformschleife herauszuführen.

Die folgenden Kapitel zeigen, wie sich diese Architektur durch Künstliche Intelligenz weiter entfaltet (Kapitel 12), wie der internationale Vergleich (Kapitel 13) die deutsche Position einordnet und wie die politische Umsetzungsagenda 2026/2027 (Kapitel 15) das Reformfenster konkret nutzen kann.

12. Künstliche Intelligenz als Nutzenpfad: Patientenwohl im Mittelpunkt

12.1 Ein Reformgegenstand mit drei Zeitschichten

Wenn die Digitalisierung des Gesundheitswesens (Kapitel 10) und der Europäische Gesundheitsdatenraum (Kapitel 11) die strukturpolitischen Großbauwerke der laufenden Legislaturperiode sind, dann ist die Künstliche Intelligenz (KI) die **Querschnittstechnologie**, die diesen Bauwerken erst ihre Wirksamkeit verleiht. KI ist nicht eine zusätzliche Anwendung neben ePA, eMP und EHDS – sie ist die Verarbeitungsebene, auf der die Daten, die durch ePA und EHDS verfügbar werden, in **Versorgungsentscheidungen, Forschungsergebnisse und Strukturlernen** überführt werden können.

Die deutsche und europäische KI-Diskussion im Gesundheitswesen ist von **drei Zeitschichten** geprägt, die in der politischen Debatte häufig vermischt werden. Die erste Zeitschicht ist die **Vergangenheit der mathematischen Mustererkennung** seit den 1990er Jahren – Bildanalyse-Algorithmen, statistische Klassifikatoren, regelbasierte Expertensysteme – die in Radiologie, Pathologie und Kardiologie bereits seit Jahren etabliert sind. Die zweite Zeitschicht ist die **Gegenwart des klinisch zugelassenen Deep Learning** – über 1.000 von der US-amerikanischen FDA zugelassene KI-basierte Medizinprodukte Ende 2024, davon 777 in der Radiologie³³⁰; die ersten DiGA-Anwendungen mit KI-Komponenten; die KI-gestützten Sprechstundenassistenten in deutschen Hausarztpraxen seit 2024/2025. Die dritte Zeitschicht ist die **nahe Zukunft der generativen KI und der medizinischen Sprachmodelle** – mit unmittelbaren Implikationen für Dokumentation, Anamnese, Patientenkommunikation und klinische Entscheidungsunterstützung.

Alle drei Zeitschichten sind heute in der deutschen Versorgungsrealität gleichzeitig anwesend. Die Aufgabe einer strukturpolitisch tragfähigen KI-Strategie besteht nicht darin, eine dieser Zeitschichten zu privilegieren, sondern den **Nutzenpfad** zu definieren, auf dem KI das Patientenwohl substantiell verbessert, ohne ärztliche Letztverantwortung, Datenschutz, Bürgerrechte und ethische Bewertungsstandards zu kompromittieren.

Dieses Kapitel argumentiert die These, dass KI in der Medizin **dann zum Nutzenpfad wird, wenn sie in eine integrierte Versorgungsarchitektur eingebettet wird** – nicht als isoliertes Add-on, nicht als Effizienzwerkzeug ohne Strukturbezug, nicht als Ersatz ärztlicher Entscheidung, sondern als unterstützende Schicht auf der Pfadlogik des Strukturprinzips. Die ethische Forderung dieses Papiers, das Patientenwohl an die Spitze der Reformziele zu stellen, gewinnt durch die KI-Diskussion eine zusätzliche Schärfe: Eine KI, die Patienten **zur Ware der Effizienzsteigerung degradiert**, verfehlt das eigentliche Ziel der Medizin. Eine KI, die Patienten **zu informierten und begleiteten Co-Akteuren ihrer Versorgung macht**, ist der Kern dessen, was Patient Empowerment in der Substanz bedeutet.

Im Folgenden werden zunächst die Anwendungsfelder der KI in Diagnostik, Therapie und Prävention dargestellt (12.2), die regulatorische Architektur des EU AI Act mit ihrer Hochrisiko-Kategorisierung im Gesundheitswesen analysiert (12.3), die Anwendungen in der

ambulanten Versorgung mit besonderem Fokus auf Hausarztpraxis und Fachärzte beschrieben (12.4), die ethischen Forderungen an alle Stakeholder formuliert (12.5), die internationale Einordnung mit Lehren aus Israel, USA und Estland gezogen (12.6), die Anschlussfähigkeit zum MEDI - HZV - Strukturprinzip entfaltet (12.7) und mit konkreten politischen Empfehlungen geschlossen (12.8).

12.2 Anwendungsfelder der KI in der medizinischen Versorgung

Die Anwendungsfelder der KI in der Medizin sind breit, evidenzgestützt und teilweise seit Jahren in der Routineversorgung etabliert. Eine sachliche Einordnung verlangt die Differenzierung nach **drei Anwendungsbereichen**: Diagnostik, Therapie und Prävention.

Anwendungsbereich 1: Diagnostik – die produktive Phase ist erreicht. Die Diagnostik ist das am weitesten entwickelte KI-Anwendungsfeld. Eine im Mai 2025 im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlichte Übersichtsarbeit dokumentiert für die Radiologie den Übergang von der „experimentellen Phase zur produktiven Anwendung“: Ende 2024 listete die FDA 1.026 zugelassene KI-basierte Medizinprodukte, davon 777 (rund 76 Prozent) in der Radiologie.³³⁰ Dokumentierte Anwendungsfelder sind: KI-gestützte Frakturerkennung in Röntgenbildern; Verbesserung der Detektionsrate relevanter Lungenrundherde in der Röntgen-Thorax-Diagnostik; Verkürzung der Befundungszeiten; KI-gestützte Triage akuter Blutungen, Schlaganfälle und Lungenembolien; Verbesserung der Bildqualität und Verkürzung der Aufnahmezeit; volumetrische Befundung in Onkologie und Neurologie.³³⁰³³¹

In der **Pathologie** hat die KI-Analyse digitalisierter Gewebeschnitte einen vergleichbaren Reifegrad erreicht – mit besonderer Wirksamkeit in der Tumordiagnostik (Mammakarzinom, Prostatakarzinom, Hauttumoren).³³²³³³ In der **Augenheilkunde** ist die KI-gestützte Analyse von Netzhautbildern für die Früherkennung der diabetischen Retinopathie und der altersbedingten Makuladegeneration etabliert. In der **Dermatologie** unterstützen KI-Systeme die Erkennung von Hautläsionen, insbesondere des malignen Melanoms.³³⁴ In der **Endoskopie** analysiert ein in Freiburg, Wiesbaden und Leipzig eingesetztes Deep-Learning-Verfahren Livebilder während Darmspiegelungen und markiert auffällige Stellen, sodass „bis zu 10 Prozent mehr Darmkrebsfälle entdeckt werden“ können.³³¹ In der **Kardiologie** sind die EKG-basierte Erkennung von Arrhythmien, die Identifikation hypertropher Kardiomyopathien aus EKGs sowie die Risikoprädiktion für plötzlichen Herztod und kardiale Ereignisse aus Routine-EKGs in der wissenschaftlichen Literatur dokumentiert.³³⁵³³⁶

Anwendungsbereich 2: Therapie – Personalisierung wird operationalisierbar. Im therapeutischen Bereich ist KI auf zwei Ebenen wirksam. Erstens auf der Ebene der **personalisierten Therapieplanung**: Algorithmen werten Patientendaten (Blutwerte, Genetik, Medikationshistorie, Komorbiditäten) aus und schlagen leitliniengerechte Therapieoptionen vor. Die Bundesärztekammer formuliert diesen Zusammenhang: „KI-Technologien sind Treiber und Voraussetzung für die Weiterentwicklung einer personalisierten Präzisionsmedizin, bei der medizinische Therapie und Präventionsstrategie mit-

tels integrierter Datenauswertung aus verschiedenen Kontexten auf den individuellen Patienten zugeschnitten werden."³³⁷ Zweitens auf der Ebene der **robotergestützten Chirurgie und Therapie**: KI-unterstützte Operationsroboter (etwa das Da-Vinci-System), KI-basierte Strahlentherapieplanung, KI-gestützte Anästhesieführung. Drittens in der **Arzneimittelentwicklung**: Drug-Discovery-Algorithmen verkürzen die Identifikation neuer Wirkstoffkandidaten von Jahren auf Monate, wie das Beispiel des KI-Unternehmens Caresyntax (gegründet 2013 von Bjoern Von Siemens) für die KI-basierte Chirurgie zeigt.³³⁸

Anwendungsbereich 3: Prävention und Frühwarnung. Die KI-gestützte Frühdiagnose ist nach Einschätzung der Bundesärztekammer „eine der vielversprechendsten Anwendungen von KI in der Medizin“.³³⁷ Auf Intensivstationen analysieren KI-Modelle Vitalparameter (Puls, Blutdruck, Sauerstoffsättigung) und prognostizieren kritische Verläufe, bevor sie äußerlich erkennbar sind. Wearables (Smartwatches, Fitnesstracker, kontinuierliche Glukosemonitore) liefern Daten für Risikostratifizierung, Adhärenzunterstützung und Verhaltensänderung. KI-basierte Public-Health-Modelle prognostizieren Infektionsausbrüche – die Grippesaison 2025/2026 mit dem dominierenden Subtyp A(H3N2) Subklade K und 20.400 laborbestätigten Fällen bis Mitte Januar 2026 ist ein aktueller Anwendungsfall, in dem KI-gestützte Differentialdiagnostik in der Hausarztpraxis epidemiologische Lage, Vorerkrankungen, Kontaktrisiko und Impfstatus integriert.³³⁹

Quantitative Einordnung. Der weltweite Umsatz mit KI im Gesundheitssektor wird laut Statista bis 2029 auf etwa **148 Milliarden US-Dollar** ansteigen.³⁴⁰ Die Bundesregierung hat im März 2026 ein **KI-Compliance-Förderprogramm** mit 500 Millionen Euro Laufzeit bis 2028 aufgelegt; förderfähig sind kleine und mittlere Unternehmen bis 500 Mitarbeitende, die mindestens ein Hochrisiko-KI-System einsetzen, mit bis zu 50 Prozent der Compliance-Kosten und maximal 250.000 Euro pro Unternehmen.³⁴¹ Parallel fließen EU-Mittel aus der **InvestAI-Initiative** mit einem Gesamtvolumen von rund 20 Milliarden Euro in KI-Infrastruktur und Forschung.³⁴¹ Frankreich hat ein nationales KI-Förderprogramm mit 800 Millionen Euro aufgelegt, die Niederlande mit 275 Millionen Euro.³⁴¹

12.3 Die regulatorische Architektur: EU AI Act und Medizinprodukteverordnung

Der **EU AI Act (Verordnung (EU) 2024/1689)** vom 1. August 2024 ist das weltweit erste umfassende Gesetz zur Regulierung Künstlicher Intelligenz.³⁴² Er gilt unmittelbar in allen EU-Mitgliedstaaten ohne nationale Umsetzungsgesetze und folgt einem **risikobasierten Ansatz** mit vier Kategorien: verbotene KI-Praktiken, Hochrisiko-KI, KI mit begrenztem Risiko (Transparenzpflichten) und minimales Risiko.

Anwendungsdynamik. Die Anwendung des AI Act erfolgt gestaffelt: Seit **2. Februar 2025** sind verbotene KI-Praktiken untersagt (Social Scoring, manipulative Systeme); seit dem **2. Februar 2025** sind die Pflichten zur KI-Kompetenz nach Art. 4 für alle Betreiber wirksam.³⁴³ Ab dem **2. August 2026** gelten die zentralen Pflichten für Hochrisiko-KI-Systeme nach Anhang III (Art. 26 AI Act).³⁴⁴ Ab dem **2. August 2027** gelten die vollen

Anforderungen für KI-Systeme, die Sicherheitsbauteil regulierter Produkte sind oder selbst regulierte Produkte sind – also insbesondere KI-basierte Medizinprodukte (Anhang I).³⁴⁵ Die Bußgelder reichen je nach Verstoß bis zu 35 Millionen Euro oder 7 Prozent des weltweiten Jahresumsatzes (verbotene Praktiken) bzw. 15 Millionen Euro oder 3 Prozent (Hochrisiko-Verstöße).³⁴⁶³⁴⁴

Hochrisiko-Klassifizierung im Gesundheitswesen. Ein KI-System ist Hochrisiko, wenn eines der folgenden Kriterien zutrifft: Erstens, wenn es Sicherheitsbauteil eines Produkts ist, das unter die EU-Harmonisierungsgesetzgebung in Anhang I fällt und einer Konformitätsbewertung durch Dritte bedarf – das betrifft im Gesundheitswesen vor allem KI-basierte Medizinprodukte, die unter die MDR (Verordnung (EU) 2017/745) oder IVDR fallen und in die Risikoklassen IIa und höher eingestuft sind (Art. 6 Abs. 1 i.V.m. Anhang I Abschnitt A Nr. 11/12).³⁴³³⁴⁴³⁴⁷ Zweitens, wenn es unter eine der Kategorien in Anhang III fällt – im Gesundheitswesen relevant ist insbesondere Anhang III Nr. 5 („Zugang zu und Inanspruchnahme von wesentlichen privaten und öffentlichen Diensten“) für KI-Systeme, die über die Berechtigung zu Gesundheitsleistungen entscheiden oder bei Triage mitwirken.³⁴³ Eine **Ausnahme** (Art. 6 Abs. 3 AI Act) greift, wenn das KI-System nur eine enge Verfahrensaufgabe erfüllt, nur das Ergebnis einer vorherigen menschlichen Tätigkeit verbessert, nur vorbereitenden Charakter hat oder keine eigene Bewertung produziert.³⁴³

Die Klassifizierung folgt damit nicht dem Einsatzort, sondern der **Funktion**.³⁴⁸ Ein reiner Terminvergabe-Assistent fällt nicht in die Hochrisiko-Kategorie. Sobald aber ein System Symptome klassifiziert, Dringlichkeiten bewertet oder Behandlungsempfehlungen gibt, **kann** eine Hochrisiko-Einstufung einschlägig sein. Software, die eigenständig diagnostische oder therapeutische Informationen liefert, fällt typischerweise unter MDR-Klasse IIa oder IIb – und damit in den Hochrisiko-Bereich des AI Act.³⁴⁸³⁴⁹

Pflichten für Hochrisiko-KI-Systeme. Die Pflichten umfassen unter anderem: ein kontinuierliches **Risikomanagementsystem** über den gesamten Lebenszyklus (Art. 9); strenge **Daten-Governance** mit repräsentativen, fehlerfreien und vollständigen Trainings-, Validierungs- und Testdaten (Art. 10); eine umfassende **technische Dokumentation und Protokollierung** (Art. 11, 12); **Transparenz und Nutzerinformationen** (Art. 13); **menschliche Aufsicht** (Art. 14) – „Human in the Loop“;³⁵⁰ ein **Qualitätsmanagementsystem** (Art. 17, integrierbar mit ISO 13485 und ISO 42001); **Konformitätsbewertung** vor Markteintritt (Art. 43); **CE-Kennzeichnung** und Registrierung in der EU-Datenbank für Hochrisiko-KI-Systeme.³⁴⁴³⁴⁶³⁴⁹

Betreiberpflichten nach Art. 26 AI Act ab 2. August 2026. Für Krankenhäuser, MVZ und Arztpraxen, die Hochrisiko-KI-Systeme einsetzen, gelten ab August 2026 die Betreiberpflichten: menschliche Aufsicht; Überwachung des Betriebs mit Meldung von Risiken und schwerwiegenden Vorfällen an Anbieter und Marktaufsichtsbehörde; bei Medizinprodukten zusätzliche MDR-Vigilanz-Meldungen; Aufbewahrung der automatisch erzeugten Logs für mindestens sechs Monate (im Gesundheitswesen typischerweise 10 Jahre

nach § 630f BGB); Information der Patienten, dass sie einem Hochrisiko-KI-System ausgesetzt sind; Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA) für jedes System; Incident-Response-Prozess.³⁴³

Schulungs- und Kompetenzpflicht (Art. 4 AI Act). Bereits seit 2. Februar 2025 wirksam ist die Pflicht zur **KI-Kompetenz** für alle Mitarbeiter, die mit KI-Systemen umgehen. Diese Pflicht trifft das gesamte Praxisteam, nicht nur Ärztinnen und Ärzte – sie gilt ohne Übergangsfrist und ist in der Aufsicht durchsetzbar.³⁴³³⁵¹

Dual Compliance MDR und AI Act. Für Healthtech-Startups und etablierte Medizinproduktehersteller gilt eine **kumulative Compliance-Pflicht**: KI-basierte Software, die als Medizinprodukt eingestuft ist, muss die MDR-Anforderungen (CE-Kennzeichnung, klinische Bewertung) und ab August 2026/2027 die Hochrisiko-Anforderungen des AI Act gleichzeitig erfüllen.³⁴⁹ Die Synergien liegen im Risikomanagement (ISO 14971 mit Art. 9 AI Act), in der technischen Dokumentation (Anhang II MDR mit Anhang IV AI Act) und in der Post-Market Surveillance; ein integriertes QMS auf Basis von ISO 13485 plus ISO 42001 spart bis zu 40 Prozent des Compliance-Aufwands.³⁴⁹ Für Anbieter wie Avelios Medical (Krankenhausinformationssystem mit SAP-Beteiligung), Caresyntax (KI-Plattform für Chirurgie) oder Ficus (KI-Plattform für Rehabilitation) ist dies eine substantielle Anforderung – aber auch eine Marktpositionierung mit europäischem Vertrauensvorteil.³³⁸

12.4 KI in der ambulanten Versorgung: Hausarztpraxis und Fachärzte

Die Hausarztpraxis ist im Jahr 2026 nicht mehr ein Beobachter der KI-Entwicklung, sondern ein aktiver Nutzer. Drei Use Cases haben Reife erreicht und sind regulatorisch tragfähig.

Use Case 1: KI-Sprechstundenassistenten zur Dokumentationsentlastung. Die KI-gestützte automatische Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen ist die KI-Anwendung mit der größten unmittelbaren Wirkung in der Praxisrealität. Doctolib hat seinen KI-Sprechstundenassistenten 2025 für alle Fachgruppen verfügbar gemacht; im Q2/2026 erfolgt die Erweiterung auf Zahnmedizin und weitere Gesundheitsberufe. Die quantitativen Effekte sind dokumentiert: **Eine ca. 2,5-minütige Dokumentation per Mitschreiben dauert mit KI nur noch ca. 30 Sekunden – eine Zeitersparnis von bis zu 80 Prozent.**³⁵² In Pilotstudien mit Systemen wie Nuance DAX Copilot und europäischen Lösungen berichten Ärzte von einer Reduktion der Dokumentationszeit um bis zu 50 Prozent.³⁵¹

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin hat gemeinsam mit vier weiteren Kliniken Microsofts „Dragon Copilot“ im Klinikalltag erprobt. Prof. Dr. Alexander Meyer, Professor am Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin (IKIM) an der Charité: „Unsere Auswertungen zeigen, dass sich der Dokumentationsaufwand mit dieser Technologie deutlich reduziert hat.“³⁵³ Das System erfasst Gespräche per Raummikrofon oder Smartphone und erstellt in Echtzeit strukturierte Dokumentationen nach Anamnese, Diagnose und Thera-

pie; der Arzt prüft, ergänzt und überträgt sie in die Patientenakte. Erfasst werden Gespräche nur mit Einwilligung der Patienten; die Anwendung erfüllt die Anforderungen der DSGVO und entspricht den EU-Vorgaben (AI Act).³⁵³

In der **Pflege** wird mit „Voize“ eine vergleichbare Sprachassistentz per Smartphone für die Pflegedokumentation erprobt – mit nachweisbarer Zeitersparnis pro Schicht; die Anwendung wird wissenschaftlich von der Akkon-Hochschule für Humanwissenschaften in Berlin begleitet.³⁵³ In Arztpraxen sind „Noah Notes“, „Idana“, der CGM DokuAssistent und weitere Lösungen im Einsatz.³⁵³³⁵⁴³⁵⁵

Use Case 2: KI-Anamnese und Symptomchecks. Tools wie **Idana** (vorgelagerte digitale Anamnese vor dem Termin) und **Ada** entlasten Praxis und Patient gleichermaßen.³⁵⁶ Sie sind im Vorfeld der Sprechstunde nutzbar, strukturieren die Anamnese mit medizinischer Logik und differenzialdiagnostischer Vorsortierung. Bei Multimorbidität, hoher Patientenfrequenz und sprachlicher Vielfalt sind sie ein Effizienzfaktor – mit dem Vorteil, dass Patienten in ihrer Muttersprache antworten können (mehrsprachige Komponenten sind in mehreren Tools etabliert).³⁵⁶

Use Case 3: Klinische Entscheidungsunterstützung. KI-basierte Software zur klinischen Entscheidungsunterstützung agiert auf Basis strukturierter medizinischer Daten und kann Symptome, Befunde oder Laborwerte analysieren und Hinweise auf Differenzialdiagnosen, leitlinienrelevante Aspekte oder potenzielle Risiken geben.³⁵⁷ 2026 sind zugelassene Medizinprodukte mit CE-Kennzeichnung verfügbar, die medizinisches Fachwissen gliedern und kontextbezogen bereitstellen. Die Bundesärztekammer-Position ist klar: „Solche Systeme ersetzen keine ärztliche Entscheidung, helfen jedoch dabei, Informationen schneller zu priorisieren und die diagnostische Sicherheit zu erhöhen – insbesondere bei komplexen Fragestellungen oder hoher Arbeitsbelastung.“³⁵⁷ Erik Bodendieck, Co-Chef des Bundesärztekammer-Ausschusses für Digitalisierung: „Mit gut in den ärztlichen Alltag eingebundener KI können wir uns mehr Zeit für die Behandlung verschaffen.“³³⁹

Operative Voraussetzungen für den Praxiseinsatz. Die Erfahrung der Pilotpraxen zeigt, dass Entlastung nur eintritt, wenn drei Voraussetzungen gleichzeitig erfüllt sind: Erstens muss die KI **nahtlos in die Praxissoftware und den bestehenden Workflow integriert** sein, nicht als Insellösung nebenher laufen. Zweitens müssen die Vorschläge **verlässlich** sein – sonst frisst die Korrekturzeit den Gewinn auf. Drittens braucht es **klare Regeln** für Prüfung, Anpassung und Freigabe.³⁵⁴ Eine besonders wichtige Voraussetzung ist die **rechtliche Klarheit**: AV-Vertrag mit dem Anbieter, Rechtsgrundlage nach Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO (Gesundheitsversorgung), transparente Patienteninformation und ärztliche Letztverantwortung für jeden KI-generierten Text.³⁵¹ Wenn das System einen ICD-Code vorschlägt, kann es als Medizinprodukt nach MDR eingestuft sein – und damit Hochrisiko-KI nach AI Act.³⁵¹

Die Sektorengrenze: KI in der fachärztlichen und stationären Versorgung. Die KI-Anwendungen in der fachärztlichen und stationären Versorgung sind heterogener: KI-

gestützte Befundung in der Radiologie und Pathologie ist etabliert; KI-gestützte Therapieplanung in der Onkologie wird zunehmend in Tumorboards eingesetzt; KI-gestützte Frühwarnsysteme in der Intensivmedizin (Sepsis-Frühwarnung, Delir-Erkennung) sind in Universitätskliniken im Einsatz; KI-gestützte Robotik in der Chirurgie (Da-Vinci-System, Tumis-Roboter) ist seit Jahren etabliert. Zwei aktuelle Pilotprojekte: **IMPL-AI-MENT** an der Charité (Implementierung eines großen KI-Sprachmodells auf einer klinischen Station) und der Einsatz von KI in den Universitätskliniken Heidelberg, München, Berlin und Hamburg.³⁵⁸

12.5 Die ethische Forderung: Patientenwohl an die Spitze

Die KI-Diskussion in der Medizin droht – wie viele Technologie-Diskussionen – in zwei Polen zu verharren: einerseits in einer **techno-optimistischen Erzählung** von der Effizienzrevolution, der Kostenreduktion und der Wettbewerbsfähigkeit; andererseits in einer **techno-skeptischen Erzählung** von der Entmenschlichung der Medizin, der Datenüberwachung und der Autonomieverletzung. Beide Pole verfehlen die strukturpolitische Frage, die hier zu beantworten ist: **Wie wird KI zum Nutzenpfad, der das Patientenwohl an die Spitze stellt – nicht in Sonntagsreden, sondern operativ?**

Die ethische Position dieses Papiers folgt fünf Prinzipien, die als Forderungen an alle Stakeholder im deutschen Gesundheitssystem zu verstehen sind.

Prinzip 1: Ärztliche Letztverantwortung als unverzichtbarer Anker. Der EU AI Act verankert dieses Prinzip mit der Anforderung der „menschlichen Aufsicht“ (Art. 14) und der „human agency“-Verpflichtung.³⁵⁰ In der Versorgungspraxis bedeutet das: Jeder KI-generierte Vorschlag – Diagnose, Therapieempfehlung, Dokumentation – muss durch ärztliche Prüfung verifiziert werden, bevor er versorgungswirksam wird. Die ärztliche Letztverantwortung ist nicht ein bürokratisches Relikt, sondern die ethische Voraussetzung dafür, dass Patienten der KI-gestützten Medizin vertrauen können. Sie schützt Patienten vor algorithmischen Fehlern und schützt Ärzte vor Haftungsrisiken.³⁵⁷³⁵⁴

Prinzip 2: Transparenz für Patienten. Patienten haben das Recht zu wissen, dass ein KI-System an ihrer Versorgung beteiligt ist. Art. 13 und Art. 50 AI Act verbürgen diese Transparenzpflichten – aber sie sind keine Selbstläufer. Die Kommunikation mit Patienten muss verständlich sein („Mein Computer hat mit zugehört und einen Vorschlag für die Notizen gemacht – das sehe ich mir kurz an“), nicht überfordernd. Die Bürgerrechte aus EHDS-VO und AI Act greifen ineinander.

Prinzip 3: Datenschutz und Datensouveränität. Die DSGVO (Art. 9 Abs. 2 lit. h für Gesundheitsdaten) und die EHDS-VO (Sekundärnutzung mit Opt-out) bilden den Rahmen, in dem KI Daten verarbeiten darf. Die Bundestagsantwort vom 21. Januar 2026 verweist auf das Zusammenspiel mit Data Act, NIS-2-Richtlinie, Cyberresilienz-Verordnung und Cybersicherheits-Rechtsakt.³⁵⁹ Eine KI-Anwendung, die diese Anforderungen nicht erfüllt, hat in der deutschen Versorgungsrealität keinen Platz – auch wenn sie technisch leistungsfähig ist.

Prinzip 4: Bias-Vermeidung und Repräsentativität. Daten-Governance nach Art. 10 AI Act verpflichtet zu repräsentativen, fehlerfreien und vollständigen Trainings-, Validierungs- und Testdatensätzen.³⁴⁴³⁶⁰ Wenn ein KI-System auf Daten überwiegend männlicher, weißer, mittelalter Patienten trainiert wurde, wird es bei Frauen, Kindern, älteren Menschen, Menschen mit Migrationsgeschichte oder Menschen mit Behinderungen schlechter funktionieren. Die Bias-Vermeidung ist nicht eine politische Korrektheit, sondern eine **medizinische Qualitätsanforderung** – sie betrifft direkt die Patientensicherheit. Die deutsche Versorgungsdatenbasis (FDZ, EHDS) bietet die Voraussetzung für repräsentative Trainingsdaten – wenn die Datenkreislauf-Logik (Kapitel 11) wirklich umgesetzt wird.

Prinzip 5: Patient Empowerment in der Substanz. Die ethische Forderung, die in den Kapiteln 10 und 11 entfaltet wurde, gewinnt durch die KI-Diskussion ihre operative Spitze. Patient Empowerment darf nicht bedeuten, dass Patienten mit komplexen KI-Systemen allein gelassen werden („machen Sie sich mit der App vertraut“). Es muss bedeuten, dass Patienten Strukturen vorfinden, die sie leiten und begleiten – mit Hausärztin als Lotsin, mit verständlicher Erklärung KI-gestützter Diagnoseergebnisse, mit transparenten Push-Benachrichtigungen in der ePA, mit niedrigschwelligen Bürgerportalen. Die Forderung von Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik formuliert diesen Anspruch: „Man kann den Patienten und Bürgern nicht immer nur sagen, mache mal dies oder das, sondern muss ihnen auch Strukturen schaffen, die sie unterstützen und leiten können, um selbst – sogar selbstbewusst – sich um die eigene Gesundheit kümmern zu können.“

Diese fünf Prinzipien sind nicht eine Zusatzlast neben der KI-Innovation; sie sind die **Voraussetzung dafür, dass KI zur Nutzenpfad** wird statt zur Effizienzrevolution mit verlorenen Patienten. Sie sind die ethische Klammer, die das deutsche und europäische Modell von technokratischen Modellen anderswo unterscheidet – und die langfristig den Vertrauenswettbewerb in einem globalen KI-Markt entscheidet.

12.6 Internationale Einordnung: Was wir von Israel, USA und Estland lernen

Die deutsche und europäische KI-Governance ist nicht im luftleeren Raum entstanden. Drei internationale Erfahrungsräume liefern Lehrwerte.

USA: Die Größenordnung der KI-Zulassung. Die FDA hat Ende 2024 1.026 KI-basierte Medizinprodukte zugelassen, davon 777 in der Radiologie.³³⁰ Die FDA-Zulassung ist nicht ein Pendant zum europäischen Konformitätsbewertungsverfahren – sie folgt einem anderen Risikoansatz, mit anderen Kriterien (510(k)-Verfahren, De-Novo-Pathway, PMA). Aber die schiere Größenordnung zeigt, wie weit die KI-Anwendungen in der klinischen Praxis bereits sind. Die deutsche und europäische Politik kann daraus lernen: Eine **konstruktive Marktordnung** beschleunigt Innovation; eine **bürokratische Marktordnung** verlangsamt sie. Der EU AI Act mit seiner risikobasierten Logik und seinen Synergien zu MDR/IVDR ist im Prinzip konstruktiv – seine operative Umsetzung wird darüber entscheiden, ob Europa im KI-Wettbewerb mithält.

Israel: Die Verbindung von Innovation und Versorgung. Israel ist im Bertelsmann-Stiftung-Index #SmartHealthSystems 2018 in der Spitzengruppe (zusammen mit Estland, Kanada, Dänemark, Spanien).³⁶¹ Die israelische Gesundheits-IT ist eng mit der weltweit führenden Cybersecurity-Industrie verbunden. Telemedizin, Ferndiagnostik und KI-basierte Diagnostik sind seit Jahren in der ambulanten Versorgung der vier Krankenkassen (Clalit, Maccabi, Leumit, Meuhedet) Alltag. Die strukturelle Lehre: Krankenkassen können nicht nur Kostenträger sein, sondern auch **Innovations-Investoren** – ein Modell, das in der deutschen Selektivvertragslogik (§ 140a SGB V) Anschluss findet und in der HZV BW seit 2008 partiell umgesetzt wird (Kapitel 14).

Estland: Die Architektur als Voraussetzung. Estland hat – wie in Kapitel 10.7 dargestellt – seit 2008 die elektronische Patientenakte verpflichtend, seit 2010 das E-Rezept, seit 2012 Videokonsultationen und Ferndiagnosen.³⁶² Das **digilugu.ee**-Bürgerportal mit ID-Card-Authentisierung ermöglicht jedem Bürger den Zugriff auf seine Daten. Auf dieser Architektur sind KI-Anwendungen wesentlich leichter zu integrieren als in einem fragmentierten Datenökosystem. Die strukturelle Lehre: KI braucht eine **funktionierende Datenarchitektur als Voraussetzung**; ohne diese Architektur bleibt KI ein punktuelles Add-on, keine systemische Verbesserung.

Vereinigtes Königreich (NHS): KI als nationale Strategie. Der NHS England hat seit 2019 einen **NHS AI Lab** etabliert; das **NHSX-Programm** und der **NHS AI in Health and Care Award** haben über 1 Milliarde Pfund in KI-Versorgungsprojekte investiert. Die Foundation Model-Entwicklung im NHS hat 2024/2025 mit dem **Foresight-Modell** für Versorgungsprognose internationale Aufmerksamkeit erhalten. Die strukturelle Lehre: Eine nationale KI-Strategie mit klarer politischer Trägerschaft und langfristiger Finanzierung ist im Vereinigten Königreich als integrierter Bestandteil des Gesundheitssystems etabliert.

Skandinavien (Dänemark, Schweden, Finnland): KI mit Datentiefe. Die skandinavischen Länder profitieren von langjährigen Personenkennzahlen-Systemen (CPR in Dänemark, Personnummer in Schweden), die Daten über Jahrzehnte verknüpfen lassen. Damit entstehen KI-Trainingsdatensätze, die in Deutschland erst mit dem FDZ Gesundheit (mit pseudonymisierten GKV-Daten 2009–2023) langsam aufgebaut werden. Die strukturelle Lehre: Eine **Daten-Tiefe und -Verknüpfung** ist die Voraussetzung für aussagekräftige KI-Modelle; Deutschland holt mit FDZ und EHDS auf, hat aber noch Aufholbedarf.

12.7 Anschlussfähigkeit: MEDI - HZV - Strukturprinzip und KI-Nutzenpfad

Das MEDI - HZV - Strukturprinzip mit seiner Pfadlogik, seiner digitalen Prozessarchitektur und seiner Outcome-Erfassung ist die operative Architektur, in der KI strukturwirksam wird. Drei Anschlusspunkte sind besonders wichtig.

Anschlusspunkt 1: KI-Sprechstundenassistenz in der Hausarztpraxis als Pfad-Voraussetzung. Die Pfadlogik des MEDI - HZV - Strukturprinzips verlangt eine konsequente Dokumentation des Versorgungsverlaufs. Die KI-gestützte Dokumentation – mit ihrer 80-prozentigen Zeitersparnis – schafft die Voraussetzung dafür, dass Hausarztpraxen den

Pfaddokumentations-Anspruch tatsächlich erfüllen können, ohne dass die Ärztin oder der Arzt mehr Zeit am Computer verbringt als am Patienten. Die Anwendung ist im Facharzt-Programm BW bereits in Vorbereitung – mit DSGVO- und AI-Act-Compliance als Voraussetzung. Eine Erprobung in einer integrierten Versorgungsregion mit über 5.900 teilnehmenden Ärzten (HZV BW) wäre eine wesentliche Skalierungsplattform für die deutsche KI-Sprechstundenassistenz.

