

ersatzkasse magazin.

DIE ZEITSCHRIFT
DES VERBANDES DER
ERSATZKASSEN E. V.
SEIT 1916

G20634

4. AUSGABE 2025



Delegation in der Praxis

Für eine hochwertige Versorgung wird die Entlastung durch nichtärztliches Personal immer wichtiger

»Wir brauchen stabile Finanzen und strukturelle Reformen«

Katrin Staffler, die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, im Interview

Eigenanteile steigen weiter

Die Politik muss endlich handeln, damit Pflege im Heim bezahlbar bleibt

vdek 
Die Ersatzkassen

DIE MITGLIEDSKASSEN

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen rund 29 Millionen Menschen in Deutschland krankenversichern.



Techniker Krankenkasse (TK)

Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg
Tel.: 0 40/69 09-17 83
Fax: 0 40/69 09-13 53
pressestelle@tk.de
www.tk.de/presse
X @TK_Presse
in Die Techniker

BARMER

BARMER

Postfach 11 07 04
10837 Berlin
Tel.: 08 00/333 1010
Fax: 08 00/333 0090
service@barmer.de
www.barmer.de
X @BARMER_Presse
in BARMER



DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg
Tel.: 0 40/2364 855-0
Fax: 0 40/334 70-12 34 56
service@dak.de
www.dak.de
X @DAKGesundheit
in DAK-Gesundheit

KKH

KKH Kaufmännische Krankenkasse

Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
Tel.: 05 11/28 02-0
Fax: 05 11/28 02-99 99
service@kkh.de
www.kkh.de
in KKH Kaufmännische
Krankenkasse



hkk-Handelskrankenkasse

Martinstraße 26
28195 Bremen
Tel.: 04 21/36 55-0
Fax: 04 21/36 55-37 00
info@hkk.de
www.hkk.de
X @hkk_Presse
in hkk Krankenkasse



HEK-Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
Tel.: 08 00/0 213 213
Fax: 0 40/6 56 96-12 37
kontakt@hek.de
www.hek.de
X @HEKonline
in HEK-Hanseatische
Krankenkasse

X @vdek_Presse 3.108€ müssen #Pflegeheimbewohnende
e/monat aus eigener Tasche zahlen, 237€ mehr als im
Vorjahr. Entschieden zu viel, sagt #UlrikeElsner im #ZDFMoma
und fordert Länder auf, ihrer Zahlungsverpflichtung für Investi-
tions- und Ausbildungskosten nachzukommen.

X @vdek_Presse @ZDFfrontal bringt es auf den Punkt: Versi-
cherungsfremde Leistungen muss Staat zahlen, nicht #GKV.
#UlrikeElsner: Allein durch vollständig steuerfinanzierte Gesund-
heitsversorgung von Bürgergeldempfangenden könnten Beiträge
um 0,5 Prozentpunkte sinken.



EDITORIAL

Pflege unter Reformdruck

Der Reformbedarf in der Pflege bleibt auch während der parlamentarischen Sommerpause ein Top-Thema. Neue vdek-Daten zeigen: 3.108 Euro Eigenbeteiligung monatlich für den Aufenthalt im Pflegeheim, das ist zu viel. So sieht es auch Gesundheitsministerin Nina Warken und forderte jüngst in einem Interview eine Entlastung der Pflegebedürftigen. Außerdem unterstrich sie die Notwendigkeit einer Finanzreform der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Unterstützung erhält Warken von der neuen Pflegebevollmächtigten Katrin Staffler. Auch sie betont im Gespräch mit *ersatzkasse magazin* den großen Reformdruck: Weitere Beitragssatzerhöhungen in der SPV sollen verhindert und versicherungsfremde Leistungen vom Bund erstattet werden, dazu mehr Digitalisierung und weniger Bürokratie. Jetzt ist es an der Politik, konkret zu werden: Bis zum Jahresende soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter dem Titel „Zukunftspakt Pflege“ Vorschläge erarbeiten. Zukunftssicher aufgestellt werden muss auch die ambulante Versorgung. Die Bevölkerung wird älter, viele Ärztinnen und Ärzte gehen in den Ruhestand – diese Lücke kann nur durch Teamarbeit geschlossen werden. Eine gezielte Einbindung von nichtärztlichem Personal bringt Entlastung und steigert die Zufriedenheit im Team und von Patientinnen und Patienten. Die „Regionalen Gesundheitspartner“, ein Modellversuch der Ersatzkassen, bestätigen das – nun gilt es, den Weg in die Regelversorgung zu ebnen.

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Wir brauchen nicht mehr Erkenntnisse, sondern eine konsequente Umsetzung: Auf dem Hauptstadtkongress wurde über Chancen und Fortschritte der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung diskutiert. → **Mehr dazu auf Seite 12**

Die Association Internationale de la Mutualité (AIM) setzt sich seit 75 Jahren für eine solidarische Gesundheitsversorgung ein. Auch das Jubiläumsjahr 2025 steht für die Organisation ganz im Zeichen des Solidaritätsgedankens. → **Mehr dazu auf Seite 16**

Delegation in der Praxis

SCHWERPUNKT Die Delegation von ärztlichen Leistungen auf besonders qualifiziertes medizinisches Personal wird für die Versorgung immer wichtiger. Entsprechend entstanden in den vergangenen Jahren auch im deutschen Gesundheitswesen neue nichtärztliche Berufsfelder. Um insbesondere Versorgungsnotständen in ländlichen Regionen entgegenzuwirken, erproben die Ersatzkassen seit Mai letzten Jahres mit ihrem Projekt „Regionale Gesundheitspartner“ neue Delegationskonzepte.

34

ersatzkasse
magazin.
online

www.vdek.com/magazin



22

»In der Pflegeversicherung brauchen wir stabile Finanzen und strukturelle Reformen«

INTERVIEW Seit Ende Mai dieses Jahres ist Katrin Staffler die neue Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung. Im Interview mit *ersatzkasse magazin*. spricht die CSU-Abgeordnete über ihre pflegpolitischen Schwerpunkte und ihre Erwartungen an die neue Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Pflegereform. Dringenden Handlungsbedarf sieht sie in den Bereichen Versorgung und Finanzierung.





Sprachdefizite bei Heranwachsenden nehmen alarmierend zu

ERSATZKASSEN Die virtuelle Kommunikation tritt im Alltag von Heranwachsenden immer häufiger an die Stelle direkter Zwiesgespräche. Das hat Folgen für deren Sprachentwicklung, die zunehmend aus dem Lot zu geraten scheint. Umso wichtiger ist es, dass Eltern von Beginn an gezielt die Sprachentwicklung ihres Kindes unterstützen, indem sie kontinuierlich altersgerechte Sprachreize anbieten. Die Gründe für die Zunahme der Sprachdefizite sind vielfältig.



AKTUELL

- 6 Sprungbrett in den Pflegeberuf
- 7 Mehr Flexibilität für Pflegebedürftige
- 8 Personalien
- 9 Aus dem G-BA
- 10 Bund-Länder-AG zur Pflegereform
- 11 vdek-Mitgliederversammlung

POLITIK & VERSORGUNG

- 12 Hauptstadtkongress
- 14 Interview: Oliver Blatt
- 16 75 Jahre AIM
- 19 Eigenbeteiligung im Pflegeheim
- 20 Pflegebegutachtung modernisieren
- 22 Interview: Katrin Staffler
- 27 #regionalstark
- 33 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 36 Delegation ärztlicher Leistungen
- 37 Nichtärztliche Berufe im Überblick
- 38 Drei Fragen: Prof. Dr. Katharina Larisch
- 39 Arztpraxis 2.0
- 42 Delegationskonzepte im Praxistest

ERSATZKASSEN

- 44 Generationenkonflikte im Job
- 45 Adipositas-Chirurgie immer häufiger
- 46 Sprachdefizite bei Heranwachsenden

VERMISCHTES

- 48 vdek-Basisdaten 2025/2026
- 49 Podcast: Mikroben im Visier
- 50 PS: Schöne bequeme Welt
- 50 Impressum

Sprungbrett in den Pflegeberuf

Freiwilligendienste können bei einer nachhaltigen Nachwuchsentwicklung in Sozial- und Pflegeberufen helfen, das zeigt eine Studie des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung. In Programmen wie dem Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) und dem Bundesfreiwilligendienst (BFD) engagierten sich nach Angaben des Berlin-Instituts seit 2012 jedes Jahr zwischen 82.000 und 97.000 überwiegend junge Menschen, darunter zuletzt rund 3.400 internationale Freiwillige. Die Studie beleuchtet, unter welchen Bedingungen Freiwillige aus dem In- und Ausland, die in der Alten- und Behindertenpflege tätig sind, sich für eine Ausbildung oder ein Studium im Berufsfeld ihrer Einsatzstelle entscheiden. Demnach stehe und falle die Berufswahl mit guten Erfahrungen während des freiwilligen Engagements. Dazu zählten ausreichend Zeit für die zu erledigenden Aufgaben, die Möglichkeit, selbst Ideen einzubringen, Raum für eigenständiges Arbeiten, Wertschätzung und das Gefühl, ernstgenommen zu werden. Wenn Freiwillige diese Dienste als Sprungbrett für das Berufsfeld nutzten, so folgert das Berlin-Institut, dann lieferten diese Dienste einen zusätzlichen Baustein auf dem Weg zu einer nachhaltigen sozialen Infrastruktur. *pm*



Das vor 20 Jahren eingeführte Mammografie-Screening-Programm für Frauen trägt deutlich zur Verringerung der Brustkrebssterblichkeit bei. Das ist das Ergebnis einer Studie, die von dem Bundesumweltministerium, dem Bundesgesundheitsministerium und der Kooperationsgemeinschaft Mammografie finanziert wurde.

Unter den Frauen, die an dem Screening teilnahmen, gingen die Brustkrebs-Todesfälle demnach zwischen 20 und 30 Prozent zurück. Somit habe etwa jeder vierte Todesfall durch eine frühzeitige Diagnose vermieden werden können. Damit erweise sich erneut, dass der Nutzen des Mammografie-Screenings weit größer sei als das sehr geringe zusätzliche Krebsrisiko, das mit der Anwendung von Röntgenstrahlung bei der Untersuchung verbunden sei. Das Mammografie-Screening-Programm ist das erste systematische Krebsfrüherkennungsprogramm nach europäischen Qualitätsstandards in Deutschland und das größte Screening-Programm in Europa. Frauen von 50 bis 75 Jahren erhalten alle zwei Jahre eine schriftliche Einladung zur Mammografie. Die Teilnahme ist freiwillig. Wer sich dafür entscheidet, kann die Untersuchung in einer von 95 zertifizierten Screening-Einheiten durchführen lassen. *pm*

Mehr Flexibilität für Pflegebedürftige

Gute Nachrichten für Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen: Zum 1. Juli 2025 wurden die Budgets für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zusammengelegt. Dadurch steht ein Jahresgesamtbetrag von 3.539 Euro zur Verfügung, der flexibel für die eine oder andere Leistungsart ausgegeben werden kann. **Das verschafft Pflegebedürftigen mehr Freiheit für die Organisation ihrer Betreuung, wenn ihre Pflegeperson eine Auszeit plant oder aufgrund von Krankheit oder sonstigen Umständen verhindert ist.** Bei der Verhinderungspflege übernimmt eine vertraute Person oder ein ambulanter Pflegedienst eine Zeit lang die Pflege zu Hause. Bei der Kurzzeitpflege wird die oder der Pflegebedürftige vorübergehend in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung stationär versorgt. Für die Verhinderungspflege gilt mit acht Wochen künftig die gleiche Höchstdauer wie für die Kurzzeitpflege. Die bislang geltende Auflage für Verhinderungspflege, dass Pflegebedürftige vorher sechs Monate durch die Angehörigen betreut worden sein müssen, fällt weg. Nach Abschluss einer Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege informiert der Leistungserbringer über die Höhe des verbrauchten Budgets. Anspruch auf Kurzzeit- oder Verhinderungspflege besteht ab Pflegegrad 2. *pm*



7.000

DIE ZAHL Bereits 7.000 Schritte am Tag reichen, um das Risiko für schwerwiegende Erkrankungen zu senken. Das ist das Ergebnis einer Übersichtsstudie, die im Fachjournal „The Lancet Public Health“ erschienen ist. Bei einigen Erkrankungen, etwa Herzkrankheiten, stiegen die gesundheitlichen Vorteile auch über 7.000 Schritte hinaus weiter an – bei den meisten anderen Erkrankungen nahmen die Effekte jedoch ab oder erreichten ein Plateau. Die Autoren betonen, dass 7.000 Schritte ein realistischeres Ziel sein könnten als das weit verbreitete, aber inoffizielle Ziel von 10.000 Schritten täglich. *pm*



Erweiterung des Vorstands der hkk



Die hkk Krankenkasse stellt sich organisatorisch breiter auf und erweitert ihren Vorstand. Der Verwaltungsrat hat in seiner jüngsten Sitzung **Jessica Probst** zur neuen Vorständin berufen. Sie übernimmt ab dem 1. Januar 2026 die Verantwortung für den operativen Betrieb sowie das Personalressort der hkk. Mit ihrer Berufung wird der Vorstand der hkk künftig aus zwei Personen bestehen: Gemeinsam mit dem designierten Vorstandsvorsitzenden Michael Lempe bildet Probst die neue Führungsspitze der dynamisch wachsenden gesetzlichen Krankenkasse. Die 41-jährige Diplom-Wirtschaftsmathematikerin lebt in Hamburg, ist verheiratet und Mutter zweier Töchter. Nach ihrem Studium an der Universität Trier war sie mehrere Jahre in der Strategieberatung tätig, zuletzt als Senior Managerin mit Fokus auf Banken und Versicherungen. 2021 wechselte sie zu einer großen Ersatzkasse, wo sie für die strategische Steuerung und Umsetzung zentraler Initiativen zur Unternehmensentwicklung verantwortlich war. *pm*

Er vertritt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in zahlreichen Entscheidungsgremien wie den Bewertungsausschüssen für den Ärzte- und Zahnarztbereich sowie in diversen Schiedsstellen, etwa für Apotheken, Heilmittel und Hebammen. Der 56-Jährige ist außerdem ehrenamtlicher Richter am 6. Senat des Bundessozialgerichts. „Ich danke Oliver Blatt für sein erfolgreiches Handeln und das langjährige Engagement für die Ersatzkassen“, so vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. „Gleichzeitig freue ich mich, dass mit Boris von Maydell ein ausgewiesener Experte mit einem breiten politischen Netzwerk und überzeugenden Konzepten für die Gesundheitsversorgung der Zukunft die Nachfolge antritt.“ *pm*

Neuer Vertreter des vdek-Vorstands



Seit dem 1. Juli 2025 ist **Boris von Maydell** Vertreter des Vorstands beim Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek). Der Abteilungsleiter für ambulante Versorgung hat damit die Funktion von Oliver Blatt übernommen, der zeitgleich sein Amt als Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes angetreten hat ([→ Mehr dazu auf Seite 14](#)). Seit 2015 ist von Maydell Leiter der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek.

Er vertritt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in zahlreichen Entscheidungsgremien wie den Bewertungsausschüssen für den Ärzte- und Zahnarztbereich sowie in diversen Schiedsstellen, etwa für Apotheken, Heilmittel und Hebammen. Der 56-Jährige ist außerdem ehrenamtlicher Richter am 6. Senat des Bundessozialgerichts. „Ich danke Oliver Blatt für sein erfolgreiches Handeln und das langjährige Engagement für die Ersatzkassen“, so vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. „Gleichzeitig freue ich mich, dass mit Boris von Maydell ein ausgewiesener Experte mit einem breiten politischen Netzwerk und überzeugenden Konzepten für die Gesundheitsversorgung der Zukunft die Nachfolge antritt.“ *pm*

 **04.09.2025** Auf dem 1. Deutschen Schlaganfall-Kongress in Berlin werden sämtliche Aspekte der Schlaganfallversorgung von der prästationären Phase bis zur Rehabilitation behandelt inklusive der neuesten Entwicklungen in der Schlaganfalltherapie. [→ t1p.de/aqd5r](https://t1p.de/aqd5r)

 **16.–17.09.2025** Der Gesundheitswirtschaftskongress in Hamburg greift aktuelle und künftige Themen der Gesundheitswirtschaft auf und bietet Raum für Diskussionen über Chancen und Herausforderungen sowie Möglichkeiten des Austauschs. [→ t1p.de/86ayg](https://t1p.de/86ayg)



PRESSESCHAU

Pflegereform

„Zwar hat Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU) nun eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt, die bis Ende 2025 Reformvorschläge erarbeiten soll. Im Raum stehen unter anderem ein bundesweiter Eigenanteilsdeckel, mehr Steuer- oder ein Umbau zu einer Pflegevollversicherung, die alle Pflegekosten trägt. All das wird seit Jahren diskutiert.“

HAMBURGER MORGENPOST, 25.07.2025

Prävention

„Und noch ein vernachlässigtes Thema: Prävention. Wie kann verhindert werden, dass Menschen überhaupt pflegebedürftig werden? Wie können Pflegebedürftige in die Lage versetzt werden, möglichst lange in ihrem Zuhause leben zu können und ohne fremde Hilfe auszukommen? Ideen dazu gibt es genügend. Sie müssen endlich flächendeckend umgesetzt werden.“

SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, 25.07.2025

Bürokratie

„Das Personal [...] ist auch deshalb so belastet, weil die Dokumentationspflichten überbordend, weil eine kaum noch zu überblickende Zahl von Gesetzen, Regeln und Paragraphen beachtet werden muss, weil zu viel Bürokratie zu wenig Pflege zulässt. Die ganze Bürokratie nun teilweise digital zu verwalten und zu vernetzen, ist gut. Noch besser wäre es, sie abzuschaffen, wo sie sinnlos ist.“

NEUE RHEIN ZEITUNG, 21.07.2025



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

Lungenkrebs-Früherkennung als Kassenleistung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat für Menschen mit starkem Zigarettenkonsum die Lungenkrebs-Früherkennung als neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen beschlossen. Ziel ist es, eine Krebserkrankung frühzeitig zu erkennen, zeitnah die Behandlung zu ermöglichen und so die Überlebenschancen der Betroffenen zu erhöhen. Das Screening-Angebot – alle 12 Monate eine Untersuchung der Lunge mittels Niedrigdosis-Computertomographie (NDCT) – kann voraussichtlich ab April 2026 in die Versorgung kommen, wenn das Bundesgesundheitsministerium den Beschluss nicht beanstandet und auch

die Versicherteninformation vorliegt. Teilnahmeberechtigt sind Versicherte im Alter zwischen 50 und 75 Jahren, die mindestens 25 Jahre geraucht haben, wobei der Zigarettenkonsum noch andauert oder vor weniger als 10 Jahren beendet wurde.

