

# Das deutsche Gesundheitswesen auf dem Weg zum digitalen Champion

---

Erfolgsfaktoren für eine nachhaltige digitale Transformation



gesundheitsstadt  
berlin  
das netzwerk  
für berlin-brandenburg

## **Impressum**

Gesundheitsstadt Berlin e.V.  
Schützenstraße 6A  
10117 Berlin  
[www.gesundheitsstadt-berlin.de](http://www.gesundheitsstadt-berlin.de)

**Im Rahmen des  
6. Digitalforums am 7. Mai 2026**

**Dieses Policy Paper wurde von Marcel Weigand  
im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin erstellt.**

**Berlin, Mai 2026**

Lektorat:  
Esther Beuth-Heyer

Gestaltung:  
Franziska Kulla

## Ausgangslage

---

Deutschland verfügt heute über eine der weitreichendsten rechtlichen Grundlagen für digitale Gesundheitsversorgung in Europa. Die elektronische Patientenakte (ePA), das E-Rezept, die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) und die Möglichkeiten der Datennutzung (GDNG) markieren einen echten Aufbruch. Und doch: Internationale Vergleichsdaten der OECD und der European Commission (insbesondere im Rahmen von DESI und eHealth-Monitoring) verorten Deutschland bei der digitalen Transformation im Gesundheitswesen trotz erheblicher Fortschritte im internationalen Mittelfeld. Während zentrale Infrastrukturen aufgebaut wurden, bestehen weiterhin deutliche Defizite bei der Nutzung, Interoperabilität und Skalierung digitaler Anwendungen. Länder wie Estland, Dänemark und Finnland zeigen seit Jahren, was konsequente Digitalisierung bedeuten kann.

Ein zentrales strukturelles Hemmnis der digitalen Transformation im deutschen Gesundheitswesen bleibt die tiefgreifende Fragmentierung der Projektlandschaft. Trotz einer Vielzahl von Initiativen durch Forschungseinrichtungen, Krankenkassen und Leistungserbringer dominieren isolierte Insellösungen. Da Erkenntnisse kaum geteilt werden und Synergieeffekte durch Parallelentwicklungen ungenutzt bleiben, fehlt vielen Projekten die notwendige Skalierbarkeit.

Dieses strukturelle Defizit wird durch ein systemisches Versagen an der Schnittstelle zwischen Erprobung und Regelversorgung verschärft: Trotz nachgewiesener Evidenz und expliziter Überführungsempfehlungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist auch zehn Jahre nach Einführung des Innovationsfonds keine einzige neue Versorgungsform flächendeckend in die bundesweite Regelversorgung überführt worden. Diese bereits 2021 und 2023 vom Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) monierte Transferlücke führt dazu, dass wertvolles Innovationspotenzial strukturell ungenutzt bleibt und der intendierte Nutzen für die Versorgung systematisch ausbleibt.

Was fehlt, ist nicht mehr oder „bessere“ Technologie. Was fehlt, ist das Zusammenspiel all jener Faktoren, die aus Infrastruktur echte Transformation machen. Mit dem Gesetzentwurf für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) will der Gesetzgeber 2026 ein weiteres Signal setzen. Doch ob daraus Wirklichkeit wird, entscheidet sich nicht im Sozialgesetzbuch V, sondern in der konsequenten Umsetzung, Koordination, Akzeptanzbildung und dem Transfer in die Fläche. Dieses Paper bündelt Perspektiven aus Wissenschaft, Politik, Industrie, Selbstverwaltung und Versorgungspraxis und formuliert auf dieser Basis die entscheidenden Erfolgsfaktoren.

## Erfolgsfaktoren: Was den Unterschied macht

---

Wer die Erfahrungen aus Estland, Dänemark, Finnland und Schweden analysiert und mit dem deutschen Stand abgleicht, stößt auf ein wiederkehrendes Muster: Nicht die technische Ausgereiftheit einer Lösung entscheidet über den Erfolg, sondern das Zusammenspiel politischer Entschlossenheit, der Bereitschaft zur Veränderung und klarer Strukturen. Zwölf Faktoren stechen dabei immer wieder heraus.