Anschlusspunkt 2: Klinische Entscheidungsunterstützung in fachärztlichen Pfaden.

Die fachärztliche Pfadintegration des Strukturprinzips (FacharztProgramm mit 13 Disziplinen, Patient-Journey-Methodik aus dem Interop Council unter Vorsitz von Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik) ist der natürliche Anwendungsraum für klinische Entscheidungsunterstützungs-KI. Bei Herzinsuffizienz, Diabetes, Adipositas, Depression und chronischen Atemwegserkrankungen kann KI-gestützte Risikostratifizierung, Therapieoptimierung und Verlaufsprognose den Pfad qualitativ verbessern – wenn sie in den vertraglich definierten Pfad eingebettet ist. Die Patient-Journey-Herzinsuffizienz-Initiative im Interop Council ist hierfür ein methodischer Anschluss; ihre Operationalisierung in einer integrierten Versorgungsstruktur mit ePA- und FDZ-Anbindung ist der nächste Entwicklungsschritt.

Anschlusspunkt 3: Outcome-Lernlogik mit FDZ und KI-Analytik. Die HZV-Evaluation Heidelberg/Frankfurt seit 2011 dokumentiert über 17 Jahre die Wirkungen der integrierten Versorgung. Mit der ePA-Datenausleitung an das FDZ Gesundheit ab Oktober 2026 (Kapitel 11.4) und der KI-FDZ-Methodik (Anonymisierung, Synthetisierung, sichere Verarbeitung von Real-World-Daten)³⁶³ entsteht die Möglichkeit einer **integrierten KI-gestützten Outcome-Forschung**, die Versorgungspfade, klinische Outcomes (HbA1c, Blutdruck, PROMs, Mortalität), Pfadabweichungen und Versorgungsdesertifikation systematisch erfasst. Eine Lerngemeinschaft zwischen MEDIVERBUND, AOK BW, Heidelberg/Frankfurt-Evaluatoren, FDZ Gesundheit, gematik und Healthtech-Startups wäre der naheliegende Trägerverbund.

Die strukturelle Logik. KI wirkt im MEDI - HZV - Strukturprinzip nicht als isolierte Anwendung, sondern als Verarbeitungsschicht auf einer **bereits strukturierten Versorgungsbauweise**. Die Pfadlogik liefert die Datenkontexte; die digitale Prozessarchitektur liefert die Datenflüsse; die Outcome-Erfassung liefert die Lernschleife. Damit wird KI zu dem, was sie sein sollte: ein Werkzeug, das die Versorgungsqualität verbessert, die ärztliche Arbeitslast reduziert und die Patientensteuerung erleichtert – nicht ein Add-on auf einer fragmentierten Versorgungslandschaft, in dem ihre Wirkung versickert.

12.8 Politische Empfehlungen

Aus der Analyse dieses Kapitels ergeben sich sieben politische Empfehlungen für die KI-Strategie 2026/2027 in Deutschland.

Empfehlung 1: Nationale KI-Gesundheitsstrategie mit politischer Trägerschaft.

Deutschland sollte eine nationale KI-Gesundheitsstrategie auflegen, die KI als integralen Bestandteil der Digitalisierungsstrategie behandelt – mit klaren Verantwortlichkeiten,

Meilensteinen, Mitteln und Evaluationsindikatoren. Das KI-Compliance-Förderprogramm (500 Mio. Euro bis 2028) ist ein guter Anfang; es muss in eine längerfristige Strategie eingebettet werden, analog zum NHS AI Lab im Vereinigten Königreich oder zur israelischen Gesundheits-IT-Strategie.

Empfehlung 2: Ärztliche Letztverantwortung gesetzlich absichern. Die Anforderung der menschlichen Aufsicht (Art. 14 AI Act) sollte durch nationale Konkretisierungen für die deutsche Versorgungsrealität operativ umgesetzt werden – mit klaren Vorgaben für Krankenhäuser, MVZ und Arztpraxen zur Implementation, Schulung und Dokumentation. Die KBV, die Bundesärztekammer und der Marburger Bund sollten in diese Konkretisierung einbezogen werden.

Empfehlung 3: KI-Kompetenz-Curriculum für Ärzte und Praxisteam. Die Schulungspflicht nach Art. 4 AI Act (seit Februar 2025 wirksam) verlangt strukturierte Curricula. Diese sollten in die ärztliche Aus- und Weiterbildung, in die VERAH-Qualifikation und in die Medizinische Fachangestellte (MFA)-Ausbildung integriert werden. CME-Punkte für KI-Fortbildung sollten von den Landesärztekammern strukturiert vergeben werden.

Empfehlung 4: KI-Anwendungen in integrierten Versorgungsstrukturen erproben. Die Erprobung von KI-Sprechstundenassistenten, klinischer Entscheidungsunterstützung und KI-gestützter Outcome-Analytik sollte in integrierten Versorgungsregionen mit etablierter Pfadarchitektur erfolgen (Markterkundung MEDI BW, Kapitel 14). Die kombinierte Versorgungs- und KI-Evaluation würde der bundesweiten Skalierung eine evidenzbasierte Grundlage liefern.

Empfehlung 5: Bias-Vermeidung systematisch absichern. Die Daten-Governance nach Art. 10 AI Act muss in der deutschen Versorgungsrealität operativ überprüft werden. Eine **Bias-Audit-Architektur** unter wissenschaftlicher Begleitung (BfArM, Charité IKIM, RKI) sollte etabliert werden, die KI-Anwendungen in der Versorgung auf Repräsentativität und Bias prüft – insbesondere für Frauen, Kinder, ältere Menschen, Menschen mit Migrationsgeschichte und Menschen mit Behinderungen.

Empfehlung 6: Patient Empowerment durch KI-Erklärbarkeit. Patientinnen und Patienten haben das Recht zu verstehen, warum eine KI eine bestimmte Empfehlung gibt. Das verlangt **erklärbare KI** (Explainable AI, XAI) als Anforderung an Hochrisiko-Systeme im Gesundheitswesen. Die deutsche und europäische Forschungslandschaft (Charité IKIM, Fraunhofer MEVIS, Berlin Institute of Health, IBM Research Zürich) ist hier gut aufgestellt; die strukturpolitische Aufgabe ist, XAI in die Versorgungspraxis zu überführen.

Empfehlung 7: Healthtech-Innovation strategisch verbinden. Die deutsche Healthtech-Szene (Avelios Medical mit SAP-Beteiligung, Caresyntax, Oviva, Ficus, hello-med, Gardia – siehe Kapitel 10.6) ist innovationsstark, aber findet zu oft keinen Anschluss an die Versorgungsrealität. Selektivverträge sollten als Anwendungsräume für KI-Innovation strukturell genutzt werden. Förderprogramme wie Heal Capital (PKV), EIT Health Germany und das Medical Valley Nürnberg sollten mit den selektivvertraglichen Strukturen vertraglich verknüpft werden.

12.9 Zwischenbefund: Mut zur Verbindung von KI und Versorgungslogik

Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen ist 2026 nicht mehr eine Vision der Zukunft, sondern eine Realität der Gegenwart – mit über 1.000 FDA-zugelassenen Medizinprodukten, einem prognostizierten Marktvolumen von 148 Mrd. US-Dollar bis 2029, einer regulatorischen Architektur (EU AI Act ab 02.08.2026 und 02.08.2027) und einer wachsenden Versorgungsrelevanz in Hausarztpraxen, Fachärzten und Krankenhäusern. Die deutsche Versorgungsrealität ist nicht im KI-Rückstand, sondern in einer **strukturellen Umbau-phase** – mit substantiellen Voraussetzungen (gematik-Plattform, ePA für alle, FDZ Gesundheit, EHDS-Anschluss) und mit erheblichen Anschlussaufgaben (Versorgungsin-tegration, Patient Empowerment, Bias-Vermeidung, KI-Kompetenz).

Die ethische Forderung dieses Kapitels ist klar formuliert: **Das Patientenwohl muss an der Spitze der KI-Reformziele stehen.** KI darf nicht zur Effizienzrevolution mit verlorenen Patienten werden; sie muss zur Versorgungsverbesserung mit informierten und begleiteten Co-Akteuren werden. Diese Forderung adressiert alle Stakeholder: das BMG bei der Gesetzgebung, die gematik bei der Standardisierung, das BfArM beim FDZ und bei der DiGA-/MDR-Bewertung, die KBV und KZBV bei der Vertragsausgestaltung, die DKG bei den Krankenhausstrukturen, die Patientenvertretungen bei ihrer Vertretungsarbeit, die Industrie und die Healthtech-Startups bei ihrer Produktentwicklung. Wer das Patientenwohl nicht zur Spitze setzt, verfehlt das eigentliche Ziel der KI-Medizin.

Das MEDI - HZV - Strukturprinzip ist die operative Architektur, in der KI ihren Nutzenpfad findet. Die Pfadlogik liefert die Datenkontexte, die digitale Prozessarchitektur liefert die Datenflüsse, die Outcome-Erfassung liefert die Lernschleife. Die Anerkennung von MEDI Baden-Württemberg als dritte gematik TI-Modellregion (Kapitel 10.10, Kapitel 14) wäre auch eine **strategische Plattform für die KI-Erprobung** in einer integrierten Versorgungsarchitektur.

Die folgenden Kapitel zeigen, wie die internationale Einordnung (Kapitel 13) die deutsche Position konkretisiert, wie der Baden-Württemberg-Referenzraum (Kapitel 14) die Argumentation operativ trägt, wie die politische Umsetzungsagenda 2026/2027 (Kapitel 15) das Reformfenster konkret nutzen kann, und mit welchem Schluss (Kapitel 16) das Positionspapier seine Adressaten in Bund und Ländern erreichen will.

13. Internationale Einordnung: Was funktioniert und warum

13.1 Eine vergleichende Perspektive ohne Schwarz-Weiß-Diagnose

Der internationale Vergleich der Gesundheitssysteme ist in der deutschen Reformdebatte ein wiederkehrender Bezugspunkt – häufig allerdings in einer verkürzten Form: Entweder wird ein Land als „Vorbild“ stilisiert (Niederlande mit Hausarzt-Gatekeeping, Dänemark mit sundhed.dk, Estland mit X-Road, USA mit ACOs), oder es wird als „Gegenbeispiel“ diskreditiert (USA mit Versorgungsungleichheit, Vereinigtes Königreich mit Wartezeiten, Skandinavien mit staatlicher Priorisierung). Beide Verkürzungen verfehlen das eigentliche Erkenntnispotenzial des internationalen Vergleichs. Sie nehmen Strukturen aus ihrem Kontext und übertragen sie als Bauteile in ein anderes System – wo sie häufig nicht funktionieren.

Die Position dieses Kapitels ist eine andere. Internationale Vergleiche sind für die deutsche Reformdebatte 2026/2027 wertvoll – nicht weil sie Bauteile zur Übernahme liefern, sondern weil sie **strukturelle Mechanismen** sichtbar machen, die das deutsche System aus seiner Eigenlogik nicht erkennen kann. Wer die Wirkungsweise von Hausarzt-Gatekeeping, von Accountable Care Organizations, von Primary Care Networks oder von skandinavischer Digitalintegration versteht, gewinnt **Strukturvokabular**, mit dem die deutsche Reform präziser formuliert werden kann. Die Frage ist nicht „Sollten wir das niederländische Modell übernehmen?“, sondern „Welche Mechanismen wirken in welcher Bevölkerungsstruktur, mit welchen Anreizen, in welchem regulatorischen Kontext, und welche dieser Mechanismen sind im deutschen Selbstverwaltungssystem operationalisierbar?“

Im Folgenden werden vier Erfahrungsräume in vertiefter Analyse betrachtet: Erstens die **Medicare Shared Savings Program (MSSP)-ACOs** in den USA mit ihrer 13-jährigen Wirkungsbilanz (13.2). Zweitens die **Primary Care Networks (PCN)** im NHS England mit ihrer 7-jährigen Aufbau Erfahrung (13.3). Drittens das **niederländische Hausarzt-Gatekeeping** mit seiner 100-jährigen Pfadtradition (13.4). Viertens die **skandinavischen Modelle** – Dänemark mit MedCom und sundhed.dk, Schweden mit Vårdcentraler, Finnland mit Kanta – als integrierte digitale Versorgungssysteme (13.5). Anschließend werden die strukturpolitischen Lehren systematisch zusammengefasst (13.6) und auf die deutsche Reformsituation und das MEDI - HZV - Strukturprinzip zurückbezogen (13.7).

13.2 USA: Medicare Shared Savings Program und Accountable Care Organizations

Die amerikanische Erfahrung mit Accountable Care Organizations (ACOs) ist das umfangreichste empirische Datenmaterial weltweit für die Frage, ob koordinierte Versorgung mit geteilter Einsparungsverantwortung systemisch funktioniert. Das **Medicare Shared Savings Program (MSSP)** wurde 2012 unter dem Affordable Care Act eingeführt und hat 2024 sein zwölftes Performance-Jahr abgeschlossen.

Die quantitative Bilanz 2024 ist die bislang stärkste der Programmgeschichte. 476 ACOs nahmen am MSSP teil, ein Anstieg von rund 5 Prozent gegenüber 453 ACOs im Vorjahr; sie versorgten **10,3 Millionen Medicare-Versicherte** und erwirtschafteten **2,4 Milliarden US-Dollar Nettoeinsparungen** für Medicare im Vergleich zu den Benchmark-Werten – ein neuer Rekord seit Programmbeginn 2012.³⁶⁴³⁶⁵ **75 Prozent der ACOs erhielten Performance-Zahlungen** in Höhe von insgesamt 4,1 Milliarden US-Dollar; das ist der höchste Anteil seit Programmbeginn.³⁶⁴³⁶⁶ Die Bruttoeinsparungen lagen bei 6,6 Milliarden US-Dollar, was einer Sparquote von 4,7 Prozent entspricht. Pro Kopf belief sich die Nettoeinsparung auf **241 US-Dollar pro Versicherten** (gegenüber 175 US-Dollar 2023).³⁶⁴³⁶⁵ Die kumulativen Bruttoeinsparungen seit 2012 belaufen sich auf **35 Milliarden US-Dollar**, die Nettoeinsparungen auf **13,6 Milliarden US-Dollar**.³⁶⁵

Die Strukturdiagnose der ACO-Performance ist für die deutsche Reformdebatte besonders aufschlussreich. Drei Befunde sind robust dokumentiert.

Erstens: **Hausarzt-geführte ACOs schneiden besser ab als krankenhausesgeführte ACOs.** Die Pro-Kopf-Nettoeinsparungen lagen 2024 bei 401 US-Dollar in ACOs mit hohem Anteil primärversorgender Ärzte gegenüber 219 US-Dollar in ACOs mit geringerem Primärversorgeranteil; bei der Differenzierung „Low Revenue ACOs“ (typischerweise hausarztgeführt oder FQHC/Rural Health Clinic-basiert) gegenüber „High Revenue ACOs“ (typischerweise krankenhausesgeführt) ergaben sich 316 US-Dollar gegenüber 175 US-Dollar Nettoeinsparungen pro Kopf.³⁶⁶³⁶⁷ Die Strukturlogik dahinter ist klar: Hausärzte haben keine ökonomischen Anreize, Krankenhausbetten zu füllen; sie haben Anreize, Krankenhauseinweisungen durch koordinierte Primärversorgung zu vermeiden.³⁶⁷

Zweitens: **Zwei-Risiko-Modelle (downside risk) erwirtschaften deutlich höhere Einsparungen als Ein-Risiko-Modelle.** 67 Prozent der ACOs nahmen 2024 an Zwei-Risiko-Modellen teil (gegenüber 59 Prozent 2022). ACOs in den höheren Risiko-Kategorien (Level E, ENHANCED) erwirtschafteten 5,4 Milliarden US-Dollar von 6,6 Milliarden US-Dollar Bruttoeinsparungen – also über zwei Drittel.³⁶⁵ Die Strukturlogik: Wer Verluste mittragen muss, optimiert Versorgung anders als wer nur Gewinne teilen kann.

Drittens: **Qualität wird mit Einsparungen vereinbart, nicht gegen sie.** Nahezu alle ACOs erfüllten die CMS-Qualitätsstandards, mit Verbesserungen bei Blutdruckkontrolle, HbA1c-Kontrolle, Krebsfrüherkennung und Patientenerfahrung.³⁶⁵³⁶⁶ Damit ist ein Argument widerlegt, das in der deutschen Debatte regelmäßig auftaucht: Versorgungssteuerung führe zwangsläufig zu Qualitätsverlust. Die MSSP-Evidenz zeigt, dass koordinierte Versorgung Kosten und Qualität gleichzeitig verbessert.

Operative Mechanismen. Die ACOs bilden Versorgungsverbünde aus Hausärzten, Fachärzten, Krankenhäusern, Pflegeheimen und Heim-Gesundheitsdiensten. Eine Person wird einer ACO zugewiesen, wenn sie mindestens eine Primärversorgungsleistung in einem 12-Monats-Fenster bei einer ACO-teilnehmenden Praxis in Anspruch nimmt; ab 2025 gilt zusätzlich ein 24-Monats-Fenster für Sonderfälle.³⁶⁸ Die ACOs unterliegen einer **Governance-Pflicht** mit Beneficiary-Repräsentation, Qualitätsmessung über die APP/CAHPS-

Surveys und einer Konfliktinteressen-Politik.³⁶⁸ Privia Health, eines der größten physician-led ACO-Netzwerke in den USA, hat 2024 mit 9 ACOs, rund 3.280 beteiligten Ärzten und 194.700 Medicare-Versicherten 233,1 Millionen US-Dollar Einsparungen erwirtschaftet (32 Prozent Steigerung gegenüber 2023); die Notaufnahmeinanspruchnahme lag 17 Prozent unter dem ACO-Median und 25 Prozent unter Fee-for-Service-Medicare.³⁶⁹

Die deutsche Lehre. Drei Mechanismen aus der ACO-Erfahrung sind für das deutsche System anschlussfähig: Erstens die **Verbindung von Patientenzuweisung und Versorgungsverantwortung** – ohne formale Einschreibung wirken Anreizmechanismen nicht. Zweitens die **Gewichtung der Primärversorgung als strukturelle Steuerungsinstanz** – hausarztgeführte ACOs sind wirksamer als krankenhausgeführte. Drittens die **Verbindlichkeit von Outcome- und Qualitätsmessung** mit standardisierten Indikatoren über Jahre hinweg – das schafft die Lernschleife, ohne die Versorgungsverbesserung nicht stattfindet. Diese drei Mechanismen sind im deutschen Selektivvertrag nach § 140a SGB V grundsätzlich abbildbar – und sie sind im FacharztProgramm der HZV BW operativ realisiert (Kapitel 14).

13.3 NHS England: Primary Care Networks und die Renaissance der Mesoebene

Der englische National Health Service (NHS) hat 2019 mit den **Primary Care Networks (PCNs)** eine Reform eingeführt, die in Deutschland weitgehend unbeachtet geblieben ist – aber strukturell hochrelevant ist, weil sie die Frage adressiert, wie Hausarztpraxen in einer fragmentierten Versorgungslandschaft zu kollektiver Wirksamkeit gelangen.

Die Architektur. Eine PCN ist eine Gruppe von Hausarztpraxen, die mit anderen Gesundheits- und Sozialakteuren zusammenarbeitet, um integrierte Versorgung für eine lokale Population zu erbringen. Eine PCN deckt typischerweise **30.000 bis 50.000 Versicherte** ab – „klein genug, um die persönliche Versorgung zu erhalten, die sowohl Patienten als auch Hausärzte schätzen, aber groß genug, um durch bessere Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxen und anderen lokalen Akteuren Wirkung und Skaleneffekte zu erzielen“. ³⁷⁰ Stand 2024/2025: **1.250 PCNs in England**, denen über 99 Prozent der Hausarztpraxen angehören. ³⁷¹ Sie werden von **Clinical Directors** geführt, die Hausärzte, Pflegekräfte oder klinische Pharmazeuten sein können. ³⁷¹

Der Vertragsmechanismus. PCNs werden über den **Network Contract Directed Enhanced Service (DES)** an den Standard-General Medical Services (GMS)-Vertrag ange-dockt. Hausarztpraxen erhalten finanzielle Anreize für die PCN-Mitgliedschaft, definierte Mindestleistungen (extended hours access, structured medication reviews, anticipatory care, social prescribing) und das **Additional Roles Reimbursement Scheme (ARRS)**. ³⁷² Das ARRS ermöglicht PCNs, nicht-ärztliche Versorgungsrollen in der Hausarztpraxis zu finanzieren: clinical pharmacists, social prescribing link workers, first contact physiotherapists, physician associates, paramedics – seit 2020/2023 erweitert um weitere Rollen. ³⁷³

Die wissenschaftliche Bewertung. Eine Reihe qualitativer und quantitativer Evaluationen bewertet PCNs differenziert. Eine im *BMJ Open* 2021/2022 publizierte Mixed-Methods-Studie aus vier Fallregionen identifiziert: Hausärzte sind motiviert, an PCNs teilzunehmen, „weil sie das Potenzial haben, die Patientenversorgung zu verbessern, koordiniertere Versorgung zu ermöglichen und finanzielle und Personal-Nachhaltigkeit innerhalb der Primärversorgung zu erhöhen“. ³⁷⁴ Allerdings haben PCNs „einen fast verpflichtenden Charakter, basierend auf dem nationalen Politikkontext und den substantiellen finanziellen Anreizen“. Die Studie identifiziert vier Schlüsselherausforderungen: lokale Adaption der nationalen Vorgaben, Integration mit weiteren Akteuren des lokalen Gesundheits- und Sozialsystems, Personalrekrutierung im ARRS-Rahmen und Aufbau der PCN-Governance. ³⁷⁴³⁷⁵

Eine später erschienene Evaluation (Health Services and Delivery Research) konstatiert, dass PCNs in der Phase 2019–2023 „organisatorische Reife“ entwickelt haben, aber „in der lokalen Implementation deutliche Heterogenität aufweisen“. ³⁷⁶ Eine MedRxiv-Vorveröffentlichung 2024 zur ARRS-Kommissionierung 2020–2023 zeigt **assoziative Verbesserungen der Patientenerfahrung und der QOF-Indikatoren** in PCNs mit hohem ARRS-Einsatz. ³⁷³

Die strukturpolitische Bewertung. PCNs sind kein revolutionäres Modell, sondern eine Mesoebenen-Reform – sie schaffen zwischen der Einzelpraxis und dem Integrated Care System (ICS) eine Steuerungsebene, die in Deutschland bislang fehlt. Sie funktionieren auf Basis registrierter Patientenlisten (jeder NHS-Versicherte ist bei einer Hausarztpraxis registriert), die im deutschen Kollektivvertrag nicht existieren – sehr wohl aber im HZV-Selektivvertrag der HZV BW. Die ARRS-Rollen (Sozialberater, klinische Pharmazeuten, First-Contact-Physiotherapeuten) sind im deutschen System Pendant zur VERAH und zu den Heilmittelerbringern, die seit Q1/2026 an die TI angebunden werden.

Die deutsche Lehre. Drei Mechanismen aus der PCN-Erfahrung sind anschlussfähig: Erstens die **Mesoebenen-Strukturierung** zwischen Einzelpraxis und Versorgungssystem – im deutschen System leistet das ein Praxisnetz wie GO IN Ingolstadt oder ein Verbund wie der MEDIVERBUND. Zweitens die **Einbindung nicht-ärztlicher Berufe** in die Primärversorgung mit definierten Aufgaben und Refinanzierung – die VERAH-Logik der HZV BW ist ein direkter Anschluss. Drittens die **Vertragslogik mit nationalen Vorgaben und lokaler Adaption** – die im deutschen § 140a SGB V grundsätzlich angelegt, aber in der Praxis selten konsequent umgesetzt wird.

13.4 Niederlande: Hausarzt-Gatekeeping mit hundertjähriger Pfadtradition

Die Niederlande sind in der deutschen Debatte das wichtigste Bezugsland für die Diskussion um ein Primärarztsystem – aus zwei Gründen: erstens wegen der strukturellen Ähnlichkeiten (Sozialversicherungssystem, hochentwickelte Volkswirtschaft, ähnliche demografische Lage); zweitens wegen der konsequenten Umsetzung des Hausarzt-Gatekeepings über mehrere Generationen.

Die Architektur. In den Niederlanden ist der Hausarzt der **erste Ansprechpartner für alle nicht-akuten Beschwerden**. Eine Überweisung ist Pflicht, bevor man zum Facharzt geht.³⁷⁷ Fachärzte sind in der Regel im Krankenhaus tätig, nicht in eigener Praxis – damit ist der ambulante Spezialistenmarkt in seiner deutschen Form nicht etabliert.³⁷⁸ Die Versicherten sind bei einem Hausarzt fest **eingeschrieben**, ähnlich der dänischen Praxisliste; jeder Versicherte hat im Durchschnitt einen festen Hausarzt mit einer **Patientenliste**. Die Vergütung erfolgt über ein gemischtes System aus Kopfpauschalen, Einzelleistungen und Strukturkomponenten.

Die quantitative Wirkung. Pro hundert eingeschriebenen Patienten werden in den Niederlanden nur etwa **20 pro Jahr an einen Facharzt überwiesen** – die Hausärztin behandelt die übrigen 80 Prozent abschließend.³⁷⁹ Die Überweisungsquote ist damit ein Bruchteil der deutschen. Der Effekt auf die Krankenhaus-Inanspruchnahme: **364 vermeidbare Krankenhauseinweisungen pro 100.000 Einwohner in den Niederlanden gegenüber 810 in Deutschland**³⁷⁷ – also weniger als die Hälfte. Bei den Arzneimittelverordnungen sind niederländische Hausärzte „zurückhaltender“: pro hundert eingeschriebenen Patienten weniger als 800 Verordnungen pro Jahr für Frauen und weniger als 500 für Männer.³⁷⁹

Die strukturellen Voraussetzungen. Vier Strukturelemente machen das niederländische Hausarzt-Gatekeeping wirksam. Erstens die **feste Einschreibung** der Versicherten – die Zuordnung zwischen Patient und Hausarzt ist nicht eine Wahl im Einzelfall, sondern eine kontinuierliche Beziehung. Zweitens die **strukturierte Leitlinienarbeit** des **Niederlands Huisartsen Genootschap (NHG)** mit über 70 ständig aktualisierten **NHG-Standards** – das Pendant zu den S3-Leitlinien der AWMF, aber direkt an die Versorgungspraxis angedockt.³⁷⁹ Drittens die **Fachärztekonzentration in Krankenhäusern** – die Sektorengrenze der ambulanten Spezialisten existiert in dieser Form nicht. Viertens das **Patientenwohlempfinden** mit hohem Vertrauen in die Hausärztin.³⁸⁰

Die wissenschaftliche Evidenz. Eine systematische Literaturübersicht im *British Journal of General Practice* (Sripa et al. 2019) auf Basis von 25 analysierten Studien kommt zu dem Ergebnis, dass **Gatekeeping-Modelle oft zu niedrigeren Gesundheitsausgaben führen, weil sie unnötige und teure fachärztliche Behandlungen und Krankenhauseinweisungen vermeiden helfen**.³⁸¹ Die ältere Velasco-Garrido-Übersicht (2009 für den SVR Gesundheit) und die Delnoij-Studie 2000 kommen zu ähnlichen Befunden.³⁸² Die Effektgröße ist allerdings nicht uniform: Die Wirkung hängt von der Strukturqualität (Praxisliste, Leitlinien, Vergütung), der Patientenakzeptanz und der Kontextarchitektur ab.

Die kritischen Anmerkungen. Auch das niederländische System hat Schwierigkeiten. Die Akzeptanz bei Patienten und Ärzten hat in den letzten Jahren gelitten; staatliche Kostendämpfung hat dazu geführt, dass Patienten ihren Hausarzt nicht immer frei wählen können und die Arbeitsbelastung der Hausärzte steigt.³⁸³ Die Marktkonzentration der Krankenversicherer ist hoch: Die vier größten Versicherer kontrollieren 84,8 Prozent des Marktes; seit 2006 ist kein neuer Anbieter hinzugekommen.³⁷⁷ Der Gesundheitsökonom

Stefan Greß (Hochschule Fulda) warnt zu Recht vor einer 1:1-Übertragung: „Das niederländische Modell ist kein direktes Vorbild für Deutschland, aber es kann die Bürgerversicherung auch nicht diskreditieren.“³⁷⁷

Die deutsche Lehre. Drei Mechanismen sind anschlussfähig: Erstens die **feste Einschreibung als Strukturanker** – ohne sie wirken Gatekeeping-Anreize nicht. Zweitens die **strukturelle Leitlinienarbeit** mit hausarztspezifischen Standards – die DEGAM-Leitlinien sind das deutsche Pendant, aber sie haben nicht die strukturelle Verankerung der NHG-Standards. Drittens die **Vermeidung der ambulant-stationären Sektorengrenze** durch Konzentration der Spezialisten an Krankenhäusern – das ist im deutschen System aus historischen Gründen nicht umsetzbar, aber die KHAG-sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV) sind ein partieller Anschluss (Kapitel 7).

13.5 Skandinavien: Dänemark, Schweden, Finnland als integrierte digitale Ökosysteme

Skandinavien gilt in der internationalen Vergleichsforschung als der Erfahrungsraum, in dem **integrierte Versorgung und konsequente Digitalisierung** am stärksten zusammenwirken. Drei Länder sind besonders aufschlussreich.

Dänemark: Vertrauen, MedCom, sundhed.dk. Das dänische Gesundheitssystem ist staatlich finanziert, regional organisiert (5 Regionen) und kommunal verwaltet (98 Kommunen). 98 Prozent der Dänen sind im **Hausarztmodell (Gruppe 1)** eingeschrieben; nur 2 Prozent wählen das Modell der freien Arztwahl (Gruppe 2) mit Selbstbeteiligung.³⁸⁴³⁸⁵ Jeder Hausarzt versorgt im Durchschnitt **rund 1.600 Patienten**.³⁸⁶ Jeder Bürger ist im Durchschnitt **siebenmal pro Jahr** in Kontakt mit dem Erstversorgungssystem; rund 10 Prozent der Bevölkerung nutzen die Erstversorgung in einem Jahr nicht.³⁸⁶ Der Hausarzt behandelt die Mehrzahl der Fälle abschließend, ohne Überweisung an den Facharzt.

Die digitale Architektur ist außergewöhnlich: **MedCom**, 1994 als staatlich finanzierte Non-Profit-Organisation gegründet, hat den Aufbau elektronischer Kommunikation im Gesundheitswesen koordiniert.³⁸⁷ Das nationale Bürgerportal **sundhed.dk** wird monatlich von **1,7 Millionen Dänen** (über ein Drittel der Gesamtbevölkerung) besucht; 24 Prozent der Dänen geben an, dass sich der Behandlungsverlauf durch die Nutzung verbessert habe.³⁸⁸ **97 Prozent aller Überweisungen erfolgen elektronisch; alle Hausärzte besitzen eine ePA; 98 Prozent tauschen Akten elektronisch untereinander aus.**³⁸⁸ **89 Prozent der Bürgerinnen und Bürger vertrauen den Kompetenzen ihres Gesundheitswesens** – Platz 1 in Europa.³⁸⁸ Telemedizin ist „fester Bestandteil der Regelversorgung – Videosprechstunden, digitale Anamnesetools und Monitoring-Angebote kommen in Stadt und Land gleichermaßen zum Einsatz, nicht als Modellprojekte, sondern strukturell verankert“. ³⁸⁹

Die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben Dänemarks betrugen 2022 kaufkraftbereinigt 4.149 Euro – über dem EU-Mittelwert von 3.533 Euro, aber **deutlich unter dem deutschen Wert von 5.317 Euro**.³⁸⁴ Dänemark ist die staatssekretärinnliche Delegationsreise von

Dr. Ute Leidig (Baden-Württemberg) im September 2024 wert – „wir wollen in Dänemark lernen, wie wir unsere Gesundheitsversorgung noch innovativer aufstellen und besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausrichten können“.³⁹⁰

Schweden: Vårdcentraler und 1177.se. Schweden hat keine klassischen Hausarztpraxen wie Deutschland, sondern in jeder Region ein **Vårdcentral** (Gesundheitszentrum), in dem Patientinnen und Patienten ein passender Arzt zugewiesen wird.³⁹¹ Die Versorgung folgt einer Listenlogik mit zugewiesener Praxisliste. Das Bürgerportal **1177.se** ist die zentrale digitale Anlaufstelle für Versicherte, mit Symptom-Check, Wartezeiten-Information, Termin- und Befundabruf. Die elektronische Patientenakte ist flächendeckend etabliert, telemedizinische Leistungen werden – wenn medizinisch vertretbar – mit Präsenzleistungen vergütungsmäßig gleichgestellt.³⁸⁹

Finnland: Kanta als integriertes Daten-Ökosystem. Finnland verknüpft mit der Plattform **Kanta** seit über 15 Jahren medizinische und soziale Daten. Die elektronische Patientenakte ist flächendeckend verfügbar, barrierearm zugänglich und sowohl für Fachpersonal als auch für Patientinnen und Patienten ein zentrales Instrument im Versorgungsalltag.³⁸⁹ Telemedizinische Leistungen sind in die Regelversorgung integriert und werden vergütet (auch wenn die Sätze unter denen für Präsenzleistungen liegen). Die Hausärzte nutzen digitale Angebote zunehmend, insbesondere in schwer erreichbaren Regionen.

Die strukturelle Logik der skandinavischen Modelle. Drei Mechanismen sind besonders eindrucksvoll: Erstens die **konsequente Bürgereinbindung** – sundhed.dk, 1177.se, Kanta sind nicht nur Behördenportale, sondern aktiv genutzte Bürgeranwendungen mit Vertrauensbasis. Zweitens die **Vertikalintegration** zwischen Primärversorgung, fachärztlicher Versorgung im Krankenhaus und kommunaler Pflege – die Sektorengrenzen, die das deutsche System prägen, sind in Skandinavien strukturell eingeebnet. Drittens die **technologie-neutrale digitale Infrastruktur** – die Akzeptanz beruht nicht auf Technologie-Begeisterung, sondern auf strukturellen Prozessverbesserungen, die die Bürger erleben.³⁸⁹

Die kritischen Anmerkungen. Auch Skandinavien hat seine Schattenseiten: Die langen Wartezeiten bei elektiven Behandlungen werden seit Jahren kritisiert; die staatliche Priorisierung von Behandlungen nach Richtlinien und Kapazitäten führt zu Konflikten; die Privatklinik-Komponente schafft eine Form der Zwei-Klassen-Medizin.³⁹² Der OECD-Vergleich der Krankenhausverweildauer und der ambulanten Versorgungsquote ist nicht gegen das deutsche System sprechend; aber die digitale Integration und die Vertrauensbasis sind den skandinavischen Modellen klar überlegen.³⁹³³⁹⁴

Die deutsche Lehre. Vier Mechanismen sind anschlussfähig: Erstens die **konsequente Bürgereinbindung** durch nutzerorientierte Portale – die ePA für alle muss im Sinne von sundhed.dk zur **realen Bürgeranwendung** werden, nicht nur zum behördlichen Pflichtdienst. Zweitens die **strukturelle Verankerung der Telemedizin** mit klarer Vergütungslogik. Dritte ns die **Hausarzt-Praxisliste** als Strukturanker (analog zur HZV-Einschreibung). Viertens die **systemische Daten-Governance** mit MedCom-ähnlicher

Koordinierungsinstanz – KIG und gematik haben in Deutschland substantielle Vorbedingungen, brauchen aber eine politische Aufwertung mit Bürgerbeteiligungsperspektive.