Ausnahmeregelung zur Potenzialerhebung

Der Gesetzgeber sieht vor, dass vor der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege bei beatmeten oder trachealkanülierten Patientinnen und Patienten eine sogenannte Potenzialerhebung stattfinden muss: Besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte prüfen, ob eine vollständige Entwöhnung von der Beatmung, eine Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung oder die Entfernung der Trachealkanüle möglich ist. Der G-BA hat jetzt in seiner Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege eine neue dauerhafte Ausnahmeregelung

beschlossen: Bei Versicherten, die bis einschließlich 30. Juni 2025 Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten haben, ist eine Potenzialerhebung nicht zwingend notwendig. Sie erfolgt für diesen Kreis nur noch bei Anzeichen für ein Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzial oder auf Wunsch der Betroffenen.

Mehr Flexibilität für Psychiatrien

Künftig sollen stationäre Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik ihr Personal noch flexibler einsetzen können, um bedarfsgerecht zu arbeiten und ohne die Mindestvorgaben zu unterschreiten. Zugleich soll es weniger Dokumentationsaufwand für sie geben bei gleichbleibender Versorgungsqualität. Den Weg dafür freigemacht hat der G-BA durch eine Anpassung seiner „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL). *pm*



Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen haben Anspruch auf eine mehrkostenfreie Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln wie zum Beispiel Hörhilfen, Gehhilfen oder Bandagen. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für das medizinisch notwendige und gleichzeitig wirtschaftlichste Hilfsmittel. Zusätzliche Kosten, sogenannte Mehrkosten, für Extras – zum Beispiel aus Gründen der Ästhetik oder des Komforts – müssen von den Versicherten selbst gezahlt werden. Für mehr Transparenz über Entwicklung und Höhe der Mehrkosten bei Hilfsmitteln sorgt seit 2019 der Mehrkostenbericht des GKV-Spitzenverbandes. **Der aktuelle Bericht zeigt, dass gut 80 Prozent der GKV-Hilfsmittelversorgungen mehrkostenfrei erfolgen.** Für die verbleibenden 20 Prozent zahlen GKV-Versicherte im Durchschnitt rund 149 Euro aus eigener Tasche. Um Versicherte besser vor ungerechtfertigten Mehrkosten schützen zu können, fordert der GKV-Spitzenverband den Gesetzgeber auf, endlich eine gesetzliche Meldepflicht für die Gründe von Mehrkosten festzulegen. *pm*

Anpassung der Internationalen Gesundheitsvorschriften

Das Bundeskabinett hat Mitte Juli 2025 einen Gesetzentwurf zur Änderung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) beschlossen. Die Änderungen sollen es der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und den Vertragsstaaten ermöglichen, schneller und effizienter auf Pandemien und andere Gefahren für die öffentliche Gesundheit zu reagieren. Zu den wichtigsten Änderungen zählt die Einführung des Begriffs der „pandemischen Notlage“, die es dem WHO-Generaldirektor ermöglicht, zeitlich befristete Empfehlungen in einer Pandemie als spezielle Form einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite zu geben. Zudem werden die Begriffe „Gerechtigkeit“ und „Solidarität“ als feste Grundsätze der IGV aufgenommen. Des Weiteren wird der Prüfalgorithmus angepasst, um die Meldung über Häufungen von Fällen schwerer Atemwegserkrankungen mit unbekannter oder neuer Ursache an die WHO zu beschleunigen. Außerdem müssen die Vertragsstaaten weitere sogenannte Kernkapazitäten vorhalten, beispielsweise mit Blick auf Labordiagnostik und Risikokommunikation. Zur besseren Nachhaltung der Umsetzung der Vorschriften wird ein Implementierungskomitee eingerichtet. *pm*



Bereits im sechsten Auszahlungsjahr erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser

im ländlichen Raum einen finanziellen Zuschlag, um hier die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. **Im Jahr 2026 werden insgesamt 79 Millionen Euro zusätzlich zur normalen Krankenhausfinanzierung gezahlt, das sind 18,8 Millionen Euro Fördergelder mehr als im laufenden Jahr.** Somit bekommen 129 bedarfsnotwendige Krankenhäuser im nächsten Jahr eine pauschale Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV). Die Vertragsparteien auf Bundesebene – GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) – einigten sich fristgerecht auf die Liste der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser. Krankenhäuser müssen die Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß §136c Abs.3 S.2 SGB V erfüllen, um zuschlagsberechtigt zu sein. Berücksichtigt werden bedarfsnotwendige Krankenhäuser der Grundversorgung, die jeweils eine Fachabteilung für Innere Medizin und für Chirurgie vorhalten und zusätzlich die Stufe der Basisnotfallversorgung, die eine geburtshilfliche Fachabteilung vorhalten sowie Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin. Die Förderhöhe richtet sich nach der Anzahl der vorgehaltenen Fachabteilungen. *pm*



Bund-Länder-AG zur Pflegereform gestartet

In einer gemeinsamen Sitzung hat sich am 7. Juli 2025 in Berlin die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ konstituiert und sich auf das weitere Vorgehen für eine Reform der Pflegeversicherung verständigt. Bis Ende des Jahres soll die Arbeitsgruppe gemeinsame Eckpunkte vorlegen, die im kommenden Jahr in ein Gesetzgebungsverfahren einfließen. In den Blick genommen werden eine nachhaltige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung, eine Stärkung der ambulanten und häuslichen Pflege sowie ein einfacher und bürokratiearmer Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Die Arbeitsgruppe setzt sich aus der Bundesgesundheitsministerin Nina Warken und den für die Pflegeversicherung zuständigen Minister:innen und Senator:innen der Länder zusammen. Die kommunalen Spitzenverbände nehmen an den Sitzungen teil. *pm*

→ **Mehr dazu auf Seite 33**

Politik muss Verantwortung übernehmen

Die Ersatzkassen haben auf ihrer vdek-Mitgliederversammlung Anfang Juli 2025 die neue Bundesregierung aufgefordert, endlich volle Verantwortung für die **finanzielle Stabilisierung** der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und sozialen Pflegeversicherung (SPV) zu übernehmen.

Monat für Monat müssen die Krankenkassen weitere Beitragssatzanhebungen vermeiden. „So geht das nicht weiter“, erklärten die 38 ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber der Ersatzkassen. Die durch das Bundeskabinett in Aussicht gestellten Darlehen in Höhe von je 2,3 Milliarden Euro für 2025 und 2026 in der GKV seien keine Lösung, um die Finanzsituation der GKV ausreichend und nachhaltig zu stabilisieren. Das gelte auch für die SPV, für die Darlehen in Höhe von 500 Millionen Euro für 2025 und 1,5 Milliarden Euro für 2026 vorgesehen seien. „Das sind Tropfen auf den heißen Stein und ein Affront gegen die Beitragszahlenden, denn das Geld steht den Krankenkassen zu. Stattdessen müssen sie es jetzt als Darlehen ab 2029 an den Staat mit Beitragsgeldern zurückzahlen“, so Uwe Klemens, Verbandsvorsitzender des vdek.

Es sei enttäuschend, dass es innerhalb der Bundesregierung noch keinen Konsens für die Forderung der Gesundheitsministerin gibt, den Krankenkassen endlich kostendeckende Pauschalen für die Gesundheitsversorgung von

Bürgergeldempfängerinnen und -empfängern sowie weitere versicherungsfremde Leistungen zu zahlen. „Jetzt sind die Parlamentarier gefordert! Wir unterstützen Bundesgesundheitsministerin Warken auf ganzer Linie.“ Das gelte auch für die SPV, wo die Refinanzierung der Coronakosten in Höhe von 5,6 Milliarden Euro seit Jahren aussteht. Darüber hinaus forderte Klemens ein Ausgabenmoratorium und nachhaltige strukturelle Reformen mit ausgabenreduzierender Finanzwirkung. Die Ankündigung der Bundesgesundheitsministerin, das Gespräch mit der Selbstverwaltung zu suchen, begrüßte die vdek-Mitgliederversammlung. „Wir wollen und werden mitreden, damit die

Politik praxisnahe Gesetze auf den Weg bringt, die die Interessen der Patientinnen und Patienten und der Beitragszahlenden berücksichtigen.“ Um ihr Engagement zu unterstreichen und die Selbstverwaltung sichtbarer zu machen, starteten die Ersatzkassen und die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund kürzlich eine Informationskampagne „Mitreden bei Rente und Gesundheit“. *pm*

→ sozialwahl.de



Die vdek-Mitgliederversammlung wählte Sylvi Krisch zur neuen stellvertretenden Verbandsvorsitzenden des vdek. Krisch ist hauptamtlich seit Januar 2022 Bereichsleiterin bei der ver.di Bundesverwaltung und seit September 2023 Verwaltungsratsvorsitzende der BARMER. Sie steht künftig dem vdek-Verbandsvorsitzenden Uwe Klemens (TK) zur Seite sowie den vier weiteren stellvertretenden Verbandsvorsitzenden Roman G. Weber (DAK-Gesundheit), Hansjürgen Schnurr (KKH), Roland Schultze (hkk) und Jürgen Schuder (HEK).





Auf dem Podium diskutierten (v. l.): vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, Dr. Gottfried Ludewig (Senior Vice President Public Sector & Health Industry bei der Deutschen Telekom und T-Systems), Prof. Josef Hecken (unparteiischer Vorsitzender des G-BA), Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB (Bündnis 90/Die Grünen) sowie Moderator Anno Fricke (Springer Medizin Verlag GmbH)

ePA – zentraler Schlüssel für die Versorgung

Text von **Dr. Tanja Gloatz**

Gesundheitsexpertinnen und -experten haben auf dem **Hauptstadtkongress (HSK)** in der Veranstaltung „Gesundheitspolitik im digitalen Zeitalter“ des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) am 26. Juni 2025 über Chancen und Fortschritte der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung diskutiert. Dabei wurde deutlich: Es gibt kein Erkenntnisdefizit, sondern es braucht vielmehr eine konsequente Umsetzung der digitalen Transformation in dieser Legislaturperiode.

Bei den digitalen Weichenstellungen für eine zeitgemäße Gesundheitsversorgung richtete sich der Blick unter anderem auf die Zukunft der ambulanten Versorgung: „Aktuelle Schlüsselthemen wie Primärarztmodelle und Delegation an medizinisches Fachpersonal sind nur mit Digitalisierung denkbar. Für beides haben wir Ersatzkassen Modelle vorgelegt, die diesen Aspekt konsequent mitdenken. Wir brauchen digitale Lösungen, die die Versorgung der Versicherten verbessern“, betonte Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek). Dass der digitale Wandel einen starken Einfluss auf die gesundheitliche Grundversorgung nehmen wird, verdeutlichte Dr. Kirsten Kappert-Gonther MdB (Bündnis 90/Die Grünen): „Die Zukunft der Primärversorgung wird ganz anders aussehen, als wir es bisher kannten. Digitalisierung und KI werden die Versorgung grundlegend verändern. Die Transformation soll

besser hier, innerhalb unseres Gesundheitssystems, gestaltet werden, als sie Amazon und anderen Playern zu überlassen.“ Dabei betonte Grünen-Politikerin Kappert-Gonther, die auch Mitglied des Bundestagsausschusses für Gesundheit ist, dass es gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen einen vereinfachten, niederschweligen Zugang zur Versorgung geben müsse.

Mit Digitalisierung echten Mehrwert schaffen

Große Einigkeit herrschte bei den Teilnehmenden darüber, dass neue Technologien zwar ein Fortschrittsstreiber sind, aber in kluge Strategien eingebettet sein müssen, um einen praxistauglichen Mehrwert für die Versorgung zu erzielen. Dies brachte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in seiner Botschaft auf den Punkt: „Digitalisierung muss auch in der Gesundheitsversorgung einen echten Mehrwert haben. Dafür braucht es klare Ziele, evidenzbasierte Verfahren und eine Strategie zur Umsetzung – also deutlich mehr als die Technik allein. Steuerung, Verantwortung und Wirkung müssen zusammengedacht werden.“ In seinem Vortrag unterschied er zwischen drei Ebenen, auf denen grundlegende Veränderungen in der Gesundheitsversorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten weiter vorangetrieben werden müssen. Auf der ersten Ebene gehe es um die Verbesserung und Beschleunigung von allen Prozessen der Informationsübermittlung, an denen Patientinnen und Patienten, Leistungserbringende und Krankenkassen in unterschiedlichen Konstellationen beteiligt sind. Mit einer gut funktionierenden Interoperabilität könnten unter anderem unnötige Doppeluntersuchungen vermieden und Notfallinterventionen erleichtert werden, so Hecken. Auf der zweiten Ebene müsse Digitalisierung zur



Dr. Tanja Glootz ist Referentin in der Abteilung Kommunikation beim vdek

Verbesserung und Beschleunigung von Diagnostik und Therapieentscheidungen sowie zur Therapiesteuerung zum Einsatz kommen. Und schließlich, auf der dritten Ebene, stehe die Nutzung von Gesundheitsdaten zu gemeinwohlorientierten Forschungszwecken im Fokus.

Enormes Zukunftspotenzial der ePA

Dass die ePA ein elementarer Baustein der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist, lautete das einhellige Fazit der Vortragenden. „Die ePA verbessert die Versorgung – besonders im ländlichen Raum. Dafür braucht es stabile Rechenzentren, hohe Sicherheitsstandards und nutzerfreundliches Design. Diese Infrastruktur bringen wir als Industrie ein. Die Politik setzt den Rahmen, muss aber auch Raum für Innovation und Eigenverantwortung lassen“, betonte unter anderem Dr. Gottfried Ludewig, Senior Vice President Public Sector & Health Industry bei der Deutschen Telekom und T-Systems. Darüber hinaus sei die ePA aus Sicht des G-BA-Vorsitzenden Hecken ein wichtiges diagnoseunterstützendes Instrument. Zudem, wie die Abgeordnete Kappert-Gonther betonte, sei die ePA eine Frage von Sicherheit für die Patientinnen und Patienten – dies gelte gerade in Notfallsituationen, wenn Patienteninformationen dringend benötigt werden. Wichtige Voraussetzung für die Nutzung der ePA ist die reibungslose Einrichtung der Akten für die Patientinnen und Patienten. Die gesetzlichen Krankenkassen hätten es geschafft, pünktlich für alle ihre Versicherten eine elektronische Patientenakte

zur Verfügung zu stellen, so die vdek-Vorstandsvorsitzende Elsner. Dies sei ein Beweis der Leistungsfähigkeit dieser Strukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Inzwischen gebe es rund 70 Millionen Akten, die eingerichtet sind. ■



GKV-Finanzlage im Fokus

Vor dem Hintergrund drohender Beitragssatzerhöhungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ging es in der Veranstaltung „Kassen zu Gast beim HSK: Neue Regierung – alte Probleme? Pro und Contra einer einkommensorientierten Ausgabenpolitik“ auf dem Hauptstadtkongress am 26. Juni 2025 um die kritische Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hierzu äußerte sich unter anderem die Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), Ulrike Elsner: „Wir haben ein Problem auf der Einnahmeseite, es fehlt ein Ausgleich für die versicherungsfremden Leistungen. Bei den Aufwendungen etwa für die Gesundheitskosten für Bürgergeldempfangende handelt es sich um eine übertragene Aufgabe in Höhe von rund 10 Milliarden Euro, die auch entsprechend ausgeglichen werden muss. Darüber hinaus steigen in der GKV die Ausgaben stärker als die Einnahmen. Wir geben etwa 3 bis 4 Prozent mehr aus, als wir einnehmen. So wie bisher kann es nicht weitergehen.“

»Der Koalitionsvertrag eröffnet neue Chancen«

Seit dem 1. Juli 2025 ist **Oliver Blatt** **Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes**. Der ehemalige Leiter der Abteilung Gesundheit beim vdek erläutert, wie er sich in seinem neuen Amt für eine gute Gesundheitsversorgung im Sinne der Versicherten einsetzen will.