### 1. Klare Governance ohne Verantwortungsdiffusion

Estland und Dänemark verdanken ihren Vorsprung nicht zuletzt eindeutigen Zuständigkeiten: Es ist klar, wer entscheidet, wer umsetzt und wer haftet, wenn etwas nicht funktioniert. In Deutschland verteilt sich diese Verantwortung auf Bundesministerien, Landesbehörden, Selbstverwaltungsorgane und Regulierungsbehörden. Das bekannte Ergebnis: langwierige Konsensrunden, verzögerte Umsetzung, unklare Rechenschaftspflichten. Die gematik setzt technische Standards und soll durch das GeDIG mehr Durchsetzungsbefugnisse erhalten. Aber die gematik ist kein Steuerungsorgan für die digitale Versorgungstransformation insgesamt. Sie ist nicht zuständig für Versorgungsziele, für die Koordination zwischen Bund und Ländern oder für den Transfer erfolgreicher Modelle in die Regelversorgung. Diese Lücke ist strukturell, nicht rein technisch. Was fehlt, ist eine Instanz mit echtem Mandat, die die verschiedenen Gesundheitsfachberufe gleichwertig denkt und nicht nach Institutionslogik agiert, sondern maßgeblich die sektorenübergreifende, digitale Versorgung koordiniert und fördert.

### 2. Politischer Wille und Mut zur Verbindlichkeit

Estland und Dänemark haben E-Health nicht angeboten, sie haben es zur Pflicht gemacht. Das klingt hart, ist aber der entscheidende Unterschied zu einem System, das auf Freiwilligkeit hofft und Sanktionen auf dem Papier androht. Die ePA als Opt-out-Modell war ein mutiger Schritt in diese Richtung. Die angekündigte Pflicht zur elektronischen Überweisung und das absehbare Fax-Ende sind weitere. Der nächste, schwierigere Schritt ist die konsequente Einbindung aller Leistungserbringer ohne „Ausweichoptionen“.

### **3. Nutzenorientierung und sichtbarer Mehrwert**

Digitalisierung setzt sich dann durch, wenn sie das Leben der Menschen erleichtert und nicht wenn ihnen erklärt werden muss, warum sie gut für sie ist. Das klingt banal, wird aber in der Praxis oft verfehlt. Was zählt, ist die gesparte Stunde für Dokumentation, der vermiedene Doppelbefund, der direkte Weg zur richtigen Stelle.

Das finnische Beispiel zeigt, wie das konkret gelingt: Die staatliche Sonderzwecksgesellschaft DigiFinland entwickelt und betreibt nationale digitale Gesundheitsdienste für Finnland. Dazu gehört Omaolo, ein CE-zertifiziertes digitales Symptom- und Bedarfsassessment, das rund um die Uhr national einheitliche, leitlinienbasierte Empfehlungen gibt und Nutzerinnen und Nutzer direkt zur lokalen Versorgung weiterleitet. Fachkräfte erhalten umfassende Vorabinformationen und können Termine für echte Interaktion nutzen statt für Dokumentation. 2023 wurden über 790.000 Symptombewertungen in nahezu allen finnischen Regionen abgeschlossen. Der entscheidende Schlüssel: Nicht die Technologie hat das bewirkt, sondern die konsequente Veränderung von Prozessen und Arbeitsweisen als Voraussetzung der Einführung. Es ist genau das, was Mirva Antila in ihrem Statement beschreibt. Auch das Innovationsfondsprojekt NADI zeigt: Deutschland braucht bewährte internationale Modelle nicht neu erfinden, es muss sie adaptieren und skalieren.

### **4. Vertrauen durch Transparenz**

Dänemark hat über Jahrzehnte hinweg ein hohes Vertrauen der Bevölkerung in sein Gesundheitssystem aufgebaut, und davon profitiert die Digitalisierung bis heute. Die schrittweise Einführung des nationalen Patientenportals sundhed.dk ab 2003, begleitet von klaren Datenschutzregeln und konsequenter Kommunikation des Nutzens, hat das Vertrauen weiter gestärkt. Deutschland hat diese Vertrauensbasis grundsätzlich auch. Es gefährdet sie aber regelmäßig durch intransparente Datenprozesse, unübersichtliche Angebotsstrukturen und eine Kommunikation, die mehr auf Behördensprache als auf Bürgernähe setzt. Vertrauen ist kein Kommunikationsproblem. Es ist eine Frage von Struktur, Konsistenz und Berechenbarkeit.