13.6 Strukturelle Lehren für die deutsche Reform 2026/2027

Die vier Erfahrungsräume USA, England, Niederlande und Skandinavien lassen sich nicht als „Vorbilder“ auf Deutschland übertragen – aber sie liefern **fünf strukturpolitische Lehren**, die für die deutsche Reformdebatte 2026/2027 von zentraler Bedeutung sind.

Lehre 1: Patientenzuordnung ist die Voraussetzung für Versorgungssteuerung. In allen vier Erfahrungsräumen gibt es eine Form der Patientenzuordnung – ACO-assignment in den USA, Hausarzt-Registrierung in England, feste Einschreibung in den Niederlanden und Dänemark, Vårdcentraler-Zuweisung in Schweden. Ohne diese Zuordnung wirken Anreizmechanismen nicht. Die deutsche Praxis – mit freier Arztwahl im Kollektivvertrag – ist hier strukturell nicht anschlussfähig. Die HZV BW mit ihrer freiwilligen Einschreibung ist die einzige etablierte Form der Patientenzuordnung in Deutschland; sie ist damit die strukturelle Brücke zu allen vier internationalen Modellen.

Lehre 2: Primärversorgung ist die Steuerungszentrale, nicht eine Dienstleistung neben anderen. Die ACO-Daten zeigen, dass primärversorger-geführte Modelle wirksamer sind als krankenhausgeführte; die niederländische Daten zeigen, dass Hausärzte 80 Prozent der Fälle abschließend behandeln können; die dänischen Hausärzte versorgen jeden Bürger durchschnittlich siebenmal pro Jahr; die englischen PCNs schaffen eine Me-soebene um die Hausarztpraxen herum. Die deutsche Reform 2026/2027 muss die Primärversorgung als **strukturellen Steuerungskern** behandeln – nicht als ein Versorgungssegment neben anderen.

Lehre 3: Vertragliche Verbindlichkeit über Jahre hinweg ist die Voraussetzung für Lernschleifen. Die ACO-Performance hat sich in 13 Jahren von kaum messbaren Einsparungen auf 2,4 Mrd. US-Dollar Nettoeinsparungen entwickelt – nicht weil das Programm besser wurde, sondern weil die Akteure sich angepasst und gelernt haben. Die niederländischen NHG-Standards sind ein 50-jähriger Erfahrungsraum. Die dänische digitale Infrastruktur hat 30 Jahre kontinuierliche Aufbauarbeit hinter sich. Die deutsche Reform muss in **Jahrzehnt-Logik** denken, nicht in Legislaturperioden – und die Selektivvertragslogik der HZV BW (seit 2008) ist die einzige Struktur, die diese Lernlogik bereits realisiert hat.

Lehre 4: Digitale Integration und Versorgungsstruktur verstärken sich gegenseitig. Die skandinavischen Modelle zeigen, dass Digitalisierung nur dort wirkt, wo sie auf eine integrierte Versorgungsstruktur trifft – und umgekehrt, dass integrierte Versorgung mit konsequenter Digitalisierung erst ihre volle Wirkung entfaltet. Deutschland hat mit der TI 2.0, der ePA für alle und dem EHDS-Anschluss die digitalen Bauelemente; mit der HZV BW eine integrierte Versorgungsarchitektur. Die strukturelle Lehre: Beide müssen verbunden werden – das ist die Argumentation der Kapitel 10–12 dieses Papiers.

Lehre 5: Bürgerbeteiligung ist nicht eine Sonntagsforderung, sondern eine Strukturbedingung. Der dänische Wert von 89 Prozent Vertrauen in das Gesundheitswesen ist nicht aus dem Nichts entstanden – er ist das Ergebnis kontinuierlicher Bürgerbeteiligung

in Architektur, Daten-Governance und Versorgungssteuerung. Die deutsche Diskussion um Patient Empowerment muss diese strukturelle Tiefe gewinnen, wenn sie wirken soll – als Forderung an alle Stakeholder, Strukturen zu schaffen, die Patienten leiten und unterstützen, nicht als Aufforderung an Patienten, sich allein zu kümmern (siehe Kapitel 10.9 und 12.5).

13.7 Der Bezug auf das MEDI - HZV - Strukturprinzip Die fünf Lehren der internationalen Erfahrungsräume sind im MEDI - HZV - Strukturprinzip seit 2008 systematisch angelegt. Drei Anschlusspunkte sind besonders eindrucksvoll.

Anschlusspunkt 1: Patientenzuordnung über die HZV-Einschreibung. Die HZV BW hat seit 2008 rund **2 Millionen freiwillig eingeschriebene AOK-Versicherte** – die größte Patientenliste-Struktur in Deutschland. Bundesweit sind über 10 Millionen Versicherte in HZV-Verträgen registriert.³⁹⁵ Damit ist die Strukturvoraussetzung für ACO-, PCN-, Hausarzt-Gatekeeping- und Praxislisten-Modelle in Deutschland operativ vorhanden – nicht im Kollektivvertrag, aber im Selektivvertrag.

Anschlusspunkt 2: Hausarzt als Steuerungszentrale mit fachärztlicher Pfadintegration. Das HZV-FacharztProgramm BW integriert 13 fachärztliche Disziplinen vertraglich in eine pfadgesteuerte Versorgung; Heilmittel- und Hilfsmittelerbringer werden ab Q1/2026 an die TI angebunden; die pädiatrische Pfadlogik (BVKJ-Service) ist verankert. Damit ist das niederländische Hausarzt-mit-fachärztlicher-Anbindung-Modell und die englische PCN-Mesoebenen-Logik strukturell anschlussfähig – mit dem Unterschied, dass die deutsche Variante den ambulanten Spezialistenmarkt nicht aufheben muss, sondern ihn integriert.

Anschlusspunkt 3: Vertragliche Verbindlichkeit mit Outcome-Lernlogik. Die HZV BW dokumentiert seit 2011 in Heidelberg/Frankfurt-Evaluation die Wirkungen über 17 Jahre: 9.200 vermiedene Diabetes-Komplikationen 2011–2022; 7.500 weniger PRISCUS-Verordnungen für ältere Patienten; 1,36 Millionen weniger unkoordinierte Facharztbesuche; signifikant niedrigere Krankenhausaufnahme- und Wiederaufnahmequoten.³⁹⁶ Damit ist die ACO-Lernschleife – mit ihrer 13-jährigen US-Erfahrungsbasis – im deutschen System strukturell vorhanden, mit vergleichbarer Methodik und einer Datenbasis, die international anschlussfähig ist.

Die strukturpolitische Konsequenz: Das MEDI - HZV - Strukturprinzip ist nicht ein süddeutsches Sondermodell, sondern ein **deutscher Anschluss an die international wirk-samen Strukturmechanismen**. Es kombiniert die ACO-Logik (geteilte Verantwortung, Outcome-Messung), die PCN-Logik (Mesoebenen-Strukturierung mit nicht-ärztlichen Rollen), die niederländische Logik (Hausarzt als Steuerungszentrale, fachärztliche Pfadintegration) und die skandinavische Logik (digitale Integration, Bürgerbeteiligung) in einer Form, die mit der deutschen föderal-selbstverwalteten Struktur kompatibel ist.

13.8 Politische Empfehlungen

Aus der internationalen Einordnung ergeben sich fünf politische Empfehlungen für die deutsche Reformagenda 2026/2027.

Empfehlung 1: ACO-äquivalente Strukturen im deutschen Selektivvertragsrecht systematisch anerkennen. Die ACO-Logik mit Patientenzuweisung, geteilter Versorgungsverantwortung, Qualitätsmessung und finanzieller Ergebnisbeteiligung ist mit § 140a SGB V grundsätzlich vereinbar. Eine bewusste Stärkung dieser Logik – durch klare Mindestanforderungen (Patientenzuweisung, Outcome-Messung, Risikoteilung) und durch finanzielle Anreize – würde der deutschen Versorgungsentwicklung den fehlenden Strukturmechanismus liefern.

Empfehlung 2: Mesoebenen-Strukturen im Stil der englischen PCNs fördern. Praxisnetze (wie GO IN Ingolstadt) und integrierte Versorgungsverbünde (wie der MEDIVERBUND) sind die deutschen Pendanten zu den englischen PCNs. Eine Verbindlichmachung von Praxisnetz-Strukturen ab einer definierten Mindestgröße (analog zu den 30.000–50.000 Versicherten der PCNs) und eine ARRS-äquivalente Förderung nicht-ärztlicher Versorgungsrollen (VERAH, MFA, Sozialberater) könnten die Mesoebene strukturell stärken.

Empfehlung 3: Niederländische Leitlinienarbeit als Modell für die DEGAM-Standardentwicklung. Die NHG-Standards mit 70+ ständig aktualisierten hausarztspezifischen Leitlinien sind ein operatives Modell, das die DEGAM-Leitlinienarbeit strukturell stärken könnte. Eine vertragliche Verankerung der DEGAM-Leitlinien in der HZV (mit Audit, Schulung, Outcome-Messung) wäre der naheliegende Weg.

Empfehlung 4: Skandinavische Bürgerportallogik in die ePA-Funktionserweiterung integrieren. Die ePA für alle in ihrer 2026/27-Erweiterung sollte konsequent in Richtung **Bürgerportal** entwickelt werden – mit Push-Benachrichtigungen, Volltextsuche, Symptom-Check, mehrsprachiger Erklärung und niedrigschwelliger Zugänglichkeit. Das sundhed.dk-Erlebnis (1,7 Mio. Nutzer pro Monat) ist die Latte, an der sich die ePA für alle messen lassen muss.

Empfehlung 5: Internationale Lerngemeinschaften strukturell verankern. Die deutsche Versorgungsforschung sollte systematisch an internationale Erfahrungsräume andocken: das CMS Innovation Center (für ACO-Methoden), NHS England (für PCN-Evaluation), das niederländische NIVEL und das dänische Statens Institut for Folkesundhed (für Versorgungsforschung). Eine deutsche **Versorgungsforschungs-Lerngemeinschaft** mit AOK BW, MEDIVERBUND, Heidelberg/Frankfurt-Evaluatoren, FDZ Gesundheit und internationalen Partnern wäre der naheliegende Trägerverbund.

13.9 Zwischenbefund: Mut zum strukturellen Lernen

Die internationale Einordnung zeigt, dass Deutschland mit seinen Reformherausforderungen 2026/2027 nicht im luftleeren Raum operiert. Die **Mechanismen, die in den USA, in England, in den Niederlanden und in Skandinavien funktionieren, sind dokumentiert, evaluiert und strukturpolitisch bewertbar.** Die ACOs sparen 2,4 Mrd. US-

Dollar pro Jahr; die niederländischen Hausärzte vermeiden mehr als die Hälfte der deutschen vermeidbaren Krankenhauseinweisungen; die dänischen Bürger vertrauen ihrem Gesundheitswesen zu 89 Prozent; die skandinavischen Bürgerportale haben Nutzungsraten, von denen die deutsche ePA-Praxis weit entfernt ist.

Die Botschaft dieses Kapitels ist nicht: Deutschland soll ein anderes Land kopieren. Sie ist: **Deutschland kann von der internationalen Erfahrung lernen, weil das MEDI - HZV - Strukturprinzip die strukturellen Voraussetzungen bereits erfüllt.** Die HZV BW hat eine ACO-äquivalente Logik (geteilte Verantwortung, Outcome-Messung), eine PCN-äquivalente Mesoebenen-Architektur (Praxisnetz, MEDIVERBUND), eine niederländische Hausarzt-Logik (HZV-Einschreibung, FacharztProgramm) und eine Anschlussmöglichkeit an die skandinavische Bürgerportallogik (über ePA-Funktionserweiterung 2026/27). Sie ist damit der **deutsche Anschluss an die international wirksamen Mechanismen** – und sie hat 17 Jahre dokumentierte Erfahrung, die sie zur tragfähigen Skalierungsplattform macht.

Das nächste Kapitel zeigt, wie diese internationale Einordnung in die operative Architektur des Baden-Württemberg-Referenzraums übersetzt wird – einschließlich der Markterkundung von MEDI BW als dritte gematik TI-Modellregion, die die deutsche Reformagenda 2026/2027 operativ tragen könnte.

14. Baden-Württemberg als Referenzraum: Vom Strukturmodell zur bundesweiten Skalierungsplattform

14.1 Eine Versorgungslandschaft mit 17 Jahren Erfahrungstiefe

Die strukturpolitische Argumentation dieses Papiers steht und fällt mit einer empirisch belastbaren Antwort auf die Frage, ob das MEDI - HZV - Strukturprinzip nicht nur theoretisch, sondern auch in der deutschen Versorgungsrealität funktioniert. Die Antwort liegt in **Baden-Württemberg** – dem Bundesland, in dem die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) seit 2008 als Selektivvertrag zwischen AOK Baden-Württemberg, MEDIVERBUND AG und Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg etabliert ist. Mit Stand der jüngsten Evaluation 2026 (Berichtsjahre 2023/2024) sind über **2 Millionen freiwillig eingeschriebene AOK-Versicherte** im HZV-Vertrag eingeschrieben; in der Analyse 2022 wurden 1,93 Millionen Versicherte einbezogen, davon 1,26 Millionen in der HZV; bundesweit werden bereits über **10 Millionen Menschen hausarztzentriert versorgt**.³⁹⁷³⁹⁸

Dieses Kapitel argumentiert die These, dass Baden-Württemberg nicht ein süddeutsches Sondermodell ist, sondern der **bundesweit verfügbare Referenzraum**, in dem alle in den Kapiteln 6 bis 13 entfalteten Strukturmechanismen bereits operativ realisiert sind: die Pfadlogik mit hausärztlicher Steuerung, die fachärztliche Pfadintegration, die digitale Prozessarchitektur, die Outcome-Lernlogik, die internationale Anschlussfähigkeit an ACO-, PCN- und Gatekeeping-Modelle. Es ist der Erfahrungsraum, in dem die Bundesregierung 2026/2027 die operative Tragfähigkeit der von ihr selbst angekündigten Strukturreformen – Primärarztsystem, Notfallreform, KHAG-Spiegelarchitektur, ePA-Funktionserweiterung – evaluieren und skalieren kann, ohne bei null beginnen zu müssen.

Der Aufbau dieses Kapitels folgt der strukturpolitischen Argumentationslogik des gesamten Papiers. Zunächst wird die Architektur der HZV BW mit ihren Komponenten dargestellt (14.2). Anschließend werden die wissenschaftlichen Evaluationsergebnisse 2026 in ihrer Tiefe entfaltet (14.3), die VESPEERA- und Orthopädie-Vertragsevaluationen als Spezialstudien eingeordnet (14.4) und die wirtschaftliche Bilanz quantifiziert (14.5). Es folgt die operative Argumentation für **MEDI Baden-Württemberg als dritte gematik TI-Modellregion** mit der vollständigen Strukturelementen-Darstellung der Markterkundung vom 26. Februar 2026 (14.6). Die strukturpolitische Skalierungslogik (14.7), die Anschlussfähigkeit an die Reformprozesse 2026/2027 (14.8) und die politischen Empfehlungen (14.9) schließen das Kapitel ab.

14.2 Die Architektur der HZV Baden-Württemberg

Der HZV-Vertrag Baden-Württemberg ist ein **Vertragsverbund nach § 73b SGB V** zwischen drei Vertragsparteien: der AOK Baden-Württemberg als Krankenkasse, dem **Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg (HÄVBW)** als ärztlichem Vertragspartner und dem **MEDIVERBUND AG** als gemeinsamer Managementgesellschaft, die im Auftrag von HÄVBW und MEDI Baden-Württemberg e. V. die Vertragsumsetzung

trägt. Die Vertragsarchitektur basiert auf fünf Säulen, die in den vorherigen Kapiteln bereits theoretisch entwickelt wurden und in der HZV BW operativ realisiert sind.

Säule 1: Hausarztzentrierte Primärkoordination. Der HZV-Vertrag stärkt die Hausarztpraxis als erste Anlaufstelle und zentrale Steuerungsinstanz der ambulanten Versorgung. Versicherte schreiben sich freiwillig in den Vertrag ein und verpflichten sich, ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt als ersten Ansprechpartner zu wählen. Dieser **Einschreibungsmechanismus** ist die deutsche Variante der niederländischen Hausarzt-Registrierung und der dänischen Praxislisten-Logik; er ist die Strukturvoraussetzung, ohne die alle weiteren Mechanismen nicht wirken.

Säule 2: Fachärztliche Pfadintegration über das FacharztProgramm. Das HZV-FacharztProgramm integriert **13 fachärztliche Disziplinen** vertraglich in eine pfadgesteuerte Versorgung: Kardiologie, Gastroenterologie, Psychotherapie, Neurologie, Psychiatrie, Orthopädie, Chirurgie, Urologie, Diabetologie, Rheumatologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Nephrologie, Pneumologie. Die teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte garantieren Wartezeiten, strukturierte Befundübermittlung an die Hausarztpraxis und definierte Versorgungspfade. Damit ist das niederländische Modell der „fachärztlichen Versorgung am Krankenhaus“ in einer für das deutsche System spezifischen Variante umgesetzt: Fachärzte bleiben in der ambulanten Praxis, aber sie sind in einen pfadgesteuerten Versorgungsverbund integriert.

Säule 3: VERAH und nicht-ärztliche Versorgungsrollen. Die HZV BW hat – Jahre vor der englischen ARRS-Reform der PCNs – die **Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH)** als strukturierte nicht-ärztliche Versorgungsrolle etabliert. Die VERAH übernimmt Hausbesuche bei chronisch Kranken, koordiniert die häusliche Pflege, bereitet Disease-Management-Programme vor und wirkt als digitale Lotsin für die ePA-Nutzung der Versicherten. In den letzten Auswertungen 2025/2026 wurden die VERAH-Effekte erstmals quantifiziert: In VERAH-Praxen waren die Krankenhausaufnahmequoten bei vermeidbaren Krankenhauseinweisungen um **4,0 Prozent geringer** und die Arzneimittelkosten um **4,7 Prozent niedriger**.³⁹⁹ Das ist die operative Brücke zur englischen PCN-ARRS-Logik (Kapitel 13.3).

Säule 4: Vertragliche Verbindlichkeit mit Schulungs- und Auditstruktur. Die HZV BW verbindet die Vertragsteilnahme mit einer kontinuierlichen Qualitätsarbeit: Strukturierte Fortbildungen in Qualitätszirkeln; verbindliche Hausarzt-Standards mit DEGAM-Anbindung; regelmäßige Audits der Praxisstrukturen; gemeinsame Vereinbarungen zu AMTS und Polypharmazie. Diese Vertragslogik schafft die deutsche Variante der niederländischen NHG-Standards-Anbindung und der ACO-Qualitätsmessung über die APP-Indikatoren.

Säule 5: Wissenschaftliche Begleitevaluation. Die HZV BW unterliegt seit 2011 einer systematischen wissenschaftlichen Evaluation durch die **Goethe-Universität Frankfurt am Main (Institut für Allgemeinmedizin, Prof. Ferdinand Gerlach)** und das **Universitätsklinikum Heidelberg (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsfor-**

schung, Prof. Attila Altiner).⁴⁰⁰⁴⁰¹ Die Evaluationen erscheinen alle zwei Jahre mit jeweils umfangreichen Ergebnisberichten, einer wissenschaftlichen Broschüre und einer Pressemitteilung. Sie sind methodisch robust mit Routinedatenanalyse, Quer- und Längsschnittauswertungen über inzwischen **17 Jahre**, methodischer Adjustierung relevanter Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, Komorbidität nach Charlson-Index, Pflegegrad, DMP-Teilnahme, Praxismerkmale).³⁹⁸

14.3 Die Evaluationsergebnisse 2026 – Berichtsjahre 2023/2024

Die jüngste Evaluation der HZV Baden-Württemberg (Berichtsjahre 2023/2024, vorgestellt am 22. Januar 2026 in Stuttgart) ist die umfassendste seit Programmbeginn. Sie dokumentiert die Wirkungen über **17 Jahre Vertragsdauer** in einer methodisch konsistenten Längsschnittanalyse mit Vergleich zur Regelversorgung.³⁹⁷⁴⁰²⁴⁰³⁴⁰⁴

Kennzahlen 2022 – stellvertretend für die seit Jahren konstant hohe Effektgröße:

- **3,1 Millionen Hausarztkontakte mehr** in der HZV-Gruppe gegenüber der Regelversorgung. Das ist die Operationalisierung der hausärztlichen Lotsenfunktion: Versicherte gehen häufiger zu ihrer Hausärztin, weil sie dort eine strukturierte, koordinierende und vertrauensbasierte Versorgung erhalten.³⁹⁷⁴⁰³
- **1,36 Millionen weniger unkoordinierte Facharztbesuche ohne Überweisung.** Das ist der direkte Gegenbeweis zur Sorge der Facharztverbände, dass ein Primärarztsystem die Patienten von der fachärztlichen Versorgung abschneide. Die HZV-Versicherten gehen nicht weniger zum Facharzt, sondern **strukturierter** – mit Indikation, mit Vorbefunden, mit Pfadkommunikation.³⁹⁷
- **24.000 mehr Influenzaimpfungen** in der HZV-Gruppe (allein 2022).⁴⁰³ Das ist ein direkter Beleg der präventiven Wirksamkeit hausärztlicher Pfadführung, der für die Pandemie- und Erkältungsvorsorge im deutschen System hohe Bedeutung hat.
- **Rund 7.500 weniger Verordnungen potenziell ungeeigneter Medikamente** für ältere Menschen ab 65 Jahren (PRISCUS-Liste).⁴⁰³ Das ist die Operationalisierung der AMTS-Wirksamkeit der HZV in einer Patientengruppe, die in der Regelversorgung besonders gefährdet ist.

Längsschnittwirkungen 2011–2022 – die 12-Jahres-Bilanz:

- **Mehr als 9.200 schwerwiegende Diabetes-Komplikationen vermieden** bei 119.000 Diabetikerinnen und Diabetikern. Davon entfallen rund **700 vermiedene Amputationen** und etwa **4.800 vermiedene Herzinfarkte und Schlaganfälle**.³⁹⁷⁴⁰⁵ Diese Zahlen sind nicht eine theoretische Hochrechnung, sondern eine epidemiologisch validierte Bilanz auf Basis der Routinedaten der AOK BW.
- **Effektive Steuerung der Bereitschafts- und Notdienste:** Die Inanspruchnahme der Bereitschafts- und Notdienste ist bei HZV-Patientinnen und -Patienten signifikant geringer.⁴⁰⁵ Dieser Befund ist für die Notfallreform vom 22. April 2026 (Kapitel 8) von zentraler Bedeutung – er zeigt, dass eine integrierte Versorgung **die Notfallinzidenz reduziert**, nicht nur die Versorgung der Notfallpatienten verbessert.

- **Spezifische Wirkung bei Herzinsuffizienz:** Für die Gruppe der **110.200 Herzinsuffizienzpatientinnen und -patienten** in der HZV (2022) wurden im Vergleich zur Regelversorgung **3.500 stationäre Notaufnahmen, 16.900 Rettungsdiensteinsätze und 3.200 Behandlungen im ambulanten Bereitschaftsdienst** vermieden.⁴⁰⁵ Diese Zahlen korrespondieren strukturell mit dem Patient-Journey-Herzinsuffizienz-Arbeitskreis im Interop Council unter Vorsitz von Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik (Kapitel 10.4) – sie zeigen, dass die strukturelle Pfadführung bei dieser besonders vulnerablen Patientengruppe eine direkte Lebensqualitätsverbesserung erzeugt.

Patientencharakteristik: Über **60 Prozent der HZV-Teilnehmenden sind ältere und chronisch kranke Menschen** – also genau die Gruppe, die in der Regelversorgung am häufigsten Versorgungslücken erfährt und am stärksten von einer integrierten Pfadführung profitiert.³⁹⁷ Dieser Befund ist für die altersbezogene Differenzierung der Ambulantisierungs- und Notfallreform-Strategien (Kapitel 8 und 9) zentral.

Methodische Robustheit der Evaluation: Die Universitäten Heidelberg und Frankfurt am Main arbeiten mit einer **methodisch adjustierten Vergleichsanalyse**, die relevante Einflussfaktoren systematisch berücksichtigt: Alter, Geschlecht, Komorbidität (Charlson-Index), Pflegegrad, DMP-Teilnahme und Praxismerkmale.³⁹⁸ Die längsschnittliche Beobachtung über inzwischen **12 bis 17 Jahre** macht die Ergebnisse zur in Deutschland längsten und umfassendsten Versorgungsforschungs-Evaluation eines selektivvertraglichen Modells.

Die Stimmen der wissenschaftlichen Verantwortlichen formulieren den Befund pointiert. Prof. Dr. Attila Altiner (Heidelberg) und Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Frankfurt) führen die Effekte „auf die intensivere hausärztliche Betreuung im Rahmen der HZV zurück. Potenziell schwerwiegende Verläufe werden frühzeitig erkannt und bei Bedarf rasch zur fachärztlichen Abklärung weitergeleitet.“^{397/405} Johannes Bauernfeind, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, formuliert die strukturpolitische Schlussfolgerung: „Diesen nachweislichen Qualitätsvorsprung in der Versorgung halten wir seit 17 Jahren und wir werden diesen Weg weiter fortsetzen. Gleichzeitig bleiben aber viele Herausforderungen bestehen, wie zu viele, oft unnötige Patientenkontakte und fehlende Anreize für eine koordinierte Versorgung. Unser Gesundheitssystem ist darüber hinaus das teuerste in Europa – trotzdem fehlt es an echter Versorgungsqualität.“³⁹⁷

14.4 Spezialevaluationen: VESPEERA und Orthopädie-Vertrag

Über die HZV-Hauptevaluation hinaus liegen zwei Spezialevaluationen vor, die für die strukturpolitische Argumentation dieses Papiers besonders relevant sind.

VESPEERA-Evaluation (Versorgungskontinuität nach stationärer Behandlung). Die VESPEERA-Studie (Versorgungskontinuität sichern: Patientenorientiertes Entlassmanagement und Rehabilitationsanbindung), zunächst über den G-BA-Innovationsfonds gefördert, hat in einer randomisiert-kontrollierten Studie die Wirkungen einer strukturierten Übergangsbegleitung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung untersucht.

Die Ergebnisse wurden 2021 veröffentlicht.⁴⁰⁶ Sie zeigen, dass die strukturierte Anbindung der Hausarztpraxis an den Krankenhausentlassungsprozess Wiedereinweisungen und Komplikationen reduziert. Dieser Befund korrespondiert direkt mit den Argumenten des Kapitels 7 (KHAG braucht ambulante Spiegelarchitektur) und Kapitel 8 (Notfallreform): Die strukturpolitische Brücke zwischen stationärem und ambulantem Sektor wirkt nur, wenn sie versorgungsorganisatorisch tatsächlich gebaut wird – und die HZV BW liefert das operative Pendant zur stationären Ambulantisierungsdynamik.

Orthopädie-Vertrag-Evaluation 2020. Der Orthopädie-Vertrag im Facharztprogramm BW ist seit 2014 Pilot für die fachärztliche Pfadintegration in einer der häufigsten Indikationsgruppen. Die G-BA-Innovationsausschuss-Evaluation 2020 hat die Wirkungen dieses Vertragsmodells systematisch untersucht.⁴⁰⁰ Die Ergebnisse zeigen, dass die strukturierte Wartezeitgarantie und die hausärztliche Indikationsstellung zu einer **deutlichen Reduktion der ambulanten Operationen ohne adäquate Indikation** und einer **verbesserten konservativen Therapieanbindung** geführt haben. Damit ist der Orthopädie-Vertrag ein Pilotmodell für die in Kapitel 9 dargestellte Ambulantisierungslogik – mit dem Vorteil, dass er die Pfadlogik bereits realisiert hat, die das KHAG erst vertraglich abbilden muss.

COVID-19-Begleitanalysen. Eine in der HZV-Evaluation 2023/2024 enthaltene Spezialanalyse zur Versorgung chronisch Kranker während der COVID-19-Pandemie dokumentiert, dass die HZV-Versicherten durch die strukturelle Pfadführung **stärker an Disease-Management-Programmen, Vorsorgeuntersuchungen und kontinuierlicher Hausarztbetreuung gehalten** wurden als die Regelversorgten – mit klar messbaren Outcome-Verbesserungen bei Diabetes, KHK und Herzinsuffizienz.⁴⁰⁷ Damit ist die Resilienz integrierter Versorgungsstrukturen in Krisenzeiten empirisch belegt – ein Befund, der für künftige Pandemievorsorge und Public-Health-Strategie hohe Bedeutung hat.

14.5 Die wirtschaftliche Bilanz: Versorgungsqualität und Kosteneffizienz

Eine der häufigsten gesundheitspolitischen Sorgen in der Diskussion um Selektivverträge ist die Frage, ob bessere Versorgungsqualität auf Kosten höherer Gesamtkosten geht. Die HZV BW liefert dazu eine empirisch klare Antwort: **Versorgungsqualität und Kosteneffizienz sind in der HZV nicht Gegenspieler, sondern Verbündete.**

Die Heidelberger Auswertung der Routinedaten dokumentiert über die Jahre konsistent **niedrigere Gesamtausgaben in der HZV-Gruppe** im Vergleich zur Regelversorgung – bei gleichzeitig höherer Versorgungsqualität.^{400,407} Die strukturellen Mechanismen der Kostenreduktion sind in mehreren Komponenten dokumentiert:

- **Geringere Krankenhausaufnahmequoten** insbesondere bei vermeidbaren Hospitalisierungen (in VERAH-Praxen 4,0 Prozent geringer);³⁹⁹
- **Niedrigere Arzneimittelkosten** durch koordinierte Verordnung und Polypharmazie-Management (in VERAH-Praxen 4,7 Prozent niedriger);³⁹⁹
- **Reduzierte Doppeluntersuchungen** durch strukturierte Befundübermittlung;
- **Vermiedene Notfallinzidenz** durch frühzeitige hausärztliche Erkennung schwerwiegender Verläufe;

- **Vermiedene Komplikationskosten** bei chronischen Erkrankungen – allein die 9.200 vermiedenen Diabetes-Komplikationen entsprechen einem volkswirtschaftlich relevanten Kostenvolumen.

Die Gesamtwirkung lässt sich prägnant zusammenfassen: **Die HZV BW erzeugt seit 17 Jahren eine bessere Versorgung zu nicht höheren – tendenziell niedrigeren – Gesamtausgaben.** Das ist nicht eine theoretische Behauptung, sondern eine empirisch belegte Bilanz auf Basis von 17 Jahren Routinedatenauswertung mit methodischer Adjustierung. Sie ist die direkte Widerlegung der Annahme, dass Sparpolitik und Versorgungsqualität in einem Trade-off-Verhältnis stehen (Kapitel 3): Strukturpolitik kann beides leisten, wenn sie die richtigen Mechanismen anwendet.

14.6 MEDI Baden-Württemberg als dritte gematik TI-Modellregion: Die Markterkundung 26.02.2026

Die strukturpolitische Argumentation der vorhergehenden Abschnitte führt zu einem operativen Vorschlag, der der Bundesregierung und der gematik 2026/2027 unmittelbar handlungsfähig zur Verfügung steht: die Anerkennung von **MEDI Baden-Württemberg als dritte gematik TI-Modellregion** für die ePA-Funktionserweiterung 2026/27, die EHDS-Vorbereitung, die Patient-Empowerment-Pilotierung und die KI-gestützten Versorgungsanwendungen.

Die Vorbedingungen sind in der **Markterkundung von MEDI Baden-Württemberg vom 26. Februar 2026** systematisch dokumentiert.⁴⁰⁸ Hauptansprechpartner ist **Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik** (zugleich Geschäftsführer der Bayerischen TelemedAllianz, Vorsitzender MEDI Bayern, Vorstandsvorsitzender Praxisnetz GO IN Ingolstadt, Mitglied des gematik Interop Council, Leiter des Arbeitskreises Patient Journey Herzinsuffizienz und Medikationsprozess beim Interop Council); Stellvertreter ist **Dr. Norbert Smetak**; technischer Implementierungspartner ist die **adesso SE**. Die Antragstellerin ist die MEDI Baden-Württemberg e. V., Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart.

Die Markterkundung dokumentiert 17 operative Strukturelemente, die im Folgenden in voller Tiefe (ohne Finanzaufstellungen) wiedergegeben werden, weil sie die operative Tragfähigkeit der vorgeschlagenen dritten Modellregion belegen.

Strukturelement 1: Aufbauphase 4–6 Monate. Die Markterkundung dokumentiert eine geplante Aufbauphase von 4 bis 6 Monaten nach Vertragsschluss bis zur operativen Bereitschaft. Diese Phase wird realisiert über **bestehende Verbundstrukturen ohne Kaltakquise** – also über die etablierten HZV- und FacharztProgramm-Praxen, die vertraglich, organisatorisch und digital bereits angebunden sind. Standardisierte Vertrags- und Datenschutzbausteine inklusive Auftragsverarbeitungsvereinbarung (AVV) sind vorhanden und müssen nicht neu entwickelt werden.

Strukturelement 2: Alpha-Stream-Pilot ab Monat 3. Ein technischer Alpha-Pilot startet bereits im dritten Monat der Aufbauphase mit rund **10 technologisch hochaffinen „Lighthouse-Praxen“** aus dem MEDI-Netzwerk – Praxen, die in der bisherigen Zusammenarbeit als besonders innovationsfähig identifiziert wurden. Die Voraussetzung: Die

zu pilotierenden Komponenten der gematik müssen mindestens **vier Wochen vor Start in der MEDI-Laborumgebung** verfügbar sein, sodass das technische Onboarding strukturiert erfolgen kann.

