

Anregungen der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) für Strukturreformen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung steht vor der strukturellen Bewährungsprobe, Versorgungsqualität, Finanzierbarkeit und Versorgungssicherheit unter den Bedingungen von demografischem Wandel, Fachkräftemangel, medizinischem Fortschritt und steigender Morbiditätslast neu auszutarieren. Einzelmaßnahmen, punktuelle Programme oder zusätzliche Modellvorhaben reichen dafür nicht aus. Erforderlich ist eine konsequente Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen: weg von sektoraler Einzelsteuerung, hin zu patientenorientierten Versorgungspfaden, regionaler Verantwortung, interprofessioneller Zusammenarbeit und einer verbindlichen Orientierung an Ergebnisqualität.

Das geltende SGB V ist jedoch weiterhin wesentlich durch sektorenbezogene Leistungsbeziehungen, getrennte Zuständigkeiten und bilaterale Vertragslogiken geprägt. Diese Ordnung wird den Versorgungsrealitäten vieler Patientinnen und Patienten immer weniger gerecht. Insbesondere chronisch kranke und multimorbide Menschen benötigen Versorgung, die ambulante, stationäre, rehabilitative, pflegerische, soziale und digitale Elemente konsequent verbindet. Tatsächlich organisiert das bestehende System diese Leistungen nach wie vor in der Regel nebeneinander statt entlang des tatsächlichen Versorgungsbedarfs.

Die von der DGIV vorgeschlagenen Strukturreformen folgen daher einer gemeinsamen Leitidee: Versorgung muss künftig von Patientengruppen, Krankheitsverläufen und regionalen Bedarfen her gedacht, organisiert, finanziert und anhand patientenrelevanter Ergebnisse bewertet werden. Dafür braucht es neue gesetzliche Grundlagen, neue Vertrags- und Kooperationsformen, qualitätsorientiert modifizierte Finanzierungsanreize, eine systematische Einbindung der Gesundheitsfach- und Pflegeberufe, verbindliche Wege zur Überführung erfolgreicher Innovationen in die Regelversorgung sowie eine leistungsfähige Daten- und Digitalinfrastruktur.

Vor diesem Hintergrund legt die DGIV hiermit zwölf Forderungen für eine Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Sie können einzeln wirksam werden, entfalten ihre volle Wirkung jedoch im Zusammenspiel. Überschneidungen zwischen den Forderungen sind dabei nicht Ausdruck mangelnder Trennschärfe, sondern Folge der systemischen Verflechtung der Versorgungsprobleme. Aus unterschiedlichen Perspektiven zielen alle Forderungen auf dasselbe Ziel: eine wirksamere, effizientere und stärker patientenorientierte Versorgung.

1. Das SGB V zu einem Versorgungsgesetz für sektorenübergreifende und interprofessionelle Versorgung weiterentwickeln

Die DGIV regt an, im SGB V ein eigenständiges Kapitel für sektorenübergreifende und interprofessionelle Versorgung zu schaffen. Dieses Kapitel sollte Versorgung nicht länger aus der Perspektive einzelner Leistungssektoren, Zuständigkeiten oder Vertragsbeziehungen regeln, sondern entlang von Versorgungszielen, Patientengruppen, regionalen Bedarfen und Behandlungspfaden.

Ein solches Kapitel sollte die rechtliche Grundlage dafür schaffen, Versorgung entlang tatsächlicher Patientenbedarfe zu planen, zu organisieren, zu finanzieren und zu evaluieren. Es muss insbesondere ermöglichen, ambulante, stationäre, rehabilitative, pflegerische, soziale und digitale Versorgungsbestandteile verbindlich miteinander zu verknüpfen und interprofessionelle Zusammenarbeit als Regelfall statt als Ausnahme auszugestalten.

Damit würde das SGB V nicht lediglich um weitere Sonderregelungen ergänzt, sondern in seiner Steuerungslogik weiterentwickelt: von einem überwiegend sektorbezogenen Leistungsrecht hin zu einem modernen Ordnungsrahmen für integrierte, populationsbezogene und ergebnisorientierte Versorgung.