## **5. Interoperabilität als nicht verhandelbare Grundlage**

Ohne Interoperabilität bleibt jede digitale Anwendung eine Insel. Als zentraler Austauschstandard hat sich HL7 FHIR international durchgesetzt; für klinische Terminologie und Klassifikation spielen Standards wie SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms) und LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes) unterschiedliche, sich ergänzende Rollen. Obwohl diese Standards existieren, steht ihre flächendeckende Implementierung in den Primärsystemen allerdings noch weitgehend aus. Aktuelle gesetzliche Entwicklungen verankern eine echte Interoperabilitätspflicht für IT-Hersteller, was überfällig war. Dabei gilt: Interoperabilität ist mehr als technische Anschlussfähigkeit. Ein System, das formal kompatibel ist, aber unter Alltagsbedingungen langsam, instabil oder unzuverlässig funktioniert, erfüllt seinen Zweck nicht. Dazu gehört auch, dass die Nutzung einheitlicher Systeme keine Frage des Ermessens bleibt. Solange einzelne Akteure proprietäre Lösungen betreiben dürfen, ohne Konsequenzen zu tragen, entstehen immer wieder neue Inseln und Millionen fließen in Projekte, die am Ende im Flickenteppich enden. Systemarchitekturen müssen dabei von Anfang an auf Anpassungsfähigkeit ausgelegt sein und nicht auf Bestandsschutz.

## **6. Tempo und die Bereitschaft zum Abbruch**

Nicht alles, was gestartet wurde, sollte weitergeführt werden. Das klingt selbstverständlich, ist aber in der Praxis ausgesprochen schwer. Projekte, die keinen messbaren Fortschritt zeigen, werden in Deutschland häufig weiterbetrieben: aus politischen Rücksichten, aus Angst vor dem Eingeständnis eines Fehlschlags, aus träger Eigendynamik einmal bewilligter Mittel oder einmal geschaffenen Strukturen. Vorreiterländer denken und handeln anders: Sie starten schnell, messen konsequent, skalieren was wirkt und stoppen, was nicht wirkt oder adaptieren konsequent. Transfer und Skalierung müssen die Regel sein, nicht die Ausnahme.

## **7. Regulatorische Agilität**

Wer digitale Anwendungen in Deutschland in die Erstattung bringen will, braucht Geduld. Das ist mit der Innovationsgeschwindigkeit der KI- und Softwareentwicklung schlicht nicht vereinbar. Zulassungs- und Erstattungsverfahren, die innerhalb eines Quartals abgeschlossen sind, sind kein utopischer Anspruch, sondern eine praktische Notwendigkeit. In deutschen Gesundheitsinnovationsregionen werden regulatorische Sandboxes bereits erprobt. Auch diese Erfahrungen müssen systematisch ausgewertet und in die Breite gebracht werden.

## **8. Digitalkompetenz als Systembedingung**

Technologie scheitert an Menschen, die sie nicht nutzen können oder wollen, und nicht an der Technologie selbst. Digitalkompetenz ist deshalb kein Soft Skill und kein optionales Fortbildungsthema. Sie muss in der Ausbildung verankert, in Institutionen strukturell gefördert und im Change Management mitgedacht werden. Dass Kassenärztliche Vereinigungen künftig Praxen aktiv bei der Digitalisierung beraten sollen, ist ein richtiger Ansatz. Er braucht aber die entsprechende Expertise bei den KVen, klare Qualitätsstandards und sollte auf alle Gesundheitseinrichtungen ausgeweitet werden. Ein oft unterschätzter Aspekt dabei: Digitalisierung muss an realen Versorgungsprozessen ausgerichtet sein und nicht an Abrechnungslogiken, die schon analog nicht funktionierten. Pflegerische, ärztliche und die Kompetenzprofile weiterer Gesundheitsfachberufe müssen strukturiert abgebildet sein, damit digitale Anwendungen wirklich greifen können. Wer neue Technologien einführt, muss die Fachkräfte einbinden, die sie täglich nutzen.