Strukturelement 3: Strukturierter Kernpool über 3.000 Haus- und Fachärzte. Die Markterkundung adressiert einen strukturierten Kernpool von **über 3.000 ambulant tätigen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten** in den Verbundstrukturen, die kurzfristig erreichbar sind. Mittelfristig ist eine Skalierung auf mehrere hundert teilnehmende Leistungserbringer-Identitäten (LEI) realistisch. Damit wird die Pilotierung von Beginn an in einer **versorgungsrelevanten Größenordnung** verankert – nicht in einer kleinen Pilotgruppe, deren Ergebnisse nicht auf bundesweite Skalierung übertragbar wären.

Strukturelement 4: Sektorenübergreifende Rekrutierung entlang realer Versorgungsbeziehungen. Die Rekrutierung folgt nicht abstrakten Auswahlkriterien, sondern **realen Versorgungsbeziehungen** entlang der Patientenwege Einweisung – Entlassung – Weiterbehandlung. Adressiert werden alle relevanten Akteursgruppen:

- **Ambulante Leistungserbringer:** Haus- und Fachärzte, Psychotherapie, weitere ambulante Organisationsformen (MVZ, Praxisnetze, BAGs);
- **Apotheken** als sektorenübergreifende Schnittstelle mit eRezept- und eMP-Bezug;
- **Stationäre Akteure:** Krankenhäuser, MVZ in stationärer Trägerschaft;
- **Pflege:** ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen;
- **Heil- und Hilfsmittelversorger:** Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Podologen, Ernährungstherapeuten, Hilfsmittelerbringer (an die TI seit Q1/2026 angebunden);
- **Akut- und Notfallversorgung:** Rettungsdienste, KV-Bereitschaftsdienst (über die jeweils zuständigen regionalen Träger).

Damit deckt die dritte Modellregion die **gesamte Sektorenarchitektur** ab, die in den Modellregionen Hamburg & Umland und Franken aufgrund deren historischer Schwerpunktsetzung nicht gleichermaßen abgebildet ist.

Strukturelement 5: Erfahrung mit TI-Anwendungen aus dem Versorgungsalltag. Die teilnehmenden Praxen haben bereits **substantielle Erfahrung mit ePA, E-Rezept, eAU und KIM** (sichere Kommunikation, eArztbrief-Umfeld) – einschließlich Onboarding, Prozessanpassung und Support. Diese Erfahrung wird durch die Expertise der **Bayerischen TelemedAllianz** und **mehr als zehn Studienprojekten** (unter anderem Innovationsfondsprojekte) sowie durch den Technologiepartner **adesso SE** ergänzt. Damit ist die Pilotierung der ePA-Funktionserweiterungen 2026/27 (dgMP/eMP, Push-Benachrichtigungen, Volltextsuche, Datenausleitung an FDZ) auf einer Erfahrungsbasis, die in der Regelversorgung selten erreicht wird.

Strukturelement 6: DSGVO-konformes Web-Survey-Tool für rollenbasierte Befragungen. Für die kontinuierliche Pilotierungs- und Evaluations-Begleitung steht ein

DSGVO-konformes Web-Survey-Tool mit EU/DE-Hosting bereit, das rollenbasierte Befragungen mit Export- und Auswertungsfunktion erlaubt. Ergänzt wird dies durch niedrigschwellige strukturierte Kurzformulare für die schnelle Rückmeldung im Alltag.

Strukturelement 7: Etabliertes Feedback-, Incident- und Verbesserungsmanagement. Die MEDI-Verbundstrukturen verfügen über ein etabliertes Feedback-, Incident- und Verbesserungsmanagement mit definierten Taktungen, qualifizierter 1st-/2nd-Level-Voranalyse, transparenten Change-Logs, FAQs, Webinaren, Sprechstunden und „closed loop“-Rückmeldung. Damit werden Pilotierungs-Erkenntnisse strukturiert an die gematik zurückgespielt – ohne dass eine zusätzliche Verwaltungsstruktur aufgebaut werden müsste.

Strukturelement 8: Pfad- und übergabepunktorientierte Rekrutierung der LEI. Die Auswahl der teilnehmenden Leistungserbringer-Identitäten folgt einem **strukturierten Auswahlmodell** nach Rolle im Versorgungspfad, realen Übergabe- und Kommunikationsprozessen, regionaler Verteilung, Primärsystemlandschaft und TI-Reifegrad. Damit wird sichergestellt, dass die Pilotierung **nicht nur die technologisch fortgeschrittensten Praxen** abdeckt, sondern eine **repräsentative Querschnittsverteilung** – inklusive der heterogenen Primärsystemlandschaft, die in den vorhergehenden TI-Modellregionen-Pilotierungen mit 43 verschiedenen Primärsystemen bei 194 LEI eine zentrale Herausforderung war.⁴⁰⁹

Strukturelement 9: Versichertenperspektive systematisch eingebunden. Die Versicherten werden **freiwillig und informiert** in die Pilotierung eingebunden – im Rahmen realer Versorgungssituationen, mit standardisierten Befragungen, Feedbackformaten und qualitativen Rückmeldungen. Diese Einbindung folgt der ethischen Forderung dieses Papiers (Kapitel 10.9, 11.5, 12.5): Patient Empowerment ist nicht eine Aufforderung, sondern eine Strukturverpflichtung. In der HZV BW wird sie operativ durch die Hausarztpraxis und die VERAH realisiert – also genau die Lotseninstanzen, die das Patient Empowerment substanziell tragen.

Strukturelement 10: Governance und Projektorganisation. Die operative Steuerung erfolgt über ein **dauerhaftes Projektbüro/PMO** mit definierten Rollen, Eskalationswegen, Reporting, Tooling und KPI-/Reportstrukturen. Datenschutzkonzept (AVV/TOMs), Muster und Vorlagen sind etabliert. Damit ist die Pilotierungsführung organisatorisch unter den Anforderungen, die die gematik in ihrem Modellregionen-Konzept formuliert.

Strukturelement 11: Bestehende digitale Verbundinfrastruktur. Die MEDI-Verbundstrukturen verfügen über eine bestehende digitale Infrastruktur (Verbundsoftware, sichere Kommunikation, Termin- und Dokumentationssysteme), die die TI-Anwendungen nicht parallel implementieren, sondern in eine gewachsene Praxis-IT-Landschaft integrieren muss. Das ist ein realistischer Spiegel der bundesdeutschen Versorgungsrealität – und eine wesentliche Vorbedingung für die Übertragbarkeit der Pilotierungs-Erkenntnisse.

Strukturelement 12: Wissenschaftliche Begleitung. Die Pilotierungs-Auswertung kann über die etablierte Universitäts-Heidelberg-Frankfurt-Evaluationsarchitektur erfolgen – mit Routinedaten, PROMs/PREMs, Akzeptanzindikatoren und Outcome-Differenzialen. Damit wird die TI-Modellregion-Pilotierung zur **kombinierten Versorgungs- und Digitalevaluation** – ein Format, das in den vorhergehenden Modellregionen Hamburg & Umland und Franken nicht in dieser Form möglich war.

Strukturelement 13: Pädiatrische Pfadlogik (BVKJ-Service). Die HZV BW verfügt über eine etablierte pädiatrische Pfadlogik mit dem **BVKJ-Service** des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte. Damit ist die Pilotierung der ePA-Funktionserweiterungen für Kinder und Jugendliche – einschließlich der KKG-MIO und der pädiatrischen FHIR-Profile (Kapitel 9.6) – in einer pädiatrisch erfahrenen Versorgungsstruktur möglich.

Strukturelement 14: Apothekenanbindung. Die HZV BW arbeitet mit der **LAK Baden-Württemberg** (Landesapothekerkammer) und über das eRezept- und eMP-Setup mit den Apotheken zusammen. Damit ist die Pilotierung der eMP-Anwendung (geplant ab Oktober 2026 in den Modellregionen) in einer integrierten Versorgungsumgebung möglich, die die Apothekenrolle als **Medikationsmanagement-Partner** strukturell einbezieht.

Strukturelement 15: Heil- und Hilfsmittelanbindung. Mit der TI-Anbindung der Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Podologen, Ernährungstherapeuten und Hilfsmittelerbringer im Q1/2026 (Kapitel 10.3) wird die HZV BW zur Pilotierungsumgebung für die **erweiterte Berufsgruppen-Integration**. Die Pfadlogik des Strukturprinzips bietet hier den natürlichen Anwendungsraum.

Strukturelement 16: Notfallversorgungs-Schnittstelle. Über die regionalen Träger (KV Baden-Württemberg für KV-Bereitschaftsdienst, Rettungsdienste der Landkreise, Krankenhäuser) ist die Notfallversorgungs-Schnittstelle in die Pilotierungsumgebung integrierbar – einschließlich des Gesundheitsleitsystems aus 116117 und 112 (Kapitel 8). Damit kann die Pilotierung der **digitalen Ersteinschätzung** in den Integrierten Notfallzentren (INZ) in einer integrierten Versorgungsstruktur erprobt werden.

Strukturelement 17: KI-Anwendungen mit AI-Act-Compliance. Die MEDI-Verbundstrukturen haben bereits Erfahrung mit KI-Sprechstundenassistenten (Kapitel 12.4). Die AI-Act-Compliance (Art. 4 KI-Kompetenz seit 6. April 2026, Art. 26 Betreiberpflichten ab 2. August 2026) wird durch die etablierte Schulungs- und Auditarchitektur der HZV BW unterstützt. Damit ist die Pilotierung der KI-Anwendungen in einer rechtssicheren Versorgungsumgebung möglich.

Die strukturpolitische Folgerung. Diese 17 operativen Strukturelemente sind nicht ein theoretisches Konzept, sondern eine **bestehende Versorgungswirklichkeit**. Sie erfüllen die Anforderungen, die die gematik in ihrem Modellregionen-Konzept formuliert hat: ein Netzwerk aus (Zahn-)Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken; ein lokales Projektbüro; großstädtische und ländliche Versorgungsprozesse; einrichtungsübergreifende Verfahren; Einbindung von Herstellern und Anbietern; enge Begleitung durch wissenschaftliche Evaluation.⁴⁰⁹ Was Baden-Württemberg über die bestehenden Modellregionen hinaus bietet, ist eine **bereits dokumentierte integrierte Versorgungsarchitektur**

mit 17 Jahren Outcome-Wirkung – also nicht nur eine TI-Erprobungsumgebung, sondern eine kombinierte Versorgungs- und Digitalevaluation auf einer Bevölkerungsgröße, die international anschlussfähig ist.

14.7 Strukturpolitische Skalierungslogik: Vom Referenzraum zur bundesweiten Architektur

Die Anerkennung von Baden-Württemberg als Referenzraum ist nicht ein Ende, sondern ein Anfang. Die strukturpolitische Frage, die sich für die Bundesregierung 2026/2027 stellt, ist: Wie lassen sich die Wirkungsmechanismen der HZV BW – mit ihren 17 Jahren empirischer Evidenz – auf die bundesdeutsche Versorgungsrealität skalieren, ohne die föderal-selbstverwaltete Struktur des deutschen Gesundheitssystems zu sprengen?

Die Antwort liegt in einer **dreifachen Skalierungslogik**, die nicht eine bundeseinheitliche Vereinheitlichung anstrebt, sondern die strukturellen Mechanismen so verfügbar macht, dass sie in regional unterschiedlichen Konstellationen wirken können.

Skalierung 1: Politik-Level – Anerkennung des Strukturprinzips als nationale Reformreferenz. Die Bundesregierung sollte das HZV-Strukturprinzip nicht als süddeutsche Besonderheit behandeln, sondern als **Strukturreferenz für die nationale Reformagenda 2026/2027**. Das hat unmittelbare Implikationen für die FKG-Phase 2 (Strukturreformvorschläge bis Ende 2026), die Notfallreform (parlamentarische Beratung), das Primärarztsystem (Dialogprozess Warken seit 28.01.2026) und die KHAG-Spiegelarchitektur (Kapitel 7). In allen vier Reformprozessen sollten die HZV-Erfahrungen explizit als Referenzbasis aufgenommen werden – nicht als „Baden-Württemberg-Sonderfall“, sondern als deutscher Anschluss an die international wirksamen Strukturmechanismen (Kapitel 13).

Skalierung 2: Vertrags-Level – selektivvertragliche Strukturen ausweiten. Die HZV-Logik ist mit § 73b SGB V grundsätzlich bundesweit verfügbar – aber sie ist in den Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet. In Bayern (mit MEDI Bayern), Nordrhein-Westfalen (mit der KV Nordrhein), Hessen (mit dem Hausärzteverband Hessen) und einigen weiteren Bundesländern existieren HZV-Verträge mit unterschiedlichen Vertragspartnern und unterschiedlicher Tiefe. Die Bundesregierung sollte – über die FKG-Phase 2 und das Folgegesetz zum GKV-BStabG – Anreize schaffen, die selektivvertraglichen Strukturen weiterzuentwickeln und bundesweit zu skalieren. Das umfasst insbesondere:

- die **rechtliche Stärkung des § 140a SGB V** für integrierte Versorgungsverbünde mit Patientenzuweisung, Outcome-Messung und Risikoteilung (analog zur ACO-Logik in den USA);
- die **Anerkennung von VERAH-äquivalenten Strukturen** in allen Bundesländern, mit klaren Aufgaben, Refinanzierung und Schulungsstandards;
- die **Anerkennung von Praxisnetzen ab definierter Mindestgröße** als Mesoebenen-Akteure (analog zu den englischen PCNs).

Skalierung 3: Digital-Level – TI-Modellregion als Skalierungsplattform. Die Anerkennung von MEDI Baden-Württemberg als dritte gematik TI-Modellregion verbindet die

Vertragslogik mit der digitalen Steuerungsinfrastruktur. Die Pilotierungs-Erkenntnisse aus Baden-Württemberg werden über die gematik-Strukturen – OneRoadmap, Interop Council, KIG, ePA-Funktionserweiterung 2026/27, EHDS-Vorbereitung – in die bundesweite Architektur zurückgespielt. Damit wird Baden-Württemberg nicht zur Insel, sondern zur **bundesweiten Skalierungsplattform**, deren Erkenntnisse direkt in die Standardisierung und Spezifikation einfließen.

Die strukturelle Logik. Diese dreifache Skalierungslogik adressiert die historische Sorge der föderal-selbstverwalteten Akteure, dass eine bundeseinheitliche Vereinheitlichung die regionale Vielfalt erstickt. Sie ist – im Gegenteil – die Anerkennung der regionalen Vielfalt als **strukturpolitische Ressource**: Die HZV BW hat deshalb funktioniert, weil sie auf die spezifische regionale Konstellation mit AOK BW, MEDIVERBUND, HÄVBW und einer hausarztstarken Versorgungsstruktur reagiert hat. Andere Bundesländer werden ihre eigene Variante entwickeln müssen – aber sie können auf den 17 Jahre dokumentierten Wirkungsmechanismen aufbauen.

14.8 Anschlussfähigkeit an die Reformprozesse 2026/2027

Die Anerkennung von Baden-Württemberg als Referenzraum hat unmittelbare Anschlüsse an die fünf parallel laufenden Reformprozesse 2026/2027. Diese Anschlüsse sind nicht hypothetisch, sondern operativ ableitbar.

Anschluss 1: GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) und FKG-Phase 2. Das von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken eingebrachte GKV-BStabG wurde am 29. April 2026 vom Kabinett beschlossen und sieht für 2027 eine Konsolidierung von rund 20 Mrd. Euro vor; die FKG unter Vorsitz von Friedrich Breyer und Jürgen Wasem hat ihre Strukturreformvorschläge bis Ende 2026 vorzulegen.⁴¹⁰ Die HZV-Erfahrung mit nicht höheren – tendenziell niedrigeren – Gesamtausgaben bei verbesserter Versorgungsqualität ist die direkte empirische Antwort auf die zentrale Frage der FKG-Phase 2: Wie lassen sich Strukturreform und Konsolidierung verbinden, ohne Versorgungsqualität zu reduzieren?

Anschluss 2: Notfallreform. Die Notfallreform vom 22. April 2026 mit Integrierten Notfallzentren (INZ), digitaler Ersteinschätzung und Gesundheitsleitsystem aus 116117 und 112 ist – wie Kapitel 8 dargestellt – nur dann strukturell wirksam, wenn die Notfallinzidenz gleichzeitig durch eine integrierte Primärversorgung reduziert wird. Die HZV-Daten dokumentieren: HZV-Versicherte nehmen Bereitschafts- und Notdienste signifikant seltener in Anspruch; bei der Herzinsuffizienz-Subgruppe wurden 2022 allein 3.500 stationäre Notaufnahmen, 16.900 Rettungsdiensteinsätze und 3.200 ambulante Bereitschaftsdienst-Behandlungen vermieden.⁴⁰⁵ Damit ist die HZV BW die operative Komplementärstruktur zur Notfallreform.

Anschluss 3: Primärarztsystem (Dialogprozess Warken seit 28.01.2026). Der Dialogprozess der Bundesgesundheitsministerin zum Primärarztsystem hat in Baden-Württemberg bereits den **operativen Anwendungsraum** gefunden – mit 17 Jahren empirischer Evidenz, über 2 Mio. eingeschriebenen Versicherten und einer dokumentierten

Wirkungsbilanz. Das HÄVBW formuliert es prägnant: „Die Bundesregierung plant die Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems – in Baden-Württemberg ist diese Vision längst Realität.“⁴⁰³ Das macht den Primärarztsystem-Dialog nicht überflüssig, aber es gibt ihm eine **empirische Realitätsbasis**, die ihm bislang gefehlt hat. Das Primärarztsystem ist „in Deutschland keine Zukunftsmusik, sondern in der HZV gelebte Versorgungspraxis“.³⁹⁸

Anschluss 4: KHAG-Spiegelarchitektur. Das KHAG vom 6. März 2026 mit seinen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV) und der Hybrid-DRG-Erweiterung 2026 verlangt – wie Kapitel 7 dargestellt – eine ambulante Spiegelarchitektur. Die HZV BW mit ihrem Facharztprogramm, ihrer Pfadlogik und ihrer VESPEERA-validierten Übergangsbegleitung ist diese ambulante Spiegelarchitektur. Sie kann die KHAG-Wirksamkeit operativ tragen, ohne dass eine neue Vertragsstruktur aufgebaut werden müsste.

Anschluss 5: ePA-Funktionserweiterung 2026/27 und EHDS-Vorbereitung. Die ePA für alle in ihrer 2026/27-Erweiterung (dgMP/eMP, Push-Benachrichtigungen, Volltextsuche, Datenausleitung an FDZ) und die EHDS-Vorbereitung (Stichtage 2027/2029/2031) verlangen – wie Kapitel 10 und 11 entfaltet – einen integrierten Anwendungsraum. Die Markterkundung MEDI BW vom 26. Februar 2026 mit ihren 17 Strukturelementen ist genau dieser Anwendungsraum.

14.9 Politische Empfehlungen

Aus der Analyse dieses Kapitels ergeben sich sechs politische Empfehlungen, die unmittelbar 2026/2027 umsetzbar sind.

Empfehlung 1: Anerkennung von MEDI Baden-Württemberg als dritte gematik TI-Modellregion. Die gematik-Gesellschafter (BMG, GKV-Spitzenverband, KBV, KZBV, BÄK, BPTK, DKG, ABDA, PKV-Verband) sollten 2026 die Anerkennung der dritten Modellregion auf Basis der Markterkundung vom 26. Februar 2026 beschließen. Diese Empfehlung ist operativ ohne Gesetzgebung umsetzbar – sie verlangt eine Entscheidung im gematik-Aufsichtsrat und eine Mitfinanzierung über die bestehenden Modellregionen-Strukturen.

Empfehlung 2: Wissenschaftliche Begleitevaluation institutionalisieren. Die Heidelberg/Frankfurt-Evaluationsarchitektur sollte als **bundesweit anerkannte Versorgungsforschungs-Plattform** institutionalisiert werden – mit Anbindung an FDZ Gesundheit, Routinedatenverknüpfung mit Krebsregistern und perspektivisch EHDS-Sekundärnutzung. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sollte diese Evaluation in seinen Gutachten 2027/28 prominent referenzieren.

Empfehlung 3: VERAH bundesweit anerkennen. Die VERAH-Logik mit dokumentierten 4,0 Prozent geringeren Krankenhausaufnahmequoten und 4,7 Prozent niedrigeren Arzneimittelkosten³⁹⁹ sollte als bundesweit anerkannte nicht-ärztliche Versorgungsrolle etabliert werden – mit klaren Aufgaben, Refinanzierung und Schulungsstandards. Die KBV, der Hausärzteverband und das BMG sollten diese Anerkennung über die EBM-Reform und die bundesmantelvertraglichen Anpassungen umsetzen.

Empfehlung 4: Selektivvertragliche Strukturen rechtlich stärken. § 140a SGB V sollte für integrierte Versorgungsverbünde mit Patientenzuweisung, Outcome-Messung und Risikoteilung weiterentwickelt werden – analog zur US-amerikanischen ACO-Logik (Kapitel 13.2). Die FKG-Phase 2 sollte konkrete Vorschläge für eine bundeseinheitliche Anreizstruktur entwickeln, die regionale Vielfalt nicht reduziert, sondern produktiv nutzt.

Empfehlung 5: HZV-Anschlussfähigkeit an Notfallreform und KHAG strukturell sichern. Die Notfallreform-Umsetzung (INZ-Aufbau bis 2030) und die KHAG-Implementation (Hybrid-DRG 2026, SüV-Aufbau) sollten in Baden-Württemberg gezielt mit der HZV BW verknüpft werden. Die Heidelberg/Frankfurt-Evaluatoren sollten beauftragt werden, die kombinierten Wirkungen 2026–2030 systematisch zu erfassen.

Empfehlung 6: Patient Empowerment-Erfahrungen aus der HZV bundesweit verfügbar machen. Die VERAH-Lotsenfunktion und die hausärztliche Pfadführung sind die operativen Anker des Patient Empowerment in der Substanz (Kapitel 10.9, 11.5, 12.5). Die Bundesregierung sollte über die ePA-Funktionserweiterung 2026/27 und die EHDS-Implementation diese Lotsenfunktion bundesweit als Strukturanforderung etablieren – mit der HZV BW als operativem Referenzraum.

14.10 Zwischenbefund: Mut zur Anerkennung des Vorhandenen

Die strukturpolitische Argumentation dieses Kapitels lässt sich in einem Satz zusammenfassen: **Deutschland muss in der Reformagenda 2026/2027 nicht bei null beginnen.** Mit der HZV Baden-Württemberg verfügt das Bundesland über eine integrierte Versorgungsarchitektur, die die zentralen Reformziele der Bundesregierung – Primärarztsystem, Notfallreform, KHAG-Spiegelarchitektur, ePA-Funktionserweiterung, EHDS-Vorbereitung – seit 17 Jahren operativ realisiert und dokumentiert. Sie hat **2 Millionen freiwillig eingeschriebene AOK-Versicherte**, eine **17-jährige Evaluationsbasis** durch Heidelberg und Frankfurt, eine **wirtschaftliche Bilanz** mit höherer Versorgungsqualität bei nicht höheren Gesamtausgaben, und sie hat mit der **Markterkundung von MEDI BW vom 26. Februar 2026** den operativen Vorschlag für eine dritte gematik TI-Modellregion vorgelegt.

Die strukturpolitische Aufgabe der Bundesregierung 2026/2027 besteht nicht darin, diese Architektur neu zu erfinden. Sie besteht darin, sie **anzuerkennen, zu skalieren und in die nationale Reformarchitektur zu integrieren.** Das verlangt Mut – den Mut zur Anerkennung, dass nicht alle Reforminstrumente in Berlin entwickelt werden müssen, sondern dass in den Bundesländern bereits operative Lösungen entstanden sind, die der Bund klug nutzen kann. Das verlangt politische Großzügigkeit – die Großzügigkeit, einen baden-württembergischen Erfolg nicht als Konkurrenz zu definieren, sondern als gemeinsame Ressource. Und es verlangt strukturpolitische Fantasie – die Fantasie, das HZV-Strukturprinzip mit der digitalen Architektur (Kapitel 10), dem EHDS (Kapitel 11), der KI (Kapitel 12) und der internationalen Anschlussfähigkeit (Kapitel 13) zu einer Reformarchitektur zu verweben, die das deutsche Gesundheitssystem aus seiner aktuellen Krise herausführen kann.

Die folgenden Kapitel zeigen, wie diese strukturpolitische Argumentation in eine **konkrete Umsetzungsagenda 2026/2027** überführt wird (Kapitel 15) und mit welchem Schluss (Kapitel 16) das Positionspapier seine Adressaten in Bund und Ländern zu erreichen sucht.

15. Politische Umsetzungsagenda 2026/2027

15.1 Vom Argument zur Agenda

Die vorhergehenden vierzehn Kapitel haben die strukturpolitische Argumentation in ihrer ganzen Tiefe entfaltet: von der Diagnose der Sparpolitik (Kapitel 2 und 3) über die Analyse der normativ integrierten, operativ fragmentierten Versorgungslandschaft (Kapitel 4 und 5), die Entfaltung des MEDI - HZV - Strukturprinzips als Betriebssystem (Kapitel 6), die Ableitungen für KHAG-Spiegelarchitektur (Kapitel 7), Notfallreform und Primärarztsystem (Kapitel 8), Ambulantisierung (Kapitel 9), digitale Steuerungsinfrastruktur (Kapitel 10), EHDS und Datenkreislauf (Kapitel 11), KI als Nutzenpfad (Kapitel 12), bis zur internationalen Einordnung (Kapitel 13) und zum Baden-Württemberg-Referenzraum (Kapitel 14).

Dieses Kapitel überführt die Argumentation in eine **konkrete Umsetzungsagenda** für die Jahre 2026 und 2027. Sie folgt drei Grundsätzen. Erstens: Sie ist **terminiert** – jeder Vorschlag ist mit einem Zeitfenster verknüpft, das die parallel laufenden Reformprozesse berücksichtigt. Zweitens: Sie ist **adressatengenau** – jeder Vorschlag ist einer oder mehreren Akteursebenen zugeordnet (Bund, Länder, Selbstverwaltung, Krankenkassen, Patientenvertretungen, Industrie, Wissenschaft). Drittens: Sie ist **strukturpolitisch kohärent** – die Vorschläge bauen aufeinander auf und verstärken sich wechselseitig, statt einander zu konkurrieren.

Die Agenda ist nicht als Pflichtenheft formuliert, sondern als **strukturpolitische Verständigungsbasis**. Sie soll der Bundesregierung, den Ländern, der gemeinsamen Selbstverwaltung, den Krankenkassen, den Patientenvertretungen und der Industrie ein gemeinsames Vokabular zur Verfügung stellen, mit dem die Reformprozesse 2026/2027 besser miteinander verzahnt werden können. Sie ist – im Sinne der ethischen Forderung dieses Papiers – auf das **Patientenwohl als oberstes Reformziel** ausgerichtet: jede Maßnahme muss daran gemessen werden, ob sie Patientinnen und Patienten substantiell besser stellt, ihnen Strukturen schafft, die sie leiten und unterstützen, und ihre Souveränität als informierte Co-Akteure ihrer Versorgung stärkt.

Der Aufbau folgt einer chronologisch-thematischen Logik. Zunächst werden die **drei Zeithorizonte** der Agenda definiert (15.2). Anschließend werden die Maßnahmen für die **sechs strukturpolitischen Handlungsfelder** entfaltet: Strukturreform und Primärarztsystem (15.3), Notfall- und Krankenhausreform (15.4), digitale Steuerungsinfrastruktur (15.5), EHDS und Datenkreislauf (15.6), KI und Innovation (15.7), Patient Empowerment und Bürgerrechte (15.8). Die **adressatengenaue Zuordnung** wird im Anschluss systematisch dargestellt (15.9), gefolgt von den **Synergien und Risiken der Agenda** (15.10) und einer **Schlussfolgerung mit prioritären Sofortmaßnahmen** (15.11).

15.2 Drei Zeithorizonte einer integrierten Reformagenda

Die parallel laufenden Reformprozesse 2026/2027 haben unterschiedliche Tempi. Eine integrierte Reformagenda muss diese Tempi anerkennen und die Maßnahmen entsprechend ihrer Realisierbarkeit zeitlich ordnen.

Horizont 1 – Sofortmaßnahmen 2026 (Q2/2026 bis Q4/2026): Maßnahmen, die ohne Gesetzgebung in der laufenden Legislaturperiode umsetzbar sind – durch Beschlüsse des G-BA, der gematik-Gesellschafter, der Bundes- und Landesärztekammern, der KBV, des GKV-Spitzenverbandes und durch konkrete Ressortverantwortung im BMG. Hierzu gehört insbesondere die Anerkennung von MEDI Baden-Württemberg als dritte gematik TI-Modellregion, der Erprobungsbeginn der ePA-Funktionserweiterungen (eMP, Push-Benachrichtigungen) und die Operationalisierung der KI-Schulungspflicht nach Art. 4 AI Act.

Horizont 2 – Gesetzgebung 2027 (Q1/2027 bis Q4/2027): Maßnahmen, die einer gesetzgeberischen Umsetzung im Bundestag und Bundesrat bedürfen. Hierzu gehört die strukturpolitische Antwort der FKG-Phase 2 mit ihren Strukturreformvorschlägen bis Ende 2026, das Folgegesetz zum GKV-BStabG, die finale Ausgestaltung der Primärarztsystem-Architektur und die nationale EHDS-Umsetzungsgesetzgebung im Vorfeld der Stichtage 26. März 2027 und 26. März 2029.

Horizont 3 – Strukturpolitische Verstetigung 2027–2030: Maßnahmen, die nicht innerhalb einer Legislaturperiode abgeschlossen werden können, sondern eine **mehrjährige Aufbauphase** verlangen. Hierzu gehört die Skalierung der HZV-äquivalenten Strukturen auf bundesweite Verbindlichkeit, der vollständige Aufbau der Integrierten Notfallzentren, die EHDS-Sekundärnutzung mit dem nationalen Knotenpunkt FDZ, die KI-Compliance-Architektur in der Versorgungsrealität und die Verstetigung der Patient-Empowerment-Strukturen.

Die folgende Agenda ordnet die einzelnen Maßnahmen jeweils einem dieser drei Horizonte zu – mit dem Bewusstsein, dass strukturpolitische Reformen länger brauchen, als parlamentarische Aufmerksamkeitszyklen zulassen, und dass Geduld und Beharrlichkeit zur Aufgabe gehören.

15.3 Handlungsfeld 1: Strukturreform und Primärarztsystem

Maßnahme 1.1 – Anerkennung der HZV als Strukturreferenz für das Primärarztsystem (Horizont 1, Q3/2026). Der Dialogprozess von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken zum Primärarztsystem (seit 28. Januar 2026) sollte die Erfahrungen der HZV Baden-Württemberg mit ihren 17 Jahren empirischer Evidenz, über 2 Mio. eingeschriebenen AOK-Versicherten und der Heidelberg/Frankfurt-Evaluation ausdrücklich als Strukturreferenz aufnehmen. Die operative Folgerung: Das Primärarztsystem-Konzept der Bundesregierung sollte **selektivvertragliche Anschlussfähigkeit** mit § 73b SGB V wahren und die regionale Vertragsvielfalt als strukturelle Ressource anerkennen, nicht als zu überwindendes Hindernis. Adressaten: BMG, KBV, Hausärztinnen- und Hausärzterverband, AOK Baden-Württemberg, MEDIVERBUND, MEDI Baden-Württemberg.

Maßnahme 1.2 – FKG-Phase 2: Strukturpolitische statt sparpolitische Empfehlungen (Horizont 1/2, Q4/2026). Die Finanzkommission Gesundheit (FKG) unter Vorsitz

von Friedrich Breyer und Jürgen Wasem hat bis Ende 2026 ihre Strukturreformvorschläge vorzulegen. Die Empfehlung dieses Papiers ist klar: Die FKG-Phase 2 sollte die strukturpolitische Wirkung der HZV BW (höhere Versorgungsqualität bei nicht höheren Gesamtausgaben), die internationalen Erfahrungen mit ACOs und Primary Care Networks und die Lehren aus dem niederländischen und skandinavischen System systematisch in ihre Empfehlungen integrieren. Eine Strukturreform, die nur sparpolitisch begründet ist, wird nicht tragfähig sein – das ist die Lektion aus den vergangenen 30 Jahren deutscher Gesundheitspolitik (Kapitel 3). Adressaten: BMG, FKG-Vorsitz und -Mitglieder, Bundeskanzleramt.

Maßnahme 1.3 – Stärkung der § 140a-Architektur für integrierte Versorgungsverbünde (Horizont 2, Q3/2027). § 140a SGB V sollte für integrierte Versorgungsverbünde mit Patientenzuweisung, Outcome-Messung und Risikoteilung weiterentwickelt werden – analog zur ACO-Logik in den USA (Kapitel 13.2). Der Gesetzgeber sollte klare Mindestanforderungen für selektivvertragliche Strukturen formulieren: verpflichtende Patientenzuweisung, vertraglich definierte Outcome-Indikatoren, transparente Qualitätsmessung, finanzielle Risikoteilung in mindestens einem Vertragsverhältnis. Diese Mindestanforderungen sollten den Zugang zu zusätzlichen Anreizmechanismen (etwa erleichterte Datennutzung über das FDZ, vereinfachte Genehmigungsverfahren, EHDS-Erprobungsstatus) eröffnen. Adressaten: BMG, GKV-Spitzenverband, KBV, Selektivvertragspartner.

Maßnahme 1.4 – VERAH bundesweit anerkennen (Horizont 1/2, Q4/2026 bis Q2/2027). Die VERAH-Struktur mit ihren dokumentierten Effekten (4,0 Prozent geringere Krankenhausaufnahmekosten, 4,7 Prozent niedrigere Arzneimittelkosten in VERAH-Praxen) sollte als bundesweit anerkannte nicht-ärztliche Versorgungsrolle etabliert werden. Über EBM-Reform, bundesmantelvertragliche Anpassungen und die Anerkennung in den Ländern als anerkannte Fortbildungsqualifikation wäre dies ohne grundlegende Gesetzgebung umsetzbar. Adressaten: KBV, Bundesärztekammer, Hausärztinnen- und Hausärzteverband, GKV-Spitzenverband, Landesärztekammern.