Welche Schwerpunkte setzen Sie als Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes für die Amtsperiode vom 1. Juli 2025 bis 30. Juni 2031?

OLIVER BLATT Aufgrund der hohen Dringlichkeit steht für mich die finanzielle Stabilisierung beider Sozialsysteme an erster Stelle. Die Defizite der letzten Jahre zeigen deutlich, dass wir kurzfristig handeln müssen. Dazu gehört, dass der Staat uns die Kosten für Leistungen erstattet, die die Kranken- und Pflegeversicherung im staatlichen Auftrag erbracht haben – etwa für die Versorgung von Bürgergeldbeziehenden oder im Rahmen der Corona-Hilfen. Gleichzeitig brauchen wir eine gesetzlich verankerte einnahmeorientierte Ausgabenpolitik, die sicherstellt, dass die Ausgaben der Kassen nicht stärker steigen als ihre Einnahmen. Darüber hinaus ist es mir wichtig, strukturelle Reformen voranzutreiben. Wir müssen unsere knappen Fachkräfte effektiver im Gesundheitssystem einsetzen, Doppelstrukturen abbauen und die Digitalisierung sowie die sektorübergreifende Zusammenarbeit stärken. Auch die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit der Menschen dürfen wir nicht unterschätzen. Deshalb setze ich mich dafür ein, unser Gesundheitssystem nachhaltiger auszurichten und besser auf klimabedingte Gesundheitsfolgen vorzubereiten. Ein Nachhaltigkeitsgebot im SGB V wäre hier ein wichtiger Schritt.

Ein weiterer Schwerpunkt ist für mich die Prävention. Ich möchte dazu beitragen, dass präventive Angebote stärker in die Versorgung integriert werden – vor allem für vulnerable Bevölkerungsgruppen. Dabei ist klar: Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Krankenkassen allein können das nicht stemmen. Es braucht die Mitwirkung von Ländern, Kommunen und der Wirtschaft.

Inwieweit eröffnen sich durch den Politikwechsel auf Bundesebene und den schwarz-roten Koalitionsvertrag neue Chancen, um die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auch insbesondere in finanzieller Hinsicht zu stärken?

Der Politikwechsel auf Bundesebene und der neue Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD eröffnen durchaus neue Chancen, um die gesetzliche Krankenversicherung finanziell zu stärken – auch wenn viele zentrale Fragen noch offenbleiben. Die politische Wertschätzung beim Thema Gesundheit zeigt sich im Koalitionsvertrag leider noch nicht so deutlich. Gesundheit ist in Berlin offenbar nur ein B- oder C-Thema, müsste aber ein A-Thema sein! Positiv ist zwar, dass die neue Bundesregierung die finanzielle Stabilisierung der GKV als wichtiges Ziel benennt und eine unabhängige Expertenkommission einsetzen will, allerdings bleiben konkrete Maßnahmen zur

kurzfristigen Entlastung bislang weitgehend aus. Wir brauchen aber klare Entscheidungen statt Prüfaufträge und Kommissionsarbeit. Das ist angesichts der akuten Finanzlage der GKV und sozialen Pflegeversicherung (SPV) ein Risiko. Umso wichtiger wird es sein,

dass wir als GKV-Spitzenverband unsere Vorschläge aktiv in diesen Prozess einbringen und auch öffentlich deutlich machen, dass es jetzt mutige und nachhaltige Entscheidungen braucht – etwa zur vollständigen Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch Steuermittel oder zur schnellen Begrenzung der Ausgabendynamik.

Insgesamt bietet der Koalitionsvertrag eine Chance – aber nur, wenn die angekündigten Reformprozesse zügig, konsequent und mit dem nötigen politischen Willen umgesetzt werden.

2029 findet in Deutschland die nächste Sozialwahl statt. Welche Bedeutung hat die Selbstverwaltung für die GKV und die Gesundheitsversorgung insgesamt?

Die Sozialwahl 2029 ist ein zentrales Ereignis für die gesetzliche Krankenversicherung. Diese drittgrößte Wahl in Deutschland ist ein Ausdruck gelebter Demokratie. Das Selbstverwaltungsprinzip ist ganz wesentlich für die GKV, denn es ermöglicht den Versicherten und Arbeitgebern, über ihre gewählten Vertreterinnen und Vertreter aktiv Einfluss auf die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung zu nehmen – sei es bei Fragen der Versorgung, der Beitragsgestaltung oder der strategischen Ausrichtung der Krankenkassen. Gerade in Zeiten großer gesundheitspolitischer Herausforderungen ist es wichtig, dass Entscheidungen nicht allein von

»Das Selbstverwaltungsprinzip ist ganz wesentlich für die GKV.«

der Politik oder Verwaltung getroffen werden, sondern von Menschen, die die Lebenswirklichkeit der Versicherten kennen und ihre Interessen vertreten. Die Selbstverwaltung steht für Sach- und Praxisnähe und sie ist ein Garant dafür, dass unser Gesundheitssystem nicht zentralistisch, sondern partnerschaftlich und konsensorientiert gesteuert wird. Die Sozialwahl ist dabei das demokratische Herzstück: Sie gibt rund 50 Millionen Wahlberechtigten die Möglichkeit, mitzubestimmen, wer in den Verwaltungsräten der Krankenkassen sitzt und dort Verantwortung übernimmt. Eine hohe Wahlbeteiligung ist deshalb nicht nur ein Zeichen für das Vertrauen in die Selbstverwaltung, sondern auch ein starkes Signal für ein solidarisches Gesundheitswesen. ■



Oliver Blatt war von 1995 bis 2001 Referent für Fragen der Krankenhausversorgung beim IKK-Bundesverband. 2001 wechselte er als Referatsleiter und später stellvertretender Leiter der Abteilung Rehabilitation und Prävention zum vdek (damals noch VdAK). Von 2009 bis zum 30. Juni 2025 war er Leiter der Abteilung Gesundheit beim vdek und dort unter anderem verantwortlich für die Bereiche soziale Pflegeversicherung, Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Patientensicherheit. Darüber hinaus ist er in zahlreichen Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung vertreten, etwa dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem Qualitätsausschuss Pflege und der Nationalen Präventionskonferenz. Zudem engagiert er sich ehrenamtlich als Vize-Präsident der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung. Er ist verheiratet und hat drei Kinder.

Internationale Stimme für Solidarität im Gesundheitswesen

Text von **Ulf Schinke**

Seit 75 Jahren setzt sich die **Association Internationale de la Mutualité (AIM)** für die solidarische Gesundheitsversorgung ein. Im Juni 2025 feierte die AIM ihren Geburtstag mit einer großen Jubiläumsveranstaltung und einer Kampagne in den sozialen Medien, in deren Mittelpunkt der Solidaritätsgedanke steht.



Ulf Schinke ist Referatsleiter Selbstverwaltung/Internationales in der Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek



Wer ist die AIM?

Die AIM ist ein internationaler Krankenkassenverband mit 51 Mitgliedern aus 28 Ländern in Europa, Lateinamerika, Afrika und dem Mittleren Osten. Sie wurde 1950 gegründet, seit 1951 sind die Ersatzkassen durch den vdek Mitglied der AIM. Loek Caubo aus den Niederlanden ist AIM-Präsident, Sibylle Reichert ist die Direktorin der AIM und leitet das Sekretariat in Brüssel. Marion von Wartenberg ist Vizepräsidentin und vertritt die deutschen Mitglieder im AIM-Präsidium. Sie wurde vom vdek delegiert und ist Mitglied im Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit. Deutsche AIM-Mitglieder sind neben dem vdek auch der IKK e.V. und die SVLFG.

Die AIM bewertet die europäischen Diskussionen für ihre Mitglieder, stimmt Positionen ab und initiiert gemeinsam mit ihnen politische Initiativen, um die europäische Gesetzgebung im Sinne der Versicherten zu gestalten. Anlässlich ihres Jubiläums hat die AIM 2025 zum „Jahr der Solidarität“ erklärt – und im Rahmen einer Kommunikationskampagne Nutzerinnen und Nutzer in den sozialen Medien dazu eingeladen, unter dem Hashtag #solidaritymoments ihre Momente der Solidarität zu teilen.

EU-Kommission und AIM engagieren sich gemeinsam

Olivér Várhelyi, EU-Kommissar für Gesundheit und Tierschutz, hob in seiner Videoansprache zum Jubiläum den wichtigen Beitrag der AIM für eine auf



»Die AIM bietet ihren Mitgliedern die Chance, sich über die jeweiligen Gesundheitssysteme und ihre Gesundheitsversorgung auszutauschen. Weltweit sind alle Gesundheitssysteme unter Druck. Viele Herausforderungen, vor denen unser deutsches Gesundheitssystem steht, teilen wir mit unseren europäischen Partnerinnen und Partnern. Es ist für die nationalen Debatten sehr hilfreich, unterschiedliche Lösungsstrategien kennenzulernen. Die Corona-Pandemie hat darüber hinaus deutlich gemacht, dass wir viele Probleme nur gemeinsam lösen können. Die AIM bietet dafür die Plattform.«

Marion von Wartenberg

AIM-Vizepräsidentin und vdek-Delegierte in der AIM-Generalversammlung



»Die AIM ist für uns ein wichtiges internationales Netzwerk der solidarischen Krankenversicherungen. Wir profitieren von der Zusammenarbeit mit unseren europäischen Partnerinnen und Partnern in zentralen Fragen der Gesundheitsversorgung. Zum Beispiel gestaltet die Europäische Union (EU) wichtige Regeln für die Zulassung von Arzneimitteln. Durch die AIM haben wir hier die Möglichkeit zum Austausch mit dem EU-Parlament und der EU-Kommission und können unsere Interessen in die aktuell laufenden Gesetzgebungsverfahren einbringen.«

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende des vdek



»Die AIM ist eine starke Interessenvertretung der Krankenkassen gegenüber der Europäischen Union (EU) und anderen internationalen Organisationen. Wir sind Dienstleister und Stimme unserer Mitglieder. Als europäisch und international aufgestellter Verband bieten wir eine einzigartige Struktur für den Austausch und das politische Lobbying. Wir setzen uns für den Zugang zu solidarischen Versicherungssystemen weltweit ein. Wir sind stolz darauf, dass wir uns gemeinsam mit dem vdek und den Ersatzkassen seit nunmehr 75 Jahren für diese Ziele einsetzen können.«

Sibylle Reichert

Direktorin der AIM

Solidarität basierende Gesundheitsversorgung hervor. Herausfordernde Hindernisse in der Gesundheitsversorgung, die es zu überwinden gelte, seien hohe Versorgungskosten, lange Anfahrtswege und zunehmende Wartezeiten für die Versicherten. Die EU-Kommission und die AIM teilten das gemeinsame Ziel, die solidarische Gesundheitsversorgung zu stärken und weiterzuentwickeln. Er rief die AIM dazu auf, ihr Engagement gemeinsam mit der EU-Kommission fortzusetzen.

Für faire Arzneimittelpreise

Für die Ersatzkassen ist die AIM eine zentrale Partnerin im Einsatz gegen zu hohe Arzneimittelpreise.

Die Zulassung und Inverkehrbringung von Arzneimitteln – ob auf europäischer oder nationaler Ebene – unterliegt maßgeblich den Regeln, die in der EU gemeinsam beschlossen werden. Mit dem europäischen Pharmapaket und dem Gesetz über kritische Arzneimittel liegen aktuell zwei Vorschläge auf dem Tisch, die einen großen Einfluss auf die Preisgestaltung und die Versorgungssicherheit in Deutschland haben werden. Die AIM ist hier für die Ersatzkassen eine starke Stimme für faire Arzneimittelpreise und sichere Lieferketten. Die AIM setzt sich außerdem dafür ein, dass bei der Einführung des europäischen Gesundheitsdatenraums die nationalen Systeme so vernetzt werden, dass die





Oben: die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der AIM-Generalversammlung im Juni 2025

Rechts: Das Präsidium der AIM tauschte sich im Juni 2025 mit Patricia Reilly aus, dem Kabinettsmitglied für Landwirtschaft und Gesundheit im Beraterteam der Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen. v.l.: Yannick Lucas (Frankreich), Alejandro Russo, (Argentinien), Verena Nold (Schweiz), Loek Caubo (Niederlande), Patricia Reilly (EU-Kommission), Adbelaziz Alaoui (Marokko), Marion von Wartenberg (Deutschland), Alain Coheur (Belgien), Sibylle Reichert, (AIM-Direktorin)



Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt aller Bestrebungen stehen und unnötige Eingriffe in die schon vorhandene deutsche Telematikinfrastruktur vermieden werden.

Fester Anker in der internationalen sozialpolitischen Debatte

Die AIM vertritt als internationaler Krankenkassenverband seit 1950 die Interessen der solidarisch ausgerichteten Krankenversicherungen – und ist ein fester Anker in der internationalen sozialpolitischen Debatte. Sie hat Mitglieder aus Europa, Lateinamerika, Afrika und dem Mittleren Osten. Damit ist sie eine einzigartige Vermittlerin zwischen den Kontinenten. Seit 1951 sind die Ersatzkassen über den Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) mit der AIM verbunden. Das Sekretariat der AIM hat seinen Sitz in Brüssel. Das ist eine hervorragende Bedingung für eine enge Zusammenarbeit mit den europäischen Organisationen. Die Positionen der AIM richten sich an den gemeinsamen Grundwerten ihrer Mitglieder aus: Solidarität, Selbstverwaltung, der Verzicht auf Gewinnstreben und demokratische Entscheidungsstrukturen.

Das Fair-Pricing-Modell der AIM für Arzneimittel

Mit dem Fair-Pricing-Rechner hat die AIM ein eigenes faires Preisbildungsmodell vorgeschlagen. Auf [→ fairpricingcalculator.eu](https://fairpricingcalculator.eu) kann jede und jeder nach der Eingabe von wenigen begleitenden Kennzahlen ausrechnen, welcher Preis für ein Arzneimittel angemessen ist. Dabei werden die Forschungs-, Entwicklungs- und Herstellungskosten ebenso berücksichtigt wie ausreichende Gewinne für die Unternehmen. Der Rechner und das dahinter liegende Fair-Pricing-Modell sind ein wichtiger und viel beachteter Beitrag in der europäischen und wissenschaftlichen Debatte über faire Arzneimittelpreise und die Transparenz der Forschungs- und Entwicklungskosten.

Außer im Falle von grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren ist Gesundheitspolitik in der Europäischen Union (EU) grundsätzlich Sache der Mitgliedstaaten. Im Zentrum der europäischen Politik stehen traditionell die Industrie- und Wirtschaftspolitik. Die EU nimmt aber auf vielfältige Weise Einfluss auf die Gesundheitsversorgung unter anderem durch die Pharmaregulierung, den europäischen Gesundheitsdatenraum und Regulierungen zur künstlichen Intelligenz. Darum ist es für die deutschen Krankenkassen und auch für ihre europäischen Partnerinnen und Partner unabdingbar, dass die AIM die Vorteile einer solidarischen Gesundheitsversicherung in Europa wirkungsvoll vertritt und Einfluss auf die entsprechenden Gesetzgebungsverfahren nimmt. ■

→ aim-mutual.org

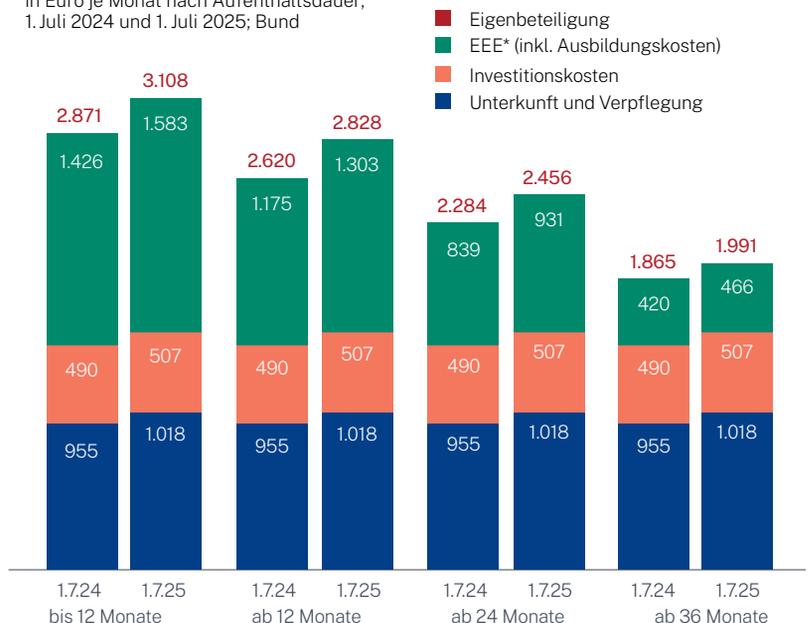
Eigenbeteiligung in Pflegeheimen steigt weiter

Pflegebedürftige in Pflegeheimen müssen im Vergleich zum Vorjahr erneut mehr Geld aus eigener Tasche bezahlen. Das zeigt eine **Datenauswertung des vdek** vom 1. Juli 2025. Entsprechend muss die Politik endlich wirksam handeln.