## **9. Öffentlich-private Partnerschaft mit klaren Rollen**

Staatliche Infrastruktur und privater Innovationswettbewerb schließen sich nicht aus. Sie bedingen einander, wenn die Rollen klar sind. Deutschland hat eine starke Gesundheitswirtschaft mit echter Innovationskraft. Diese lässt sich nur nutzen, wenn Unternehmen wissen, unter welchen Bedingungen sie investieren können, und wenn faire Wettbewerbsbedingungen auch durchgesetzt werden. Dabei ist ehrlich, anzuerkennen, dass die Frage, wo staatliche Vorgaben aufhören und Marktdynamik beginnen soll, unter den Beteiligten unterschiedlich bewertet wird. Das Paper gibt darauf keine abschließende Antwort. Klar ist jedoch, dass ohne klare Rollenteilung weder das eine noch das andere funktioniert.

## **10. Cybersicherheit als Vertrauensfundament**

Krankenhäuser, Praxen und Gesundheitseinrichtungen sind in den vergangenen Jahren zunehmend Ziel von Cyberangriffen geworden, was teils gravierende Folgen für die Patientenversorgung hatte. Laut Lagebericht des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) gehört der Gesundheitssektor seit Jahren zu den am stärksten von Cyberangriffen betroffenen Kritischen Infrastrukturen in Deutschland. Mit wachsender Vernetzung wächst die Angriffsfläche. Investitionen in IT-Sicherheit sind deshalb keine Kostenstelle, die bei knappen Budgets als erstes gestrichen wird, sondern eine Grundvoraussetzung des Betriebs. Das gilt für Universitätsklinika genauso wie für die kleine Landpraxis, die mit einer einzigen kompromittierten Aktion handlungsunfähig werden kann. Die rasante Entwicklung bei Cyberangriffen macht deutlich: Systeme, die lokal betrieben werden und trotz bekannter Sicherheitslücken über Wochen nicht aktualisiert werden, sind ein strukturelles Risiko für die gesamte Versorgung.

## **11. Lernbereitschaft und internationale Orientierung**

Deutschland neigt dazu, Besonderheiten des eigenen Systems als Argumente dafür zu nutzen, warum internationale Erfahrungen hier nicht übertragbar seien. Diese Haltung ist teuer und rückschrittlich. Estland, Dänemark und Finnland haben zwar andere Gesundheitssysteme, aber keine grundlegend anderen Herausforderungen bewältigt; sie sind diese jedoch früher, konsequenter und mutiger angegangen. Auch Israel ist in diesem Zusammenhang lehrreich: Die vier großen Krankenversicherungen des Landes nutzen seit Jahrzehnten vollständige longitudinale Patientendaten für Versorgungsforschung und KI-Anwendungen. Ja, unter strukturell anderen Voraussetzungen, aber mit Erkenntnissen, die für Deutschland relevant sind. Systematisches Benchmarking und die ehrliche Bereitschaft, von anderen zu lernen, sind keine Schwäche, sondern Zeichen eines lernenden Systems.

## **12. Konsequente Patienten- und Bürgerorientierung**

Am Ende entscheidet sich der Erfolg digitaler Gesundheitsversorgung daran, ob Menschen sie annehmen und ob sie ihnen nützt und nicht daran, ob sie technisch beeindruckend ist. Die ePA ist mehr als ein IT-Projekt. Sie ist ein Versprechen an Patient:innen und an Fachkräfte, die sie behandeln. Als Verwaltungsinstrument wird sie scheitern. Wenn sie aber als Serviceversprechen weiterentwickelt wird, bietet sie immense Chancen. Zur Bürgerorientierung gehört auch, Datenlücken aktiv zu schließen: Eine faire digitale Gesundheitsversorgung setzt voraus, dass Daten über alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen verfügbar sind, unabhängig von Geschlecht, Alter oder Herkunft.