Maßnahme 1.5 – Praxisnetze als Mesoebenen-Struktur strukturell stärken (Horizont 2, Q3/2027 bis Q4/2027). Praxisnetze – wie das Praxisnetz GO IN Ingolstadt unter dem Vorsitz von Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik oder die zahlreichen MEDI-Verbünde in Baden-Württemberg – sind die deutschen Pendanten zu den englischen Primary Care Networks (Kapitel 13.3). Eine **bundesweite Anerkennung von Praxisnetzen ab definierter Mindestgröße** (etwa 30.000 bis 50.000 versorgte Versicherte, analog zur PCN-Architektur) mit klaren Leistungspaketen, Refinanzierungslogik und Mesoebenen-Verantwortung würde die deutsche Versorgungslandschaft strukturell aufwerten. Adressaten: BMG, KBV, KVen der Länder, Praxisnetz-Verbände, Selbstverwaltungspartner.

15.4 Handlungsfeld 2: Notfall- und Krankenhausreform

Maßnahme 2.1 – Operative Verzahnung von Notfallreform und Primärversorgung (Horizont 1, Q3/2026 bis Q1/2027). Die Notfallreform vom 22. April 2026 mit integrierten Notfallzentren (INZ), digitaler Ersteinschätzung und Gesundheitssystem aus

116117 und 112 muss strukturell mit der Primärversorgung verzahnt werden – nicht nur als Hinweisarchitektur am Eingang der INZ, sondern als systemische Vermeidungsstrategie. Die HZV-Daten zeigen: Integrierte Primärversorgung **reduziert die Notfallinzidenz** um substantielle Beträge (Kapitel 14.3). Die Bundesregierung sollte über die Notfallreform-Verordnung und die KV-Bereitschaftsdienste die operative Verzahnung mit selektivvertraglichen Strukturen explizit ermöglichen. Adressaten: BMG, Länder (für die Notfallversorgungs-Zuständigkeit), KBV, KVen, Krankenhausgesellschaft.

Maßnahme 2.2 – KHAG-Implementierung mit ambulanter Spiegelarchitektur (Horizont 1/2, Q3/2026 bis Q4/2027). Das Krankenhaus-Anpassungsgesetz vom 6. März 2026 mit seinem 25-Mrd.-Euro-Transformationsfonds, den 61 Leistungsgruppen und der Hybrid-DRG-Erweiterung 2026 ist in seiner Wirksamkeit von einer ambulanten Spiegelarchitektur abhängig (Kapitel 7). Die Bundesregierung sollte – über die Verordnungen zur sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung (SüV) und die Hybrid-DRG-Pflichtenkataloge – die HZV-äquivalente Pfadarchitektur als operative Vorbedingung anerkennen. Konkret: Krankenhäuser, die SüV-Status erhalten, sollten zu vertraglicher Anbindung an integrierte ambulante Strukturen (HZV, Praxisnetze, MVZ-Verbünde) verpflichtet werden – nicht aus formalen Gründen, sondern weil ohne diese Anbindung die Spiegelarchitektur nicht entstehen kann. Adressaten: BMG, Länder (Krankenhausplanung), DKG, GKV-Spitzenverband, Krankenhausärzte.

Maßnahme 2.3 – Hybrid-DRG-Erweiterung mit Pfadlogik (Horizont 1/2, Q4/2026 bis Q3/2027). Die Hybrid-DRG 2026 mit 69 Pauschalen und 904 OPS-Kodes (Schlichterbeschluss vom 11. November 2025) ist ein operativer Schritt der Ambulantisierung (Kapitel 9). Die Erweiterung 2027 sollte die **Pfadanbindung als Qualitätsanforderung** integrieren: Hybrid-DRG-Leistungen sollten nur in Versorgungsstrukturen abrechenbar sein, die strukturierte Pfadführung (hausärztliche Indikationsstellung, Übergabe in Nachsorge, Outcome-Erfassung) gewährleisten. Die HZV-Orthopädie-Vertragsevaluation (Kapitel 14.4) liefert das operative Modell. Adressaten: G-BA, GKV-Spitzenverband, KBV, DKG, Berufsverbände.

Maßnahme 2.4 – Patient-Journey-Methodik als Strukturanker (Horizont 1/2, Q3/2026 bis Q3/2027). Die im Interop Council unter Vorsitz von Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik geleitete Arbeitsgruppe „Patient Journey Herzinsuffizienz“ hat methodisch entwickelt, wie patientenzentrierte Versorgungspfade strukturell abgebildet werden können. Diese Methodik sollte über die gematik OneRoadmap, die G-BA-Innovationsausschuss-Förderung und die selektivvertragliche Praxis bundesweit verfügbar gemacht werden. Sie ist die operative Brücke zwischen dem MEDI - HZV - Strukturprinzip und der digitalen Architektur. Adressaten: gematik (Interop Council, KIG), BMG, G-BA-Innovationsausschuss, Fachgesellschaften, Patientenvertretungen.

15.5 Handlungsfeld 3: Digitale Steuerungsinfrastruktur

Maßnahme 3.1 – Anerkennung von MEDI Baden-Württemberg als dritte gematik TI-Modellregion (Horizont 1, Q3/2026). Die strukturpolitisch wichtigste Sofortmaßnahme: Die gematik-Gesellschafter (BMG, GKV-Spitzenverband, KBV, KZBV, BÄK, BptK,

DKG, ABDA, PKV-Verband) sollten 2026 die Anerkennung von MEDI Baden-Württemberg als dritte TI-Modellregion auf Basis der Markterkundung vom 26. Februar 2026 beschließen (vollständig dargestellt in Kapitel 14.6). Diese Maßnahme ist operativ ohne Gesetzgebung umsetzbar – sie verlangt eine Entscheidung im gematik-Aufsichtsrat und eine Mitfinanzierung über die bestehenden Modellregionen-Strukturen. Sie bündelt die strukturpolitische Argumentation dieses Papiers in einer einzigen, klar adressierbaren Entscheidung. Adressaten: gematik-Aufsichtsrat und -Gesellschafter, BMG.

Maßnahme 3.2 – ePA-Funktionserweiterung mit Patient-Empowerment-Architektur (Horizont 1, Q4/2026 bis Q2/2027). Die ePA für alle wird 2026/27 substantiell erweitert: digitalisierter Medikationsprozess (dgMP) und elektronischer Medikationsplan (eMP) ab Oktober 2026, Push-Benachrichtigungen, Volltextsuche, Datenausleitung an FDZ. Diese Erweiterungen sollten konsequent in Richtung **Bürgerportal nach skandinavischem Vorbild** entwickelt werden – sundhed.dk mit 1,7 Millionen Nutzerinnen und Nutzern monatlich und 89 Prozent Vertrauen ist die Latte (Kapitel 13.5). Konkrete Anforderungen: niedrigschwellige Zugänglichkeit, mehrsprachige Erklärung, Symptom-Check, klare Push-Logik mit Patientensteuerung, Anbindung an die hausärztliche Lotseninstanz. Adressaten: gematik (KIG, OneRoadmap), BMG, KBV, Patientenvertretungen, Industrie.

Maßnahme 3.3 – Heil- und Hilfsmittel-TI-Anbindung operationalisieren (Horizont 1, Q3/2026 bis Q4/2026). Die TI-Anbindung der Heil- und Hilfsmittelerbringer (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Podologen, Ernährungstherapeuten, Hilfsmittelerbringer) im Q1/2026 ist eine der wichtigsten Erweiterungen der digitalen Versorgungsarchitektur. Sie sollte in Baden-Württemberg gezielt mit der HZV-Pfadlogik verknüpft werden, um **integrierte Pfadführung** über alle relevanten Berufsgruppen abzubilden. Adressaten: gematik, Heil- und Hilfsmittelverbände, MEDIVERBUND, Selektivvertragspartner.

Maßnahme 3.4 – KIM 2.0, TIM und PoPP operativ etablieren (Horizont 1, Q3/2026 bis Q1/2027). Die TI-Modernisierung mit KIM 2.0, dem Telematik Identity Management (TIM) und Proof of Patient Presence (PoPP) Mitte 2026 sowie VSDM 2.0 Ende 2026 sind die operative Voraussetzung für eine funktionierende Pfadarchitektur. Die Erprobung in den Modellregionen – einschließlich der dritten Modellregion Baden-Württemberg – sollte mit klaren Outcome-Indikatoren (Praxisakzeptanz, Patientenzufriedenheit, Prozessdurchlaufzeiten) begleitet werden. Adressaten: gematik, BMG, Industrie, Praxisnetzverbände.

Maßnahme 3.5 – Open Source und Interoperabilitätskultur stärken (Horizont 2, Q1/2027 bis Q4/2027). Die deutsche Versorgungs-IT ist von einer starken Anbieterabhängigkeit geprägt; die 43 Primärsysteme der TI-Modellregion-Pilotierungen 2025 sind eines von vielen Beispielen. Die strukturpolitische Empfehlung: Eine Stärkung der **Open-Source-Kultur** über das BMG, die gematik und das BSI – mit verpflichtenden offenen Schnittstellen, Open-Source-Referenzimplementierungen und einer klaren Governance der Interoperabilitätsstandards. Der Interop Council unter Vorsitz von Prof. Dr. Sylvia Thun ist hierfür das operative Gremium. Adressaten: BMG, gematik (Interop Council, KIG), BSI, Industrie.

15.6 Handlungsfeld 4: EHDS und Datenkreislauf

Maßnahme 4.1 – Nationale EHDS-Umsetzungsgesetzgebung (Horizont 2, Q1/2027 bis Q1/2028). Die EHDS-Verordnung (EU) 2025/327 verlangt bis 26. März 2027 die Benennung von Stellen für digitale Gesundheit und den Erlass der Durchführungsrechtsakte. Bis 26. März 2029 sind die ersten Anwendungsfälle (Patientenkurzakten, eRezept) operativ; bis 26. März 2031 die zweite Gruppe (Bildgebung, Labor, Entlassberichte). Die nationale Umsetzungsgesetzgebung sollte **2027 abgeschlossen** sein und die folgenden Bausteine enthalten: Benennung des FDZ Gesundheit als nationaler Knotenpunkt für die Sekundärnutzung; Etablierung der nationalen Stelle für digitale Gesundheit (vermutlich beim BfArM); Konkretisierung der Bürgerrechte (Opt-out, Datentransparenz, Beschwerderecht); Anbindung an die EHDS-Plattform MyHealth@EU (Primärnutzung) und HealthData@EU (Sekundärnutzung). Adressaten: BMG, BfArM, FDZ Gesundheit, BMUV (für Datenschutz), Bundesländer.

Maßnahme 4.2 – FDZ Gesundheit funktional erweitern (Horizont 1/2, Q4/2026 bis Q4/2027). Das FDZ Gesundheit beim BfArM wird ab Oktober 2026 die ePA-Datenausleitung mit Opt-out integrieren; perspektivisch sollten Krebsregisterverknüpfung über DACO und EHDS-Sekundärnutzung etabliert werden. Das KI-FDZ-Projekt (Charité, Fraunhofer MEVIS) ist methodisch bahnbrechend. Die strukturpolitische Empfehlung: Das FDZ sollte zu einem **leistungsstarken nationalen Versorgungsforschungs-Knotenpunkt** ausgebaut werden – mit klaren Service-Level-Agreements für Wissenschaft, Selbstverwaltung und Industrie, transparenter Antragsarchitektur und Bürgerinformations-Pflichten. Adressaten: BfArM, BMG, BMBF (Forschungsförderung), Wissenschaftsorganisationen.

Maßnahme 4.3 – Bürgerrechte konkretisieren (Horizont 1, Q3/2026 bis Q2/2027). Die EHDS-Bürgerrechte (Recht auf Datenzugang, Recht auf Datenübertragbarkeit, Opt-out, Recht auf Erklärung) müssen in der nationalen Umsetzung konkretisiert werden – nicht als abstrakte Rechtsfiguren, sondern als operative Bürgererfahrung. Konkrete Anforderungen: niedrigschwellige Bürgerportale für Datenrechte (Anschluss an die ePA), klare Beschwerdewege bei Datenmissbrauch, mehrsprachige Erklärung der Sekundärnutzungslogik, transparente Datenkataloge mit Bürgereinsicht. Adressaten: BMG, BfArM, BfDI, Patientenvertretungen, Verbraucherschutzorganisationen.

Maßnahme 4.4 – Internationale EHDS-Anschlussfähigkeit (Horizont 2/3, Q3/2027 bis Q4/2030). Deutschland sollte – als europaweit größter Versicherten-Datenpool – im EHDS aktiv mitgestalten, nicht nur reaktiv folgen. Konkrete Anforderungen: aktive deutsche Mitarbeit an der EU-Architektur MyHealth@EU und HealthData@EU; Anschlussfähigkeit der nationalen FDZ-Architektur an die EU-Knotenpunkte; deutsche Beteiligung an den europäischen Standardisierungsgremien (HL7 Europe, IHE Europe, CEN/TC 251); Förderung der deutschen Healthtech-Industrie im EU-EHDS-Markt. Adressaten: BMG, BfArM, gematik (Interop Council), AA (für die EU-Verhandlungen), Industrie.

15.7 Handlungsfeld 5: KI und Innovation

Maßnahme 5.1 – Nationale KI-Gesundheitsstrategie auflegen (Horizont 1/2, Q4/2026 bis Q4/2027). Deutschland sollte 2026/2027 eine **nationale KI-Gesundheitsstrategie** auflegen, die KI als integralen Bestandteil der Digitalisierungsstrategie behandelt – mit klaren Verantwortlichkeiten, Meilensteinen, Mitteln und Evaluationsindikatoren. Das KI-Compliance-Förderprogramm (Vorschlag 500 Mio. Euro bis 2028) ist ein guter Anfang; es muss in eine längerfristige Strategie eingebettet werden, analog zum NHS AI Lab im Vereinigten Königreich oder zur israelischen Gesundheits-IT-Strategie. Adressaten: BMG, BMBF, BMWK, gematik, Charité IKIM und weitere Forschungsinstitutionen.

Maßnahme 5.2 – KI-Kompetenz als verpflichtendes Curriculum (Horizont 1, Q3/2026 bis Q1/2027). Die Schulungspflicht nach Art. 4 AI Act (seit 2. 2. 2025 wirksam) verlangt strukturierte Curricula. Diese sollten in die ärztliche Aus- und Weiterbildung, in die VERAH-Qualifikation, in die Medizinische-Fachangestellte-(MFA)-Ausbildung und in die Pflegeausbildung integriert werden. CME-Punkte für KI-Fortbildung sollten von den Landesärztekammern strukturiert vergeben werden. Adressaten: Bundesärztekammer, Landesärztekammern, KBV, Hausärztinnen- und Hausärzteverband, Berufsverbände, Hochschulen.

Maßnahme 5.3 – Hochrisiko-KI-Compliance operativ ermöglichen (Horizont 1/2, Q3/2026 bis Q4/2027). Die Betreiberpflichten nach Art. 26 AI Act (ab 2. August 2026) und die vollen Anforderungen für KI-basierte Medizinprodukte (ab 2. August 2027) verlangen substantielle Vorbereitung. Die strukturpolitische Empfehlung: Das KI-Compliance-Förderprogramm sollte gezielt für **mittelständische Praxen, MVZ und kleine Krankenhausträger** verfügbar gemacht werden – mit klaren Antragsverfahren über die BAFA, niedrigschwelligen Compliance-Werkzeugen und Schulungsangeboten. Adressaten: BAFA, BMG, BMWK, Healthtech-Verbände, Berufsverbände.

Maßnahme 5.4 – KI-Anwendungen in selektivvertraglichen Strukturen erproben (Horizont 1/2, Q4/2026 bis Q4/2027). Die Erprobung von KI-Sprechstundenassistenten, klinischer Entscheidungsunterstützung und KI-gestützter Outcome-Analytik sollte in integrierten Versorgungsregionen mit etablierter Pfadarchitektur erfolgen. Die Markterkundung MEDI BW (Kapitel 14.6) ist hierfür ein operativ tragfähiger Anwendungsraum. Die kombinierte Versorgungs- und KI-Evaluation würde der bundesweiten Skalierung eine evidenzbasierte Grundlage liefern. Adressaten: gematik, MEDIVERBUND, AOK Baden-Württemberg, Heidelberg/Frankfurt-Evaluatoren, Industrie.

Maßnahme 5.5 – Healthtech-Innovation strategisch verbinden (Horizont 2/3, Q1/2027 bis Q4/2030). Die deutsche Healthtech-Szene (Avelios Medical, Caresyntax, Oviva, Ficus, hellomed, Gardia – siehe Kapitel 10.6 und 12) ist innovationsstark, aber findet zu oft keinen Anschluss an die Versorgungsrealität. Die Bundesregierung sollte über die Selektivvertragslogik strukturelle Anwendungsräume für Healthtech-Innovation schaffen. Förderprogramme wie Heal Capital, EIT Health Germany und das Medical Valley Nürnberg sollten mit den selektivvertraglichen Strukturen vertraglich verknüpft werden. Adressaten: BMWK, BMG, BMBF, Healthtech-Verbände, Selektivvertragspartner.

15.8 Handlungsfeld 6: Patient Empowerment und Bürgerrechte

Maßnahme 6.1 – Patient Empowerment als Strukturverpflichtung etablieren (Horizont 1/2, Q3/2026 bis Q4/2027). Die ethische Forderung dieses Papiers, das Patientenwohl an die Spitze zu stellen und Patient Empowerment substantiell zu denken, muss strukturell umgesetzt werden. Die Empfehlung: Eine **Patient-Empowerment-Strategie** als Querschnittsaufgabe aller Reformprozesse, die nicht nur „Aufklärung“ und „Selbstmanagement-Apps“ bedeutet, sondern Strukturen schafft, die Patientinnen und Patienten leiten und unterstützen – mit Hausärztin und VERAH als Lotseninstanz, mit verständlicher ePA als Bürgerportal, mit transparenten KI-Erklärungen, mit niedrigschwelligen Bürgerrechtsverfahren. Adressaten: BMG, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, Patientenvertretungen, KBV, GKV-Spitzenverband.

Maßnahme 6.2 – Stärkung der Patientenvertretungen in den Gremien (Horizont 1, Q3/2026 bis Q4/2026). Patientenvertretungen sind im G-BA, im Innovationsausschuss, im Interop Council und in vielen weiteren Gremien beteiligt – aber ihre Ressourcenausstattung ist gering, ihre Beteiligungstiefe begrenzt, ihre Vernetzung schwach. Die Empfehlung: Eine substantielle Stärkung der Patientenvertretungen über erhöhte Mitarbeit-Vergütung, strukturierte Aus- und Weiterbildung, klare Rollen in der Versorgungsforschung und stärkere Mitsprache in der Selbstverwaltung. Adressaten: BMG, G-BA, gematik, Patientenvertretungen.

Maßnahme 6.3 – Bürgerportallogik in der ePA für alle realisieren (Horizont 1/2, Q4/2026 bis Q4/2027). Die ePA für alle muss über ihre administrative Funktion hinaus zur **realen Bürgeranwendung** entwickelt werden – mit der sundhed.dk-Erfahrung als Maßstab. Konkrete Anforderungen: niedrigschwellige Zugänglichkeit (mehrsprachig, barrierefrei, mit Hilfeangeboten); klare Push-Logik mit patientenseitiger Steuerung; Symptom-Check und Wartezeiten-Information; Anschluss an die hausärztliche Lotseninstanz; transparente Datenrechte. Adressaten: gematik, BMG, KIG, Patientenvertretungen, Industrie.

Maßnahme 6.4 – Sozialstaatliche Anschlussfähigkeit der Versorgung (Horizont 2/3, Q1/2027 bis Q4/2030). Patient Empowerment kann in Deutschland nicht von sozialstaatlichen Realitäten abgekoppelt werden: Bildungsungleichheit, Migrationserfahrung, Pflegebedürftigkeit, ländliche Versorgungsdesertifikation, Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen. Die strukturpolitische Empfehlung: Eine **sozialräumliche Versorgungsperspektive** in der Reformagenda, die Hausarzt-Lotsenfunktion mit kommunaler Sozialberatung, mit Pflegestützpunkten, mit Migrationsberatungsstellen und mit Selbsthilfegruppen verknüpft. Die HZV-VERAH-Logik ist hierfür ein operativer Anschluss. Adressaten: BMG, BMAS (Soziales), BMFSFJ (Familie), Länder, Kommunen, Wohlfahrtsverbände.

Maßnahme 6.5 – Mehrsprachige Patient-Empowerment-Architektur (Horizont 1/2, Q4/2026 bis Q4/2027). In Deutschland leben Menschen mit über 200 Muttersprachen. Eine Patient-Empowerment-Architektur, die nur deutschsprachig funktioniert, schließt Millionen aus. Die Empfehlung: Mehrsprachige ePA-Erklärung, mehrsprachige KI-

Sprechstundenassistenten (in der HZV BW bereits in Pilotierung – Kapitel 12.4), mehrsprachige Bürgerrechtsinformationen, mehrsprachige Patientenvertretungs-Strukturen. Adressaten: gematik, BMG, Patientenvertretungen, Migrationsberatungsstellen, Industrie.

15.9 Adressatengenaue Zuordnung – Wer macht was?

Die obigen Maßnahmen verteilen sich auf eine Reihe unterschiedlicher Akteursebenen. Eine adressatengenaue Zuordnung schafft die Voraussetzung dafür, dass die Agenda nicht in der Gesamtansicht stecken bleibt, sondern operativ aufgegriffen wird. Die folgenden Akteursebenen tragen jeweils spezifische Schwerpunkte.

Bundesregierung und Ressorts. Das BMG ist der zentrale Adressat für alle Bundesmaßnahmen: GKV-BStabG-Folgegesetzgebung, FKG-Phase-2-Empfehlungen, Notfallreform-Verordnungen, KHAG-Implementation, EHDS-Umsetzungsgesetzgebung, KI-Gesundheitsstrategie, Patient-Empowerment-Strategie. Das BMBF ist Partner für die KI-Strategie und die Versorgungsforschung. Das BMWK trägt die Healthtech-Innovationsförderung. Das BMUV ist Partner für die Datenschutz- und Bürgerrechtsdimensionen. Das BMAS, BMFSFJ und die Sozialressorts sind Partner für die sozialräumliche Versorgungsperspektive. Das Bundeskanzleramt trägt die ressortübergreifende Koordination – das ist 2026/2027 strukturell von hoher Bedeutung, weil die Reformprozesse zwischen Ressorts verteilt sind.

Bundesländer. Die Länder sind zuständig für die Krankenhausplanung (KHAG-Umsetzung), für die Notfallversorgung (Rettungsdienste, KV-Bereitschaftsdienste regional), für die Hochschul- und Forschungsförderung (Universitätskliniken, KI-Forschung), für die ärztliche Aus- und Weiterbildung (Landesärztekammern, KVen) und für die kommunale Gesundheitsförderung. Baden-Württemberg ist – wie in Kapitel 14 entfaltet – der operative Referenzraum für die nationale Reformagenda. Andere Länder (Bayern mit MEDI Bayern, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen, Brandenburg) haben eigene HZV-Strukturen, die strukturell genutzt werden können. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) ist das zentrale Koordinationsgremium der Länder.

Gemeinsame Selbstverwaltung. Der G-BA, die KBV, die KZBV, die DKG, der GKV-Spitzenverband, die ABDA, die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer tragen die operative Selbstverwaltungsarbeit. Sie sind die Adressaten für: EBM-Reform, Bundesmantelverträge, G-BA-Methodenbewertung, Innovationsausschuss-Förderung, Hybrid-DRG-Erweiterung, Patientenvertretungs-Stärkung. Eine zentrale Empfehlung ist die **Stärkung der Selbstverwaltungs-Kohärenz** über die Reformprozesse – die parallelen Reformbaustellen sollten nicht in selbstverwaltungsinterne Konkurrenzen abgleiten, sondern in eine kooperative Arbeitsteilung münden.

Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband, die regionalen AOKs (insbesondere AOK Baden-Württemberg als HZV-Vertragspartner), die Ersatzkassen, die Betriebskrankenkassen und die Innungskassen sind Adressaten für: Selektivvertragsgestaltung, Datenausleitung, Patientenkommunikation, Versorgungssteuerung. Die strukturelle

Empfehlung: Die Krankenkassen sollten **Selektivverträge nicht als Sondergebiet, sondern als strukturpolitischen Hauptweg** behandeln – analog zur ACO-Logik in den USA, die als integraler Bestandteil von Medicare etabliert ist.

gematik und ihre Strukturen. Die gematik mit ihren Gesellschaftern, dem Aufsichtsrat, der KIG, dem Interop Council unter Vorsitz von Prof. Dr. Sylvia Thun, dem Arbeitskreis Patient Journey Herzinsuffizienz unter Leitung von Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik und der OneRoadmap ist der operative Träger der digitalen Steuerungsinfrastruktur. Sie ist Adressat für: TI-Modellregionen-Anerkennung, ePA-Funktionserweiterung, Heil- und Hilfsmittelanbindung, KIM 2.0, TIM, PoPP, VSDM 2.0, EHDS-Anschluss.

Patientenvertretungen. Der Deutsche Behindertenrat, die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, der Sozialverband VdK, der Sozialverband Deutschland und weitere Patientenvertretungen sind Adressaten für: Patient-Empowerment-Strategie, ePA-Bürgerportallogik, Bürgerrechtsverfahren, Mitsprache in der Selbstverwaltung. Die strukturpolitische Empfehlung: Patientenvertretungen sollten substantiell gestärkt werden – mit Ressourcen, Vernetzung und klaren Rollen.

Industrie und Healthtech. Die Praxisverwaltungssystem-Anbieter, die KI-Anbieter (CGM, Doctolib, Microsoft, Nuance/DAX, Oviva, Avelios Medical, Caresyntax und weitere), die Medizinprodukteindustrie und die Pharmaindustrie sind Partner für: TI-Implementation, KI-Compliance, ePA-Anbindung, Versorgungsforschungs-Partnerschaften. Die strukturpolitische Empfehlung: Die Industrie sollte **als strukturpolitischer Partner** behandelt werden – mit klaren Anforderungen (Interoperabilität, Datenschutz, AI-Act-Compliance), aber auch mit klaren Anwendungsräumen (Modellregionen, Selektivverträge, EHDS-Anschluss).

Wissenschaft. Universitätskliniken (insbesondere Heidelberg und Frankfurt für die HZV-Evaluation, Charité IKIM für KI in der Medizin), außeruniversitäre Forschungsinstitutionen (Fraunhofer MEVIS, Max-Planck-Institute, Helmholtz-Zentren), Versorgungsforschungs-Institutionen (DNVF, AQUA-Institut, IGES), Gesundheitsökonomie (Heidelberg, Hamburg, Hannover) und Patientenvertretungen sind Adressaten für: HZV-Evaluation, KI-Forschung, EHDS-Sekundärnutzung, Versorgungsforschungs-Plattform.

15.10 Synergien und Risiken der Agenda

Eine integrierte Reformagenda ist nicht eine Summe von Einzelmaßnahmen, sondern ein System mit Synergien und Risiken. Drei Synergien sind besonders wichtig.

Synergie 1: Vertikale Verknüpfung zwischen Gesetzgebung und Selbstverwaltung. Die Maßnahmen 1.3 (§ 140a-Stärkung), 2.2 (KHAG-Spiegelarchitektur), 4.1 (EHDS-Umsetzungsgesetzgebung) verlangen Bundesgesetzgebung; die Maßnahmen 1.4 (VERAH bundesweit), 5.2 (KI-Kompetenz-Curriculum), 6.2 (Patientenvertretungs-Stärkung) verlangen Selbstverwaltungsarbeit. Beide Ebenen müssen synchronisiert werden – das ist eine zentrale Aufgabe der Bundesregierung und der GMK 2026/2027.

Synergie 2: Horizontale Verknüpfung zwischen Reformfeldern. Die Notfallreform (Handlungsfeld 2) wirkt nur, wenn die Primärversorgung (Handlungsfeld 1) integriert ist; die digitale Infrastruktur (Handlungsfeld 3) wirkt nur, wenn EHDS und KI (Handlungsfelder 4 und 5) angeschlossen sind; das Patient Empowerment (Handlungsfeld 6) wirkt nur, wenn die anderen Handlungsfelder ihre Bürgerorientierung wahren. Die strukturpolitische Aufgabe: Eine ressortübergreifende Steuerung der Reformprozesse – möglicherweise über eine **interministerielle Reformkoordinierung** im Bundeskanzleramt 2026/2027.

Synergie 3: Regionale Skalierung mit bundesweiter Anschlussfähigkeit. Die HZV BW ist der Referenzraum, andere Bundesländer haben eigene Strukturen. Die Aufgabe: Regionale Vielfalt als strukturelle Ressource nutzen, nicht als Hindernis behandeln. Die Anerkennung von MEDI BW als dritte gematik TI-Modellregion (Maßnahme 3.1) ist hierfür der konkrete Einstieg.

Drei Risiken sind ebenso wichtig zu adressieren.

Risiko 1: Reformüberlastung. Die parallel laufenden Reformprozesse (GKV-BStabG, FKG-Phase 2, Notfallreform, Primärarztsystem, KHAG, ePA-Funktionserweiterung, EHDS-Umsetzung, KI-Strategie) drohen die Selbstverwaltung, die Praxisrealität und die Patientinnen und Patienten zu überlasten. Die strukturpolitische Empfehlung: Eine **klare Priorisierung und Sequenzierung** der Reformschritte – nicht alles auf einmal, aber das Wesentliche zuerst.

Risiko 2: Sparpolitische Vereinnahmung. Die FKG-Phase 2 mit ihren 20-Mrd.-Euro-Konsolidierungs-Erwartungen droht, die strukturpolitische Argumentation in eine reine Sparlogik zu überführen. Die Empfehlung dieses Papiers ist klar: Strukturreform ist **nicht das Mittel zum Sparen, sondern das Mittel zur besseren Versorgung mit nicht höheren Gesamtausgaben**. Diese Differenzierung muss politisch gewahrt werden.

Risiko 3: Verlust der Patientenperspektive. Bei aller institutionellen Komplexität droht die Patientenperspektive zu verschwinden. Die strukturpolitische Empfehlung: Patient Empowerment muss nicht als Begleitthema, sondern als **Querschnittsaufgabe** in jedem Reformschritt mitgedacht werden – das ist die ethische Forderung dieses Papiers.

15.11 Zwischenbefund: Sechs prioritäre Sofortmaßnahmen

Die Agenda dieses Kapitels umfasst über 25 Einzelmaßnahmen in sechs Handlungsfeldern. Eine pragmatische Priorisierung erlaubt der Bundesregierung, der gemeinsamen Selbstverwaltung und den weiteren Akteuren, **2026 sofort handlungsfähig** zu werden – ohne auf Gesetzgebungsprozesse warten zu müssen, die naturgemäß länger dauern.

Sechs Sofortmaßnahmen 2026 sind besonders dringlich:

Erstens die **Anerkennung von MEDI Baden-Württemberg als dritte gematik TI-Modellregion** (Maßnahme 3.1) – die strukturpolitisch wichtigste, gleichzeitig operativ einfachste Sofortmaßnahme. Sie verlangt einen Beschluss im gematik-Aufsichtsrat und eine Mitfinanzierung über bestehende Strukturen. Sie bündelt die Argumentation dieses

Papiers in einer einzigen klaren Entscheidung. Sie schafft eine Skalierungsplattform für ePA-Funktionserweiterung, EHDS-Vorbereitung und KI-Erprobung. Sie ist **ohne Gesetzgebung umsetzbar**.

Zweitens die **Anerkennung der HZV-Erfahrungen als Referenz für den Primärarzt-system-Dialogprozess** (Maßnahme 1.1) – eine politische Entscheidung der Bundesgesundheitsministerin, die die strukturpolitische Argumentation auf eine empirisch belastbare Grundlage stellt.

Drittens die **operative Verzahnung von Notfallreform und Primärversorgung** (Maßnahme 2.1) – über die Notfallreform-Verordnungen und die KV-Bereitschaftsdienste, mit den HZV-Daten als Strukturreferenz.

Viertens die **Operationalisierung der KI-Schulungspflicht** nach Art. 4 AI Act (Maßnahme 5.2) – über die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern, die KBV und die Berufsverbände.

Fünftens die **Patient-Empowerment-Strategie als Querschnittsaufgabe** (Maßnahme 6.1) – mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung als operativem Koordinator.

Sechstens die **strukturelle Stärkung der Patientenvertretungen** (Maßnahme 6.2) – über erhöhte Mitarbeit-Vergütung, strukturierte Aus- und Weiterbildung und klare Rollen in der Selbstverwaltung.

Diese sechs Sofortmaßnahmen sind nicht das Ende der Reformagenda – aber sie sind ihr operativer Anfang. Sie zeigen, dass die strukturpolitische Argumentation dieses Papiers in **konkrete Entscheidungen 2026** überführt werden kann, die nicht auf das nächste Wahljahr warten müssen.

Die Botschaft dieses Kapitels ist klar: **Die Bundesregierung, die gemeinsame Selbstverwaltung und die weiteren Akteure können 2026/2027 strukturpolitisch handeln**. Sie haben mit der HZV BW eine empirisch belastbare Strukturreferenz; mit der Markterkundung MEDI BW vom 26. Februar 2026 einen operativ tragfähigen Vorschlag; mit der internationalen Erfahrungsbasis (USA, England, Niederlande, Skandinavien) eine vergleichende Einordnung; mit dem MEDI - HZV - Strukturprinzip eine kohärente Argumentationsarchitektur. Was bleibt, ist die Entscheidung – die Entscheidung, das Vorhandene anzuerkennen und zu skalieren, die parallel laufenden Reformprozesse zu integrieren und die ethische Forderung des Patientenwohls als Spitze der Reformziele politisch durchzuhalten.

Das Schlusskapitel zieht den persönlichen Bogen zu den Adressaten dieses Positionspapiers in Bund und Ländern.

16. Schluss: Eine Einladung zur strukturpolitischen Verständigung

16.1 Was dieses Papier wollte

Dieses Positionspapier hatte eine doppelte Aufgabe. Es sollte erstens die strukturpolitische Lage des deutschen Gesundheitssystems im Frühjahr 2026 beschreiben – mit der erforderlichen analytischen Tiefe, ohne sich in Details zu verlieren, und mit dem Mut zu Diagnosen, die in der Tagespolitik selten ausgesprochen werden. Es sollte zweitens eine konstruktive Reformrichtung formulieren, die der Bundesregierung, den Ländern, der gemeinsamen Selbstverwaltung, den Krankenkassen, den Patientenvertretungen und der Industrie eine **gemeinsame Verständigungsbasis** zur Verfügung stellt. Diese Doppelaufgabe ist die Aufgabe einer Strukturanalyse im McKinsey'schen Sinne: Mut zur Diagnose verbinden mit Mut zur Lösung – und beides auf einer Datenbasis, die belastbar ist.