Die Eigenbeteiligung ist im ersten Aufenthaltsjahr im Bundesdurchschnitt von 2.871 Euro auf 3.108 Euro monatlich gestiegen (→ **Abb.**). Das sind 8,3 Prozent mehr als im Vorjahr. Gründe dafür sind steigende Personal- und Lebenshaltungskosten. „Die Eigenbeteiligung der Versicherten steigt seit Jahren kontinuierlich an. Den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern sind Belastungen in dieser Größenordnung nicht mehr zuzumuten. Um das schnell zu ändern, müssen die Länder ihre Verpflichtungen bei Investitionen und der Ausbildung des Personals erfüllen“, so vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Um die Belastung der Pflegebedürftigen zu stoppen, müssen Lösungen zur Begrenzung der Eigenbeteiligung gefunden werden. Dazu gehört, dass die Länder endlich ihrer Verpflichtung nachkommen, die Kosten für bauliche und Instandhaltungskosten sowie Ausbildungskosten zu übernehmen, statt diese den Pflegebedürftigen aufzubürden. Die Eigenbeteiligung enthält nämlich neben den Pflegekosten (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)) und den Kosten für Unterkunft und Verpflegung die sogenannten Investitionskosten und die Ausbildungskosten für Pflegekräfte. „Die Länder entziehen sich hier seit Jahren der finanziellen Verantwortung. Allein durch die Übernahme der Investitionskosten könnten die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner

Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen im Pflegeheim

in Euro je Monat nach Aufenthaltsdauer; 1. Juli 2024 und 1. Juli 2025; Bund



Quelle: vdek

*Der EEE (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil) gilt für alle Bewohnenden eines Pflegeheims, variiert jedoch von Heim zu Heim. Er reduziert sich durch einen von der Aufenthaltsdauer abhängigen Zuschuss der Pflegekassen.

monatlich um bundesdurchschnittlich 507 Euro entlastet werden. Die Übernahme der Ausbildungskosten durch die Länder brächte eine weitere Entlastung um bis zu 114 Euro im ersten Aufenthaltsjahr“, betonte Elsner. Die Höhe der Eigenbeteiligung für Pflegeheimbewohnende variiert je nach Einrichtung. Zudem gilt, dass der von den Pflegebedürftigen selbst zu tragende Anteil aufgrund gestaffelter Zuschüsse der Pflegekassen mit zunehmender Aufenthaltsdauer geringer wird. Der Zuschuss beträgt im ersten Aufenthaltsjahr 15 Prozent des zu zahlenden EEE, im zweiten Jahr 30 Prozent, im dritten Jahr 50 Prozent und danach 75 Prozent. *pm*

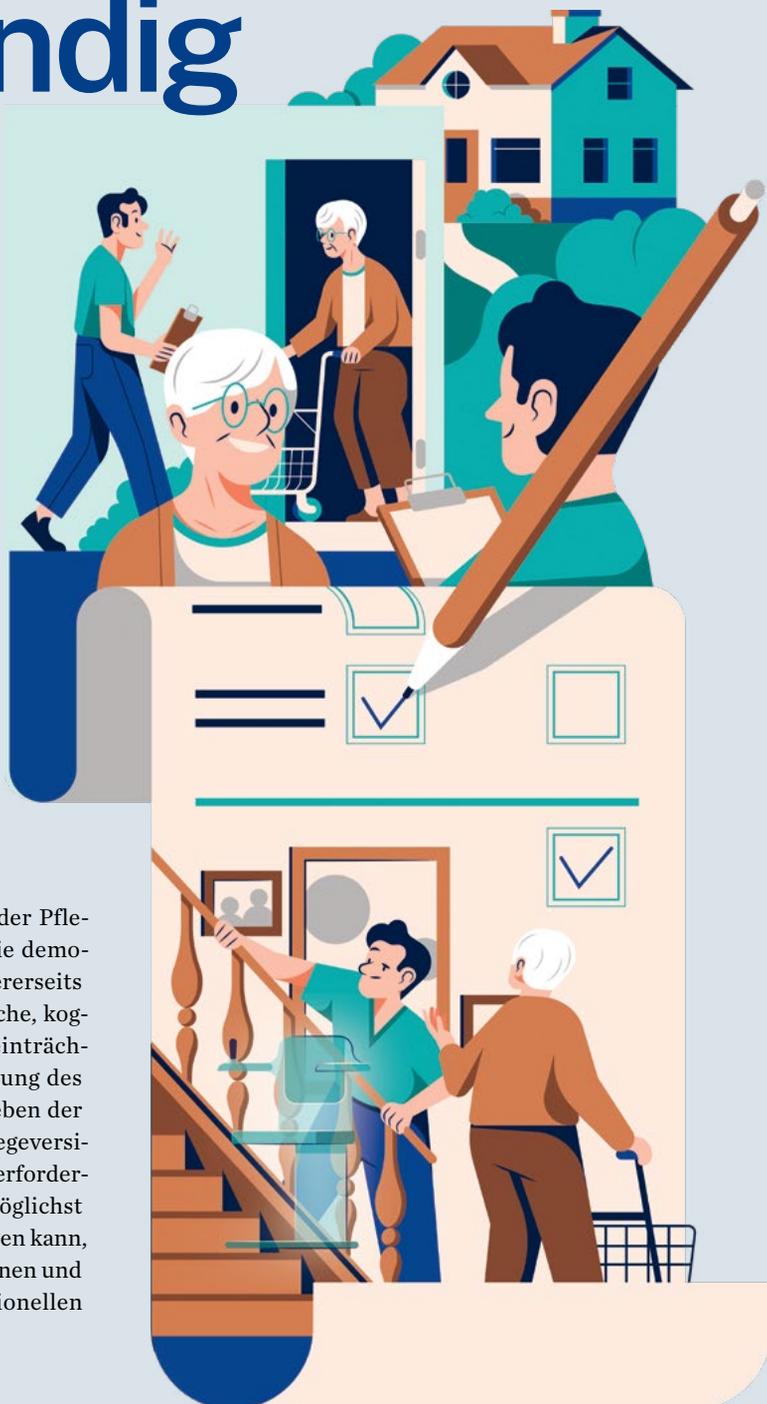
→ t1p.de/238wf

Modernisierung der Pflegebegutachtung ist notwendig

Text von Carola Engler

Die Zahl der **Pflegebedürftigen** hat sich seit 2014 auf mehr als 5,6 Millionen verdoppelt. Damit der Medizinische Dienst einen Beitrag zu einer möglichst bedarfsgerechten Versorgungsplanung für die Versicherten leisten kann, sollte die Pflegebegutachtung modernisiert, weiterentwickelt und flexibilisiert werden.

Ursachen für die steigende Zahl der Pflegebedürftigen sind einerseits die demografische Entwicklung und andererseits die Pflegereform 2017: Körperliche, kognitive, psychische und psychiatrische Beeinträchtigungen werden seitdem bei der Feststellung des Pflegegrades umfassend berücksichtigt. Neben der finanziellen Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sind strukturelle Reformen erforderlich. Ein wichtiger Baustein, damit eine möglichst bedarfsgerechte Versorgungsplanung gelingen kann, ist die Pflegebegutachtung. Die Gutachterinnen und Gutachter sind oftmals die ersten professionellen



Ansprechpersonen, mit denen die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen Kontakt haben. Bei der Erstbegutachtung kommt es ganz besonders darauf an, die Weichen so zu stellen, dass sich die Pflegesituation stabilisiert – vor allem dort, wo keine professionelle Unterstützung eingebunden ist.

Für den ersten Report Pflegebedürftigkeit, der kürzlich öffentlich vorgestellt wurde, hat der Medizinische Dienst Bund Daten aus über 3 Millionen Pflegebegutachtungen im Jahr 2024 vertiefend ausgewertet. Sie geben Auskunft darüber, wie die Pflegebedürftigen leben, wie sie ihre Versorgungssituation organisieren und welche Maßnahmen der Medizinische Dienst empfiehlt, um ihre Selbstständigkeit zu stärken.

Knapp 90 Prozent der Pflegebedürftigen leben in eigener Häuslichkeit – mehr als jede und jeder zweite von ihnen organisiert die Versorgung ohne Pflegedienst. Das zeigen die beantragten Leistungen: 57,4 Prozent der Versicherten beantragten Pflegegeld, 11,6 Prozent ambulante Leistungen und 20,4 Prozent eine Kombination aus Pflegegeld und Sachleistungen. Einen Antrag auf vollstationäre Pflege stellten nur 10,2 Prozent. Seit der Pflegereform 2017 erhalten mehr jüngere Menschen (18 bis 59 Jahre) einen Pflegegrad. Dies erklärt sich durch die bessere Berücksichtigung von psychischen, psychiatrischen und kognitiven Beeinträchtigungen beim Pflegegrad.

Die Zahl der Begutachtungen bei Kindern hat sich in den vergangenen zehn Jahren verdreifacht (von 53.000 Begutachtungen im Jahr 2015 auf 162.000 im Jahr 2024). Dennoch liegt der Anteil der Kinderbegutachtungen insgesamt nur bei rund 3,4 Prozent. Hyperkinetische Störungen wie ADHS und Entwicklungsstörungen sind die häufigsten pflegebegründenden Diagnosen. Auch Kinder und Jugendliche werden meistens zu Hause ohne professionelle Unterstützung versorgt.

Aus unserer Sicht sollte sich die Pflegebegutachtung im Hausbesuch auf die Versicherten fokussieren, die in eigener Häuslichkeit leben. Gerade am Anfang der Pflegebiografie kann mithilfe der hohen pflegefachlichen Kompetenz der Gutachterinnen und Gutachter ein wertvoller Beitrag zur

Stabilisierung der Versorgungssituation geleistet werden. Diese stellen nicht nur den Pflegegrad fest, sondern sie sprechen individuelle Empfehlungen aus, um eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern: So erhalten zwei von drei Pflegebedürftigen (62,8 Prozent) in der Erstbegutachtung eine Heilmittlempfehlung wie Physiotherapie oder Ergotherapie. Knapp jede und jeder Zweite (43 Prozent) bekommt in der Erstbegutachtung eine Hilfsmittlempfehlung für eine Gehhilfe, eine Dusch- oder Badehilfe oder für ein Behindertenfahrzeug.

In Fallkonstellationen, in denen die professionelle Pflege – sei es durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine stationäre Einrichtung – eingebunden ist, sollten Synergien durch bereits vorliegende Informationen viel mehr genutzt werden als bisher. Klar ist aber auch: Die Begutachtung hat weiterhin interessensneutral und unabhängig zu erfolgen. Darüber hinaus sollte der Medizinische Dienst auf Grundlage der Begutachtungs-Richtlinien flexibel entscheiden können, welches Begutachtungsformat im Einzelfall geeignet ist: ob vorliegende Informationen ausreichen, ob ein Interview per Telefon oder Video sinnvoll ist. Hierzu bedarf es der Anpassung gesetzlicher Regelungen.

Die Pflegebegutachtung muss moderner werden und sich an der jeweiligen Versorgungssituation ausrichten. Vor allem Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, die am Anfang ihrer Pflegebiografie stehen, gilt es intensiver zu unterstützen. Dies könnte durch das Anstoßen eines initialen Fallmanagements des Medizinischen Dienstes bei der Pflegebegutachtung geleistet werden. Ziel dabei ist, die Pflegesituation unmittelbar zu verbessern und für die Versicherten die Brücke zwischen allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren zu schlagen und die Vernetzung zu fördern: zwischen Pflegekassen, Kommunen, Pflegeberatungen und Leistungserbringenden. Die pflegefachliche Kompetenz der Gutachterinnen und Gutachter kann hier einen wertvollen Beitrag für die Einleitung eines individuellen Fallmanagements leisten. ■

Vor allem Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, die am Anfang ihrer Pflegebiografie stehen, gilt es, intensiver zu unterstützen.



Carola Engler ist stellvertretende Vorstandsvorsitzende beim Medizinischen Dienst Bund



**»In der Pflegeversicherung
brauchen wir stabile
Finanzen und
strukturelle Reformen«**



Interview von **Michaela Gottfried und Dr. Tanja Gloom**

Katrin Staffler (CSU) ist die neue Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung. Im Interview mit *ersatzkasse magazin* spricht sie über ihre pflegepolitischen Schwerpunkte in dieser Legislaturperiode und ihre Erwartungen an die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Pflegereform, die am 7. Juli 2025 ihre Arbeit aufgenommen hat. Vorrangiges Ziel ist, weitere Beitragssatzerhöhungen in der Pflegeversicherung zu verhindern und strukturelle Reformen auf den Weg zu bringen.

Frau Staffler, Sie sind von Haus aus studierte Chemikerin und haben jetzt die Funktion der Pflegebevollmächtigten inne. Was reizt Sie persönlich an dieser neuen Aufgabe?

KATRIN STAFFLER Ich möchte den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen eine Stimme in den Gesetzgebungsverfahren und im politischen Handlungsprozess verleihen und ihre Interessen vertreten.

Von der Pflegebevollmächtigten würden einige zunächst erwarten, dass sie aus dem Pflegebereich kommt. Doch den Fokus, den ich für meine Arbeit haben muss – nämlich mich auf diejenigen zu konzentrieren, die pflegebedürftig sind, und auf die Familien, die dahinterstehen – habe ich aus meiner eigenen Mitte heraus. Denn ich bin selbst Angehörige einer pflegebedürftigen Person in meinem engsten Familienkreis und als CSU-Abgeordnete liegen mir soziale Themen per se sehr am Herzen. Mit der großen Pflegereform und der zukunftsfesten Aufstellung der Pflege, über die wir auch in der neuen Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ sprechen, steht da jetzt eine Riesenaufgabe an.

Wie verorten Sie sich und Ihre Rolle im Verhältnis zum Gesundheitsministerium?

Ich sehe mich als Fürsprecherin der pflegebedürftigen Menschen, pflegenden An- und Zugehörigen und auch

der Pflegekräfte, die für die Versorgung essenziell sind. Im Ministerium stehen wir in enger Abstimmung zu allen Vorhaben in der Pflege. Die Bundesministerin ist mit einem Schwerpunkt auch auf die Neuausrichtung der Pflege gestartet. Insofern renne ich hier offene Türen ein, wenn ich das Pflegethema immer wieder anspreche und in den Fokus rücke.

Zurzeit wird viel über kurzfristige Maßnahmen zur Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) diskutiert. Der Beitragssatz ist von 2,35 Prozent vor zehn Jahren auf aktuell 3,6 Prozent gestiegen, plus Kinderlosenzuschlag von derzeit 0,6 Prozent. Wie lange soll das noch so weitergehen?

Wir haben das Ziel, die Beiträge stabil zu halten. Deshalb müssen wir über die Finanzlage sprechen. Ich unterstütze die Ministerin auch klar in ihrer Haltung, dass die im Haushalt vorgesehenen Darlehen in Höhe von 2 Milliarden Euro – also 0,5 Milliarden Euro für 2025 sowie 1,5 Milliarden Euro für 2026 – nicht ausreichen. Das ist das eine. Das zweite ist aber, dass wir auch die Strukturen verändern müssen, wenn wir das System langfristig tragfähig halten und Beitragssatzerhöhungen verhindern wollen. Sonst haben wir in zwei oder vier oder fünf Jahren wieder die gleichen Probleme.

Darlehen werden also das Problem nicht lösen, sie müssen ja auch zurückgezahlt werden.





Am 28. Mai 2025 wurde Katrin Staffler zur neuen **Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege** bestellt. Seit 2017 ist sie Mitglied des Bundestages. In der 19. Wahlperiode war sie **Mitglied im Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** und **Mitglied im Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union** und darüber hinaus von 2018 bis 2021 Obfrau der CDU/CSU-Fraktion in der Enquete-Kommission „Berufliche Bildung in der digitalen Arbeitswelt“. In die CSU trat sie 2007 ein. Von Haus aus ist sie studierte Biochemikerin: an der TU München schloss sie 2004 den Bachelor of Science und zwei Jahre später den Master of Science in Biochemie ab. Nach einer mehrjährigen Forschungstätigkeit am Klinikum Rechts der Isar in München arbeitete sie von 2010 bis 2015 in der Kommunikationsberatung mit Schwerpunkt Gesundheitswesen und von 2015 bis 2017 als Pressesprecherin.

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat sich ja gleich zu Beginn ihrer Amtszeit dafür eingesetzt, dass die SPV eine Erstattung für die coronabedingten Sonderkosten in Höhe von rund 5 Milliarden Euro erhält, aber nicht als Darlehen. Allerdings konnte sie sich hier bislang nicht durchsetzen. Ist dieses Anliegen jetzt aufgeschoben?

Nein, denn die Verhandlungen zum eingebrachten Haushalt haben gerade erst begonnen und wir werden in zahlreichen Gesprächen mit den Kolleginnen und Kollegen intensiv darauf hinwirken, im Haushalt mehr für die Pflegeversicherung zu erreichen.

Sind Sie grundsätzlich der Meinung, dass versicherungsfremde Leistungen dauerhaft refinanziert werden sollten?

Ich bin klar der Meinung, dass die Pflegeversicherung nachhaltig und generationengerecht umgestaltet werden muss, sonst stehen wir in ein paar Jahren wieder am gleichen Punkt wie heute. Und dazu gehört für mich, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben nicht allein die Pflegebedürftigen schultern sollten. Versicherungsfremde Leistungen wie die 5 Milliarden Euro für die Corona-Hilfen müssen der Pflegeversicherung vom Bund erstattet werden. Auch die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige von jährlich 4 Milliarden Euro und die Ausbildungskosten für Pflegekräfte von etwa 3 Milliarden Euro können nicht allein die Aufgabe der Pflegeversicherung sein.