## Handlungsempfehlungen

---

Aus den zwölf Erfolgsfaktoren und den eingeholten Perspektiven lassen sich konkrete Schritte ableiten. Sie richten sich an unterschiedliche Akteure, aber alle teilen eine Grundbedingung: Wer zuständig ist, muss es wissen und danach handeln. Einige dieser Schritte sind Daueraufgaben, die parallel zu allem anderen laufen müssen. Andere sind politische Entscheidungen, die den Systemwandel erst ermöglichen.

### Fundament

- **Digitalkompetenz ausbauen:** KVen, Kammern, Krankenkassen, Hochschulen und Berufsverbände sollten gemeinsam verbindliche Qualifikationsstandards für digitale Gesundheitskompetenz entwickeln und in Ausbildung, Praxis und Verwaltung verankern.
- **Interoperabilität und KI-Nutzung vorbereiten:** Datenqualität und technische Interoperabilität sind die Voraussetzung, nicht das Ziel. Wer KI im Versorgungsalltag nutzen will, muss jetzt in diese Grundlagen investieren. Reallabore für KI-Erprobung unter echten Bedingungen sind einzurichten und zu evaluieren. Dabei reicht technische Standardisierung allein nicht aus: Daten müssen nicht nur strukturell kompatibel sein, sondern auch inhaltlich dasselbe bedeuten. Eine einheitliche Semantik auf Basis anerkannter Terminologien ist die Voraussetzung dafür, dass Daten systemübergreifend wirklich nutzbar sind.
- **Cybersicherheit als Pflichtinvestition verankern:** IT-Sicherheit darf nicht länger als Kostenstelle behandelt werden, die bei knappen Budgets oder in angriffsarmen Zeiten als erstes gestrichen wird. Verbindliche Mindeststandards für alle Gesundheitseinrichtungen, von der Universitätsklinik bis zur Einzelpraxis, sind zu definieren und durchzusetzen. Die rasante Entwicklung bei Cyberangriffen erfordert ein Ende lokal betriebener Systeme, die trotz erkannter Lücken über Wochen nicht aktualisiert werden.
- **Lernkultur stärken:** Projekte ohne messbaren Fortschritt müssen beendet werden dürfen, ohne politischen Gesichtsverlust. Scheitern darf kein Karriererisiko sein. Internationale Best Practices sind systematisch auszuwerten und zu adaptieren.

## Strategische Hebel

- Governance klären: Die Bundesregierung und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sollten eine ressortübergreifende institutionsübergreifende Koordinierungsinstanz mit echtem Entscheidungsmandat für die digitale Gesundheitstransformation einrichten, mit verbindlichem Zeitplan und Zuständigkeiten.
- Verbindlichkeit erhöhen: Interoperabilität, ePA-Nutzung und sektorenübergreifender Datenaustausch müssen als Systemanforderungen verankert werden, mit Anreizen für die, die mitmachen, und Konsequenzen für die, die es nicht tun. Als Zielmarke sollte eine aktive ePA-Nutzungsquote von mindestens 50 Prozent je Versorgungsbereich bis Ende 2027 definiert und ab 2028 mit konkreten Versorgungszielen hinterlegt werden. Ein konkretes Versorgungsziel könnte beispielsweise die Reduktion der rund 250.000 Krankenhauseinweisungen durch vermeidbare Medikationsfehler (BT-Drucksache 19/849) um 25 Prozent bis 2030 sein; erreichbar durch den elektronischen Medikationsplan in der ePA.
- Nutzen sichtbar machen: Jede Einführungsmaßnahme braucht einen klar definierten Nutzenbeweis, sowohl für Fachkräfte als auch für Patientinnen und Patienten. Bürokratieentlastung ist dabei das stärkste Akzeptanzargument, das konsequent in den Vordergrund gestellt werden sollte.
- Zulassung beschleunigen: Das BMG, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), und der G-BA sollten regulatorische Verfahren für digitale Innovationen auf maximal ein Quartal (in begründeten Fällen zwei Quartale) verkürzen. Gesundheitsinnovationsregionen als Reallabore sind systematisch auszubauen, ihre Ergebnisse sind in die Regelversorgung zu überführen.
- Innovationstransfer sicherstellen: Erfolgreich evaluierte Versorgungsmodelle müssen innerhalb fester Fristen, maximal zwölf Monate nach Abschluss der Evaluation, verbindlich in die Regelversorgung überführt werden. Zuständigkeiten sowie klare Kriterien für die Regelversorgung dafür sind im Gesetz zu benennen.
- Chancengleichheit sichern: Digitale Versorgungswege müssen für alle Versicherten gleichermaßen zugänglich sein. Benachteiligungen gesetzlich Versicherter auf digitalen Plattformen, etwa bei der Terminvergabe, sind konsequent zu unterbinden, um den solidarischen Charakter unseres Systems auch im Digitalen zu wahren.