2. Versorgungssystemverträge statt bilateraler Einzelverträge einführen

Die DGIV regt an, für definierte Versorgungsbereiche Versorgungssystemverträge als reguläres Instrument der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen. Sie sollen dort an die Stelle bilateraler Einzelverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringergruppen treten, wo Versorgung nur durch koordinierte, interprofessionelle und sektorenübergreifende Strukturen des gesamten Versorgungssystems wirksam organisiert werden kann – und nicht, wie bisher, nur im Rahmen einzelner kassendefinierter Teilbereiche

Die bisherige Vertragslogik des SGB V orientiert sich vielfach an den Grenzen einzelner Leistungsbereiche und Institutionen. Dadurch wird Versorgung häufig entlang sektoraler Zuständigkeiten organisiert, statt vom tatsächlichen Behandlungsbedarfs der Patientinnen und Patienten her gedacht. Gerade bei chronischen, komplexen oder sektorenübergreifenden Versorgungsverläufen braucht es jedoch verbindliche Strukturen, in denen ambulante und stationäre Leistungserbringer, Pflege, Gesundheitsfachberufe, Rehabilitation, Apotheken, Hilfsmittelversorgung, digitale Anwendungen und Krankenkassen gemeinsam Verantwortung übernehmen.

Versorgungssystemverträge würden diese Logik grundlegend neu ausrichten: Im Mittelpunkt stünde nicht mehr die sektorale Herkunft einer Leistung, sondern ihr Beitrag zu einem definierten

Versorgungspfad, zu abgestimmter Zusammenarbeit und zu patientenrelevanten Behandlungsergebnissen. Für ausgewählte Patientengruppen oder Indikationen könnten damit gemeinsame Verantwortlichkeiten, Qualitätsziele, digitale Informationsflüsse, Aufgabenverteilungen und Vergütungsregeln verbindlich vereinbart werden.

Damit würden Versorgungssystemverträge intersektorale und interprofessionelle Kooperation aus dem Status freiwilliger Einzelvereinbarungen herausführen und als regelhaften Bestandteil der GKV-Versorgung etablieren. Sie wären ein zentrales Instrument, um integrierte Versorgung nicht länger als Ausnahme, sondern als strukturprägendes Prinzip der Regelversorgung zu verankern.

3. Morbi-RSA-Mittel an verbindliche Versorgungspfade koppeln – und Gesundheit belohnen

Die DGIV regt an, die Zuweisung aus dem Morbi-RSA stärker an verbindliche Versorgungspfade für chronisch kranke Menschen zu koppeln. Wenn Krankenkassen für besondere Morbiditätslast zusätzliche Mittel erhalten, muss daraus auch eine korrespondierende Verpflichtung entstehen, diese Mittel in koordinierte, sektorenübergreifende und versorgungszielorientierte Strukturen zu überführen.

Ein von der DGIV in Auftrag gegebenes Gutachten von Prof. Thomas Schlegel „Regelungssystematik des SGB V zur Identifikation der Sektorentrennungsregelungen“ (<https://tinyurl.com/t84vx8pu>) stützt diese Forderung systematisch: Die im Morbi-RSA angelegte besondere Berücksichtigung chronisch kranker Menschen darf sich nicht auf den Finanzausgleich zwischen Krankenkassen beschränken. Sie muss in der konkreten Versorgung ankommen. Zusätzliche Mittel nach § 266 SGB V sollten daher daran gebunden werden, dass Krankenkassen für definierte Patientengruppen oder Indikationen verbindliche Versorgungspfade etablieren, die ambulante, stationäre, rehabilitative, pflegerische, pharmazeutische, soziale und digitale Leistungen integrieren.