Somit kommen wir auf die Bund-Länder-AG zur Pflegereform zu sprechen, die am 7. Juli dieses Jahres ihre Arbeit aufgenommen hat, wo es ja auch um strukturelle Reformen gehen soll. Worum ging es in der ersten Sitzung, was soll die AG leisten?

Wir haben uns selbst einen Arbeitsauftrag gegeben, der deutlich detaillierter ist als das, was im Koalitionsvertrag festgelegt ist. In der ersten Runde haben die einzelnen Teilnehmenden ihre Schwerpunkte benannt. Bei den wesentlichen Punkten Versorgung und Finanzierung sind wir uns einig, dass dringender Handlungsbedarf besteht. Bis Ende

dieses Jahres sollen die Ergebnisse dann auf dem Tisch liegen. Das ist ein sehr ambitioniertes Ziel.

Nun gehen die gesellschaftlichen Vorstellungen über die Weiterentwicklung der Pflege stark auseinander. Zum Thema Vollversicherung etwa hat Nina Warken ihre Position bereits deutlich gemacht – also, dass die Pflegeversicherung eine Teilkaskoversicherung bleiben wird.

Die Pflegeversicherung war nie als Vollversicherung angelegt, insofern unterstütze ich die Ministerin in ihrer Aussage. Aus meiner Sicht geht es allerdings vielmehr um die Frage, wie wir es schaffen, das System durch mehr Pragmatismus und Vereinfachungen zielgenauer zu machen. Zurzeit bewegen wir uns durch einen regelrechten Leistungsdschungel. Das Ziel muss ein effizienter Mitteleinsatz sein, mit wirkungsorientierter Planung und Steuerung. Zum Beispiel könnten Leistungen gepoolt, also zusammengefasst werden, um sie flexibler einsetzen zu können.

Und wie sieht es beim Thema Leistungskürzungen aus, das auch immer wieder diskutiert wird?

Ich weiß nicht, ob wir wirklich in die Kürzung von Einzelleistungen gehen sollten. Mehr Individualität und Zielgenauigkeit, Leistungen zusammenführen, den Pflegebedürftigen mehr Flexibilität ermöglichen, das ist der richtige Weg.

Im Koalitionsvertrag steht, dass die Bund-Länder-AG die Einführung einer Karenzzeit prüfen soll – also, dass Pflegebedürftige zunächst die Pflege selbst zahlen und die Pflegeversicherung erst nach einer bestimmten Zeit die Leistungen übernimmt. Würde das zu einer Entlastung führen – und welche Konsequenzen hätte das für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen?

Am Ende des Tages dürften wir keine Denkverbote haben, aber wir müssen dabei die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen berücksichtigen, und dass die Pflegeversicherung ohnehin nur Teilkosten absichert. Ich kann mir besser vorstellen, dass wir überlegen, inwieweit im Pflegegrad 1 das Thema Prävention deutlich gestärkt werden kann. Es geht um sinnvolle Angebote, die auf den Erhalt der Fähigkeiten und Selbstständigkeit zielen. Das zögert nicht nur Pflegebedürftigkeit hinaus oder verhindert sie, sondern bedeutet für jede und jeden einzelnen auch mehr Lebensqualität.

Welche Rolle spielt das Thema Eigenvorsorge in der Pflege? Mehr kapitalgedeckte Vorsorge und Eigenverantwortung kann sich nicht jede beziehungsweise jeder leisten.

Wichtig ist, dass man sich frühzeitig über eine eventuelle Pflegebedürftigkeit Gedanken macht und für sich und seine Angehörigen eine Entscheidung trifft, wie man versorgt werden möchte und das ermöglicht. Wenn Pflegebedürftige Wünsche haben, die sehr speziell und auch finanzintensiv sind, braucht es mehr finanzielle Eigenvorsorge. Wenn das familiäre oder soziale System so ausgelegt ist, dass es im Pflegefall einspringen kann – dann muss ich vielleicht eher dahinein investieren.

Seit vielen Jahren gibt es eine intensive Debatte darüber, einen Finanzausgleich zwischen der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung zu schaffen. Wie stehen Sie dazu?

»Mit dem Pflegekompetenzgesetz können Pflegefachpersonen endlich das, was sie gelernt haben, auch tatsächlich anwenden.«

Auch darüber werden wir sicher diskutieren. Aber nochmal: Mehr Geld allein, woher es auch immer kommt, bekämpft nur das Symptom, nicht die zugrunde liegenden strukturellen Probleme. Die müssen wir an erster Stelle angehen.

Kommen wir zu den Eigenanteilen in stationären Pflegeeinrichtungen, die stetig steigen und die Pflegebedürftigen finanziell schwer belasten. Welche Ansätze diskutieren Sie da?

Die Steigerung der Kosten müssen wir intensiv im Blick behalten. Das ist ein großes Thema, weil es Pflegebedürftige

und ihre Familien enorm belastet. Tatsache ist, dass Pflege sehr personalintensiv ist und ein Großteil der Kosten durch die Löhne der Beschäftigten entsteht. Da können und wollen wir nicht sparen. Es gibt aber andere Punkte, wie zum Beispiel die Investitionskosten von monatlich 500 Euro, für die eigentlich die Länder zuständig sind. Oder auch die Kosten für medizinische Behandlungspflege, die in stationären Einrichtungen bisher nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Genauso wie auch die schon erwähnte Ausbildungsumlage. Aber auch hier gilt es effizienter zu werden, zum Beispiel durch mehr Digitalisierung, eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit, vereinfachte Prüfverfahren und pragmatische sektorenübergreifende Lösungen.

Das Gesetzgebungsverfahren zum Pflegefachassistentengesetz und Pflegekompetenzgesetz haben Sie jetzt wieder aus der Schublade geholt. Die Ampelregierung hatte ja schon entsprechende Gesetze in der Pipeline. Warum sind Ihnen die Gesetze wichtig?

In der alten Legislaturperiode sind sie leider nicht mehr umgesetzt worden und an einigen Stellen gab es ja auch noch Anpassungsbedarf. Aber jetzt ist ein



essenzieller Schritt der Weiterentwicklung an der Stelle möglich. Mit dem Pflegekompetenzgesetz können Pflegefachpersonen endlich das, was sie gelernt haben, auch tatsächlich anwenden. Und mit dem Pflegeassistentengesetz schaffen wir die Grundlage für die Durchlässigkeit der Ausbildung und auch die Anerkennung in allen Bundesländern. Beide Gesetze tragen zu einem modernen, zeitgemäßen Berufsbild bei und erhöhen die Attraktivität des Berufes. Denn die Bezahlung ist schon lange nicht mehr das Problem. Mittlerweile ist der Pflegeberuf einer der am besten bezahlten Ausbildungsberufe.

Sprechen Sie sich in diesem Kontext auch für eine Akademisierung der Pflege aus?

Natürlich ist es wichtig, Karrieremöglichkeiten auf unterschiedlichen Stufen innerhalb eines Berufsbildes zu haben. Mindestens genauso wichtig ist, dass die Akademisierung sinnvoll für die Versorgung ist.

Auch wenn in der Öffentlichkeit vor allem über die stationäre Pflege geredet wird, verhält es sich doch so, dass vier von fünf Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt werden. Welche Angebote braucht es hier, um Pflegebedürftige in ihrem häuslichen Umfeld zu unterstützen?

Ein großes Problem ist, dass unterstützende Angebote, zum Beispiel in den Bereichen Tagespflege, Kurzzeitpflege oder Betreuung, oft gar nicht oder nicht genug vorhanden sind. Wir müssen in vielen Bereichen Angebotsstrukturen schaffen, die die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen decken.

Wie können insbesondere auch die pflegenden Angehörigen besser unterstützt werden?

Pflegende Angehörige reiben sich viel zu oft zusätzlich zur eigentlichen Pflege an eigentlich schlichten Organisationsfragen auf. Ein Schwerpunkt meiner Arbeit wird daher sein, die Kommunen besser in den Blick zu nehmen. Wenn es da gelingt, durch eine gute Pflegestrukturplanung die Infrastruktur zu verbessern und zusätzlich noch ein Case Management zu installieren, dann macht das für

pflegende Angehörige vieles einfacher. In Bayern beispielsweise werden jetzt flächendeckend Pflegestützpunkte implementiert. Von Berlin aus können wir zwar Rahmenbedingungen schaffen, aber implementiert und umgesetzt werden muss das vor Ort, auch mit ganz niedrigrschwelligten Angeboten. Wenn uns das im gemeinsamen Schulterschluss zwischen Bund, Ländern und Kommunen gelingt, gewinnen wir viel. Deshalb ist es gut, dass die kommunalen Spitzenverbände auch in der Arbeitsgruppe mit am Tisch sitzen.

Welche Chancen sehen Sie für Digitalisierung, Robotik & KI in der Pflege?

Digitalisierung ist ein essenziell wichtiges Zukunftsthema in der Pflege. Sie kann unter anderem den Bürokratieabbau in der Pflege beschleunigen und Pflegekräfte entlasten, etwa bei der verpflichtenden Pflegedokumentation. Oder die Patientenkommunikation vereinfachen mit dem Einsatz von KI-Sprachassistenten.

Dasselbe gilt für die Häuslichkeit. Viele Menschen könnten mit digitalen oder assistierenden Systemen länger selbstständig zu Hause leben. In der Umsetzung haben wir leider noch nicht die nötige Geschwindigkeit. Hier gibt es noch Luft nach oben.

Und wo sehen Sie denn die Pflege in den nächsten fünf Jahren?

Was mir sehr gefallen hat, ist die große Resonanz in der Breite der Bevölkerung, die der Start der Bund-Länder-AG für die Pflegereform gezeigt hat. Es muss uns gelingen, das Thema Pflege wirklich in die Mitte der Gesellschaft zu bringen und uns als sorgende Gemeinschaft aufzustellen. Dazu gehört es, Sektorengrenzen und Bürokratie abzubauen, weniger Kontrollen, mehr Freiheit auch neue Wege auszuprobieren und die Menschen mehr mitbestimmen zu lassen, wie und wo sie gepflegt werden wollen. ■



»Viele Menschen könnten mit digitalen oder assistierenden Systemen länger selbstständig zu Hause leben.«

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen

Claudia Ackermann, vdek-Landesvertretung H
Dr. Isabella Erb-Herrmann, AOK Hessen
Dr. Axel Kortevoß, vdek-Landesvertretung Hes
Frank Dastych, Kassenärztliche Vereinigung H
Prof. Dr. Andreas Pitz, Hochschule Mannheim
Christof Constantin Chwojka, Björn-Steiger-Stiftung



v.l.: Frank Dastych (Kassenärztliche Vereinigung Hessen), Prof. Dr. Andreas Pitz (Hochschule Mannheim), Heike Kronenberg, Dr. Axel Kortevoß, Claudia Ackermann (alle vdek-Landesvertretung Hessen), Dr. Isabella Erb-Herrmann (AOK Hessen) und Christof Chwojka (Björn Steiger Stiftung)

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

Prüfbericht empfiehlt virtuelle Gesundheitsleitstelle für ganz Hessen

Fährt man von Hanau im Main-Kinzig-Kreis nach Rüdesheim im Rheingau-Taunus-Kreis, durchquert man sieben Zuständigkeitsbereiche für die Notrufnummer 112. Die sieben Rettungsleitstellen legen jeweils ihre eigenen Einsatzregeln fest. Alarmierungsstichworte, Ausrüstung und Handlungskompetenzen für das Rettungspersonal können sich deutlich unterscheiden. **So kann es vorkommen, dass im Zuständigkeitsbereich einer Leitstelle die Notfallsanitäter:innen ein Medikament verabreichen dürfen, während im Bereich einer anderen Leitstelle auf den Notarzt beziehungsweise die Notärztin gewartet werden muss.** Dass dies nicht zu einer einheitlichen und optimalen Qualität der Patientenversorgung führt, zeigt ein aktueller Prüfbericht, den die vdek-Landesvertretung im Auftrag der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Hessen auf Basis der rettungsdienstlichen Einsatzdaten aller 25 Leitstellen erstellt hat: In vielen hessischen Regionen passen Zuschnitt und Steuerungslogik der Rettungsdienstbereiche längst nicht mehr zu den Anforderungen an eine moderne Notfallrettung.

Gleichzeitig dokumentiert der Bericht strukturelle Mängel, die Auswirkungen auf Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit haben. Der Prüfbericht wurde am 8. Juli 2025 im Rahmen einer gemeinsamen Pressekonferenz vorgestellt. Fazit: **Patient:innen müssen sicher, effizient und entsprechend ihrer medizinischen Bedarfe in das jeweils geeignete Versorgungssystem geleitet werden – am besten durch eine virtuelle Gesundheitsleitstelle nach internationalem Vorbild für ganz Hessen, die von der Notfallrettung bis zur Gesundheitsberatung alle Bereiche der Gesundheitsversorgung abdeckt.** „Eine sachgerechte Steuerung der medizinischen Notfälle ist nur mit klaren Zuständigkeiten und effizienter Leitstellenstruktur über Kreisgrenzen hinweg möglich“, erklärt Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen. Durch die virtuelle Gesundheitsleitstelle könnte nicht nur die Patientensicherheit gestärkt, sondern auch die Kosten der Leitstellen deutlich gesenkt werden. Wie genau die virtuelle Leitstelle aussehen kann, können Interessierte im Mitschnitt unter → youtube.com/@vdek_HE nachschauen. *hk*

VDEK-LANDESVERTRETUNG HAMBURG

Hamburger Selbsthilfepreis geht an Gruppe für jüngere Menschen mit Demenz

Der „Hamburger Selbsthilfepreis“ 2025 der Ersatzkassen ist an die Gruppe „Trotz-Dem“ vergeben worden, die sich an Menschen mit einer Demenz vor dem 65. Lebensjahr wendet. In der fachlich angeleiteten Gesprächsgruppe der Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V. tauschen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer selbstbestimmt über persönliche Lebensfragen aus: Kann ich weiter im Beruf bleiben? Wie erkläre ich die Situation meinen teils noch kleinen Kindern? Was bedeutet die Diagnose für meine Partnerschaft? Die Auszeichnung ist mit 5.000 Euro dotiert. Die Preisträger gestalten auch Freizeit gemeinsam und entwickelten die Idee eines Buttons, auf dem zu lesen ist: „Ich habe eine Demenz & bitte um Geduld“. Dieser Button kann bei herausfordernden Situationen helfen, etwa an einer Supermarktkasse. **Damit wird**



der Wunsch der Betroffenen umgesetzt, die Öffentlichkeit stärker über ihre Situation zu informieren – nach dem Motto: „Redet nicht über uns, sondern mit uns.“ Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg, Kathrin Herbst, sagte anlässlich der feierlichen Preisverleihung im Rahmen eines vdek-Fachforums: „Demenz

in jungen Jahren ist ein Schicksal, das besonders berührt. Die Gesprächsgruppe ‚Trotz-Dem‘ gibt Betroffenen nicht nur ein Wir-Gefühl und Lebensmut. Sie ist auch ein wichtiger Beitrag, um die Sprachlosigkeit in der Gesellschaft im Umgang mit der Krankheit zu durchbrechen. Diesem herausragenden Einsatz gebührt unser Dank!“ Die Jury des Selbst-

hilfepreises setzte sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der Wissenschaft, der Politik, des Gesundheitswesens und der Medien. *sk*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BAYERN

Soziale Pflegeversicherung: vdek-Forum verdeutlicht Reformbedarf

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) steht vor enormen Herausforderungen: Neben den kontinuierlich steigenden Kosten wirkt sich insbesondere der demografische Wandel zunehmend belastend auf das Pflegesystem aus – sei es durch die wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen oder den sich verschärfenden Fachkräftemangel. Im Rahmen einer Fachveranstaltung der vdek-Landesvertretung Bayern haben am 12. Mai 2025 Expert:innen aus Politik, Wissenschaft und Praxis die zentralen Herausforderungen und Zukunftsperspektiven der sozialen Pflegeversicherung diskutiert. **Die hochkarätigen Impulse sowie die lebendige Podiumsdiskussion verdeutlichen: Es ist höchste Zeit, zukunftsfähige Lösungen zu entwickeln und die soziale Pflegeversicherung zu reformieren.** Thomas



v.l.: Kai Kasri (bpa), Dr. Doris Gebhard (TU München), Klaus Holetschek MdL (CSU), Ulrike Elsner (vdek), Kerstin Celina MdL (Bündnis 90/Die Grünen) und Thomas Hackenberg (vdek)

Hackenberg, Leiter der vdek-Landesvertretung, betonte: „Die Herausforderungen sind lösbar, wenn wir den Mut haben, neue Wege zu gehen. Dafür braucht es Perspektiven und vor allem den

nötigen Weitblick.“ Die Teilnehmer:innen waren sich einig, dass isolierte Einzelmaßnahmen alleine nicht ausreichen.

„Es braucht dringend eine nachhaltige Struktur- und Finanzreform, um die soziale Pflegeversicherung zukunftsfähig zu gestalten“, fasste Hackenberg zusammen.