## Fazit

---

Deutschland steht an einem echten Scheideweg. Die technische Infrastruktur ist vorhanden, der gesetzliche Rahmen wird stetig weiterentwickelt, und der politische Wille zur Digitalisierung ist da. Und doch bleibt die entscheidende Frage offen: Wann wird aus Aufbruch echte Versorgungswirklichkeit?

Was die Vorreiterländer von Deutschland unterscheidet, ist keine überlegene Technologie. Es ist die Konsequenz in der Umsetzung. Dänemark hat ab 2003 mit sundhed.dk bewiesen, dass auch ein föderales System einen verbindlichen digitalen Standard durchsetzen kann, wenn der politische Wille vorhanden ist, Widerstände auszuhalten. Estland hat gezeigt, dass Verbindlichkeit, klare Verantwortlichkeiten und die Bereitschaft, Rückschläge als Lernchancen zu begreifen, mehr bewegen als große Budgets.

Finnland zeigt mit DigiFinland und dessen Dienst Omaolo, was iterative Umsetzung in der Praxis bedeutet: klein starten, messen, lernen, skalieren und Projekte, die nicht funktionieren, konsequent beenden, statt diese weiter zu finanzieren. Dieser Mut zum Abbruch ist keine Niederlage, sondern die Voraussetzung für Entwicklung. Deutschland hat zu viele Insellösungen am Leben gehalten, die keinen Transfer in die Fläche gefunden haben. Das muss sich ändern, da weder die Mittel noch die Zeit dazu vorhanden sind, um so weiterzumachen.

Die für dieses Paper eingeholten Statements sind nicht deckungsgleich: Während manche vor allem auf Marktöffnung und Bürokratieabbau setzen, betonen andere den Vorrang klarer Regulierung und Gemeinwohlorientierung. Das ist kein Widerspruch, sondern die Realität eines Systems, in dem viele Akteure berechnete, aber unterschiedliche Interessen haben. Was alle verbindet: Digitaler Champion wird Deutschland nur, wenn Technologie, Prozesse und Menschen gemeinsam gedacht werden und wenn alle Beteiligten aufhören, auf die anderen zu zeigen und zu warten.

Die Grundlage und die Voraussetzungen sind da. Was jetzt gebraucht wird, ist keine weitere Strategie, sondern der Mut zur Umsetzung gepaart mit dem Pragmatismus, der nötig ist, um aus guten Absichten gute Versorgung zu machen.

## Anhang

---

### Statements zur Frage: Was ist erforderlich, damit das deutsche Gesundheitswesen digitaler Champion wird?

**Prof. Dr. Volker Amelung und Lena Kraft,**  
Universitätsprofessor und wissenschaftliche Mitarbeiterin,  
*Medizinische Hochschule Hannover*

---

*„Deutschland kann von anderen Ländern viel lernen, ohne erfolgreiche Lösungen immer wieder neu entwickeln zu müssen – das zeigt auch unser Innovationsfondsprojekt NADI. Gleichzeitig wird deutlich, dass digitale Transformation vor allem eine Frage der Umsetzung ist und mehr ‚Out-of-the-box-Denken‘ erfordert. Internationale Beispiele zeigen, dass digitale Innovation dann funktioniert, wenn sie an konkrete Alltagsanwendungen anschließt. So wurde in Japan die elektronische Patientenakte mit dem Führerschein verknüpft – eigentlich eine ziemlich smarte Idee.“*