Zugleich muss aber auch verhindert werden, dass Krankenkassen durch erfolgreiche Prävention, Stabilisierung oder verbesserte Versorgung finanziell bestraft werden, weil sinkende Morbiditätslast zu geringeren Zuweisungen führt. Die Kopplung von Morbi-RSA-Mitteln an verbindliche Versorgungspfade sollte daher um Anreize für Prävention, Stabilisierung und Gesundheit ergänzt werden, damit Krankenkassen nicht nur für dokumentierte Morbidität, sondern auch für verbesserte patientenorientierte Versorgungsergebnisse belohnt werden. Ein solcher Anreiz könnte daran anknüpfen, ob Versorgungspfade vermeidbare Hospitalisierungen reduzieren, Krankheitsverläufe stabilisieren, Patient-Reported Outcomes verbessern, Pflegebedürftigkeit verzögern oder Präventionsziele erreichen. Damit würde der Morbi-RSA nicht nur bestehende Morbidität ausgleichen, sondern bessere Versorgung und Gesundheit unterstützen.

4. Regionalverträge gesetzlich verankern und regionale Versorgungsverantwortung stärken

Die DGIV regt an, Regionalverträge als eigenständiges Vertragsinstrument im SGB V gesetzlich zu verankern. Versorgungsprobleme entstehen konkret vor Ort: in ländlichen Räumen mit Erreichbarkeitsdefiziten, in Ballungsgebieten mit Koordinationslücken, in Regionen mit besonderer Altersstruktur oder hoher Morbiditätslast. Eine wirksame Antwort auf diese Herausforderungen orientiert sich an regionalen Handlungsspielräumen und an verbindlicher regionaler Verantwortung.

Regionale Modell- und Innovationsprojekte haben bereits gezeigt, was möglich ist, wenn Praxis- und Gesundheitsnetze, Krankenkassen, Krankenhäuser, Pflege, Apotheken, Heilmittelerbringer und Kommunen gemeinsam Verantwortung übernehmen. Vor Ort entstehen Lösungen, die an den spezifischen Bedarfen der dort jeweiligen Bevölkerung ausgerichtet sind. Regionale Strukturen können damit Versorgungslücken schließen, Abläufe effizienter gestalten, Prävention zielgruppengerecht organisieren und wohnortnahe Versorgung sichern — häufig ohne Mehrkosten, sondern durch bessere Nutzung vorhandener Ressourcen.

Regionalverträge brauchen daher einen gesetzlichen Rahmen, der regionale Gestaltungsfreiheit ermöglicht, ohne alle Regionen in ein starres Modell zu pressen. Ziel ist dabei die verbindliche Möglichkeit, Versorgung regional zu planen, zu koordinieren und an regionalen Ergebnissen zu messen. Kommunen, Landkreise und regionale Versorgungsgemeinschaften sollten dabei als Vertragspartner anerkannt und in die Verantwortung einbezogen werden können.

So würde regionale Versorgungsverantwortung vom freiwilligen Projektansatz zu einem strukturbildenden Element der gesetzlichen Krankenversicherung.

5. Regionalbudgets und populationsbezogene Vergütung ermöglichen

Die DGIV regt an, für definierte regionale Versorgungsaufträge Regionalbudgets und populationsbezogene Vergütungsmodelle gesetzlich zu ermöglichen. Diese sollen nicht allein Leistungsmengen steuern, sondern sowohl Mengen- als auch Qualitäts- und Ergebnisziele verbindlich miteinander verknüpfen.

Die sektorale Vergütungslogik des bestehenden Systems setzt Anreize für Einzelleistungen, nicht für Koordination, Prävention oder Ergebnisqualität. Die Folge sind Doppeluntersuchungen, vermeidbare Krankenhausaufenthalte und fehlende interprofessionelle Zusammenarbeit. Regionalbudgets können diese Fehlanreize korrigieren: Sie belohnen wirtschaftlichen Ressourceneinsatz, präventives Handeln, Fallmanagement und sektorenübergreifende Kooperation. Die Bedarfsplanung sollte entsprechend sektorenübergreifend und indikationsbezogen weiterentwickelt werden. Regionale Versorgungsgemeinschaften

aus Krankenhäusern, Praxen, Pflegeeinrichtungen und weiteren Akteuren sollen Versorgungsaufträge übernehmen – mit Vergütung nach Zielerreichung und Qualität, nicht getrennt nach Sektoren.