Konkret forderten die Diskutierenden insbesondere eine Finanzierungslösung, die versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln deckt, eine stärkere Beteiligung der Länder an den Investitionskosten und eine gezielte Fachkräfteoffensive einschließlich besserer Arbeitsbedingungen in der Pflege.“ *lf*

X **@vdek_SAC #NeulmFokus:** Heute vor genau 10 J. wurden mit Verabschiedung d. **#Präventionsgesetzes** wichtige Weichen z. Stärkung v. Gesundheit & Vorbeugung v. Krankheiten gestellt – auch in **#Sachsen**. Wir feiern d. runden Geburtstag ab sofort m. einer Jubiläumsreihe.

X **@vdek_NRW** Sommerzeit ist Gesprächszeit! Der **#BMC NRW** traf sich mit den gesundheitspolitischen Sprecher*innen zum Austausch über Innovationen und Herausforderungen im Gesundheitswesen. Gemeinsam für eine zukunftsfähige Versorgung! **#Sommergespräche #Gesundheit**

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

Delegation und Digitalisierung in Modellprojekten praktisch gelebt

Insbesondere in ländlichen Regionen Sachsens mit einer verhältnismäßig alten Bevölkerung, langen Wegen und infrastrukturellen Hürden kommt es nicht selten zu einer sukzessiven Ausdünnung in der Gesundheitsversorgung. Eine sinkende Arztdichte auf dem Land bei gleichzeitiger Zunahme von Erkrankungen in einer alternden Bevölkerung führt dazu, dass niedergelassene Ärzte immer häufiger an die Belastungsgrenze kommen. Ein möglicher Ausweg, die vorhandenen ärztlichen Kapazitäten optimal zu nutzen: delegationsfähige Aufgaben an nichtärztliche Gesundheitsberufe übertragen. Darüber hinaus sind auch telemedizinische Anwendungen in der Lage, die medizinische Versorgung sinnvoll zu ergänzen. Welche Lösungsansätze haben die Ersatzkassen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Sachsen und den Landesverbänden der sächsischen Krankenkassen im Freistaat für die zukunftssichere Weiterentwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung ins Leben gerufen? **In der MUBE, der „Mobilen Untersuchungs- und Behandlungseinheit“, werden seit Mai 2025 augenärztliche Untersuchungen und Befundungen für Patienten angeboten, deren Erkrankungen regelmäßiger Routineuntersuchungen bedürfen, wie etwa Makula-Degeneration, Katarakt (Grauer Star), diabetische Retinopathie oder Glaukom (Grüner Star).** Damit werden die in Südwestsachsen ansässigen Praxen entlastet, sodass neue Kapazitäten für therapiebedürftige Patienten entstehen. Die MUBE als modern ausgestattete mobile Augenarztpraxis fährt in regelmäßigen Abständen Standorte im Erzgebirge an. Damit ist sie wohnortnah und vermeidet lange Fahrtwege und Wartezeiten für die Patienten.



Die augenärztlichen Untersuchungen werden von geschultem Praxispersonal durchgeführt, anschließend wird ein Arzt per Video zur Auswertung hinzugezogen. **Mit der hausärztlichen Versorgerpraxis in Niedercunnersdorf ist ein zukunftsweisendes Modell entstanden, das einen wichtigen Beitrag zur ambulanten Versorgung in ländlichen Regionen leistet.** Seit Mitte April 2025 betreut in dieser Praxis speziell geschultes nichtärztliches

Personal die Patienten und führt delegationsfähige Leistungen aus. Vorrangig sollen Routineuntersuchungen bei Patienten mit fest definierten Diagnosen anhand standardisierter Untersuchungs- und Behandlungsabläufe durchgeführt werden. Dies können unter anderem Blutabnahmen, Wundprävention und -versorgung sowie Impfungen

in der Praxis oder im Hausbesuch sein. Im Bedarfsfall kann ein Arzt im Rahmen einer Videosprechstunde hinzugezogen werden. Zudem ist zeitweise ein Arzt vor Ort und führt Sprechstunden durch. **Zum 1. Februar 2024 startete für den Bereich Löbau-Zittau das Projekt „eDerma“.** Nachdem seit 2020 dort Unterverversorgung im hautärztlichen Bereich bestand, ist inzwischen gar kein Hautarzt mehr tätig. Um trotzdem ein Versorgungsangebot bereitstellen zu können, kommt Telemedizin zum Einsatz. Im Projekt „eDerma“ nehmen derzeit 48 Hausärzte teil. Sie erheben mittels bereitgestelltem Dermatoskop hautärztliche Befunde und senden diese über die teledermatologische Plattform einem Facharzt zur Bewertung und Befundung. Mit dem erstellten Therapieplan nimmt entweder der Hausarzt selbst die Weiterbehandlung vor oder – ist tatsächlich ein Hautarzt erforderlich – wird der Patient überwiesen. *cb*

VDEK-LANDESVERTRETUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

Neue Impfvereinbarung bringt Vorteile für Versicherte und Arztpraxen

Schleswig-Holstein ist mit der neuen Impfvereinbarung bundesweiter Vorreiter. Denn die neue Vereinbarung, die seit dem 1. Juli 2025 gilt, ist mehr als eine Neuauflage der alten Vereinbarung, die von der Kasernenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) gekündigt worden war. **Die Krankenkassen/-verbände und die KVSH konnten sich vielmehr auf eine grundsätzlich neue Vergütungssystematik verständigen.** Dabei werden die Impfungen nach Anzahl der Impfstoffe in vier Kategorien eingeteilt und innerhalb der Gruppen einheitlich vergütet. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Vereinbarung ist, dass neu zugelassene Impfungen automatisch in die entsprechende Kategorie einsortiert werden. Das macht die oft langwierigen Verhandlungen künftig überflüssig. „Die Vertreter:innen der Krankenkassen



unter Führung des vdek haben in den Verhandlungen mit der KVSH bewiesen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung in Schleswig-Holstein sehr gut funktioniert. Sie haben einen innovativen Ansatz gefunden, der allen Seiten Vorteile bringt“, betont Claudia Straub, Leiterin der vdek-Landesvertretung. **„Am meisten profitieren die Versicherten, die jetzt schneller und einfacher alle vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) freigegebenen Impfungen in Anspruch nehmen können.“** Bisher mussten die Patient:innen die Kosten für Impfstoff und Honorar vorstrecken und sich von ihrer Krankenkasse erstatten lassen, bis das Honorar für die neue Impfung mit der KVSH ausverhandelt wurde. Die neue Impfvereinbarung erspart allen Beteiligten künftig viel Bürokratie und erhöht gleichzeitig die Versorgungssicherheit. *fu*

VDEK-LANDESVERTRETUNG NIEDERSACHSEN

Umsetzung der Krankenhaus-Reform in der Diskussion

Welches Krankenhaus bietet zukünftig welche Leistungen an? Diese zentrale Frage der vom Bundestag beschlossenen Krankenhausreform beschäftigt auch die Verantwortlichen in Niedersachsen. Die 136 somatischen Krankenhäuser konnten von April bis Ende Juni 2025 beim Land Leistungsgruppen beantragen, die dann die Grundlage für die zukünftige Krankenhausversorgung sind. Mitten in diesen Zeitraum fiel das Ersatzkassenforum der vdek-Landesvertretung Niedersachsen. **Vor rund 60 geladenen Gästen betonte vdek-Landesleiter Hanno Kummer, die Leistungen müssten stärker als bisher an einzelnen Krankenhaus-Standorten gebündelt werden:** „Die jeweiligen Leistungen sollten auf regionaler Ebene vorrangig dort angesiedelt werden, wo sie schon bisher schwerpunktmäßig erbracht werden.“ Damit könne die Versorgung mit



dem insgesamt zur Verfügung stehenden, begrenzten Personal auch verlässlich sichergestellt werden, in einer für die Patientinnen und Patienten erwartbar hohen Qualität und mit einer höheren Wirtschaftlichkeit. „Das Land ist gefordert, in diesem Sinne auch Auswahlentscheidungen zu treffen“, so Kummer. Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi (SPD) kündigte ab Sommer ein aufwändiges Prüf- und Planungsverfahren an, in dessen Folge das Land den Krankenhäusern Leistungsgruppen zuweist, die ab 1. Januar 2027 gelten. **Ziel sei, dass eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung gesichert bleibe.** Zum Ersatzkassenforum waren in Hannover Fachleute aus Politik und Krankenhäusern sowie von Krankenkassen zusammengekommen, um sich über den aktuellen Stand der Umsetzung der Krankenhausreform zu informieren. *siko*

Saar66 – mit 66 Jahren fängt das Leben im Saarland an

Frei nach Udo Jürgens fängt das Leben mit 66 Jahren an. Wir werden alle älter und viele Saarländer:innen sind bis ins hohe Alter aktiv. Genau hier setzt die Initiative der saarländischen Landesregierung an, die der vdek für die Pflege- und Krankenkassen federführend begleitet. Gemeinsam mit der Landesregierung sollen die saarländischen Kommunen zu „caring communities“ weiterentwickelt werden. **Ziel von „Saar66“ ist es, mit Unterstützung von sogenannten Generationengestalter:innen vor Ort ein Netzwerk an Ehrenamtlichen aufzubauen, die ein Unterstützungsnetz für die älteren Menschen im Quartier aufspannen.** Flankiert wird die Initiative von gesundheitsfördernden Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen. Das bisher nur



v.l.: Jörg Aumann (stellv. Präsident des Städte- und Gemeindebunds und Oberbürgermeister der Stadt Neunkirchen), Markus Harth (SVLFG), Gerrith Kiefaber (Leiterin der Regionaldirektion Saarbrücken der KBS), Dr. Magnus Jung (Gesundheitsminister des Saarlandes), Günter Eller (Geschäftsführer der IKK Südwest), Udo Hoffmann (Bevollmächtigter des Vorstands der AOK Rheinland-Pfalz und Saarland) und Martin Schneider (Leiter der vdek-Landesvertretung Saarland)

in vier Landkreisen umgesetzte Projekt „Fit im Alter – Mobil im Sozialraum“ wird zum Beispiel nun als „FAMoS66“ saarlandweit umgesetzt. Saar66 ist aber auch ein Hinweis auf das Saarland, denn die Postleitzahlen aller Orte im Saarland beginnen mit 66. Seit April 2025 können alle 52 saarländischen Gemeinden eine halbe Stelle beantragen. **Wie genau Saar66 vor Ort aussieht? Das hängt stark von den Bedürfnissen und Strukturen vor Ort ab** – so wird Saar66 in Püttlingen, Homburg oder Weiskirchen völlig anders aussehen. Gemeinsam wird allen Projekten sein, dass sie

auf die vorhandenen Strukturen aufbauen und die Generationengestalter:innen bei diesem Aufbau unterstützen. Anträge können Kommunen unter → t1p.de/uz2jc stellen. *aml*

Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen

Die baden-württembergische Justizministerin Marion Gentges (CDU) ist im Mai 2025 in der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg zu Gast gewesen, um sich mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Baden-Württemberg über die Themen Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen auszutauschen. **Der Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg, Michael Mruck, machte deutlich, dass durch Abrechnungsmanipulation unterschiedlicher Leistungserbringer im Gesundheitswesen hohe finanzielle Schäden entstünden, die zulasten der Krankenkassen gingen.** Da Krankenkassen die Versicherungsbeiträge ihrer Mitglieder verwalten, belastet ein missbräuchliches Verhalten die Solidargemeinschaft aller Versicherten. **Aus diesem Grund haben die Krankenkassen ein großes Interesse, entsprechendes Fehlverhalten zu erkennen, Maßnahmen**



dagegen zu ergreifen und den finanziellen Schaden auszugleichen. Gentges zeigte Verständnis für das Anliegen der Krankenkassen und ihrer Verbände und verwies in diesem Zusammen-

hang auf die beiden im Land zentral für die Bekämpfung von Wirtschaftskriminalität eingerichteten Schwerpunktstaatsanwaltschaften in Mannheim und Stuttgart sowie auf bereits eingeleitete Maßnahmen des Landes zur personellen Unterstützung der baden-württembergischen Staatsanwaltschaften mit über 100 neuen Stellen. Die von den gesetzlichen Krankenkassen eingerichteten „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ sind im § 197a SGB V sowie im § 47a SGB XI geregelt. Hinweise auf ein missbräuchliches Verhalten kann jede Person unter [✉ manipulationsabwehr@vdek.com](mailto:manipulationsabwehr@vdek.com) geben. *fw*

halten im Gesundheitswesen“ sind im § 197a SGB V sowie im § 47a SGB XI geregelt. Hinweise auf ein missbräuchliches Verhalten kann jede Person unter [✉ manipulationsabwehr@vdek.com](mailto:manipulationsabwehr@vdek.com) geben. *fw*

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN-ANHALT

Ersatzkassenforum: Digitale Lösungen für Versicherte

Das diesjährige Ersatzkassenforum der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt stellte Erfolge bei Anwendungen wie elektronischer Patientenakte (ePA), E-Rezept, elektronischer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und dem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren Zahnärzte (EBZ) in den Fokus. Nach der Eröffnung durch Dr. Klaus Holst, Leiter der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt, betonte Staatssekretär Wolfgang Beck in seinem Grußwort: „Digitale Vernetzung stärkt Versorgung, schont Ressourcen – und lebt von klarer Nutzertransparenz.“ Anschließend gab Alexander Wirtz aus der vdek-Zentrale Berlin einen Überblick zu ePA und eAU. **Mit dem**



Start der ePA im Opt-out-Verfahren erhalten Versicherte automatisch eine elektronische Akte – ein wichtiger Schritt für einen besseren Informationsfluss in der Behandlung. Die eAU, die

seit 2023 flächendeckend im Einsatz ist, erleichtert Prozesse für Arbeitgeber und Arbeitnehmer und sorgt für eine direkte Datenübermittlung an Krankenkassen. Das EBZ bezeichnete

Dr. Jochen Schmidt, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, als Leuchtturmprojekt praxistauglicher Digitalisierung. **Seit Anfang 2023 sind 98 Prozent der Praxen im Bundesland angeschlossen, Behandlungspläne und Rückmeldungen laufen digital.** Das spart Zeit und reduziert Fehler. Seit Anfang 2024 ist das E-Rezept Pflicht und für viele zur Routine geworden. „Das E-Rezept macht die Versorgung flexibler, sicherer und spart Aufwand“, so Dr. Carola Lücke von der

Ärzttekammer Sachsen-Anhalt. Insgesamt bleibt die digitale Transformation eine gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten – zum Nutzen der Versicherten. *els*

VDEK-LANDESVERTRETUNG NORDRHEIN-WESTFALEN

vdek unterstützt Beschäftigte mit Pflegeverantwortung

Seit über einem Jahr ist die vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen (NRW) Partner im Landesprogramm Vereinbarkeit Beruf & Pflege NRW und erhielt 2024 im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW auch die Charta zur Vereinbarkeit von Beruf & Pflege. **Mit dieser Charta werden Unternehmen, Behörden und Organisationen in NRW ausgezeichnet, die am Landesprogramm teilnehmen und sich aktiv dafür einsetzen, die Pflegefreundlichkeit ihres Unternehmens zu verbessern.** Warum es so wichtig ist, die Vereinbarkeit von beruflicher Tätigkeit und Pflege zu fördern, erläutert Dirk Ruiss, Leiter der vdek-Landesvertretung NRW: „In unserem Bundesland sind derzeit 1,2 Millionen Menschen pflegebedürftig. Die meisten werden daheim von



v.l.: Matthias Heidmeier (Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) und Dirk Ruiss (Leiter der vdek-Landesvertretung NRW) bei der Übergabe der Charta des Landesprogramms Vereinbarkeit Beruf & Pflege NRW

berufstätigen Angehörigen versorgt. Diese verantwortungsvolle und zeitintensive Aufgabe zu bewältigen, erfordert viel Mut und Kraft. Wir als Arbeitgeber sehen uns in der Verantwortung und möchten Beschäftigten, die

eine Pflegeverantwortung übernehmen, unsere Unterstützung anbieten.“ **Wichtiger Bestandteil des Landesprogramms ist zudem die Qualifizierung von interessierten Mitarbeitenden.** Sie erhalten alle relevanten Informationen und können so erste Ansprechperson sein, wenn es darum geht, Arbeit und Pflege unter einen Hut zu bringen. Zudem können sie für das immer drängender werdende Thema sensibilisieren, sodass sich ein kollegiales Verständnis für die Situation der pflegenden Berufstätigen entwickeln kann. *pb*

→ t1p.de/72brh



EINWURF

Pflege solidarisch und generationengerecht finanzieren

Text von **Ulrike Elsner**, Vorstandsvorsitzende des vdek

Eine im Juli 2025 eingerichtete Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ soll bis Ende des Jahres Eckpunkte für eine nachhaltige Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) erarbeiten. Ziel ist es, die SPV weiterhin solidarisch und generationengerecht zu finanzieren unter Beibehaltung des Prinzips der Teilleistungsversicherung. Unter diesen Voraussetzungen braucht es eine faire und breit getragene Verantwortung und von Bund und Ländern.