**Mirva Antila, CEO, DigiFinland**

---

*„Digital solutions alone are not sufficient. Real transformation happens when technology, processes and professional collaboration are aligned around a common goal. Healthcare has everything to gain – but only if we are willing to change how we work, not just the tools we use.“*

**Irina Cichon**, Fachliche Leitung Gesundheitspolitik, Robert Bosch  
Centrum für Innovationen im Gesundheitswesen

---

*„Digitale Transformation im Gesundheitswesen ist kein technisches Einzelprojekt, sondern eine strukturelle Daueraufgabe der Versorgungsgestaltung. Sie erfordert eine klare politische Steuerung mit verbindlichen Zielbildern, interoperablen und adaptiven Systemarchitekturen sowie der systematischen Einbindung aller im Versorgungsprozess beteiligten Professionen. Wirkung entsteht nicht durch Technologie allein, sondern durch verlässliche Rahmenbedingungen, kontinuierliche Umsetzung und die konsequente Verankerung in der Versorgungspraxis. Nur so wird Digitalisierung zu einem echten Hebel für Qualität, Effizienz und Zukunftsfähigkeit der Versorgung.“*

**Dr. Janosch Dahmen**, MdB, Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die  
Grünen

---

*„Was wir brauchen, sind Tempo und Entschlossenheit: Die Ministerin muss die ePA zum zentralen Knotenpunkt der Versorgung machen, Datensilos aufbrechen und alle Akteure verbindlich in die Pflicht nehmen. Digitalisierung darf kein Flickenteppich bleiben – sie muss alle Versorgungsbereiche vernetzen und konsequent vom Patienten her gedacht sein.“*

**Prof. Dr. Jörg Debatin**, Healthcare Entrepreneur

---

*„Auf dem Weg zum digitalen Champion profitiert die deutsche Gesundheitsversorgung von bundesweit einheitlichen Regeln und Strukturen. Inzwischen ist die Grundlage für technische und semantische Interoperabilität medizinischer Daten vorhanden. Um wirklich digitaler Champion zu werden, fehlen noch zwei Faktoren: erstens die Bereitschaft aller Leistungserbringer, digitale Strukturen konsequent zu nutzen; zweitens die Fähigkeit der Regulierer, Einsatz und Remuneration digitaler Applikationen deutlich schneller – innerhalb eines Quartals – zu ermöglichen.“*

**Dr. Florian Hartge**, Geschäftsführer, *gematik GmbH*

---

*„Um zum digitalen Vorreiter zu werden, braucht unser Gesundheitswesen klare Standards, eine verlässliche Infrastruktur und echte Interoperabilität – flankiert von nutzerfreundlichen Anwendungen, hoher Sicherheit und Mut zur gemeinsamen Umsetzung.“*

**Dr. Ina Lucas**, Präsidentin, *Apothekenkammer Berlin*, Vizepräsidentin *ABDA*

---

*„Als Apothekerin erlebe ich täglich, wo Digitalisierung wirkt – und wo sie noch bremst. Damit Deutschland digitaler Champion im Gesundheitswesen wird, brauchen wir endlich durchgängige Interoperabilität, verlässliche Infrastruktur und die stringente Durchsetzung der Nutzung. Die Apotheke vor Ort kann dabei zentraler Daten- und Versorgungsknoten sein – wenn man sie als Institution konsequent einbindet. Digitalisierung muss Versorgung verbessern, nicht verkomplizieren – dann entsteht echter Mehrwert für Patientinnen und Patienten.“*

**Matthias Mieves**, *MdB*, *Bundestagsfraktion SPD*

---

*„Digitaler Champion wird unser Gesundheitswesen nur, wenn Digitalisierung dem Gemeinwohl dient: mit einer starken ePA, sicherer Datennutzung, besserer Prävention und Innovationen, die nicht wenigen nützen, sondern die Versorgung für alle verbessern.“*