Regionalbudgets müssen dabei an klar definierte Versorgungsaufträge, Qualitätsindikatoren, Ergebnisziele und Evaluationspflichten gebunden sein. So entstehen Strukturen, die Versorgung nicht nur wirtschaftlicher, sondern koordinierter, präventiver und patientenorientierter gestalten.

6. Quorumsregelung für erfolgreiche regionale Selektivverträge einführen

Die DGIV regt an, positiv evaluierte Selektivverträge ab einer definierten Krankenkassenbeteiligung – beispielsweise 50 Prozent der Versicherten in einer Region – für alle Versicherten dieser Region zu öffnen. Ein solche Quorumsregelung würde verhindern, dass erfolgreiche regionale Versorgungslösungen dauerhaft im selektiven Sonderstatus verbleiben und nur einem Teil der Versicherten zugutekommen.

Der Vorschlag verbindet regionale Gestaltungsfreiheit mit Verbindlichkeit: Solange ein Versorgungsmodell nur von wenigen Akteuren getragen wird, verbleibt es in der Regel im entsprechenden selektivvertraglichen Setting. Sobald es jedoch breit getragen, positiv evaluiert und regional relevant ist, sollte es in eine kollektiv zugängliche regionale Versorgungslösung überführt werden können. Damit würde die GKV vom Innovations- und Vertragswettbewerb profitieren, ohne erfolgreiche Versorgungsansätze dauerhaft in parallelen Vertragswelten zu belassen, die nur einem Teil der Versicherten zugänglich ist.

7. Vergütungsmodelle für interprofessionelle Teamarbeit und sektorenübergreifende Vernetzung etablieren

Die DGIV regt an, Vergütungsmodelle zu entwickeln, die interprofessionelle Teamarbeit, Koordination, Prävention, Fallmanagement und sektorenübergreifende Vernetzung systematisch abbilden. Bei steigender Zahl an chronisch kranken, multimorbiden und komplex versorgungsbedürftigen Patienten reicht eine rein sektorale und ärztlich-zentrierte Akutversorgung nicht aus. Versorgung muss als kontinuierlicher, interprofessioneller und sektorenübergreifender Prozess organisiert und vergütet werden.

Gesundheitsfach- und Pflegeberufe übernehmen in einem solchen Versorgungskontinuum eine zentrale Rolle. Sie begleiten Patientinnen und Patienten über Versorgungssituationen hinweg, unterstützen Prävention, Therapieadhärenz, Monitoring, Patientenedukation und Nachsorge und tragen damit wesentlich zur Qualität und Kontinuität der Versorgung bei, werden im bisherigen Vergütungssystem jedoch nicht systematisch abgebildet.

Die Vergütung sollte sich deshalb stärker an patientenorientierten Outcomes, Versorgungszielen und Behandlungspfaden orientieren. Nicht nur einzelne Kontakte oder sektorale Leistungen sollten vergütet werden, sondern auch Koordination, gemeinsame Verantwortung, interprofessionelle Arbeitsteilung und sektorenübergreifende Vernetzung. Hierfür braucht es ein integriertes Vergütungssystem, das stationäre, ambulante, hybride, pflegerische und weitere Versorgungsbereiche zusammendenkt.

So würde eine interprofessionelle und intersektorale Versorgung nicht länger als zusätzlicher Aufwand neben der Regelversorgung behandelt, sondern als regelhafter und vergüteter Bestandteil patientenorientierter Versorgungspfade verankert.

8. Substitution ärztlicher Tätigkeiten prüfen und ggf. rechtlich und wirtschaftlich ermöglichen

Die DGIV regt an, die Substitution ärztlicher Tätigkeiten in geeigneten Bereichen über die reine Delegation hinaus systematisch zu prüfen, rechtlich zu ermöglichen und durch entsprechende Vergütungsmodelle abzusichern. Steigende und komplexer werdende Versorgungsbedarfe können nicht allein durch eine ärztlich zentrierte Akutversorgung beantwortet werden. Gesundheitsfach- und Pflegeberufe müssen deshalb stärker als eigenständige und verantwortliche Akteure in ein Versorgungskontinuum eingebunden werden.