Wir brauchen dabei eine Klärung der jeweiligen Verantwortlichkeiten. Rund 6 Millionen Menschen beziehen Leistungen aus der SPV, die Ausgaben liegen bei rund 68 Milliarden Euro jährlich. Der Beitragssatz hat eine Rekordhöhe von 3,6 Prozent, bei Kinderlosen von 4,2 Prozent des Bruttolohns erreicht. Anders sieht es bei Bund und Ländern aus, die ihrer Verantwortung bislang nicht gerecht werden. Dazu gehören Investitions- und Ausbildungskosten, die klar Ländersache sind. Und doch legen die Bundesländer den größten Teil

der Investitionskosten für Pflegeeinrichtungen auf die Pflegebedürftigen um. Würden sie ihrer Aufgabe vollumfänglich nachkommen, könnten Pflegebedürftige von den hohen Eigenanteilen in Pflegeheimen (aktuell im ersten Aufenthaltsjahr im Bundesdurchschnitt 3.108 Euro monatlich) um bis zu 621 Euro entlastet werden. Zur Verantwortung des Bundes gehört, die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige (rund 3,6 Milliarden Euro jährlich) zu übernehmen. Auch auf die Rückzahlung der coronabedingten Mehrkosten (rund 5 Milliarden Euro) wartet die SPV bislang vergeblich.

Die SPV hat sich in den 30 Jahren ihres Bestehens zur tragenden Säule der sozialen Sicherungssysteme entwickelt. Für uns Ersatzkassen ist sie als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung auch in Zukunft die einzig sinnvolle und tragfähige Form der allgemeinen Absicherung des Pflegerisikos für die gesamte Gesellschaft. Sie vereint Solidarität und Subsidiarität. Ihre Aufgaben kann sie allerdings nur dann zuverlässig erfüllen, wenn sie zukunftsfest ausgestaltet wird. ■

Delegation in der Praxis

Die Delegation von ärztlichen Leistungen auf besonders qualifiziertes medizinisches Personal wird immer wichtiger, um eine wohnortnahe und kontinuierliche Versorgung sicherzustellen. Entsprechend entstanden in den vergangenen Jahren auch im deutschen Gesundheitswesen neue nichtärztliche Berufsfelder, die zu einer Entlastung der ärztlichen Versorgung beitragen sollen. Um insbesondere Versorgungsnotständen in ländlichen Regionen entgegenzuwirken, erproben die Ersatzkassen seit Mai letzten Jahres mit drei Einrichtungen bundesweit neue Delegationskonzepte. In ihrem Projekt „Regionale Gesundheitspartner“ übernehmen qualifizierte Gesundheitsberufe delegationsfähige ärztliche Aufgaben und tragen maßgeblich zur Entlastung des ärztlichen Personals bei. Damit neue Berufsbilder, eine effiziente Arbeitsteilung sowie die Digitalisierung die Versorgung verbessern können, braucht es auch passende Rahmenbedingungen.





Delegation ärztlicher Leistungen – wichtiger Schlüssel für die Versorgung

Text von **Björn-Ingemar Janssen**

Die Delegation von ärztlichen Leistungen auf **besonders qualifiziertes medizinisches Personal** wird für eine hochwertige ambulante Versorgung in Deutschland immer wichtiger. Sie kann dazu beitragen, Ärztinnen und Ärzte zu entlasten und die Gesundheitsversorgung zukunftssicher aufzustellen.

Lange Zeit gab es in großen Teilen der Ärzteschaft erhebliche Widerstände dagegen, bestimmte Aufgaben, die in der Vergangenheit allein von Ärztinnen und Ärzten ausgeführt wurden, auf besonders qualifiziertes medizinisches Personal zu übertragen. In vielen anderen Ländern ging diese Entwicklung erheblich früher vonstatten und ist auch weitreichender, bis hin zur Substitution ärztlicher Leistungen: So sind in den Niederlanden und in Großbritannien sogenannte Physician Associates beziehungsweise Physician Assistants mit akademischem Abschluss bereits seit den frühen 2000er-Jahren im ambulanten Bereich tätig, zum Teil sogar als selbständige Leistungserbringer mit dem Recht, Arzneimittel zu verordnen.

In Deutschland verbleibt die Gesamtverantwortung für das medizinische Fachpersonal, das im Rahmen der Delegation tätig wird, beim jeweiligen Vertragsarzt. Grundlegende Voraussetzung ist, dass die Ärztin oder der Arzt sicherstellt, dass das nicht-ärztliche Personal ausreichend qualifiziert, eingewiesen und überwacht wird. Die konkrete Umsetzung für den vertragsärztlichen Bereich regeln zwei Anlagen zum Bundesmantelvertrag Ärzte. Dabei haben

Kassen- und Ärzteseite auch einen Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen vereinbart, der aus Sicht vieler Beteiligten jedoch zu unkonkret und nicht weitgehend genug ist, um gerade Fachberufe mit akademischer Ausbildung adäquat abzubilden. Dadurch bestehen in der Praxis derzeit häufig Unsicherheiten, welche Leistungen rechtssicher delegiert werden dürfen.

Dabei ist klar: Delegation wird in Zukunft immer wichtiger. Durch den demografischen Wandel werden in den kommenden Jahrzehnten immer mehr ältere Menschen behandlungsbedürftig werden. Hinzu kommt eine stärkere Ambulantisierung der Medizin. Gleichzeitig werden in den kommenden Jahren mehr Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen. Diese Lücke kann nicht durch mehr Medizinstudierende geschlossen werden. Moderne Medizin ist Teamarbeit. Die gezielte Einbindung von nichtärztlichem Personal trägt dabei zu mehr Zufriedenheit im Team bei und hält diese wichtigen Arbeitskräfte im System. Somit ist die Delegation ärztlicher Leistungen ein wichtiger Schlüssel, um eine wohnortnahe und kontinuierliche Versorgung sicherzustellen. ■



Björn-Ingemar Janssen ist Referatsleiter Ärzte in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Nichtärztliche Berufe im Überblick

Im deutschen Gesundheitswesen sind neue nichtärztliche Berufsbilder entstanden, die zu einer **Entlastung der ärztlichen Versorgung** beitragen sollen. Dazu zählen Nichtärztliche Praxisassistent:innen (NäPA), Versorgungsassistent:innen in der Hausarztpraxis (VERAH), Care und Case Manager sowie Physician Assistants (PAs). In der nachfolgenden Übersicht werden die einzelnen Berufsbilder vorgestellt.

Nichtärztliche Praxisassistent:innen (NäPA) und Versorgungsassistent:innen in der Hausarztpraxis (VERAH)

Nichtärztliche Praxisassistent:innen (NäPA) und Versorgungsassistent:innen in der Hausarztpraxis (VERAH) sind speziell qualifizierte medizinische Fachangestellte, die Ärzt:innen im Praxisalltag entlasten und patientennahe Aufgaben übernehmen sollen. Sie führen unter anderem Hausbesuche durch, kontrollieren Vitalwerte, koordinieren die Versorgung chronisch kranker Menschen und unterstützen bei der Prävention. VERAH gibt es seit 2009 und wurden vom Deutschen Hausärzterverband über die Hausarztverträge etabliert. Mittlerweile gibt es mehr als 16.000 von ihnen bundesweit. NäPA sind 2010 aus einer Zusammenarbeit der Bundesärztekammer und des Verbands der medizinischen Fachberufe entstanden. Ihre Beschäftigung und Einsatz bei Hausbesuchen werden seit 2015 im KV-System gesondert vergütet. Seither ist ihre Zahl auf mehr als 12.000 angestiegen. Daneben gibt es noch einige weitere regionale Delegationsmodelle mit zum Teil erweitertem Aufgabenbereich wie „agnes zwei“ in Brandenburg.

Physician Assistants

Der Physician Assistant (PA) ist ein in Deutschland vergleichsweise neuer akademischer Gesundheitsberuf, der Ärzt:innen bei der Patientenversorgung entlastet. Nach einem dreijährigen Bachelorstudium können PAs delegierbare ärztliche Aufgaben übernehmen. Sie unterstützen unter anderem bei der Anamnese, Diagnosestellung, bei Untersuchungen oder Eingriffen. Im Rahmen der Delegation arbeiten PAs eigenständig, sind jedoch

rechtlich den Ärzt:innen unterstellt. Ihre breite medizinische Ausbildung ermöglicht den Einsatz in verschiedenen medizinischen Einrichtungen. Aktuell arbeiten PAs vornehmlich in Krankenhäusern. Erste Projekte in der ambulanten Versorgung zeigen, welches Potenzial in dem neuen Berufsbild steckt. Abhängig von ihrer individuellen Qualifikation können PAs auch unkomplizierte medizinische Anliegen selbst übernehmen und so den Zugang zur Versorgung verbessern. Für die weitere Etablierung von PAs benötigt es jedoch bundeseinheitliche Rahmenbedingungen, die zeitnah angegangen werden müssen.

Care und Case Manager

Das Care und Case Management ist ein neuer Gesundheitsberuf ohne eine geschützte Berufsbezeichnung. Mit einer Weiterbildung, insbesondere im medizinisch/pflegerischen Bereich, verbinden sich zwei Elemente: medizinisch-pflegerische Kenntnisse (Care) mit einem Steuerungsansatz (Case).

Das Care and Case Management besteht daher zunächst in der Feststellung des Bedarfs im Einzelfall. Daran ausgerichtet erfolgt die familien- und situationsbezogene Gestaltung von Pflege und Betreuung, um den individuellen Erfordernissen und Sorgen des Betroffenen und dessen Angehörigen zu begegnen. Der Care und Case Manager übernimmt dafür auch die Steuerung der für die Person und deren Angehörigen notwendigen Maßnahmen unter Einbeziehung unterschiedlicher Professionen, Dienste und informellen Hilfen eines regionalen Versorgungsgefüges und ist daher Lotse durch das Sozial- und Gesundheitssystem zur Sicherstellung der Inanspruchnahme relevanter Pflege- und Betreuungsleistungen. ■

Drei Fragen an

Prof. Dr. Katharina Larisch

Zu den medizinischen Berufen im deutschen Gesundheitswesen gehört auch der akademische Beruf des Physician Assistant (PA). Die Professorin und Studiengangsleiterin für Physician Assistance an der CBS University of Applied Sciences, Prof. Dr. Katharina Larisch, gibt Aufschluss über Aufgabenspektrum und Rolle der Physician Assistants in der Gesundheitsversorgung.

Seit wann gibt es das Berufsbild der Physician Assistants (PAs) und in welchen Ländern hat sich der Gesundheitsberuf inzwischen etabliert? In den USA wurde schon in den 1960er Jahren der PA als Gesundheitsfachberuf eingeführt. Die Ausbildung erfolgt über ein Masterprogramm, das auf einem Bachelor-Abschluss im Gesundheitsbereich aufbaut. Bis Mitte 2020 hatten 17 Länder eine PA-Ausbildung begonnen, unter anderem Niederlande, Großbritannien, Polen und Schweiz. In Deutschland startete der erste Bachelor-Studiengang 2005 und der erste Master-Studiengang 2021.

Welche Aufgaben können hierzulande Ärztinnen und Ärzte beispielsweise in der Hausarztpraxis an Physician Assistants delegieren – und welche nicht?

Bei entsprechender Qualifikation dürfen an PAs alle Tätigkeiten delegiert werden, die weder unter den Arztvorbehalt noch in den Kernbereich ärztlicher Tätigkeit fallen. Unter Arztvorbehalt stehen nur wenige Tätigkeiten wie beispielsweise die Medikamentenverordnung oder die Organtransplantation. Zum Kernbereich ärztlicher Tätigkeit zählen Tätigkeiten, die aufgrund ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit für die Patientinnen und Patienten beziehungsweise wegen der Unvorhersehbarkeit möglicher Reaktionen ärztliches Fachwissen erfordern. Dazu gehören beispielsweise Diagnose- und Indikationsstellung. PAs können

aber unterstützend tätig sein, also eine vorbereitende Anamnese und körperliche Untersuchung durchführen sowie eine Arbeitsdiagnose und einen Vortherapieplan erstellen. Weitere klassische Aufgaben in Hausarztpraxen sind Akut- und Infektsprechstunden nach Standardarbeitsanweisung (SOP), Heim- und Hausbesuche, Check-up-Untersuchungen, DMP-Sprechstunden, Einschätzung von Laborwerten, EKGs etc., Einordnung mitgebrachter Befunde wie Medikationsplan, Vorbereitung von Arztbriefen, vorbereitende Sonographie sowie Wundversorgung.



Welches Entwicklungspotenzial sehen Sie für Physician Assistants in den nächsten fünf bis zehn Jahren, insbesondere im Hinblick auf den demografischen Wandel und unterversorgte Regionen?

PAs werden in allen Bereichen der Medizin ankommen und der Tätigkeitsrahmen wird sich erweitern. Schon heute sehen wir eine Auflockerung des Arztvorbehaltes, beispielsweise durch

das Impfangebot in Apotheken. Genauso können PAs gemäß den Vorgaben der Ständigen Impfkommission (STIKO) impfen. Zudem wird die telemedizinisch unterstützte wohnortnahe Versorgung durch PAs zunehmen, ob in Satelliten- oder mobilen Praxen. Hier wird es auch ein selbstverständliches Nebeneinander von PAs und akademisierten Pflegeberufen (Advances Practice Nurse) geben. ■

Arztpraxis 2.0: Delegation muss zur Regel werden

Text von **Matthias Wannhoff**

Die Arztpraxis hat Zukunft – aber nicht in ihrer herkömmlichen Form: Beim vdek-Zukunftsforum „Arztpraxis 2.0“ in Berlin wurde darüber diskutiert, wie **neue Berufsbilder, Digitalisierung und eine effiziente Arbeitsteilung** die ambulante Versorgung verbessern können. Damit das gelingt, müssten Gesetzgeber und Selbstverwaltung für die passenden Rahmenbedingungen sorgen.

Die Suche nach der „Arztpraxis 2.0“ begann auf dem vdek-Zukunftsforum am 17. Juni 2025 mit einem Blick auf den ländlichen Raum: Hier verdichte sich, so vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, die doppelte demografische Herausforderung „einer älter werdenden Gesellschaft bei gleichzeitigem Personalmangel“. Um trotzdem eine flächendeckende und niedrigschwellige Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten, seien neue Wege gefragt, denn: „Unabhängig von Wohnort, Alter oder Lebenssituation gut versorgt zu werden, ist eine Erwartung, die die Menschen zu Recht haben.“

Spürbare Entlastung durch neue Gesundheitsberufe

Das Modell „Regionale Gesundheitspartner der Ersatzkassen“, das aktuell in drei Regionen getestet wird, diente bei der Veranstaltung als Praxisbeispiel dafür, wie die Arztpraxis der Zukunft aussehen kann. Konkret soll sich zeigen, wie Delegation und der Einsatz digitaler Hilfsmittel die ambulante Versorgung

verbessern und zukunftssicher aufstellen können: Die Partner setzen verstärkt auf neue Gesundheitsberufe wie Physician Assistants (PAs) oder Nicht-ärztliche Praxisassistent:innen (NäPA), welche – ausgestattet etwa mit einem Telemedizin-Rucksack für den Hausbesuch – die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Praxisalltag entlasten (→ [Mehr dazu auf den Seiten 42 und 43](#)). Die Praxisberichte auf dem vdek-Zukunftsforum waren durchweg positiv: Die anwesenden Partner sprachen nicht nur von einer spürbaren Entlastung im Arbeitsalltag, sondern auch von einer hohen Akzeptanz bei Patientinnen und Patienten. Für Elsner ist das Ziel klar: Es darf nicht bei Modellversuchen bleiben, stattdessen muss die Delegation von ärztlichen Leistungen Teil der Regelversorgung werden.

Dass auf dem Weg dorthin auch Überzeugungsarbeit nötig ist, betonte Dominik Graf von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi): Es gelte, das Mantra der „höchstpersönlichen Leistungserbringung“ durch Arzt oder Ärztin zu lockern. Dem



Matthias Wannhoff
ist Referent in der
Abteilung Kommuni-
kation beim vdek





Diskutierten die Rolle nicht-ärztlicher Berufsgruppen in der ambulanten Versorgung von heute und morgen
(v. l. / v. o.): Boris von Maydell (vdek), Daria Hunfeld (DGPA), Dr. Dominik Graf von Stillfried (Zi), Prof. Dr. med. Katharina Larisch (CBS University of Applied Sciences), Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach (Universität Frankfurt/M.)

pflichtete Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am Main, bei, zumal dieses Verständnis hierzulande auch das „Dogma der Honorierung“ sei. Aus Sicht Gerlachs ist die in Deutschland geführte Diskussion überhöht: Es sei zu bezweifeln, dass in Ländern, wo Versorgung im Team bereits gelebter Alltag sei, groß über „Delegation“ gesprochen werde. Ohnehin zeichne sich ab, dass ärztliche Tätigkeiten in Zukunft nicht nur auf Menschen übertragen werden: „KI-Agenten werden Teil der Teams sein.“ Diese Entwicklung müsse schon jetzt mitgedacht werden.