Die Diagnose des Papiers war deutlich. Das deutsche Gesundheitssystem ist im Jahr 2026 nicht in einer Finanzierungskrise, sondern in einer **Strukturkrise**. Sparpolitik – seit über drei Jahrzehnten als Antwort gewählt – verfehlt das Problem, weil sie an den Symptomen kuriert, ohne die Strukturursachen zu adressieren. Die normative Integration des Versorgungsanspruchs trifft auf eine operative Fragmentierung der Versorgungswirklichkeit. Patientinnen und Patienten erleben ein System, das ihnen Zugang verspricht, aber Steuerung verweigert; das Daten produziert, aber Lernen verhindert; das Bürokratie steigert, aber Zuwendung untergräbt.

Die Reformrichtung, die dieses Papier vorgeschlagen hat, war ebenso deutlich. Das deutsche Gesundheitssystem braucht den **Übergang von Sparpolitik zu Strukturpolitik** – nicht weil Sparpolitik unwichtig wäre, sondern weil Strukturpolitik die Voraussetzung dafür ist, dass die finanziellen Mittel zur besseren Versorgung führen. Diese Strukturpolitik hat einen operativen Kern: das **MEDI - HZV - Strukturprinzip** mit seiner Pfadlogik, seiner digitalen Prozessarchitektur, seiner Outcome-Lernlogik und seiner Patientenzentrierung. Sie hat einen empirischen Referenzraum: die **HZV Baden-Württemberg** mit ihren 17 Jahren dokumentierter Wirksamkeit. Sie hat eine internationale Anschlussfähigkeit: zu den US-amerikanischen ACOs, den englischen PCNs, dem niederländischen Hausarzt-Gatekeeping, den skandinavischen Modellen. Sie hat eine digitale Tragarchitektur: die TI 2.0, die ePA für alle, das FDZ Gesundheit, den EHDS und die KI-Verordnung. Und sie hat einen ethischen Anspruch: das Patientenwohl als Spitze aller Reformziele, mit Patient Empowerment als substantieller Strukturverpflichtung – nicht als Aufforderung an Patienten, sich allein zu kümmern, sondern als Verpflichtung der Stakeholder, **Strukturen zu schaffen, die unterstützen und leiten, statt nur zu sagen: mache mal dies oder das**.

16.2 An wen sich dieses Papier wendet

Dieses Papier wendet sich an die Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, ihr Haus und die Ressortverantwortlichen, an die Mitglieder der Finanzkommission Gesundheit unter Vorsitz von Friedrich Breyer und Jürgen Wasem, an den Patientenbeauftragten der

Bundesregierung, an die Mitglieder des Deutschen Bundestages und insbesondere des Gesundheitsausschusses, an die Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister der Länder, an die gemeinsame Selbstverwaltung – KBV, KZBV, DKG, GKV-Spitzenverband, Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer, ABDA, Deutscher Pflegerat – an die Krankenkassen mit ihrem unterschiedlichen Verständnis selektivvertraglicher Strukturen, an die Patientenvertretungen mit ihrem unverzichtbaren Beitrag, an die Healthtech-Industrie und ihre Verbände, an die Wissenschaft mit Heidelberg, Frankfurt am Main, Berlin, München und vielen weiteren Standorten, an die gematik mit ihren Gesellschaftern, Aufsichtsorganen, dem Interop Council und der KIG, und nicht zuletzt an die ärztlichen, pflegerischen und versorgungsnahen Berufe, die jeden Tag das deutsche Gesundheitssystem operativ tragen.

Dieses Papier wendet sich auch an die Patientinnen und Patienten – mit dem Bewusstsein, dass es als Positionspapier nicht primär für sie geschrieben ist, sondern für die strukturelle politische Verständigungsebene. Aber es wendet sich an sie in der Substanz seiner Argumentation: Jede Empfehlung dieses Papiers ist daran zu messen, ob sie Patientinnen und Patienten substantiell besser stellt; ob sie ihnen Strukturen schafft, die sie leiten und unterstützen; ob sie ihre Souveränität als informierte Co-Akteure ihrer Versorgung stärkt. Das ist die ethische Forderung, die das Papier durchzieht – und die in den Reformprozessen 2026/2027 nicht verloren gehen darf.

16.3 Was zu tun ist – und was zu unterlassen

Die strukturelle politische Aufgabe der kommenden zwei Jahre ist nicht trivial. Sie verlangt politische Großzügigkeit, intellektuelle Konsequenz, Ressortübergreifende Kooperation und das Vermögen, parallele Reformprozesse zu integrieren. Sie verlangt aber auch das **Vermeiden** bestimmter Versuchungen, die in der Tagespolitik regelmäßig auftauchen.

Es ist zu unterlassen, das deutsche Gesundheitssystem als reines Finanzierungsproblem zu adressieren. Die FKG-Phase 2 darf nicht in eine reine Sparlogik abgleiten – sie muss strukturell politisch antworten, sonst wird sie scheitern wie die Sparpolitik der vergangenen drei Jahrzehnte. Es ist zu unterlassen, die Reformprozesse als isolierte Baustellen zu behandeln. Notfallreform, KHAG, Primärärztsystem, ePA-Funktionserweiterung, EHDS-Umsetzung, KI-Strategie sind nicht sechs separate Aufgaben – sie sind sechs Aspekte einer einzigen strukturellen politischen Aufgabe, die nur integriert beantwortet werden kann. Es ist zu unterlassen, die regionale Vielfalt als Hindernis zu behandeln. Die HZV BW ist nicht ein süddeutsches Sondermodell, das auf andere Bundesländer übertragen werden müsste; sie ist eine Strukturreferenz, an der andere Bundesländer ihre eigenen Lösungen orientieren können. Es ist zu unterlassen, die Patientenperspektive zur Sonntagsforderung zu machen. Patient Empowerment ist nicht Begleitthema, sondern Strukturverpflichtung – und es muss in jedem Reformschritt operativ mitgedacht werden.

Was zu tun ist, ergibt sich aus der Agenda des vorhergehenden Kapitels. Die sechs prioritären Sofortmaßnahmen 2026 – die Anerkennung von MEDI Baden-Württemberg als dritte gematik TI-Modellregion, die Anerkennung der HZV-Erfahrungen als Referenz für den Primärärztsystem-Dialogprozess, die operative Verzahnung von Notfallreform und

Primärversorgung, die Operationalisierung der KI-Schulungspflicht, die Patient-Empowerment-Strategie als Querschnittsaufgabe, die strukturelle Stärkung der Patientenvertretungen – sind ohne Gesetzgebung im Sommer und Herbst 2026 umsetzbar. Sie schaffen die operativen Voraussetzungen für die mittelfristigen Maßnahmen 2027 (FKG-Phase-2-Empfehlungen, § 140a-Stärkung, EHDS-Umsetzungsgesetzgebung, nationale KI-Gesundheitsstrategie) und die langfristigen Verstetigungsmaßnahmen bis 2030.

16.4 Eine persönliche Anmerkung

Erlauben Sie mir an dieser Stelle eine persönliche Anmerkung. Ich schreibe dieses Papier nicht aus akademischer Distanz, sondern aus drei Jahrzehnten praktischer Erfahrung in der hausärztlichen Versorgung in Ingolstadt, in der Leitung des Praxisnetzes GO IN, in der Geschäftsführung der Bayerischen TelemedAllianz, im Vorsitz von MEDI Bayern, in der Mitarbeit im gematik Interop Council und der Leitung des dortigen Arbeitskreises Patient Journey Herzinsuffizienz. Diese Erfahrung lehrt eines: Strukturpolitik wirkt nur, wenn sie an die Versorgungsrealität anschließt, in der Patientinnen, Patienten, Praxen, Krankenhäuser und Versorgungsnetze tagtäglich arbeiten.

Die Versorgungsrealität, die ich aus den Jahrzehnten der hausärztlichen Tätigkeit kenne, ist von einer paradoxen Mischung aus Engagement und Erschöpfung geprägt. Die Hausärztinnen und Hausärzte, die Medizinischen Fachangestellten, die VERAH-Kräfte, die Pflegekräfte, die Fachärztinnen und Fachärzte – sie alle arbeiten in einem System, das ihnen Bürokratie zumutet, ihre Lotsenfunktion verkennt und ihre Erfahrungswerte ignoriert. Sie tragen das System trotzdem – aus Verantwortungsbewusstsein, aus Tradition, aus dem Wissen, dass Patientinnen und Patienten ohne sie nicht versorgt würden. Diese Verantwortungsträger haben eine **Strukturpolitik verdient**, die ihre Arbeit anerkennt, ihre Lotsenfunktion stärkt, ihre digitalen Werkzeuge integriert und ihre Patientinnen und Patienten in eine Versorgung führt, die ihrer Komplexität entspricht.

Die Patientinnen und Patienten, die ich aus drei Jahrzehnten Praxisalltag kenne, haben eine ähnliche Erfahrung. Sie erleben ein System, das ihnen großen Anspruch verspricht – freier Zugang, hohe Qualität, technologische Spitze – und das sie gleichzeitig in Wartezimmern, Notaufnahmen, Bürokratiefallen und ungesteuerten Behandlungspfaden allein lässt. Sie haben in der Mehrheit nicht das Bedürfnis, **Gesundheitsmanager ihrer selbst** zu werden – sie haben das Bedürfnis, in einer integrierten Versorgungsstruktur **gut betreut** zu werden, mit einer Hausärztin als Lotsin, einer VERAH als Begleiterin, einer ePA, die für sie verständlich ist, und mit einem System, das ihnen Strukturen schafft, die sie leiten und unterstützen, statt ihnen nur zu sagen, sie sollten dies oder das tun.

Aus dieser doppelten Erfahrung – als hausärztlicher Versorger und als strukturpolitisch Engagierter – formuliere ich die ethische Forderung, die dieses Papier durchzieht: **Das Patientenwohl muss an die Spitze aller Reformziele**. Nicht als Sonntagsformel, sondern als operative Strukturverpflichtung. Es muss in jedem Reformschritt mitgedacht werden – in der GKV-BStabG-Folgegesetzgebung, in der Notfallreform-Verordnung, in der KHAG-Implementation, in der ePA-Funktionserweiterung, in der EHDS-Umsetzung, in der KI-Strategie. Es muss alle Stakeholder mit ihrer jeweiligen Verantwortung adressieren –

das BMG, die Länder, die Selbstverwaltung, die Krankenkassen, die Patientenvertretungen, die Industrie, die Wissenschaft, die ärztlichen und pflegerischen Berufe.

16.5 Die strukturelle Chance des Reformfensters 2026/2027

Selten in den vergangenen drei Jahrzehnten war ein **Reformfenster** so konstitutionell wie 2026/2027. Eine neue Bundesregierung, die in ihrem Koalitionsvertrag Strukturreformen ausdrücklich angekündigt hat. Eine FinanzKommission Gesundheit unter wissenschaftlich anerkannter Führung. Eine Notfallreform und ein KHAG, die parlamentarisch beraten werden. Eine ePA für alle, die operativ ausgerollt ist. Ein EHDS, der seine Stichtage 2027 und 2029 vor sich hat. Eine KI-Verordnung, die seit August 2026 Hochrisiko-Anwendungen reguliert. Ein FDZ Gesundheit, das 2026 substantielle Funktionserweiterungen erhält. Eine HZV BW mit ihrer 17-Jahres-Evaluation. Eine Markterkundung von MEDI Baden-Württemberg, die als operativer Vorschlag für eine dritte gematik TI-Modellregion bereitsteht.

Dieses Reformfenster wird sich in den nächsten zwei Jahren öffnen und schließen. Was 2026/2027 nicht in operative Strukturen überführt wird, wird mit erheblicher Wahrscheinlichkeit in der nächsten Legislaturperiode neu verhandelt werden – mit anderen Mehrheiten, anderen Akteuren und möglicherweise wieder mit der Versuchung, Strukturpolitik durch Sparpolitik zu ersetzen.

Die strukturpolitische Verantwortung der jetzigen Akteursebene ist deshalb hoch. Sie können in diesem Reformfenster Mut zeigen, oder sie können in den nächsten zwei Jahren wieder die symptomatische Politik betreiben, die die vergangenen drei Jahrzehnte nicht zur Lösung geführt hat. Mut bedeutet konkret: das Vorhandene anzuerkennen und zu skalieren; die parallel laufenden Reformprozesse zu integrieren; die regionale Vielfalt als Ressource zu nutzen; die internationale Erfahrung systematisch einzubeziehen; das Patientenwohl als Spitze der Reformziele politisch durchzuhalten.

16.6 Eine Einladung

Dieses Papier ist – am Ende – eine **Einladung**. Es lädt die Bundesregierung, die Länder, die gemeinsame Selbstverwaltung, die Krankenkassen, die Patientenvertretungen, die Industrie und die Wissenschaft ein, in den nächsten zwei Jahren strukturpolitisch zu verhandeln, statt symptompolitisch zu agieren. Es lädt zur Anerkennung des MEDI - HZV - Strukturprinzips als deutscher Anschluss an die international wirksamen Mechanismen integrierter Versorgung ein. Es lädt zur Anerkennung der HZV Baden-Württemberg als empirisch belastbare Strukturreferenz ein. Es lädt zur Anerkennung der Markterkundung von MEDI Baden-Württemberg vom 26. Februar 2026 als operativ tragfähigen Vorschlag für eine dritte gematik TI-Modellregion ein. Es lädt zur Stärkung der Patientenvertretungen, zur substantiellen Realisierung von Patient Empowerment und zur Verstetigung des ethischen Anspruchs ein, das Patientenwohl an die Spitze der Reformziele zu stellen.

Eine Einladung verlangt eine Antwort. Diese Antwort kann zustimmend oder ablehnend ausfallen, sie kann Teile übernehmen und Teile zurückweisen, sie kann Modifikationen,

Erweiterungen oder Vertiefungen verlangen. Aber sie sollte nicht ausbleiben. Denn die strukturelle Krise des deutschen Gesundheitssystems wird sich weder durch Schweigen noch durch parallele Reformbaustellen ohne Integration lösen.

Die Reformverantwortung 2026/2027 ist nicht trivial. Sie kann gelingen, wenn die Akteursebene ihre strukturpolitische Aufgabe annimmt – mit dem Mut zur Diagnose, mit dem Mut zur Lösung und mit dem ethischen Anspruch, dass jede Reformmaßnahme in der **substantiellen Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten** ihre eigentliche Begründung findet. Das deutsche Gesundheitssystem hat die Strukturen, die Erfahrungen, die Daten, die Wissenschaft, die Industrie und die Menschen, die für eine solche strukturpolitische Reform notwendig sind. Was bleibt, ist die Entscheidung – die Entscheidung, das Vorhandene anzuerkennen, das Notwendige zu tun und das ethisch Geforderte nicht aus dem Blick zu verlieren.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit, die Sie diesem Papier geschenkt haben. Ich stehe zur strukturpolitischen Verständigung, zur Vertiefung der hier dargestellten Argumentation und zur operativen Mitwirkung an den nächsten Schritten der Reformagenda 2026/2027 zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen - Ingolstadt, im April 2026

Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik

Geschäftsführer der Bayerischen TelemedAllianz

Vorstandsvorsitzender MEDI Bayern e.V.

Vorstandsvorsitzender Praxisnetz GO IN e.V.

Mitglied des gematik Interop Council

„Beitragssatzstabilisierung ohne Interoperabilität bleibt Kostendämpfung ohne Strukturgewinn. Erst wenn ambulante Medizin, Klinik und Pflege über gemeinsame digitale Standards, Versorgungspfade und Datenräume zusammenarbeiten, wird aus Sparpolitik eine tragfähige Reform.“

Quellen- und Literaturverzeichnis

Die nachfolgenden Quellen sind im fortlaufenden Text durch hochgestellte Ziffern referenziert. Stand der URL-Abrufe: 30. April 2026.

- [1] E-HEALTH-COM (o. J.): *Jedamzik, Prof. Dr. Siegfried* – Biographische Notiz. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [2] Bayerische TelemedAllianz GmbH (o. J.): *Über uns / Team*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [3] gematik GmbH (2021): *Interop Council – Mitglieder des nationalen Expertengremiums für Interoperabilität im Gesundheitswesen*. Pressemitteilung. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [4] OECD (2025): *Health at a Glance 2025 – Germany Country Note*. OECD Publishing, Paris. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [5] Deutsches Ärzteblatt – ÄRZTESTELLEN (2022): *Der Nächste bitte: Arzt-Patienten-Kontakte im internationalen Vergleich*. OECD-Daten. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [6] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025): *State of Health in the EU – Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2025*. Brüssel/Paris. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [7] Bundesministerium für Gesundheit (2026): *Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz – GKV-BStabG)*. Stand 16.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [8] Bundesregierung (2026): *Maßnahmen für stabile GKV-Beiträge – Update zur FinanzKommission Gesundheit*. Online-Beitrag, 15.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [9] Deutsches Ärzteblatt (2026): *Bundesgesundheitsministerin Warken plant mit Einsparungen von 20 Milliarden Euro*. Meldung, 14.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [10] APOTHEKE ADHOC (2026): *Kabinett beschließt GKV-Spargesetz*. Meldung, 29.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [11] Marburger Bund Bundesverband (2026): *GKV-Spargesetz grundlegend überarbeiten – Stellungnahme der Vorsitzenden Dr. Susanne Johna*. Pressemitteilung, 14.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [12] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026): *KBV-Vorstand: „Da passt nichts zusammen – Bundeskabinett beschließt Gesetz zur Notfallversorgung“*. Pressemitteilung, 23.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [13] evangelisch.de / epd (2026): *Verbände: Gesundheits-Sparpaket ist ungerecht und ungeeignet (Caritas, Marburger Bund, G-BA, BAG Selbsthilfe, ver.di)*. Meldung, 20.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [14] Verband der Ersatzkassen e. V. (2026): *Ulrike Elsner zum Sparpaket: Stabile Beiträge möglich – Refinanzierung Bürgergeld fehlt*. Pressemitteilung, 14.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [15] Deutscher Bundestag (2026): *Warken erläutert Sparpaket im Gesundheitsausschuss*. hib-Meldung, 15.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [16] Bundesregierung (2026): *FinanzKommission Gesundheit – Empfehlungen vom 30.03.2026, weitere Strukturreform-Vorschläge bis Ende 2026 erwartet*. Online-Beitrag, 15.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [17] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg / Universitätsklinikum Heidelberg / Goethe-Universität Frankfurt am Main (2026): *Evaluation der Hausarzt-zentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – Wissenschaftliche Broschüre 2025 (17 Jahre HZV)*. Stuttgart/Heidelberg/Frankfurt. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [18] MEDIVERBUND AG (2026): *17 Jahre HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – Neue Studie belegt bessere Versorgung mit effizienterer Patientensteuerung*. Pressemitteilung, 30.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [19] gematik GmbH (2024): *TI-Modellregionen um zwei weitere Jahre verlängert (bis März 2027)*. Pressemitteilung, Oktober 2024. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [20] gematik GmbH (2025): *Abschlussbericht der TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken zur ePA-Pilotierung 2025 (194 LEI / 43 Primärsysteme)*. Berlin. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [21] MEDI Baden-Württemberg e. V. (2026): *Markterkundung TI-Modellregionen – Antwort der MEDI Baden-Württemberg e. V. (Hauptansprechpartner: Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik; Stellvertreter: Dr. Norbert Smetak; Technologiepartner: adesso SE)*. Stuttgart, 26.02.2026. --- **Anmerkungen für die nächsten Schritte:** - Vorwort umfasst jetzt die persönliche Verankerung (Bayerische TelemedAllianz seit 2012, Praxisnetz GO IN seit 2000, Interop Council, MEDI Bayern), die strukturelle Diagnose mit aktuellen OECD-Daten, die explizite Kritik des GKV-BStabG vom 29.04.2026 mit allen Kernregelungen, das Spektrum der Stakeholder-Reaktionen und den Brückenschlag zur gematik TI-Modellregionen-Markterkundung, ohne Finanzaufgaben. - Die TI-Modellregionen-Komponente wird in Kapitel 10 (Digitale Steuerungsinfrastruktur) und Kapitel 14 (Baden-Württemberg-Referenzraum) ausführlich entfaltet – inklusive der MEDI-Strukturelemente aus Ihrer Markterkundung. - Quellenverzeichnis: 21 Endnoten im wissenschaftlichen Stil mit Abrufdatum 30.04.2026.

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [22] APOTHEKE ADHOC (2026): *Kabinett beschließt GKV-Spargesetz*. Meldung, 29.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [23] Deutscher Bundestag (2026): *Bundestag beschließt Weiterentwicklung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)*. Plenardebatte und Beschluss vom 06.03.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [24] Deutsches Ärzteblatt (2026): *Notfall-Reform im Bundeskabinett beschlossen*. Meldung, 22.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [25] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026): *Warken bringt Primärversorgungssystem auf den Weg – Auftakt des Dialogprozesses*. Praxisnachricht, 29.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [26] Bundesregierung (2026): *Maßnahmen für stabile GKV-Beiträge – Update zur Finanzkommission Gesundheit (Empfehlungen vom 30.03.2026, weitere Strukturreform-Vorschläge bis Ende 2026 erwartet)*. Online-Beitrag, 15.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [27] Verordnung (EU) 2025/327 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2025 über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten (EHDS-VO). Amtsblatt der Europäischen Union L vom 05.03.2025; Inkrafttreten 26.03.2025; Anwendung gestaffelt ab 26.03.2027. Konsolidierte Information BMG: URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [28] Bundesministerium für Gesundheit (2026): *Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – GKV-BStabG)*. Stand 16.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [29] OECD (2025): *Health at a Glance 2025 – Germany Country Note*. OECD Publishing, Paris. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [30] Deutsches Ärzteblatt – ÄRZTESTELLEN (2022): *Der Nächste bitte: Arzt-Patienten-Kontakte im internationalen Vergleich*. OECD-Daten zu Arzt-Patienten-Kontakten. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [31] Bundeszentrale für politische Bildung (bpb): *Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens in den Niederlanden*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [32] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025): *State of Health in the EU – Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2025*. Brüssel/Paris. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [33] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023): *State of Health in the EU – Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2023*. Brüssel/Paris. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [34] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2024): *Gutachten 2024: Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource*. Bonn. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [35] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Pressemitteilung des BMG zur Übergabe. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [36] Deutscher Bundestag (2026): *Warken erläutert Sparpaket im Gesundheitsausschuss*. hib-Meldung, 15.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [37] Marburger Bund Bundesverband (2026): *GKV-Spargesetz grundlegend überarbeiten – Stellungnahme der Vorsitzenden Dr. Susanne Johna*. Pressemitteilung, 14.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [38] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026): *KBV-Vorstand: „Da passt nichts zusammen – Bundeskabinett beschließt Gesetz zur Notfallversorgung“*. Pressemitteilung, 23.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [39] evangelisch.de / epd (2026): *Verbände: Gesundheits-Sparpaket ist ungerecht und ungeeignet (Caritas, Marburger Bund, G-BA, BAG Selbsthilfe, ver.di, DEVAP)*. Meldung, 20.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [40] Verband der Ersatzkassen e. V. (2026): *Ulrike Elsner zum Sparpaket: Stabile Beiträge möglich – Refinanzierung Bürgergeld fehlt*. Pressemitteilung, 14.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [41] Deutsches Ärzteblatt (2026): *Bundesgesundheitsministerin Warken plant mit Einsparungen von 20 Milliarden Euro – Reaktionen vdek (Elsner), DAK (Storm), AOK-Bundesverband (Reimann), BKK Dachverband*. Meldung, 14.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [42] Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (2026): *Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG) – Stellungnahme*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [43] Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), insbesondere § 73b (hausarztzentrierte Versorgung) und § 140a (besondere Versorgung). URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [44] MEDIVERBUND AG (2026): *17 Jahre HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – Neue Studie belegt bessere Versorgung mit effizienterer Patientensteuerung*. Pressemitteilung, 30.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [45] rebmann research (2026): *HZV-Evaluation 2025: Qualitätsstarkes Primärarztsystem – Kerndaten Baden-Württemberg*. Online-Beitrag, 10.02.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [46] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzterverband Baden-Württemberg / Universitätsklinikum Heidelberg / Goethe-Universität Frankfurt am Main (2026): *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – Wissenschaftliche Broschüre 2025 (17 Jahre HZV)*. Stuttgart/Heidelberg/Frankfurt. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [47] Centers for Medicare & Medicaid Services (2025): *CMS Moves Closer to Accountable Care Goals with 2025 ACO Initiatives – Performance Year 2024 Results (476 ACOs, 11.2 million beneficiaries)*. Fact Sheet. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [48] Accountable for Health (2025): *Accountability Delivered in Medicare: Shared Savings Program Results from 2024*. Policy Brief, 05.12.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [49] Bleser WK et al. (2025): *Long-Term Spending of Accountable Care Organizations in the Medicare Shared Savings Program*. JAMA, 333(21):2025–2034. PMC-Volltext: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [50] Checkland K, McDermott I, Coleman A, et al. (2024): *Early evidence of the development of primary care networks in England: a rapid evaluation study*. Health and Social Care Delivery Research; NCBI Bookshelf NBK584507. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [51] Ligforschung Österreich (o. J.): *Ambulante Versorgung in den Niederlanden – Gatekeeper-Funktion und Arztkontakte*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [52] gematik GmbH (2024): *TI-Modellregionen um zwei weitere Jahre verlängert (bis März 2027)*. Pressemitteilung, Oktober 2024. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [53] gematik GmbH (2025): *Abschlussbericht der TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken zur ePA-Pilotierung 2025 (194 LEI / 43 Primärsysteme; wissenschaftliche Evaluation IGES Institut bis 07.07.2025)*. Berlin. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [54] Pharmazeutische Zeitung / gematik (2025): *Elektronische Patientenakte: Umfangreiche neue ePA-Funktionen ab 2026 – Spezifikationen Funktionserweiterung beschlossen (eMP, dgMP, Push, Volltextsuche, Datenausleitung an FDZ)*. Meldung, 11.09.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [55] MEDI Baden-Württemberg e. V. (2026): *Markterkundung TI-Modellregionen – Antwort der MEDI Baden-Württemberg e. V. (Hauptansprechpartner: Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik; Stellvertreter: Dr. Norbert Smetak; Technologiepartner: adesso SE)*. Stuttgart, 26.02.2026 (interne Vorlage; in diesem Papier sind ausschließlich die operativen Strukturelemente referenziert; das Preismodell bleibt vertraulich).
- [56] gematik GmbH (2026): *TI-Modellregionen: Digitale Gesundheit in Hamburg und Franken – Erfahrungen und Potenziale*. Themenseite. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026). --- **Anmerkungen:** - Kapitel 1 ist gegenüber der ursprünglichen Version um Faktor ~2 erweitert: substantielle Erläuterung des Reformfensters 2026/27, vertiefte Stakeholder-Aufstellung mit namentlichen Quellen, neuer Abschnitt 1.9 zur strukturellen Anschlussfähigkeit von MEDI Baden-Württemberg an die TI-Modellregionen-Strategie der gematik (auf Basis Ihrer Markterkundungs-Antwort, ohne Finanzaufgaben), Erweiterung auf zehn Empfehlungen, expliziter Abschnitt 1.11 mit methodischer Selbstbegrenzung. Quellenverzeichnis: 35 Endnoten. - Die TI-Modellregionen-Argumentation ist hier bewusst zunächst kurz angerissen; in Kapitel 10 (Digitale Steuerungsinfrastruktur) und Kapitel 14 (Baden-Württemberg-Referenzraum) wird sie ausführlich entfaltet, insbesondere mit Bezug auf die Erfahrungen der bestehenden Modellregionen und auf alle 17 Strukturelemente Ihrer Markterkundungs-Antwort.
- [57] Deutscher Bundestag (2025): *Höheres Darlehen für die Pflegeversicherung im Gesundheitsetat 2026 – 2. Lesung des Bundeshaushalts 2026*. Plenardebatte, 27.11.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [58] Bundesministerium für Gesundheit / Bundesregierung (2025): *Rede der Bundesministerin Nina Warken im Deutschen Bundestag, 27.11.2025 (Bundeshaushalt 2026, Einzelplan 15)*. Zusammenfassung in Bundestagsdokumentation, ebd.
- [59] Marburger Bund Niedersachsen (2025): *Marburger Bund warnt vor Bundestagsbeschluss – „kleines Sparpaket“ mit Kürzungen von rund 1,8 Milliarden Euro jährlich zulasten der Krankenhäuser*. Pressemitteilung, 05.11.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [60] Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (2025): *Stellungnahme zum „kleinen Sparpaket“ Herbst 2025*. Hannover. Zusammengefasst in Marburger Bund Niedersachsen, ebd.
- [61] Deutscher Bundestag (2026): *Bundestag beschließt Weiterentwicklung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)*. Plenardebatte und Beschluss vom 06.03.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [62] Bundesministerium für Gesundheit (2026): *Bundestag beschließt Krankenhausreformanpassungsgesetz – Statement der Bundesministerin*. Pressemitteilung, 06.03.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [63] Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (2026): *Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [64] FinanzKommission Gesundheit (FKG) (2026): *Bericht und Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit zur strukturellen Stabilisierung der GKV*. Berlin, 30.03.2026. Zusammengefasst und referenziert in Bundesregierung, Maßnahmen für stabile GKV-Beiträge, 15.04.2026.

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [65] Deutscher Bundestag (2026): *Warken erläutert Sparpaket im Gesundheitsausschuss*. hib-Meldung, 15.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [66] Bundesregierung (2026): *Maßnahmen für stabile GKV-Beiträge – Update zur FinanzKommission Gesundheit, weitere Strukturreform-Vorschläge bis Ende 2026 erwartet*. Online-Beitrag, 15.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [67] APOTHEKE ADHOC (2026): *Kabinett beschließt GKV-Spargesetz – Pressestatements von Bundeskanzler Friedrich Merz und Bundesgesundheitsministerin Nina Warken*. Meldung, 29.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [68] Deutsches Ärzteblatt (2026): *Bundesgesundheitsministerin Warken plant mit Einsparungen von 20 Milliarden Euro*. Meldung, 14.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [69] Bundesministerium für Gesundheit (2026): *Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – GKV-BStabG)*. Stand 16.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [70] t-online (2026): *Noch Änderungen an Gesundheitsreform möglich – Beitragszuschlag 3,5 Prozent für beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern ab 2028*. Meldung, 20.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [71] Bundesministerium für Gesundheit (2026): *Bundestag beschließt Krankenhausreformenpassungsgesetz – Pflegebudget und Pflegepersonaluntergrenzen*. Pressemitteilung vom 06.03.2026, ebd.
- [72] Apotheken Umschau (2026): *Hintergrund zum Vermittlungsverfahren beim „kleinen Sparpaket“ Herbst 2025*. Meldung. Zusammenfassung in der Pressekonferenz Warken am 14.04.2026.
- [73] Marburger Bund Bundesverband (2026): *GKV-Spargesetz grundlegend überarbeiten – Stellungnahme der Vorsitzenden Dr. Susanne Johna*. Pressemitteilung, 14.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [74] Deutsches Ärzteblatt (2026): *Notfall-Reform im Bundeskabinett beschlossen – Reaktionen Linke (Stella Merendino), AOK (Reimann), SPD (Schmidt)*. Meldung, 22.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [75] heise online (2026): *Notfallreform: Mehr Effizienz mithilfe digitaler Vernetzung geplant – Sondervermögen 225 Mio. Euro über 5 Jahre, prognostizierte Einsparung 1,2 Mrd. Euro direkt + 1 Mrd. Euro indirekt*. Meldung, 23.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [76] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026): *KBV-Vorstand: „Da passt nichts zusammen – Bundeskabinett beschließt Gesetz zur Notfallversorgung“*. Pressemitteilung, 23.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [77] Deutscher Bundestag (2025): *BMG: Regelung zum Primärarztsystem kommt erst 2026 – Petitionsausschuss zur HZV-Petition Hausärzterverband (~500.000 Unterzeichner)*. hib-Meldung, 13.10.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [78] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026): *Warken bringt Primärversorgungssystem auf den Weg – Auftakt des Dialogprozesses*. Praxisnachricht, 29.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [79] ad-hoc-news / Verbraucherzentrale Bundesverband (2026): *eMedikationsplan: Start verschoben auf Oktober 2026 – ePA-Nutzung bei rund 3,6 Prozent*. Meldung, 21.02.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [80] Pharmazeutische Zeitung / gematik (2025): *Elektronische Patientenakte: Umfangreiche neue ePA-Funktionen ab 2026 (eMP, dgMP, Push, Volltextsuche, Datenausleitung)*. Meldung, 11.09.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [81] Bundesministerium für Gesundheit (o. J.): *Europäischer Gesundheitsdatenraum (EHDS) – Themenseite und Stand der Umsetzung*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [82] Deutsche Krankenhausgesellschaft (2026): *Stellungnahmen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und zum Krankenhausreformenpassungsgesetz*. Berlin. Verschiedene Pressekonferenzen 14./20./29.04.2026.
- [83] evangelisch.de / epd (2026): *Verbände: Gesundheits-Sparpaket ist ungerecht und ungeeignet (Caritas, Marburger Bund, G-BA, BAG Selbsthilfe, ver.di, DEVAP)*. Meldung, 20.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [84] Verband der Ersatzkassen e. V. (2026): *Ulrike Elsner zum Sparpaket: Stabile Beiträge möglich – Refinanzierung Bürgergeld fehlt*. Pressemitteilung, 14.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [85] AOK-Bundesverband (2026): *Stellungnahme der Vorstandsvorsitzenden Dr. Carola Reimann zur Notfallreform und zum GKV-BStabG*. Berlin, April 2026. Zusammengefasst in Deutsches Ärzteblatt, ebd. (Quelle 18).
- [86] BKK Dachverband (2026): *Stellungnahme zur Notfallreform und zum GKV-BStabG (PDF)*. Berlin. Zusammengefasst in heise online, ebd. (Quelle 19).
- [87] GKV-Spitzenverband (2026): *Pressestatement zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – Warnung vor Verwässerung im parlamentarischen Verfahren*. Berlin, April 2026. Zusammengefasst in t-online, ebd. (Quelle 14). ---
- [88] Williamson, O. E. (1985): *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. New York: Free Press. – Williamson, O. E. (2010): *Transaction Cost Economics: The Natural Progression*. American Economic Review, 100(3): 673–690.
- [89] Ostrom, E. (1990): *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*. Cambridge University Press. – Mintzberg, H. (1979): *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [90] Berwick, D. M., Nolan, T. W., Whittington, J. (2008): *The Triple Aim: Care, Health, and Cost*. Health Affairs, 27(3): 759–769. – Bodenheimer, T., Sinsky, C. (2014): *From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider*. Annals of Family Medicine, 12(6): 573–576.
- [91] Roemer, M. I. (1961): *Bed Supply and Hospital Utilization: A Natural Experiment*. Hospitals, 35: 36–42. – Wennberg, J. E. (2010): *Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care*. Oxford University Press.
- [92] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025): *State of Health in the EU – Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2025*. Brüssel/Paris. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [93] Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e. V. (2026): *Stellungnahme zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz*. Düsseldorf. Zusammenfassung in evangelisch.de / epd, 20.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [94] Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP) (2026): *Warnung vor hohem wirtschaftlichem Druck für Pflegeeinrichtungen bei einnahmenorientierter Ausgabenpolitik*. Berlin, April 2026. Zusammenfassung in evangelisch.de / epd, ebd.
- [95] MEDIVERBUND AG (2026): *17 Jahre HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – Neue Studie belegt bessere Versorgung mit effizienterer Patientensteuerung*. Pressemitteilung, 30.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [96] Evans, R. G. (1974): *Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications*. In: Perlman, M. (Hrsg.): *The Economics of Health and Medical Care*. London: Macmillan. – Fisher, E. S., Bynum, J. P., Skinner, J. S. (2009): *Slowing the Growth of Health Care Costs: Lessons from Regional Variation*. New England Journal of Medicine, 360: 849–852.
- [97] OECD (2025): *Health at a Glance 2025 – Germany Country Note*. OECD Publishing, Paris. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [98] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025): *State of Health in the EU – Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2025*. Brüssel/Paris. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [99] rebmann research (2026): *HZV-Evaluation 2025: Qualitätsstarkes Primärarztsystem – Kerndaten Baden-Württemberg*. Online-Beitrag, 10.02.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [100] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2024): *Gutachten 2024: Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource*. Bonn. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [101] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Pressemitteilung des BMG zur Übergabe. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [102] Williamson, O. E. (2010): *Transaction Cost Economics: The Natural Progression*. (Nobel Memorial Prize Lecture 2009.) American Economic Review, 100(3): 673–690.
- [103] Bundesregierung (2025/2026): *Übersicht der historischen Entwicklung der GKV-Beitragssätze*. Pressemitteilungen 27.11.2025 und 15.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026); [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [104] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg / Universitätsklinikum Heidelberg (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung) / Goethe-Universität Frankfurt am Main (Institut für Allgemeinmedizin) (2026): *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – Wissenschaftliche Broschüre 2025 (17 Jahre HZV)*. Stuttgart/Heidelberg/Frankfurt. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [105] Centers for Medicare & Medicaid Services (2025): *CMS Moves Closer to Accountable Care Goals with 2025 ACO Initiatives – Performance Year 2024 Results (476 ACOs, 11.2 million beneficiaries)*. Fact Sheet. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [106] Accountable for Health (2025): *Accountability Delivered in Medicare: Shared Savings Program Results from 2024*. Policy Brief, 05.12.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [107] Bleser, W. K. et al. (2025): *Long-Term Spending of Accountable Care Organizations in the Medicare Shared Savings Program*. JAMA, 333(21): 2025–2034. PMC-Volltext: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [108] Buchanan, J. M., Tullock, G. (1962): *The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy*. Ann Arbor: University of Michigan Press. – Buchanan, J. M. (1987): *The Constitution of Economic Policy*. American Economic Review, 77(3): 243–250.
- [109] Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), insbesondere § 73b (hausarztzentrierte Versorgung) und § 140a (besondere Versorgung). URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [110] Goethe-Universität Frankfurt am Main – Institut für Allgemeinmedizin (2024/2025): *HZV-Evaluation Berichtsjahre 2021–2022, Teil 2A und Teil 2B*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [111] Porter, M. E., Lee, T. H. (2013): *The Strategy That Will Fix Health Care*. Harvard Business Review, 91(10): 50–70. – Porter, M. E. (2010): *What Is Value in Health Care?* New England Journal of Medicine, 363(26): 2477–2481. ---
- [112] Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), insbesondere §§ 11, 70 ff., 77 ff., 92, 135 ff. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026). – Bundesministerium für Gesundheit (o. J.): *Begriffe von A–Z*:

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- Gemeinsamer Bundesausschuss; Bewertungsausschuss; Risikostrukturausgleich.* URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [113] Bundesministerium für Gesundheit / GKV-Spitzenverband / Statistisches Bundesamt (2025/2026): *Strukturzahlen des deutschen Gesundheitswesens: Krankenkassen, Vertragsärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Psychotherapeuten.* Konsolidierte Übersicht 2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [114] Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, insbesondere Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 (Sozialversicherungsrecht). URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [115] Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG); Heilberufekammergesetze der Länder; Rettungsdienstgesetze der Länder. – Beispielsweise Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (2025/2026): *Umsetzung der Krankenhausreform in Bayern.* URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [116] Bundesministerium für Gesundheit (2026): *Bundestag beschließt Krankenhausreformenpassungsgesetz – Statement der Bundesministerin.* Pressemitteilung, 06.03.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [117] Deutsches Ärzteblatt (2026): *Notfall-Reform im Bundeskabinett beschlossen.* Meldung, 22.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [118] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026): *KBV-Vorstand: „Da passt nichts zusammen – Bundeskabinett beschließt Gesetz zur Notfallversorgung“.* Pressemitteilung, 23.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [119] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzterverband Baden-Württemberg / Universitätsklinikum Heidelberg / Goethe-Universität Frankfurt am Main (2026): *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – Wissenschaftliche Broschüre 2025 (17 Jahre HZV).* Stuttgart/Heidelberg/Frankfurt. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [120] AOK Bundesverband (o. J.): *Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) – Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV).* URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [121] MEDIVERBUND AG (2026): *17 Jahre HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – Neue Studie belegt bessere Versorgung mit effizienterer Patientensteuerung.* Pressemitteilung, 30.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [122] Bleser, W. K. et al. (2025): *Long-Term Spending of Accountable Care Organizations in the Medicare Shared Savings Program.* JAMA, 333(21): 2025–2034. PMC: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [123] Checkland, K., McDermott, I., Coleman, A., et al. (2024): *Early evidence of the development of primary care networks in England: a rapid evaluation study.* Health and Social Care Delivery Research; NCBI Bookshelf NBK584507. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [124] gematik GmbH (2025): *Abschlussbericht der TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken zur ePA-Pilotierung 2025 (194 LEI / 43 Primärsysteme).* Berlin. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [125] gematik GmbH (o. J.): *Telematikinfrastruktur – TI-Anwendungen und TI 2.0.* URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [126] zm-online (2025): *Das ändert sich im Bereich der TI ab 2025 – ePA-Rollout, KIM 1.5.x, TI-Messenger, TI-Gateway, Gesundheits-ID.* Meldung, März 2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [127] ad-hoc-news / Verbraucherzentrale Bundesverband (2026): *eMedikationsplan: Start verschoben auf Oktober 2026 – ePA-Nutzung bei rund 3,6 Prozent.* Meldung, 21.02.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [128] Verbandsbüro (2026): *Elektronische Patientenakte (ePA): Start 2026 stockt in Kliniken – 43 Prozent erwarten flächendeckende Nutzung erst ab Q3 2026.* Meldung, 25.03.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [129] Verordnung (EU) 2025/327 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2025 über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten (EHDS-VO). Amtsblatt der Europäischen Union L vom 05.03.2025. Konsolidierte Information BMG: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [130] Europäische Kommission (2025): *Verordnung über den Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) – Umsetzungszeitplan, Durchführungsrechtsakte, MyHealth@EU, HealthData@EU.* URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [131] OECD (2025): *Health at a Glance 2025 – Germany Country Note: Patientenzufriedenheit und Zugang zur Versorgung.* OECD Publishing, Paris. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [132] Bundesärztekammer / KBV (laufend): *Praxispanel und Erhebungen zur Wochenarbeitszeit und Bürokratielast in der ambulanten Versorgung. – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2024): Gutachten 2024: Fachkräfte im Gesundheitswesen.* URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [133] Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG), in Kraft seit März 2024. – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (o. J.): *Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ).* URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [134] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025): *State of Health in the EU – Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2025.* Brüssel/Paris. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [135] Kardiologie im Kiez / BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung / Bertelsmann Stiftung (2025): *Zukunftsperspektiven für die hausärztliche Versorgung – rund 5.000 unbesetzte Hausarztstühle; bis 2040 weitere 1.300*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026). ---
- [136] Bundesministerium für Gesundheit (2025/2026): *Übersicht: Reformvorhaben 2025/2026 (FKG, KHAG, Notfallreform, Primärversorgungssystem, GKV-BStabG)*. Berlin. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [137] Bundesregierung (2026): *Maßnahmen für stabile GKV-Beiträge – Update zur Finanzkommission Gesundheit (Vorsitz Prof. Friedrich Breyer / Prof. Jürgen Wasem; Empfehlungen vom 30.03.2026)*. Online-Beitrag, 15.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [138] APOTHEKE ADHOC (2026): *Kabinett beschließt GKV-Spargesetz – Pressestatements von Bundeskanzler Friedrich Merz und Bundesgesundheitsministerin Nina Warken*. Meldung, 29.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [139] Marburger Bund Niedersachsen (2025): *Marburger Bund warnt vor Bundestagsbeschluss – „kleines Sparpaket“ mit Kürzungen von rund 1,8 Milliarden Euro jährlich zulasten der Krankenhäuser*. Pressemitteilung, 05.11.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [140] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (o. J.): *Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [141] gematik GmbH (o. J.): *Gesellschafterstruktur und Mitwirkung der Gesellschafter (BMG, GKV-SV, KBV, KZBV, BÄK, BptK, DKG, ABDA, PKV-Verband)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [142] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026): *KBV-Vorstand: „Da passt nichts zusammen – Bundeskabinett beschließt Gesetz zur Notfallversorgung“*. Pressemitteilung, 23.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [143] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026): *Warken bringt Primärversorgungssystem auf den Weg – Auftakt des Dialogprozesses (29.01.2026)*. Praxisnachricht. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [144] Marburger Bund Bundesverband (2026): *GKV-Spargesetz grundlegend überarbeiten – Stellungnahme der Vorsitzenden Dr. Susanne Johna*. Pressemitteilung, 14.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [145] Deutscher Bundestag (2025): *BMG-Stellungnahme zur Petition des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands (~500.000 Unterzeichner)*. hib-Meldung, 13.10.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [146] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg / Universitätsklinikum Heidelberg / Goethe-Universität Frankfurt am Main (2026): *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – Wissenschaftliche Broschüre 2025 (17 Jahre HZV; 13 fachärztliche Disziplinen integriert)*. Stuttgart/Heidelberg/Frankfurt. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [147] Deutsche Krankenhausgesellschaft (2026): *Stellungnahmen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und zum Krankenhausreformenpassungsgesetz*. Berlin, April 2026.
- [148] evangelisch.de / epd (2026): *Verbände: Gesundheits-Sparpaket ist ungerecht und ungeeignet (Caritas, Marburger Bund, G-BA, BAG Selbsthilfe, ver.di, DEVAP)*. Meldung, 20.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [149] GKV-Spitzenverband (2026): *Pressestatement zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – Warnung vor Verwässerung im parlamentarischen Verfahren*. Berlin, April 2026.
- [150] AOK Baden-Württemberg (o. J.): *HausarztProgramm und FacharztProgramm – Vertragsstruktur und Versicherungszahl*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [151] Verband der Ersatzkassen e. V. (2026): *Ulrike Elsner zum Sparpaket: Stabile Beiträge möglich – Refinanzierung Bürgergeld fehlt*. Pressemitteilung, 14.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [152] BKK Dachverband (2026): *Stellungnahme zur Notfallreform und zum GKV-BStabG*. Berlin, April 2026. Zusammengefasst in heise online: *Notfallreform: Mehr Effizienz mithilfe digitaler Vernetzung geplant*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [153] Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (2026): *Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [154] ad-hoc-news / Verbraucherzentrale Bundesverband (2026): *eMedikationsplan: Start verschoben auf Oktober 2026 – ePA-Nutzung bei rund 3,6 Prozent*. Meldung, 21.02.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [155] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018, 2024): *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung (2018) und Fachkräfte im Gesundheitswesen (2024)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [156] Goethe-Universität Frankfurt am Main – Institut für Allgemeinmedizin (2024/2025): *HZV-Evaluation Berichtsjahre 2021–2022, Teil 2A und Teil 2B*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [157] gematik GmbH (2025): *Abschlussbericht der TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken zur ePA-Pilotierung 2025 (wissenschaftliche Evaluation IGES Institut bis 07.07.2025)*. Berlin. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [158] MEDI Baden-Württemberg e. V. (2026): *Markterkundung TI-Modellregionen – Antwort der MEDI Baden-Württemberg e. V. (Hauptansprechpartner: Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik; Stellvertreter: Dr. Norbert Smetak; Technologiepartner: adesso SE)*. Stuttgart, 26.02.2026 (interne Vorlage). ---
- [159] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg / Universitätsklinikum Heidelberg (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung) / Goethe-Universität Frankfurt am Main (Institut für Allgemeinmedizin) (2026): *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – Wissenschaftliche Broschüre 2025 (17 Jahre HZV)*. Stuttgart/Heidelberg/Frankfurt. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [160] Goethe-Universität Frankfurt am Main – Institut für Allgemeinmedizin (2024/2025): *HZV-Evaluation Berichtsjahre 2021–2022, Teil 2A und Teil 2B (Pandemie-Resilienz)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [161] rebmann research (2026): *HZV-Evaluation 2025: Qualitätsstarkes Primärarztsystem – Kerndaten Baden-Württemberg*. Online-Beitrag, 10.02.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [162] MEDIVERBUND AG (2026): *17 Jahre HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – Neue Studie belegt bessere Versorgung mit effizienterer Patientensteuerung*. Pressemitteilung, 30.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [163] AOK Baden-Württemberg (o. J.): *HausarztProgramm – Funktionsweise, Patientenperspektive und Versichertenanzahl*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [164] AOK Baden-Württemberg (o. J.): *FacharztProgramm – Übersicht der teilnehmenden Disziplinen*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [165] Williamson, O. E. (1985): *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. New York: Free Press. – Williamson, O. E. (2010): *Transaction Cost Economics: The Natural Progression*. American Economic Review, 100(3): 673–690 (Nobel Memorial Prize Lecture).
- [166] Bayerische TelemedAllianz GmbH (o. J.): *Innovationsfonds- und Digitalprojekte mit MEDI- und Praxisnetz-Beteiligung*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [167] MEDI Baden-Württemberg e. V. (2026): *Markterkundung TI-Modellregionen – Antwort der MEDI Baden-Württemberg e. V. (Hauptansprechpartner: Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik; Stellvertreter: Dr. Norbert Smetak; Technologiepartner: adesso SE)*. Stuttgart, 26.02.2026 (interne Vorlage).
- [168] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg / Universitätsklinikum Heidelberg / Goethe-Universität Frankfurt am Main (2026): *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – Methodischer Anhang zur wissenschaftlichen Broschüre 2025*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026). ---
- [169] Deutscher Bundestag (2026): *Bundestag beschließt Weiterentwicklung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)*. Plenardebatte und Beschluss vom 06.03.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [170] Bundesministerium für Gesundheit (2026): *Bundestag beschließt Krankenhausreformanpassungsgesetz – Statement der Bundesministerin*. Pressemitteilung, 06.03.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [171] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025): *State of Health in the EU – Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2025*. Brüssel/Paris. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [172] Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (2026): *Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [173] Bertelsmann Stiftung / BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (2025): *Zukunftsperspektiven für die hausärztliche Versorgung – rund 5.000 unbesetzte Hausarztsitze, bis 2040 weitere 1.300*. Zusammengefasst in Kardiologie im Kiez (2025): *Primärarztsystem 2026: Chancen und Risiken*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [174] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg / Universitätsklinikum Heidelberg / Goethe-Universität Frankfurt am Main (2026): *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – Wissenschaftliche Broschüre 2025 (17 Jahre HZV)*. Stuttgart/Heidelberg/Frankfurt. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [175] ad-hoc-news / Verbraucherzentrale Bundesverband (2026): *eMedikationsplan: Start verschoben auf Oktober 2026 – ePA-Nutzung bei rund 3,6 Prozent*. Meldung, 21.02.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [176] Verbandsbüro (2026): *Elektronische Patientenakte (ePA): Start 2026 stockt in Kliniken – 43 Prozent erwarten flächendeckende Nutzung erst ab Q3 2026*. Meldung, 25.03.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [177] MEDIVERBUND AG (2026): *17 Jahre HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – Neue Studie belegt bessere Versorgung mit effizienterer Patientensteuerung*. Pressemitteilung, 30.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [178] gematik GmbH (2025): *Abschlussbericht der TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken zur ePA-Pilotierung 2025 (TI-Messenger, KIM, ePA, eRezept)*. Berlin. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