Die Kompetenzerweiterung der Gesundheitsberufe ist hierfür eine zentrale Voraussetzung. Sie muss sich nicht nur in Ausbildung und Qualifikation, sondern auch in der tatsächlichen beruflichen Verantwortung, in erweiterten Aufgabenprofilen und angemessener Vergütung widerspiegeln. Reine Delegationsmodelle reichen nicht aus, wenn Gesundheitsfach- und Pflegeberufe dauerhaft zur Versorgung chronisch kranker und komplex versorgungsbedürftiger Patientinnen und Patienten beitragen sollen.

Die Substitution ärztlicher Tätigkeiten sollte insbesondere dort geprüft werden, wo sie in sektorenübergreifende Versorgungspfade, interprofessionelle Teamstrukturen und verbindliche Qualitätsvorgaben eingebettet werden kann. Sie muss dann mit angepassten Standards in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie geeigneten Vergütungsstrukturen auch systemisch eingebunden sein.

Besonders anschlussfähig ist diese Forderung an die Weiterentwicklung der Primärversorgung. Eine koordinierte und kontinuierliche patientenzentrierte Versorgung braucht interprofessionelle Teams, in denen Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitsberufe gemeinsam Verantwortung übernehmen. Ziel ist nicht das Ersetzen ärztlicher Kompetenz, sondern eine qualitätsgesicherte Neuordnung von Aufgaben, die vorhandene Kompetenzen besser nutzt und Versorgung am Patientennutzen ausrichtet.

9. „Digital vor ambulant vor stationär“ patientenorientiert neu ausgestalten

Die DGIV regt an, den Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ als Leitprinzip einer patientenorientierten Versorgungssteuerung zu verankern. Entscheidend ist nicht der Ort oder das Vergütungssystem, sondern die geeignete Versorgungsebene: Versorgung muss dort stattfinden, wo sie medizinisch angemessen, sicher, erreichbar und koordiniert erbracht werden kann — und das bedeutet in vielen Fällen zunächst digital.

Digitale Versorgungsangebote — Telemonitoring, Videosprechstunden, digitale Gesundheitsanwendungen, KI-gestützte Ersteinschätzung — können physische Kontakte sinnvoll vorbereiten, ergänzen oder ersetzen. Sie ermöglichen niedrigschwelligen Zugang, entlasten ambulante und stationäre Strukturen und stärken Patientinnen und Patienten im Selbstmanagement ihrer Erkrankung

Stationersetzende Leistungen, ambulantes Operieren, Hybrid-DRG, Praxiskliniken und weitere Kooperationsmodelle dürfen dabei nicht länger isoliert als Vergütungsinstrumente betrachtet werden. Sie müssen Teil eines sektorenunabhängigen Versorgungskontinuums sein, in dem digitale, ambulante und stationäre Elemente bedarfsgerecht ineinandergreifen.

Ambulantisierung und Digitalisierung verändert zugleich die Rolle der Patientinnen und Patienten. Wer den geschützten klinischen Behandlungspfad verlässt, ist stärker im Eigenmanagement gefordert. Deshalb braucht ambulante Versorgung bei komplexen Verläufen verbindliche Übergänge, digitale Informationsflüsse, strukturierte Ersteinschätzung, erreichbare Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sowie Lotsen- und Fallmanagement.

„Digital vor ambulant vor stationär“ bedeutet: Versorgung wird konsequent von der geeigneten Versorgungsebene her gedacht — mit dem Ziel, Qualität, Erreichbarkeit, Koordination und Kontinuität für Patientinnen und Patienten zu sichern.