**Martin Peuker**, Digitalisierungsvorstand, *Medizinische Universität Lausitz*

---

*„Berlin-Brandenburg steht exemplarisch nicht nur für eine regionale Perspektive, sondern für einen Ansatz mit Strahlkraft für ganz Deutschland. Der entscheidende Mehrwert liegt darin, dass ein EHDS-fähiger Gesundheitsdatenraum geschaffen wird, der zugleich europaweite Konnektivität ermöglicht. Was es zusätzlich braucht, sind Testbeds – reale Experimentierräume, in denen KI erprobt und Daten nutzbar gemacht werden können. Regulatorische Agilität ist dafür eine zentrale Voraussetzung.“*

**Sandra Postel**, Präsidentin, *Pflegekammer Nordrhein-Westfalen*

---

*„Deutschland kann zum digitalen Champion im Gesundheitswesen werden, wenn Digitalisierung konsequent an Versorgungsprozessen ausgerichtet wird – und nicht an Abrechnungslogiken, die schon in der analogen Welt nicht funktioniert haben. Solange pflegerische Kompetenzen nicht strukturiert abgebildet sind, bleibt Innovation begrenzt. Wir brauchen verbindliche Kompetenzprofile, interoperable Systeme und eine echte Einbindung der Pflege in Steuerungsprozesse sowie in die ethische Bewertung digitaler Anwendungen. Nur so entsteht Digitalisierung, die Versorgung spürbar verbessert.“*

**Tino Sorge**, MdB (CDU), Parlamentarischer Staatssekretär, *Bundesministerium für Gesundheit*

---

*„Angesichts der enormen Potenziale, die die Digitalisierung für das Gesundheitswesen bereithält, ist es Zeit für einen neuen Optimismus – gepaart mit dem nötigen Pragmatismus in der praktischen Umsetzung. Im Miteinander von Politik, Medizin und Wirtschaft haben wir die Chance, in Deutschland und Europa ein eigenes Erfolgsmodell digitaler Gesundheit zu etablieren. Lassen wir sie nicht ungenutzt.“*

**Daniela Teichert**, Vorsitzende des Vorstandes, AOK Nordost

---

*„Digitaler Champion wird Deutschland nicht durch noch mehr Pilotprojekte, sondern durch Mut zur Umsetzung. Die ePA muss in den Versorgungsalltag integriert werden. Daten müssen sicher nutzbar werden. Entscheidend ist ein klarer Kompass, der für Vertrauen und Klarheit in der Anwendung sorgt – damit Digitalisierung nicht zum Selbstzweck wird und Patientinnen und Patienten einen spürbaren Mehrwert erleben.“*

**Prof. Dr. Sylvia Thun**, Direktorin für eHealth und Interoperabilität, Berlin Institute of Health (BIH)

---

*„Deutschlands Gesundheitswesen hat die digitale Basis gelegt: ePA, E-Rezept und Gesundheitsdatennutzung auf Basis internationaler IT-Standards sind Realität. Verbindliche Interoperabilität, konsequente Umsetzung und messbare Ergebnisse sind der nächste Schritt. So wird aus Aufbruch eine nachhaltige Transformation.“*

**Geske Wehr**, Vorstandsvorsitzende, Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen, Achse e. V.

---

*„FAIR data ist das Wichtigste, wir benötigen eine Plattform, auf der alle medizinischen Experten sich sicher virtuell austauschen können, nicht nur theoretische Fälle, sondern auch medizinische Daten. Dementsprechend muss das Umfeld sicher sein. Dazu braucht es auch einheitliche Technik, einheitliche Systeme, deren Anschaffung und Nutzung für alle Beteiligten Pflicht ist. Alles andere führt nur wieder zu "Flickenteppich" und Chaos, in das Millionen investiert werden, um am Ende zu scheitern.“*

**Georg Woditsch**, Director Digital Strategy and Transformation,  
Alexianer IT GmbH

---

*„Deutschland wird digitaler Champion für die Gesundheitsversorgung der Menschen, wenn alle Leistungserbringer sektorenübergreifend durch Abbau der Mikroregulatorik und Sektorengrenzen wieder Entscheidungsfreiheit erlangen und zusätzlich in Personal investieren können, das Prozesse und Technik miteinander verbindet.“*