- [179] AOK Bundesverband (o. J.): *Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) – Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [180] Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (2025/2026): *Umsetzung der Krankenhausreform in Bayern*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026). ---
- [181] Bundesministerium für Gesundheit (2026): *Bundeskabinett beschließt Notfallreform*. Pressemitteilung, 22.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [182] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026): *Warken bringt Primärversorgungssystem auf den Weg – Auftakt des Dialogprozesses (28./29.01.2026)*. Praxisnachricht, 29.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [183] Verbandsbüro / Rheinisches Ärzteblatt (2026): *Hartmannbund-Kritik an Notfallreform – 12,4 Millionen ambulante Notfälle in deutschen Krankenhäusern 2024*. Meldung, 23.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [184] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) (2025): *88 Prozent der Patientinnen und Patienten in Notaufnahmen sehen sich selbst als „dringlich“ oder „Notfall“ – Zi-Studie zur Notfall-Selbstvorstellung in Bayern*. Medieninformation, 25.11.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [185] Pin M, Möckel M, Boczor S, et al. (2024): *Motives of patients presenting independently at the emergency department – a prospective monocentric observational study*. Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin (PMC11461550). URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [186] GKV-Spitzenverband (2018): *Ohne Not in die Notaufnahme – mehr als jeder Zweite könnte ambulant in einer Praxis behandelt werden*. Pressemitteilung. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [187] Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) / Gries A, et al. (2022): *Patienteneinweisungen und Ressourcen in Zentralen Notaufnahmen – jeder sechste Selbsteinweiser stationär behandelt*. Pressemitteilung. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [188] Hartmannbund (2026): *Stellungnahme zur Notfallreform – Dr. Klaus Reinhardt zum Kabinettsbeschluss*. Zusammengefasst in Verbandsbüro, 23.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [189] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2025/2026): *Stellungnahme zum Notfallgesetz; Dr. Stephan Hofmeister im Interview*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [190] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026): *KBV-Vorstand: „Wenig Neues zur Notfallreform“ – Erste Reaktion auf Referentenentwurf*. Pressemitteilung. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [191] Bundesministerium für Gesundheit (2026): *Fragen und Antworten zur Reform der Notfallversorgung*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [192] Bundesministerium für Gesundheit (2026): *Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – Kabinettsfassung*. Berlin, 22.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [193] CDU/CSU/SPD (2025): *Koalitionsvertrag 20. Wahlperiode – Gesundheitspolitische Vereinbarungen, Primärarztsystem*. Berlin, Frühjahr 2025.
- [194] Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2025): *Petition zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung – über 600.000 Unterzeichner*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [195] Deutscher Bundestag (2025): *BMG: Regelung zum Primärarztsystem kommt erst 2026 – Petitionsausschuss-Sitzung mit Tino Sorge, MdB*. hib-Meldung, 13.10.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [196] Deutscher Bundestag (2025): *Öffentliche Sitzung des Petitionsausschusses zur HZV-Petition*. Pressemitteilung, 13.10.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [197] Monitor Versorgungsforschung (2025): *Primärarztsysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen? Vergleichende Analyse von 9 europäischen Gesundheitssystemen plus Israel*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [198] Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2025): *HZV durchbricht 10-Millionen-Marke*. Pressemitteilung, 09.05.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [199] Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg (2025): *Civey-Umfrage September 2025: 63 Prozent der Bundesbürger wären bereit, an einem Hausarztprogramm teilzunehmen*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [200] Bundesverband der HNO-Ärzte (2025): *Einführung einer Primärarztversorgung – Gatekeeper-Modell mit hohen Risiken*. Positionspapier. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [201] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) / Sundmacher L et al. (2025): *Implikationen eines Primärarztsystems in Deutschland*. Bundesweite Analyse vertragsärztlicher Abrechnungsdaten 2023. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [202] Deutsches Ärzteblatt (2024/2026): *Viel Kritik an geplanter Notfallreform – Stellungnahmen KBV, MB, vdek, SpiFa, Katholischer Krankenhausverband*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [203] Marburger Bund / Kassenärztliche Bundesvereinigung / Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2017/2024): *Gemeinsames Positionspapier zur Reform der Notfallversorgung*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [204] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2026): *Dr. Stephan Hofmeister im Interview zum Referentenentwurf der Notfallreform*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [205] AOK-Bundesverband (2026): *Stellungnahme der Vorstandsvorsitzenden Dr. Carola Reimann zur Notfallreform*. Berlin, April 2026. Zusammengefasst in Deutsches Ärzteblatt, 22.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [206] Marburger Bund Bundesverband (2025/2026): *Marburger Bund sieht Nachbesserungsbedarf bei Notfallreform – Stellungnahme von Dr. Susanne Johna*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [207] Deutsches Ärzteblatt (2026): *Kritik an geplanter Notfallreform reißt nicht ab – KBV-Vorstand bezeichnet Entwurf als „ministerielle Wunschfantasien“*. Meldung, 23.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [208] Velasco-Garrido M, Busse R et al. (2009): *Macht der Hausarzt als Lotse die Gesundheitsversorgung – Systematischer Review im Auftrag des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*. In: *Gesundheitswesen*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [209] Wilms HU, Mosebach K (2004 ff.): *Ländervergleich Deutschland/Niederlande: Der Hausarzt als Gatekeeper*. Deutsches Ärzteblatt, Archiv 43510. WHO-Studie zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen in der primärärztlichen Versorgung. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [210] Borchers U et al. (2009): *Hausarztzentrierte Versorgung in Deutschland – Der Hausarzt als Lotse, Postalische Befragung*. In: *Gesundheitswesen*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [211] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg / Universitätsklinikum Heidelberg / Goethe-Universität Frankfurt am Main (2026): *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – Wissenschaftliche Broschüre 2025 (17 Jahre HZV)*. Stuttgart/Heidelberg/Frankfurt. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [212] MEDIVERBUND AG (2026): *17 Jahre HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – Neue Studie belegt bessere Versorgung mit effizienterer Patientensteuerung*. Pressemitteilung, 30.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [213] AOK Baden-Württemberg (o. J.): *FacharztProgramm – Übersicht der teilnehmenden Disziplinen (13 Fachgebiete)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [214] INNO3 (2025): *Nachbericht 2. TI-Messenger-Summit – Erfahrungen aus den TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken (Sebastian Hilke / Bayern Innovativ; Monika Schindler / KV Bayern)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [215] gematik GmbH (2025): *Abschlussbericht der TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken zur ePA-Pilotierung 2025 – wissenschaftliche Evaluation IGES Institut bis 07.07.2025*. Berlin. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [216] MEDI Baden-Württemberg e. V. (2026): *Markterkundung TI-Modellregionen – Antwort der MEDI Baden-Württemberg e. V. (Hauptansprechpartner: Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik; Stellvertreter: Dr. Norbert Smetak; Technologiepartner: adesso SE)*. Stuttgart, 26.02.2026 (interne Vorlage; in diesem Papier sind ausschließlich die operativen Strukturelemente referenziert; das Preismodell bleibt vertraulich). ---
- [217] Deutsches Ärzteblatt (2024): *Medizinische Versorgung: Chance Ambulantisierung – Tonsillektomien, Kataraktchirurgie im OECD-Vergleich*. Archiv-Beitrag. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [218] AOK NordWest (2023): *Viel Potenzial zur Ambulantisierung – Internationaler Vergleich Hernienoperationen Deutschland/Dänemark 2018*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [219] Wisniowski N, Rettig P, Kurscheid C (2025): *Ambulantisierung im Reformstau: Zwischen Potenzial und strukturellen Hürden – OECD 2023, IGES 2022*. MWV Berlin. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [220] Pioch C, Busse R, Mansky T, Nimptsch U (2025): *The potential for performing procedures on an outpatient rather than inpatient basis: A nationwide analysis of hospital discharge data in Germany for the year 2022*. Deutsches Ärzteblatt International, 122: 151–155. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0012. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [221] Pioch C et al. (2023): *IGES-Gutachten 2022 und TU Berlin-Auswertung – 15,7 Mio. potenziell ambulantisierbare Fälle (19,3 Prozent aller vollstationären Behandlungsfälle)*. Zitiert in Wisniowski et al. 2025, MWV Berlin. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [222] Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDo) (2025): *Transformation der Krankenhausversorgung durch Hebung der Ambulantisierungspotenziale – Analyse für 21 fallzahlstärkste Krankenhaus-Leistungsgruppen*. Berlin, 02.12.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026); zusammengefasst in: AOK-Bundesverband, Pressemitteilung, 02.12.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [223] Springer Nature (2024): *Entwicklung der Ambulantisierung – OECD-Vergleichsdaten Cholezystektomien Deutschland/UK/Dänemark*. In: *Pflege- und Gesundheitsberichterstattung*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [224] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) / Eckhardt H (2022): *Ambulantes Operieren im internationalen Vergleich – Identifizierung von Leistungen, die in OECD-Ländern als sektorengleich definiert sind*. Vortrag, OECD Health Statistics 2022. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [225] Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J.): *Ambulantes Operieren – AOP-Katalog und IGES-Gutachten 2022 (rund 2.500 OPS-Kodes als ambulantisierbar identifiziert)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [226] Reimbursement Institute (2025): *AOP-Vertrag Stand 2025 – Umsetzung der IGES-Empfehlungen 2023: 8,5 Prozent; 2024: 14 Prozent; 2025: nur eine zusätzliche Leistung*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [227] GKV-Spitzenverband (2025/2026): *Ambulantes Operieren am Krankenhaus – AOP-Vertrag 2026 vom 17.12.2025; Erweiterung um OPS-Kode 5-569.62; Anpassung an OPS-Katalog 2026*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [228] AOK Gesundheitspartner (2025/2026): *Ambulantes Operieren – AOP-Vertrag 2026, Anlagen, Kontextfaktoren, Frakturzuschläge*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [229] PVS Südwest (2026): *Hybrid-DRG 2026: Definition, Abrechnung und Praxisleitfaden – 180.000 identifizierte Hybrid-DRG-Fälle in 2025; 69 Hybrid-DRG, 904 OPS-Kodes für 2026*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [230] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2025): *Hybrid-DRG für 2026 stehen fest: Das sind die Neuerungen – Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses vom 11.11.2025*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026); ergänzt durch: KBV, *Hybrid-DRG – spezielle sektorengleiche Vergütung*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [231] medconweb (2025): *Hybrid-DRG 2026: Deutlich erweiterter Leistungskatalog und neue Eingriffe für ambulantes Operieren – Schlichterbeschluss des erweiterten Bewertungsausschusses*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [232] KV Baden-Württemberg (2025): *Hybrid-DRG 2026: Neuerungen und Wiederaufnahme von Leistungen für Kinder und Menschen mit Behinderungen ab 2027*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [233] Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) (2025): *Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs – Die geplante Erweiterung ab 2026; gesetzliche Zielmarke 1 Mio. Eingriffe bis 2026, 2 Mio. bis 2030*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [234] PVS Südwest (2026): *Hybrid-DRG 2025: 180.000 identifizierte Fälle*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [235] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg / Universitätsklinikum Heidelberg / Goethe-Universität Frankfurt am Main (2026): *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – Wissenschaftliche Broschüre 2025 (17 Jahre HZV; 13 fachärztliche Disziplinen integriert)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [236] gematik GmbH (2025): *Abschlussbericht der TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken zur ePA-Pilotierung 2025 (194 LEI / 43 Primärsysteme)*. Berlin. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [237] MEDIVERBUND AG (2026): *17 Jahre HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – Effekte VERAH-Praxen: 4,0 Prozent Reduktion potenziell vermeidbarer Krankenhausaufnahmen, 4,7 Prozent niedrigere Arzneimittelkosten*. Pressemitteilung, 30.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [238] Bundesministerium für Gesundheit (2026): *Fragen und Antworten zur Reform der Notfallversorgung – INZ für Kinder und Jugendliche, telemedizinische Konsile*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [239] Deutsche Krankenhausgesellschaft / Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2025): *Bericht zum Kosten- und Erlösvergleich von Leistungen gem. § 115b SGB V im Krankenhaus – empirische Datenerhebung mit 45 Krankenhäusern*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).---
- [240] Bertelsmann Stiftung (2018): *#SmarHealthSystems – Internationale Vergleichsstudie zur Digitalisierung im Gesundheitswesen*. Forschungsgesellschaft empirica, Bonn. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [241] Deutsches Ärzteblatt (2019): *Digital Health: Deutschland auf vorletztem Platz im Ländervergleich*. Meldung, 22.01.2019. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [242] Kooperation International (2019): *Internationale Vergleichsstudie zur Digitalisierung im Gesundheitswesen – Spitzengruppe Estland, Kanada, Dänemark, Israel, Spanien*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [243] McKinsey & Company (2024): *E-Health Monitor 2023/24 – Digitalisierungsgrad TI-Anschluss 99 Prozent Apotheken, 98 Prozent Praxen; 69 Prozent technische Probleme wöchentlich/täglich*. Pressemitteilung, 24.01.2024. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [244] ad-hoc-news / Verbraucherzentrale Bundesverband (2026): *eMedikationsplan: Start verschoben auf Oktober 2026 – ePA-Nutzung bei rund 3,6 Prozent*. Meldung, 21.02.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [245] Verbandsbüro (2026): *Elektronische Patientenakte (ePA): Start 2026 stockt in Kliniken – 43 Prozent erwarten flächendeckende Nutzung erst ab Q3 2026*. Meldung, 25.03.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [246] McKinsey & Company / Bundesverband Managed Care e. V. (2022): *Digitalisierung im Gesundheitswesen: die 42-Milliarden-Euro-Chance für Deutschland*. Düsseldorf, Mai 2022. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026); ergänzendes PDF: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [247] kma Online (2022): *Digitalisierung: 42 Milliarden Euro-Einsparpotenzial im Gesundheitswesen?* Meldung, 25.05.2022. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [248] McKinsey & Company (2024): *Studie: Apps auf Rezept werden häufiger verschrieben – aber Digitalisierung im Gesundheitswesen geht nur stockend voran*. E-Health Monitor. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [249] gematik GmbH (o. J.): *TI 2.0 – Zukunft der digitalen Gesundheitsanwendungen: Zero-Trust-Architektur, PoPP, VSDM 2.0*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [250] gematik GmbH (2026): *OneRoadmap-Produkte 2026-Q1, Datenstand 26.02.2026*. Fachportal. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [251] gematik GmbH (2026): *ECC Testwochen Q2/2026 in der Referenzumgebung – 27. April bis 31. Mai 2026*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [252] gematik GmbH (2026): *TI-Atlas 2025: Zentrale Ergebnisse zur Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland – ePA, E-Rezept, Pflege*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [253] gematik GmbH (2025): *ePA für alle – Verfügbarkeit seit 29.04.2025, verpflichtende Nutzung ab 01.10.2025*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [254] Deutsche Apotheker Zeitung / gematik (2026): *ePA, E-Rezept und mehr: Was kommt 2026? Roadmap-Übersicht*. Meldung, 06.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [255] Pharmazeutische Zeitung / gematik (2025): *Elektronische Patientenakte: Umfangreiche neue ePA-Funktionen ab 2026 – Spezifikationen Funktionserweiterung beschlossen (eMP, dgMP, Push, Volltextsuche, Datenausleitung an FDZ)*. Meldung, 11.09.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [256] BfArM (2026): *Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – Wissenswertes; verpflichtende TI-Bestätigung mit ePA-Schreibanbindung und GesundheitsID-Authentisierung ab 31.01.2026*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [257] heise online (2026): *Notfallreform: Mehr Effizienz mithilfe digitaler Vernetzung geplant – Sondervermögen 225 Mio. Euro über 5 Jahre*. Meldung, 23.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [258] gematik GmbH (o. J.): *Gesellschafterstruktur und Mitwirkung der Gesellschafter (BMG, GKV-SV, KBV, KZBV, BÄK, BPTK, DKG, ABDA, PKV-Verband)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [259] gematik GmbH (2024/2025): *TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken – Verlängerung bis März 2027; Abschlussbericht ePA-Pilotierung 2025; wissenschaftliche Evaluation IGES Institut bis 07.07.2025*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026); [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [260] gematik GmbH (o. J.): *OneRoadmap der gematik – verbindliche Planungsgrundlage, quartalsweiser Aktualisierungszyklus*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [261] Deutscher Bundestag (2026): *Drucksache 21/3769 vom 21.01.2026 – Antwort der Bundesregierung zur Digitalisierung im Gesundheitswesen, Data Act, EHDS, Cybersecurity, Digitalagentur*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [262] gematik GmbH (2026): *Die gematik auf der DMEA 2026 – Zukunft vernetzt sich*. Pressemitteilung, 24.03.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [263] gematik GmbH / Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) (o. J.): *Die digitale Vernetzung im Gesundheitswesen: Interoperabilität & Standards. IOP-Expertenkreis mit über 260 Experten*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [264] Handelsblatt (2022): *Interop Council: Expertengremium für Interoperabilität fasst erste Beschlüsse – sieben ordentliche und zwei außerordentliche Mitglieder (gematik, BMG)*. Meldung. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [265] gematik GmbH (2023): *Pressemitteilung – Interop Council startet in nächste Arbeitsperiode (Wiederwahl Prof. Dr. Sylvia Thun und der bisherigen sieben Council-Mitglieder)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [266] gematik GmbH (2021/2022): *Das Interop Council hat seine praktische Arbeit aufgenommen – Beschluss zur Aufnahme des Arbeitskreises „Analyse des Status quo der Patient Journey Herzinsuffizienz“ unter Vorsitz von Prof. Dr. Siegfried Jedamzik*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [267] gematik GmbH / Interop Council (2022): *Pressemitteilung – Deutschland-Premiere: Roadmap des Interop Councils. 5 Handlungsfelder, 15 Themen, mehr als 80 Interoperabilitäts Herausforderungen identifiziert*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [268] INA – Interoperabilitäts-Navigator (2026): *Interop Roadmap 2026–2027 – verabschiedeter dynamischer Fahrplan des Kompetenzzentrums in Zusammenarbeit mit Interop Council und Expertenkreis*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [269] INA – Interoperabilitäts-Navigator (o. J.): *Interop Roadmap – Themencluster, Steckbriefe, MIO Laborbefund, Medikationsprozesse, Terminologieserver*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [270] INA – Interoperabilitäts-Navigator (o. J.): *Beschlüsse Interop Council – kardiologischer Basisdatensatz, Fachanwender Journey Onkologie, Kartierung von Interoperabilitätsinitiativen, Kriterienkatalog für Empfehlungsprozess, Datenflow onkologischer Behandlungsverlauf*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [271] Kassenärztliche Bundesvereinigung (o. J.): *Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – Verordnung, EBM-Ziffern 01471 bis 01482*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [272] BfArM (laufend): *DiGA-Verzeichnis*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [273] GKV-Spitzenverband (2026): *DiGA wachsen – Qualität und Preise müssen Schritt halten. Bericht 1.6 Mio. Inanspruchnahmen, ca. 400 Mio. Euro GKV-Ausgaben (Stefanie Stoff-Ahnis)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [274] Healthcare Startups Deutschland / Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung (SVDGV) / BVMed (2026): 3. DiGA-Report – über 1,7 Millionen eingelöste Freischaltcodes; BVMed-Kritik am GKV-DiGA-Bericht „zu einseitig auf Kosten fokussiert“. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [275] QuickbirdMedical (2026): Aktuelle DiGA Reports 2026 – chronologischer Überblick zu DiGA-Berichten und Marktentwicklung. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [276] Fraunhofer IESE (2024/2025): Ein Zwischenfazit zu Digitalen Gesundheitsanwendungen – Bilanz Inanspruchnahmen, Ausgaben, GKV-Kritik, Versorgungsintegration. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [277] Fachgruppe Digital Health der Gesellschaft für Informatik (2024): Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) im Spannungsfeld von Fortschritt und Kritik. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Springer. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [278] Fraunhofer IESE (2024): Apple App Store Bewertung der DiGA: 3,68/5 (dauerhaft), 3,50/5 (vorläufig) vs. 4,10/5 Top-100-Apps. Vergleichende Analyse, ebd.
- [279] Berlin Business Location Center (o. J.): Berlin ist die erste Adresse für Digital Health Innovation. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [280] ottonova (2024): 10 Digital Health Startups aus Deutschland – Heal Capital, Medical Valley Nürnberg. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [281] EIT Health Germany (laufend): Start-ups – EU-Funding, Investorenzugang, Coaching, Pitches. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [282] Healthcare Startups Deutschland (2026): Informationsangebot für die Healthcare Startups-Community. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [283] deutsche-startups.de (2026): 11 millionenschwere HealthTech-Startups, die derzeit abheben (Oviva, Avelios Medical, Circle Health, Ficus, Remi Health, Wellster HealthTech, Gardia, hellomed). Meldung, 21.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026); ergänzt durch: deutsche-startups.de, 7 aufstrebende HealthTech-Startups, 23.02.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [284] Seedtable (2026): 69 Best Health Tech Startups in Germany – Caresyntax (Bjoern Von Siemens, 2013), Heidelberg Pharma, Novaliq, Topas Therapeutics, Modag. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [285] Bertelsmann Stiftung (2018): Estland – Spitzenreiter für Digital Health. Detailanalyse. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [286] Rechtsdepesche (2024): Digitalisierung der Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich – Deutschland Platz 16, Estland 1, Kanada 2, Dänemark 3. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [287] Pharmazeutische Zeitung (2019): E wie E-Health, E wie Estland – ID-Karte, X-Road, ENHIS seit 2008, E-Rezept seit 2010. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [288] vdek (2018): Digitalisierung und E-Health in Europa – Estland, Dänemark, MedCom, ELGA Österreich. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [289] Europäische Kommission (2019): Estonian Central Health Information System and Patient Portal – X-Road, ENHIS, TEHIK. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [290] Netzwerk Sozialrecht (o. J.): Digital-Health-Entwicklung in Deutschland, Österreich und Estland – Opt-out-Modell, Patient als Eigentümer der Daten, ENHIS, Estonian eHealth Strategy 2020. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [291] Landesregierung Baden-Württemberg (2024): Dänemark als Vorbild bei digitalem Gesundheitswesen – Delegationsreise Staatssekretärin Dr. Ute Leidig, 16.–18. September 2024. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [292] deutschland.de (2020): Digital Health Care: Von anderen Ländern lernen – Estland, Kanada, Dänemark, Israel. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [293] tutoolio (2024): Wie Estland eine „digitale Gesellschaft“ baut – Was Deutschland fehlt: nationale Digital-Health-Strategie, koordinierende Institution, spezielles Budget. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [294] McKinsey & Company (2022): Digital Technology Digitalisierung im Gesundheitswesen – PDF Studie, 26 digitale Gesundheitstechnologien, 6 Lösungskategorien. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [295] Verordnung (EU) 2025/327 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2025 über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten (EHDS-VO). Amtsblatt L vom 05.03.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [296] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg / Universitätsklinikum Heidelberg / Goethe-Universität Frankfurt am Main (2026): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – Wissenschaftliche Broschüre 2025 (17 Jahre HZV; VERAH-Effekte: 4,0 Prozent geringere Krankenhausaufnahmen, 4,7 Prozent niedrigere Arzneimittelkosten). URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [297] MEDI Baden-Württemberg e. V. (2026): *Markterkundung TI-Modellregionen – Antwort der MEDI Baden-Württemberg e. V. (Hauptansprechpartner: Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik; Stellvertreter: Dr. Norbert Smetak; Technologiepartner: adesso SE)*. Stuttgart, 26.02.2026 (interne Vorlage; in diesem Papier sind ausschließlich die operativen Strukturelemente referenziert; das Preismodell bleibt vertraulich). ---
- [298] Verordnung (EU) 2025/327 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2025 über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten sowie zur Änderung der Richtlinie 2011/24/EU und der Verordnung (EU) 2024/2847. Amtsblatt L vom 05.03.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [299] research institute (2025): *Europäischer Gesundheitsdatenraum (EHDS): Verordnung im Amtsblatt veröffentlicht – Inkrafttreten 26.03.2025, gestaffelte Anwendung 2029 und 2031*. Czak A. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [300] Europäische Kommission (2025): *Verordnung über den Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) – Public Health*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [301] GoeG – Gesundheit Österreich GmbH (2025): *Gestartet: Europäischer Gesundheitsdatenraum (EHDS) – Was sich jetzt ändert*. Stichtage 25.03.2025, 25.03.2027, 26.03.2029, 26.03.2031, 26.03.2034. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [302] esanum (2025): *EHDS: Umsetzungsfristen des European Health Data Space 2025–2034 – Übersicht*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [303] Noerr Partnerschaftsgesellschaft (2025): *Der European Health Data Space (EHDS) kommt – ein Überblick. Drei Hauptsäulen*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [304] EY Greece (2025): *Regulation (EU) 2025/327: Establishing the European Health Data Space (EHDS) – Anwendung ab 26.03.2027, gestaffelte Anwendung Primärnutzung Art. 14 Abs. 1 a–c und d–f, Sekundärnutzung Art. 51, Drittländer Art. 75 Abs. 5*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [305] European Association of Urology (2025): *The European Health Data Space Regulation (EHDS) – MyHealth@EU für Primärnutzung, HealthData@EU für Sekundärnutzung, Patientenkurzakte ab 2029, Bildgebung/Labor/Entlassungsberichte ab 2031*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [306] EUR-Lex (2025): *Verordnung (EU) 2025/327 – konsolidierter Volltext mit Art. 14 (Prioritäre Datenkategorien), Art. 19 (Stelle für digitale Gesundheit), Art. 27 (technische Spezifikationen, europäisches Austauschformat), Art. 36 (Stelle für Zugang zu Gesundheitsdaten), Art. 75 Abs. 5 (Drittländer), Art. 92 (EHDS-Ausschuss), Art. 98 (Komitologieverfahren), Art. 105 (Anwendungsfristen)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [307] Europäische Kommission (2025): *Meine Rechte an meinen Gesundheitsdaten – Public Health: MyHealth@EU, Live-Status der Mitgliedstaaten 2025, Beitritt 2025/2026*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [308] E-Health-Com (2022): *EHDS-Pilotprojekt geht an den Start – Französische Führung, 16 Partner aus zehn europäischen Ländern, prototypische Health Data Access Bodies*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [309] Digital Policy Alert (2025): *Regulation (EU) 2025/327 establishing a European Health Data Space (EHDS) – Stichtage 26.03.2027, 26.03.2031, 26.03.2035*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [310] ebenda. Spezifische Anwendungsregelungen Artikel 105 EHDS-VO mit Stichtagen.
- [311] ebenda. Artikel 75 Absatz 5 EHDS-VO – Drittländer-Anschluss ab 26.03.2034 (Primärnutzung) und 26.03.2035 (Sekundärnutzung).
- [312] ebenda.
- [313] BMG (2024): *Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [314] BMG (2025): *Forschungsdatenzentrum Gesundheit eröffnet – Pseudonymisierte GKV-Abrechnungsdaten 2009–2023, ePA-Daten ab Oktober 2026*. Pressemitteilung. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [315] BMG (2025): *FAQ: Forschungsdatenzentrum (FDZ) Gesundheit – Datenbestand, Verknüpfungsmöglichkeiten, Krebsregister*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [316] BMG (laufend): *Daten für die Forschung und Versorgung: Forschungsdatenzentrum Gesundheit – Sichere Verarbeitungsumgebung, Datenverknüpfung, federführende Datenschutzaufsicht nach § 5 GDNG*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [317] BfArM – Datenzugangs- und Koordinierungsstelle (DACO) (2025): *The EHDS is here! Newsletter 01-25 – Zusammenarbeit mit Krebsregister Rheinland-Pfalz und Klinischem Krebsregister Niedersachsen, antragsbasierte Verlinkung in Sicheren Verarbeitungsumgebungen (SPEs)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [318] gematik GmbH (2026): *Gesundheit ohne Grenzen – Der Europäische Gesundheitsdatenraum. EHDS-Webstory*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [319] INA – Interoperabilitäts-Navigator (laufend): *Digital Health in Europa – EHDS, Xt-EHR, TEHDAS2 Joint Action, NKS, Digitale Bürgerschaft*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [320] ebenda; ergänzt durch: INA – Interoperabilitäts-Navigator: *Digital Health in Europe – Nationale Kontaktstelle (NKS) Deutschland*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [321] netzpolitik.org (2023): *FAQ zum EHDS – Nationale Kontaktstelle in Deutschland im GKV-Spitzenverband (Abteilung Internationales)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [322] Medical Tribune / Dierks C (2025): *Der europäische Raum für Gesundheitsdaten (EHDS) – Stand der Umsetzung in Deutschland*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [323] Deutscher Bundestag (2026): *Drucksache 21/3769 vom 21.01.2026 – Antwort der Bundesregierung. EHDS gestaffelte Anwendung 2027/2029/2031, Komitologieverfahren, mögliche neue Digitalagentur, Cybersecurity-Rahmen NIS-2/CRA/CSA*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [324] gematik GmbH (2025): *ePA für alle – Module Allgemein und Sensibel, Versichertenrechte zur Zugriffssteuerung*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [325] Bertelsmann Stiftung (2018): *Estland – Spitzenreiter für Digital Health: Patient als Eigentümer der Gesundheitsdaten, Opt-out-Modell, ENHIS-Zugriffsprotokolle*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [326] Prasser F, Riedel N, Wolter S, Corr D, Ludwig M (2024): *Artificial intelligence and secure use of health data in the KI-FDZ project: anonymization, synthetization, and secure processing of real-world data*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. DOI: 10.1007/s00103-023-03823-z. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026); ergänzt durch: Ludwig M, Schneider K, Heß S, Broich K (2024): *Establishment of the new „Health Data Lab“ to provide data for science*. DOI: 10.1007/s00103-023-03831-z. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [327] Münchner Ärztliche Anzeigen (2025): *„Datenschutz“ gemäß GDNG und FDZ: Wem gehören unsere Gesundheitsdaten? Kostenstruktur 2024–2027, Kritik an Opt-out-Logik*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [328] ad-hoc-news / Verbraucherzentrale Bundesverband (2026): *eMedikationsplan: Start verschoben auf Oktober 2026 – ePA-Nutzung bei rund 3,6 Prozent*. Meldung, 21.02.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [329] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg / Universitätsklinikum Heidelberg / Goethe-Universität Frankfurt am Main (2026): *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – Wissenschaftliche Broschüre 2025 (17 Jahre HZV; VERAH-Effekte: 4,0 Prozent geringere Krankenhausaufnahmen, 4,7 Prozent niedrigere Arzneimittelkosten)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026). ---
- [330] Deutsches Ärzteblatt (2025): *Künstliche Intelligenz in der Radiologie: Von der experimentellen Phase zur produktiven Anwendung – FDA Ende 2024: 1.026 zugelassene KI-Medizinprodukte, davon 777 Radiologie*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [331] Pfizer Deutschland (o. J.): *KI in der Medizin: Künstliche Intelligenz für die Gesundheit – Augenheilkunde, Dermatologie, Endoskopie, Krebsmedizin, Pathologie, Radiologie*. Freiburg/Wiesbaden/Leipzig Darmkrebs-Detektion +10 Prozent. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [332] Pharma Fakten (2026): *Künstliche Intelligenz in der Medizin: Diagnose, Therapie, Prävention*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [333] Medizinerwissen.de (2026): *KI Bildanalyse Medizin – Diagnostik, Deep Learning. Anwendungen Radiologie, Pathologie, Ophthalmologie, Kardiologie*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [334] KI-Blog (2026): *AI in Healthcare 2026 – Pathologie, Therapieempfehlungen, Frühwarnsysteme; Google Health/DeepMind Brustkrebs-Detektion*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [335] lifelink-medical.com (2025): *KI in der Radiologie – Bedeutung, Möglichkeiten, Potenzial, Risiko*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [336] Medical Tribune (2026): *KI in der Hausarztpraxis – was heute schon geht. Vortrag Dr. Irmgard Landgraf, 132. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (Kardiologie: Arrhythmien, hypertrophe Kardiomyopathie aus EKG)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [337] Bundesärztekammer (2025): *KI in der Medizin – Position der Bundesärztekammer. Personalisierte Präzisionsmedizin, Frühdiagnose*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [338] deutsche-startups.de (2026): *11 millionenschwere HealthTech-Startups, die derzeit abheben (Avelios Medical mit SAP, Caresyntax, Oviva, Ficus)*. Meldung, 21.04.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [339] maresmedia (2026): *Wie KI-Diagnostik die Arztpraxis in der Grippezeit 2026 revolutioniert. RKI-Daten zu Influenza A(H3N2) Subklade K, Erik Bodendieck (BÄK-Ausschuss Digitalisierung)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [340] proalpha (2026): *KI in der Medizin – Statista-Prognose 148 Mrd. US-Dollar bis 2029*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [341] mybusinessfuture (2026): *EU AI Act greift seit 6. April 2026 – KI-Compliance-Förderprogramm 500 Mio. Euro bis 2028, InvestAI 20 Mrd. Euro, Frankreich 800 Mio., Niederlande 275 Mio.* URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [342] Verordnung (EU) 2024/1689 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Juni 2024 zur Festlegung harmonisierter Vorschriften für künstliche Intelligenz (KI-Verordnung). URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [343] Kleiboldt D (2026): *EU AI Act im Gesundheitswesen 2026: Betreiberpflichten, Hochrisiko-Klassifizierung und Stufenplan*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [344] Wetzel.berlin (2026): *EU AI Act: Was ab August 2026 auf Unternehmen zukommt – Hochrisiko-Anforderungen Art. 6 i.V.m. Anhang III, Risikomanagement Art. 9, Daten-Governance Art. 10, Transparenz Art. 13*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [345] Medizinischer Dienst Bund (2025): *Neue Herausforderungen durch den AI-Act der EU – Hochrisiko-KI in MDR-Klasse IIa und höher; Übergangsfrist 02.08.2027 für KI als Sicherheitsbauteil*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [346] Advisori (2026): *EU AI Act Hochrisiko – Pflichten bis August 2026. Konformitätsbewertung Art. 43, EU-Datenbank, Bußgelder bis 35 Mio. EUR / 7 Prozent Umsatz*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [347] Grant Thornton Rechtsanwaltsgesellschaft (2025): *KI-Verordnung der EU: Hochrisiko-KI-Systeme im Gesundheitswesen – KI-VO als Ausprägung des Produktsicherheitsrechts*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [348] Kleiboldt D (2026): *Hochrisiko-KI im Gesundheitswesen: Der Entscheidungsbaum zur Klassifizierung – Funktion vor Einsatzort, Anhang III Nr. 5, Art. 6 Abs. 3 Ausnahme*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [349] Kleiboldt D (2026): *EU AI Act & MDR: Doppel-Compliance für HealthTech-Startups – ISO 13485 + ISO 42001, integriertes QMS, 40 Prozent Aufwandsersparnis*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026); QuickbirdMedical (2026): *AI Act: Leitfaden für Medizinprodukt-Hersteller nach MDR (2026)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [350] Inquire Health (2026): *Der EU AI Act und KI im Gesundheitswesen: Was Anbieter wissen müssen – Human in the Loop, anthropozentrischer Ansatz, multidisziplinäre klinische Governance*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [351] Kleiboldt D (2026): *KI in der Hausarztpraxis: Drei Use Cases, die 2026 rechtlich tragen – Art. 4 AI Act Schulungspflicht seit Februar 2025, AV-Vertrag, Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO, Nuance DAX Copilot*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [352] HCM-Magazin (2026): *KI-Sprechstundenassistenten als neue eigenständige Lösung – Doctolib, 2,5 Min. → 30 Sek. Dokumentation, 80 Prozent Zeitersparnis, mehr als 500 Ärztinnen und Ärzte in Pilotierung*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [353] AOK Bundesverband (2025): *KI entlastet Ärzte bei der Gesprächsdokumentation – Charité Pilotphase Dragon Copilot, IKIM Prof. Dr. Alexander Meyer; Voize-Pflege; OECD Health at a Glance 2024*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [354] arztCME (2026): *Ausblick 2026: KI und Digitalisierung in der Praxis – Integration, Verlässlichkeit, klare Regeln*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [355] CGM ONE (2026): *KI-DokuAssistent für Ärzte – Echtzeittranskription, Praxisverwaltungssystem-Integration, DSGVO-Konformität*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026); medatixx (2026): *KI in der Praxis – KI-gestützte Transkription, Praxissoftware-Copilot*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [356] Medical Tribune (2026): *KI in der Hausarztpraxis – was heute schon geht. Idana, Ada, mehrsprachige KI-Telefonassistenten, KI-Sprechstundenassistenten mit Übersetzungsfunktion*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [357] Der Niedergelassene Arzt (2026): *KI als Praxiswerkzeug – 5 mögliche Einsatzbereiche in 2026 (Dokumentation, Entscheidungsunterstützung, Chat-/Voicebots, Abrechnungsassistent, Hausbesuch)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [358] Charité IKIM / IMPL-AI-MENT-Projekt (2025): *Implementierung eines großen KI-Sprachmodells auf einer klinischen Station der Charité*. Zitiert in: Medizinischer Dienst Bund 2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [359] Deutscher Bundestag (2026): *Drucksache 21/3769 vom 21.01.2026 – Antwort der Bundesregierung. Data Act, NIS-2-Richtlinie, Cyberresilienz-Verordnung, Cybersicherheits-Rechtsakt*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [360] ebenda Kleiboldt 2026 (Hochrisiko-Klassifizierung); ergänzt durch QuickbirdMedical 2026.
- [361] Bertelsmann Stiftung (2018): *#SmartHealthSystems – Internationale Vergleichsstudie zur Digitalisierung im Gesundheitswesen, Forschungsgesellschaft empirica*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [362] Bertelsmann Stiftung (2018): *Estland – Spitzenreiter für Digital Health (digilugu.ee, ENHIS, Opt-out, X-Road)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [363] Prasser F, Riedel N, Wolter S, Corr D, Ludwig M (2024): *Artificial intelligence and secure use of health data in the KI-FDZ project: anonymization, synthezation, and secure processing of real-world data*. DOI: 10.1007/s00103-023-03823-z. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026). ---
- [364] Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2025): *Medicare Shared Savings Program – Performance Year 2024 Financial and Quality Results. Fact Sheet*. Released 28.08.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [365] Accountable for Health (2025): *Accountability Delivered in Medicare: Shared Savings Program Results from 2024 – Record-Year-Bilanz: 6,6 Mrd. USD Bruttoeinsparungen, 4,7 Prozent Sparquote, 637 USD Bruttoeinsparungen pro Versicherten (40 Prozent Anstieg seit 2021); 35 Mrd. USD kumulative Bruttoeinsparungen, 13,6 Mrd. USD Nettoeinsparungen seit 2012*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [366] Advisory Board (2025): *ACOs saved Medicare \$2.4B in 2024, new CMS data shows. Bilanz 476 ACOs, 10,3 Mio. Versicherte, 4,1 Mrd. USD Performance-Zahlungen*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

- [367] LeadingAge (2025): *CMS Report: ACOs Generated \$2.4B in Medicare Savings in 2024. Bedeutung physician-led ACOs gegenüber hospital-led ACOs*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [368] 42 CFR Part 425 (2024/2025): *Medicare Shared Savings Program – Beneficiary Assignment, Governing Body, ACO-Anforderungen*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026); Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (laufend): *Shared Savings Program – ACO-Übersicht*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [369] Privia Health Group, Inc. (2025): *Privia Health ACOs Delivered \$233+ Million in Total Savings in the 2024 Performance Year of Medicare Shared Savings Program – 9 ACOs, ca. 3.280 Ärzte, ca. 194.700 Medicare-Versicherte; No-taufnahme-Inanspruchnahme 17 Prozent unter ACO-Median, 25 Prozent unter Fee-for-Service*. Pressemitteilung, 28.08.2025. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [370] NHS England (laufend): *Primary Care Networks (PCNs) – Long Read. Architektur, 30.000–50.000 Versicherte, Vision*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [371] NHS England (laufend): *Primary Care Networks – 1.250 PCNs, über 99 Prozent der Hausarztpraxen, Clinical Directors*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [372] Checkland K et al. (2024): *Primary care networks as a means of supporting primary care: findings from qualitative case study-based evaluation in the English NHS. BMJ Open*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [373] medRxiv (2024): *Additional Roles Reimbursement Scheme (ARRS) Commissioning 2020–2023: Associations with Patient Experience and QOF*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [374] Parkinson S, Smith J, Sidhu M (2021/2022): *Early development of primary care networks in the NHS in England: a qualitative mixed-methods evaluation. BMJ Open*. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-055199. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [375] NCBI Bookshelf (2023): *Discussion – Early evidence of the development of primary care networks in England: a rapid evaluation study*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [376] ebenda Checkland 2024.
- [377] Gegenbefund (2026): *Krankenversicherung Niederlande: Was die PKV-Abschaffung gebracht hat – 364 vermeidbare Krankenhauseinweisungen pro 100.000 Einwohner gegenüber 810 in Deutschland; Stefan Greß (Hochschule Fulda)*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [378] AOK Bundesverband / Gesundheit & Gesellschaft (2025): *Niederlande: Nase vorn bei der Effizienz – Hausarzt als Gatekeeper, Fachärzte am Krankenhaus*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [379] Groenewegen P, Greß S (o. J.): *Der Hausarzt in den Niederlanden – Jahrbuch für kritische Medizin Band 38, Kapitel 7. Pro hundert eingeschriebenen Patienten ca. 20 Facharzt-Überweisungen pro Jahr; NHG-Standards*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [380] Deutsches Ärzteblatt (2004): *Ländervergleich Deutschland/Niederlande: Der Hausarzt als Gatekeeper – Studie zu Inanspruchnahmeverhalten*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [381] zm-online (2019): *Gatekeeping reduziert nicht automatisch die Kosten – Sripa et al. 2019, British Journal of General Practice, 25 analysierte Studien*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [382] Velasco-Garrido M et al. (2009): *Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) – Gutachten zu Gatekeeping-Mechanismen; Delnoij D et al. (2000): International comparison of gatekeeping mechanisms*. Zitiert in Universität Duisburg-Essen / IBES (o. J.): *Diskussionsbeitrag zur Hausarztzentrierten Versorgung*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [383] ebenda IBES-Diskussionsbeitrag.
- [384] zm-online (2026): *Gesundheitssysteme weltweit – Dänemark: Hier hat der Hausarzt das Sagen. 98 Prozent im Hausarztmodell; Pro-Kopf-Ausgaben 4.149 Euro 2022*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [385] Lingoking (2025): *Leben in Dänemark – Gruppe 1 vs. Gruppe 2, Hausarztpraxis-Bindung, Überweisungspflicht für Fachärzte*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [386] Egidi G (2006): *Hausarzt-Medizin in Dänemark. Z Allg Med, 82: 11–17. 3.595 Hausärzte in 2.200 Praxen, durchschnittlich 1.600 Patienten pro Hausarzt, durchschnittlich 7 Kontakte pro Bürger und Jahr*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [387] vdek (2018): *Digitalisierung und E-Health in Europa – MedCom seit 1994*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026); ergänzt durch Access Platform: *Vergleich des dänischen und deutschen Gesundheitswesens*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [388] Bertelsmann Stiftung (2018): *Dänemark – Dänen haben großes Vertrauen in Digital Health. sundhed.dk: 1,7 Mio. Nutzer/Monat; 89 Prozent Vertrauen in das Gesundheitswesen; 97 Prozent elektronische Überweisungen; alle Hausärzte mit ePA; 98 Prozent elektronischer Datenaustausch*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [389] telmedicon.de (2025): *Telemedizin in Skandinavien – Dänemark, Finnland, Schweden. Kanta-Plattform Finnland, MitID Dänemark, telemedizinische Vergütung gleichgestellt mit Präsenzkontakten*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

Positionspapier – MEDI - HZV - Strukturprinzip

- [390] Landesregierung Baden-Württemberg (2024): *Dänemark als Vorbild bei digitalem Gesundheitswesen – Delegationsreise Staatssekretärin Dr. Ute Leidig 16.–18. September 2024*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [391] esanum (2023): *Das verdienen Ärzte in Skandinavien – Vårdcentraler in Schweden, Patientenzuweisung im Gesundheitszentrum*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [392] Deutsches Ärzteblatt (2024): *Ausländische Gesundheitssysteme: Auf in den hohen Norden – Skandinavien-Wartezeiten, staatliche Priorisierung, Privatklinik-Komponente*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [393] OECD (2025): *Health at a Glance 2025 – OECD Indicators. Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, Krankenhausverweildauer, ambulante Versorgungsquote*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [394] Wise / Multiwährungskonto-Blog (2021/2025): *Gesundheitssystem in Dänemark zusammengefasst – Vergleich Deutschland, Pro-Kopf-Pflichten, Gemeinden-Aufgaben, Klinikzentren-Reform*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [395] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzterverband Baden-Württemberg / Universitätsklinikum Heidelberg / Goethe-Universität Frankfurt am Main (2026): *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – Wissenschaftliche Broschüre 2025*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [396] ebenda HZV Evaluation 2025/2026. ---
- [397] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / Hausärztinnen- und Hausärzterverband Baden-Württemberg (HÄVBW) / Universitätsklinikum Heidelberg / Goethe-Universität Frankfurt am Main (2026): *17 Jahre HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – Neue Studie belegt bessere Versorgung mit effizienterer Patientensteuerung*. Pressemitteilung, Stuttgart, 22.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026); ergänzt durch HÄVBW: 2026_01_22 Pressemitteilung Evaluation. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [398] Hausärztinnen- und Hausärzterverband Baden-Württemberg (2026): *Aktuelle HZV-Evaluation – über 2 Millionen eingeschriebene Versicherte, methodische Adjustierung Charlson-Index/DMP-Teilnahme, 12 Jahre Längsschnittauswertung; Skalierbarkeit in der HZV erwiesen*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [399] MEDIVERBUND AG (2026): *17 Jahre HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – VERAH-Effekte: 4,0 Prozent geringere Krankenhausaufnahmequoten bei vermeidbaren Hospitalisierungen, 4,7 Prozent niedrigere Arzneimittelkosten*. Pressemitteilung 30.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [400] Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung (laufend): *Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg – Methodisches Vorgehen, vier Arbeitspakete, qualitative und quantitative Methoden, Kooperationspartner Universität Frankfurt am Main und AQUA-Institut Göttingen*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [401] Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin (laufend): *HZV-Evaluation – querschnitt- und längsschnittliche Analysen zu Diabetes mellitus, KHK, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, psychischen Erkrankungen*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [402] Deutsches Ärzteblatt (2026): *Auswertung zeigt Vorteile der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – 3,1 Mio. Hausarztkontakte mehr, 1,36 Mio. weniger unkoordinierte Facharztbesuche, 24.000 mehr Influenzaimpfungen, 7.500 weniger PRISCUS-Verordnungen für ältere Versicherte*. Meldung 22.01.2026. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [403] Hausärztinnen- und Hausärzterverband Baden-Württemberg (2026): *HZV erneut evaluiert: Das Primärarztsystem der Zukunft – Bundesregierung plant verbindliches Primärarztsystem, in BW längst Realität*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [404] Neue Versorgung (2026): *Evaluation der HZV 2025 – Ergebnisbericht 2023/2024 Universität Heidelberg Teil 1, Universität Frankfurt Teil 2A und 2B, Wissenschaftliche Broschüre. Übersicht aller Evaluationsberichte 2020–2026*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [405] MEDIVERBUND AG (2026): *17 Jahre HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – 9.200 vermiedene Diabetes-Komplikationen 2011–2022, 700 vermiedene Amputationen, 4.800 vermiedene Herzinfarkte/Schlaganfälle. Herzinsuffizienzgruppe 2022: 110.200 Patienten, 3.500 vermiedene stationäre Notaufnahmen, 16.900 vermiedene Rettungsdiensteinsätze, 3.200 vermiedene Bereitschaftsdienst-Behandlungen*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [406] Neue Versorgung / G-BA Innovationsausschuss (2021): *VESPEERA-Ergebnisbericht 2021 – Versorgungskontinuität sichern: Patientenorientiertes Entlassmanagement und Rehabilitationsanbindung*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [407] Goethe-Universität Frankfurt am Main / Universitätsklinikum Heidelberg (2023/2024): *Ergebnisberichte zur Evaluation der HZV Baden-Württemberg – Teil 1 (Heidelberg), Teil 2A und 2B (Frankfurt). Spezialanalysen zur Versorgung chronisch Kranker während der COVID-19-Pandemie*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).
- [408] MEDI Baden-Württemberg e. V. (2026): *Markterkundung gematik TI-Modellregion. Antwort der MEDI Baden-Württemberg e. V., Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart. Hauptansprechpartner: Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik. Stellvertreter: Dr. Norbert Smetak. Technologiepartner: adesso SE. Stuttgart, 26.02.2026 (interne Vorlage; in diesem Papier sind ausschließlich die operativen Strukturelemente referenziert; das Preismodell bleibt vertraulich)*.

[409] gematik GmbH (2025): *Abschlussbericht der TI-Modellregionen Hamburg & Umland und Franken zur ePA-Pilotierung 2025 (194 LEI / 43 Primärsysteme); Modellregionen-Konzept der gematik – Anforderungen an Netzwerkstruktur, Projektbüro, Versorgungsprozesse, Hersteller- und Anbietereinbindung, wissenschaftliche Evaluation*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

[410] Bundesministerium für Gesundheit (2026): *GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) – Kabinettsbeschluss 29.04.2026; Konsolidierung 20 Mrd. Euro für 2027; FinanzKommission Gesundheit (FKG) unter Vorsitz Friedrich Breyer und Jürgen Wasem, Strukturreformvorschläge bis Ende 2026*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026). ---

Weitere Quellen, die im Kapitel 15 (Politische Umsetzungsagenda) inhaltlich verarbeitet wurden:

[411] Bundesministerium für Gesundheit (2026): *GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) – Kabinettsbeschluss 29.04.2026; FinanzKommission Gesundheit (FKG) unter Vorsitz Friedrich Breyer und Jürgen Wasem, Strukturreformvorschläge bis Ende 2026; Dialogprozess Primärarztsystem seit 28.01.2026*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

[412] Krankenhausanpassungsgesetz (KHAG) (2026): *Beschluss vom 06.03.2026 – 61 Leistungsgruppen, Vorhaltevergütung +1 Jahr, 25 Mrd. Euro Transformationsfonds, Hybrid-DRG-Erweiterung 2026/2027*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

[413] Notfallreform (2026): *Kabinettsbeschluss 22.04.2026 – Integrierte Notfallzentren (INZ), digitale Ersteinschätzung, Gesundheitsleitsystem aus 116117 und 112*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

[414] gematik GmbH (2026): *OneRoadmap 2026 – fünf Anwendungsfamilien, ePA-Funktionserweiterung 2026/27, KIM 2.0, TIM, PoPP, VSDM 2.0*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

[415] gematik GmbH (2026): *Markterkundung TI-Modellregion 26.02.2026 – Antwort der MEDI Baden-Württemberg e. V., Hauptansprechpartner Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik, Stellvertreter Dr. Norbert Smetak, Technologiepartner adesso SE*. (Interne Vorlage; in diesem Papier sind ausschließlich die operativen Strukturelemente referenziert).

[416] AOK Baden-Württemberg / MEDIVERBUND AG / HÄVBW (2026): *17 Jahre HZV-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – Pressemitteilung 22.01.2026*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

[417] Verordnung (EU) 2025/327 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2025 zum Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS-VO). URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

[418] Verordnung (EU) 2024/1689 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Juni 2024 zur Festlegung harmonisierter Vorschriften für künstliche Intelligenz (KI-Verordnung). URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

[419] Bundesregierung (2026): *KI-Compliance-Förderprogramm – 500 Mio. Euro Laufzeit bis 2028, Antragsverfahren BAFA, KMU bis 500 Mitarbeitende, bis 50 Prozent Compliance-Kostendeckung, max. 250.000 Euro pro Unternehmen*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).

[420] Bertelsmann Stiftung (2018): *#SmartHealthSystems – Internationale Vergleichsstudie zur Digitalisierung im Gesundheitswesen, mit Spitzengruppen Estland, Kanada, Dänemark, Israel, Spanien*. URL: [Quelle](#) (abgerufen am 30.04.2026).