10. Lotsen- und Fallmanagement als Strukturbaustein komplexer Versorgungspfade verankern

Die DGIV regt an, Lotsen- und Fallmanagement für komplexe Versorgungspfade regelhaft zu verankern. Dies betrifft insbesondere chronisch kranke, multimorbide, pflegebedürftige und komplex versorgungsbedürftige Patientinnen und Patienten.

Gerade bei komplexen Versorgungssituationen entsteht für Patienten häufig kein durchgängiger Behandlungspfad, sondern eine Abfolge einzelner Zuständigkeiten. Lotsen- und Fallmanagement können hier Orientierung schaffen, Übergänge sichern, relevante Informationen bündeln und die Zusammenarbeit

der beteiligten Akteure unterstützen. Patientinnen und Patienten sind die einzige „Instanz“, die alle Sektoren durchlaufen - bei komplexen Verläufen brauchen sie strukturierte Unterstützung und Koordination.

Regionale Versorgungskonzepte zeigen, dass Case- und Care-Management als zentrale Gestaltungsfelder integrierter Versorgung wirksam werden. Sie können dazu beitragen, Versorgungslücken zu schließen, Prävention und Früherkennung zu stärken, wohnortnahe Betreuung zu sichern und unnötige Inanspruchnahme zu vermeiden. In regionalen Versorgungsstrukturen sollten Lotsen- und Fallmanagement deshalb nicht als projektformige Zusatzleistung, sondern als Teil eines koordinierten Versorgungsauftrags verstanden werden.

Beispielhaft zeigt die Transplantationsversorgung die Notwendigkeit solcher Strukturen: Nachsorgepfade bleiben häufig uneinheitlich, Transitionen unsicher, Datenflüsse brüchig. Interprofessionelle Teams mit pflegerischen Lotsenfunktionen und verbindlichen Kompetenzprofilen können Nachsorge, Patientenedukation und Langzeitbegleitung verlässlicher organisieren.

Die Bundesregierung sollte die rechtlichen und vergütungsbezogenen Voraussetzungen schaffen, um Lotsen- und Fallmanagement als regelhaften Bestandteil definierter Versorgungspfade zu etablieren — einschließlich der Möglichkeit, Lotsenbegleitung dauerhaft oder temporär zu verordnen.

11. Erfolgreiche Innovationsprojekte über einen neuen § 140c SGB V verbindlich überführen

Die DGIV regt an, einen neuen § 140c SGB V „Kollektive Besondere Versorgung“ einzuführen, um erfolgreich evaluierte Innovationsfonds- und Modellprojekte verbindlich in die Regelversorgung zu überführen. Erfolgreiche Versorgungskonzepte dürfen – wenn ihre Wirksamkeit, Umsetzbarkeit und ihr Patientennutzen nachgewiesen wurden – nicht dauerhaft im Projektstatus verbleiben oder nach Ende der Förderung auslaufen.

Der Innovationsfonds hat gezeigt, dass sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgungskonzepte in der Praxis und aus der Praxis heraus entwickelt und positiv evaluiert werden können. Das bestehende System schafft jedoch in der Regel keinen verlässlichen Transfer in die Regelversorgung. Besonders problematisch: Erfolgreiche Gesamtkonzepte werden häufig in einzelne Leistungsbestandteile zerlegt. Damit gehen gerade die integrierten Wirkmechanismen verloren — koordinierte Prozesse, gemeinsame Verantwortung, interprofessionelle Zusammenarbeit, sektorenübergreifende Vergütung.

Ein neuer § 140c SGB V sollte einen verbindlichen Transfermechanismus schaffen. Positiv evaluierte Versorgungskonzepte müssen *grundsätzlich* in die Regelversorgung übernommen werden können, sofern keine nachvollziehbaren Gründe dagegensprechen. Ein Überführungsinstitut könnte diesen Prozess

strukturieren, also Konzepte prüfen, rechtliche und vergütungsbezogene Voraussetzungen klären, Qualitätsanforderungen definieren und die Umsetzung vorbereiten.

Damit würde das GKV-System Innovationen nicht nur befristet fördern, sondern erfolgreiche Ansätze dauerhaft in die Regelversorgung übernehmen — und im Gegenzug weniger wirksame Strukturen konsequent ablösen.

12. GenAI, Health-Datalakes und Datendemokratisierung als Infrastruktur für Versorgungssteuerung nutzen

Die DGIV regt an, GenAI, Health-Datalakes und Datendemokratisierung gezielt als Infrastruktur für Versorgungssteuerung, Forschung, Arzneimittelentwicklung und intersektorale Versorgung zu fördern. Generative KI sollte nicht als isoliertes technisches Instrument verstanden werden, sondern als Bestandteil einer digitalen Infrastruktur, die Gesundheitsdaten besser nutzbar macht und Versorgung, Forschung und Entwicklung enger miteinander verbindet.

Das Gesundheitswesen verfügt über heterogene und sensible Daten aus vielfältigen Quellen: elektronischen Patientenakten, Laborwerten, Bildgebung, genetischen Daten, klinischen Studien, Versicherungsdaten und Wearables. Diese Daten haben enormes Potenzial für bessere Versorgung, effizientere Prozesse, medizinische Forschung und neue Behandlungsmöglichkeiten, werden bislang aber nicht ausreichend zusammengeführt und genutzt.

Health-Datalakes können hierfür eine zentrale Infrastruktur bilden. Sie ermöglichen es, Gesundheitsdaten zentral oder föderiert zusammenzuführen, zu strukturieren und für unterschiedliche Anwendungszwecke verfügbar zu machen. Datendemokratisierung soll relevanten Akteuren im Gesundheitssystem einen besseren Zugang zu geeigneten Daten verschaffen, um Entscheidungen zu verbessern, Prozesse zu optimieren und Innovationen voranzutreiben. Die Bundesregierung sollte deshalb den Aufbau von Health-Datalakes, multimodalen Datenplattformen und GenAI-Pilotprojekten gezielt fördern. GenAI sollte in öffentlichen Ausschreibungen nicht nur zugelassen, sondern aktiv unterstützt werden. Ziel ist eine datenbasierte Versorgungssteuerung — bei klaren Anforderungen an Datenschutz, Datensicherheit, Datenqualität, Zugriffsrechte und Patientensouveränität.

Schlussfolgerungen

Die mehr als 20-jährige Arbeit der DGIV an den Schnittstellen zwischen ambulant und stationär, zwischen Disziplinen und zwischen den Professionen zeigt: Das deutsche Gesundheitssystem verfügt über

erhebliche Effizienzreserven - *nicht* in *innerhalb* der Sektoren, sondern *dazwischen*. Diese Potenziale zu heben, erfordert eine grundlegende Überarbeitung der sektoral trennenden SGB V-Systematik.

Das bereits erwähnte von der DGIV in Auftrag gegebene Rechtsgutachten von Prof. Schlegel zur Regelungssystematik des SGB V bestätigt, dass *„Ziele und Ergebnisse der Leistung mehr in den Vordergrund gerückt werden [müssen], um eine höhere Effizienz der Ressourcennutzung gewährleisten zu können. Das gilt umso mehr für komplexe, interprofessionelle und sektorenübergreifende Leistungen“* (a.a.O. S. 33).

Die hier vorgelegten zwölf Anregungen zeigen konkrete Wege auf, diese Effizienzreserven zu erschließen und neue Versorgungsansätze umzusetzen. Die DGIV legt sie der FinanzKommission Gesundheit hiermit als grundlegende Reformimpulse zur Überwindung der zahlreichen Sektorenschnittstellen und Versorgungsbrüche im deutschen Gesundheitssystem vor – und steht natürlich für Rückfragen und weitere Erläuterungen jederzeit gerne zur Verfügung!

DGIV e.V.

c/o iX – Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung
Dr. Albrecht Kloepfer, Wartburgstraße 11, 10823 Berlin
Tel: 030 – 44 72 70 80, Mobil: 0178 784 41 92
dr.kloepfer@dgiv.org
www.dgiv.org