Standards in der Ausbildung, Flexibilität in der Praxis

Am Beispiel des noch jungen Berufsbildes Physician Assistant (→ [Mehr dazu auf Seite 37](#)) brachten Prof. Dr. Katharina Larisch, Professorin für Physician Assistance an der CBS University of Applied Sciences, sowie Daria Hunfeld, Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants (DGPA), praktische Hürden zur Sprache. Diese betreffen zum einen die Ausbildung: Larisch forderte eine Standardisierung des PA-Studiums. Eine vergleichende Untersuchung des praktischen Anteils der PA-Ausbildung an Hochschulen habe teils



Auf dem vdek-Zukunftsforum wurde auch ein Film vorgestellt, der die „Regionalen Gesundheitspartner der Ersatzkassen“ bei der täglichen Arbeit begleitet. Der Film kann hier angeschaut werden: [->youtu.be/bDnMeHjL-Ow](https://youtu.be/bDnMeHjL-Ow)



erhebliche Unterschiede offengelegt, wie Larisch am Beispiel der körperlichen Untersuchung aufzeigte: „In 40 Stunden kann man wirklich etwas lernen, in fünf Stunden nicht.“ Hunfeld ergänzte: „PA-Fernstudiengänge ohne Praxisanteile lehnen wir als DGPA ab.“

Im Praxisalltag fehle teilweise auch rechtliche Klarheit. Larisch berichtete von einer Unsicherheit bei Ärztinnen und Ärzten, welche Leistungen überhaupt delegiert werden dürfen. Hunfeld forderte in diesem Kontext ein entsprechendes Berufsgesetz. Auch von Stillfried sprach sich für eine Kodifizierung von Kompetenzen aus, warnte aber vor einem zu starren Katalog delegierbarer Leistungen: „Wir brauchen Flexibilität, die Möglichkeit zur Anpassung an den individuellen Bedarf.“ Die Delegationsentscheidung sei auf Ebene der Praxiseinheit zu treffen.

Keine Leistung zweiter Klasse

Zur Sprache kam auch das Thema Vergütung. Für Physican Assistants gibt es in Deutschland aktuell keine eigene Abrechnungsziffer, die Abrechnung erfolgt über den delegierenden Arzt oder die delegierende Ärztin. Hunfeld appellierte an die gemeinsame Selbstverwaltung, dass dies so bleiben müsse, denn die Behandlung durch PAs sei „keine Leistung zweiter Klasse“, die Letztverantwortung bleibe immer

beim Arzt oder der Ärztin. „PAs einzustellen, muss für Hausarztpraxen attraktiv sein“, betonte Boris von Maydell, Leiter der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek.

Für von Maydell sind eine standardisierte Ausbildung von PAs sowie eine „gewisse Definition delegierbarer Leistungen“ zwar richtig, zu komplizierte Regelungen verschoben den nötigen Systemwandel jedoch zu weit in die Zukunft. Die drei „Regionalen Gesundheitspartner“ zeigten, was bereits unter den aktuellen Rahmenbedingungen möglich sei. Die Zukunft ist nah: Dieser Eindruck entstand auch am Ende, als die Podiumsteilnehmenden befragt wurden, in wie vielen Jahren sie sich über die heutige Diskussion wundern und also Delegation, Digitalisierung und effiziente Arbeitsteilung ganz natürliche Teile des ambulanten Alltags geworden sein dürften. Die höchste Zahl lautete zehn, die niedrigste drei Jahre. ■

Regionale Gesundheitspartner als Vorbild: vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner eröffnete das vdek-Zukunftsforum mit einem Appell für eine zukunfts-sichere Versorgung, in der auch neue Berufsbilder eine tragende Rolle spielen.

Neue Delegationskonzepte im Praxistest

Text von **Antonia Milewski**

Mit dem Ziel, Versorgungsnotständen in ländlichen Regionen entgegenzuwirken, erproben die Ersatzkassen seit Mai 2024 mit drei Einrichtungen bundesweit neue Delegationskonzepte. Im Projekt „**Regionale Gesundheitspartner der Ersatzkassen**“ übernehmen qualifizierte Gesundheitsberufe delegationsfähige ärztliche Aufgaben und tragen maßgeblich zur Entlastung des ärztlichen Personals bei.

Regionales Versorgungszentrum (RVZ) Wurster Nordseeküste, Niedersachsen

Im Landkreis Cuxhaven bildet das Regionale Versorgungszentrum Wurster Nordseeküste GmbH eine der zentralen Anlaufstellen für die ambulante medizinische Versorgung. Mit der Gründung des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) im Jahr 2021 reagierten die Kommunen auf die drohende medizinische Unterversorgung in der Region. Neben einer breiten hausärztlichen Versorgung finden sich im Regionalen Versorgungszentrum weitere Leistungserbringende, wie eine Kinderarztpraxis, eine Praxis für Gynäkologie, eine Oralchirurgie oder eine Physiotherapie. Mit dem Projekt der Ersatzkassen erhalten Versicherte seit Mai 2024 zusätzlich die



Antonia Milewski ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Möglichkeit einer individuellen Beratung und Unterstützung durch ein Care und Case Management. Darüber hinaus unterstützt der Telemedizinrucksack das medizinische nichtärztliche

Fachpersonal bei Haus- und Pflegeheimbesuchen.

Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner, Nordrhein-Westfalen

Im nordrhein-westfälischen Ochtrup fokussiert sich die Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner auf die hausärztliche und familienmedizinische Versorgung. Die im Jahr 1987 gegründete Praxis versorgt heute mit über 60 Mitarbeitenden mehr als 8.000 Patient:innen im Quartal. Zum Praxispersonal gehören neben 9 Ärzt:innen auch über 50 nichtärztliche Mitarbeitende wie Medizinische Fachangestellte, nichtärztliche Praxisassistent:innen (NäPA), Physician Assistants (PAs) oder Diabetesberater:innen. Durch das Ersatzkassenprojekt wurden ein Care und Case Management sowie der Telemedizinrucksack eingeführt. Zusätzlich konnte mit dem Einsatz von Physician Assistants eine Sicherstellungspraxis im hausärztlich gering versorgten Umland eröffnet werden.

Medizinisches Zentrum Lübbenau (MZL), Brandenburg

Das im Jahr 1991 gegründete Medizinische Zentrum Lübbenau leistet durch

die Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen unter einem Dach einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung im Spreewald. Neben einer großen hausärztlichen Praxis werden im Zentrum grundversorgende Fachrichtungen wie unter anderem Gynäkologie, Kinder- und Jugendmedizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder Orthopädie abgebildet. Zusätzlich vervollständigen weitere Leistungserbringende wie eine Apotheke oder ein Akustiker das medizinische Angebot vor Ort. Seit Oktober 2024 wird im Rahmen des Ersatzkassenprojekts neben einem Beratungsangebot für Patient:innen (Care und Case Management) auch der Einsatz eines Physician Assistants (PAs) für die Durchführung von Untersuchungen der technischen Funktionsdiagnostik gefördert. Mit dem Telemedizin-Rucksack im Gepäck führen zudem speziell geschulte Nichtärztliche Praxisassistent:innen (NäPA) Haus- und Pflegeheimbesuche durch. Die ersten Projektergebnisse zeigen das große Potenzial erweiterter Delegationskonzepte. Der nächste entscheidende Schritt ist nun, diese Ansätze zeitnah in die Regelversorgung zu überführen, um die Vorteile in der Fläche nutzbar zu machen. ■



»Unser RVZ ist seit mehr als einem Jahr Gesundheitspartner des vdek. Wir schätzen diese Kooperation sehr, da sie uns ermöglicht, eine NäPA mit Telearucksack auszustatten und damit die hausärztliche Versorgung in der Fläche aufrecht zu erhalten. **Ohne NäPA wären Hausbesuche bei Patienten zu Hause äußerst schwierig zu realisieren, da die Arztkapazität knapp ist. Die NäPA führt umfangreiche telegestützte Untersuchungen in der Häuslichkeit durch und schaltet bei Bedarf den Arzt hinzu.** Ergänzt wird dies durch eine Care und Case Managerin, die die Patienten und Angehörigen in vielen Fragen und Themen des Alltags unterstützt und berät. Sie sieht Dinge wie zum Beispiel Stolperfallen, Mangelernährung und Versorgungsdefizite, die dem Arzt beim Besuch in der Praxis verborgen bleiben, und kann Abhilfe schaffen. Dies ist sehr wertvoll – auch im Sinne einer präventiven Versorgungsgestaltung.«

Dr. Andreas Rühle
Geschäftsführer des Regionalen Versorgungszentrums (RVZ)
Wurster Nordseeküste



»Als ‚Regionaler Gesundheitspartner der Ersatzkassen‘ konnte in einer hausärztlich unterversorgten Region durch den gezielten Einsatz von Physician Assistants in unserer Gemeinschaftspraxis die medizinische Versorgung nachhaltig gesichert und qualitativ deutlich verbessert werden – bei nur geringem ärztlichen Mehraufwand. **Die große Akzeptanz des Teampraxis-Konzepts zeigt sich nicht nur in der hohen Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, sondern auch in spürbaren Verbesserungen: kürzere Wartezeiten, mehr Zeit im Termin und eine insgesamt effizientere Betreuung.** Dieses Modellprojekt unterstreicht das enorme Potenzial innovativer Versorgungsansätze.«

Dr. med. Sebastian Gesenhues
Gemeinschaftspraxis
Gesenhues & Partner



»In Lübbenau setzen wir gezielt auf neue Gesundheitsberufe, die den Versorgungsalltag spürbar entlasten und die Patientensicherheit verbessern. Die Care und Case Managerin steht Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedarfen als zentrale Ansprechperson zur Seite. **Drei Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen (NäPA) bringen mithilfe des Telearucksacks moderne Diagnostik direkt in die Wohnung oder ins Pflegeheim, Untersuchungsergebnisse werden digital in die Praxis übertragen. So sind unsere NäPA als verlängerter Arm der Ärztin/des Arztes eine echte Entlastung.** Unser Physician Assistant führt Untersuchungen wie EKGs, Spirometrien, LZ-Blutdruck- und ABI-Messungen durch – ein klarer Zugewinn an Versorgungsqualität für unsere Hausarztpraxen. Diese innovativen Berufsgruppen zeigen, wie moderne Versorgung in der Fläche gelingen kann – patientenzentriert, effizient und zukunftsgerichtet.«

Charlotte Bettina Boettcher
Geschäftsführerin des Medizinischen Zentrums Lübbenau (MZL)



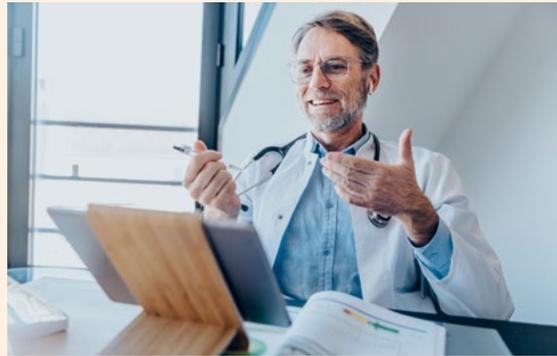
Gen Z durch Generationenkonflikte im Job besonders belastet

DAK Rund jeder vierte Beschäftigte in Deutschland erlebt bei der täglichen Arbeit Generationenkonflikte. Besonders häufig sind Spannungen zwischen verschiedenen Altersgruppen im Gesundheitswesen und in Erziehungsberufen. Über alle Branchen hinweg sind junge Beschäftigte mit 28 Prozent etwas häufiger betroffen als der Durchschnitt. Ein Viertel der Jüngeren, die Generationenkonflikte erleben, fühlen sich dadurch stark oder sehr stark belastet. Das sind zentrale Ergebnisse aus dem DAK-Gesundheitsreport „Gen Z in der Arbeitswelt“. Der Report zeigt auch: Beschäftigte, die im Joballtag von Generationenkonflikten verschont bleiben, haben eine höhere Arbeitszufriedenheit. Fast ein Drittel der Unbelasteten gibt an, vollkommen zufrieden zu sein, bei den anderen ist es nur ein Fünftel. Insgesamt zeigen aktuell 26 Prozent der unter 30-Jährigen eine hohe Arbeitszufriedenheit. Zum Vergleich: Bei einer früheren Befragung waren die damals jungen Beschäftigten noch zu 43 Prozent vollkommen zufrieden. Besonders kritisch sehen junge Beschäftigte das Arbeitsklima, die Entwicklungsmöglichkeiten und den Gesundheitsschutz. *pm*

→ dak.de → t1p.de/y2z0u



HKK Jeder fünfte Deutsche wird in den ersten drei Tagen des Urlaubs krank – ein Phänomen, das Fachleute Leisure Sickness oder Freizeitkrankheit nennen. Betroffene klagen über Kopf- und Halsschmerzen, Müdigkeit, Schnupfen oder Muskelschmerzen. Auslöser ist oftmals der Stress kurz vor Urlaubsbeginn: Unter Hochdruck setzt der Körper Stresshormone frei, die Krankheitssymptome unterdrücken. Sobald der Stresspegel sinkt, reagiert das Immunsystem mit typischen Erkältungsbeschwerden. Wer häufiger zu Urlaubsbeginn kränkt, sollte nachhaltig etwas ändern. Vor allem regelmäßige Bewegung ist eine wirkungsvolle Maßnahme. „Moderater Sport hilft dabei, Stress abzubauen und das Immunsystem zu stärken“, so Dr. Wiebke Hübner, hkk-Expertein für Prävention. „Vor allem Ausdauersportarten wie Nordic Walking, Laufen, Radfahren oder Schwimmen – aber auch regelmäßige Spaziergänge nach der Arbeit sind Balsam für Körper und Geist.“ *pm*
→ [hkk.de](https://www.hkk.de)
→ [t1p.de/ob5x0](https://www.t1p.de/ob5x0)



Steigende Nachfrage bei Videosprechstunden

TK Der Abwärtstrend bei Videosprechstunden aus den vergangenen Jahren kehrt sich um: Nach dem bisherigen Höchstwert von 956.000 digitalen Behandlungen im Jahr 2021 war die Zahl zuletzt zurückgegangen (2022: 717.000; 2023: 576.000). Nun stieg sie wieder deutlich an: 2024 fanden 711.000 Videosprechstunden statt – ein Anstieg um 23 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Das zeigt eine Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK). „Mit einem Arzt oder einer Ärztin per Video zu sprechen, kann eine sinnvolle Alternative für eine zeitnahe Behandlung sein“, sagt Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK. Mit rund 30 Prozent fanden Videosprechstunden am häufigsten in der Allgemeinmedizin und der psychologischen Psychotherapie (29 Prozent) statt. Ein weiterer großer Anteil entfällt mit 15 Prozent auf die hausärztliche innere Medizin. Weitere Fachgruppen, die ihre Patientinnen und Patienten digital behandelt haben, sind unter anderem die Kinder- und Jugendpsychotherapie (3 Prozent), Orthopädie und Unfallchirurgie (3 Prozent), Frauenheilkunde (3 Prozent) und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (2 Prozent). *pm*
→ [tk.de](https://www.tk.de) → [t1p.de/si4uv](https://www.t1p.de/si4uv)

Anzahl der Videobehandlungen bei TK-Versicherten



Quelle: Techniker Krankenkasse

Adipositas-Chirurgie immer häufiger

BARMER Krankhafte Fettleibigkeit wird in Deutschland immer häufiger chirurgisch behandelt. Gab es im Jahr 2010 bundesweit etwa 5.000 sogenannte bariatrische Operationen, stieg ihre Zahl auf rund 26.250 im Jahr 2023. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum rund 185.000 Patientinnen und Patienten operiert. Das geht aus Analysen für den Krankenhausreport 2025 der BARMER hervor, für den Daten der Krankenkasse auf die bundesdeutsche Gesamtbevölkerung hochgerechnet wurden. „Bariatrische Eingriffe führen zu einem starken Gewichtsverlust und haben damit das Potenzial, Adipositas und ihre Folge- und Begleiterkrankungen zu reduzieren. Der Erfolg hängt aber entscheidend davon ab, dass die Patientinnen und Patienten ihren Lebensstil langfristig anpassen“, sagt Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Mehr als die Hälfte der bariatrischen Eingriffe werden laut Krankenhausreport in der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen vollzogen. Dabei steigt die Zahl der Operierten bei den unter 40-Jährigen. *pm*
→ [barmer.de](https://www.barmer.de)
→ [t1p.de/z21e](https://www.t1p.de/z21e)

Sprachdefizite bei Heranwachsenden nehmen alarmierend zu

Text von **Dr. Bettina Prigge**

Ob in der Schule, Ausbildung oder Freizeit: Immer häufiger tritt **virtuelle Kommunikation** im Alltag Heranwachsender an die Stelle direkter Zwiegespräche – mit möglichen Folgen für die Sprachentwicklung. Diese scheint laut Daten der KKH Kaufmännische Krankenkasse zunehmend aus dem Lot zu geraten.



In Deutschland ist der Anteil der Sechs- bis 18-Jährigen mit Sprach- und Sprechstörungen von 2008 auf 2023 um rund 77 Prozent gestiegen. Bundesweit waren 8,6 Prozent der Heranwachsenden in 2023 betroffen, sprich etwa jedes 15. Mädchen und jeder zehnte Junge. Bei den Sechs- bis Zehnjährigen litt sogar rund jedes sechste Kind unter behandlungsbedürftigen Sprachdefiziten wie Problemen bei der Laut- und Satzbildung, begrenztem Vokabular oder auch Grammatikschwächen.

Sprechen statt Tippen und Wischen

Für Vijitha Sanjivkumar vom Kompetenzteam Medizin der KKH sind das alarmierende Zahlen, denn: „Sprache ist der Grundpfeiler für die persönliche Entwicklung eines Menschen. Sie ist das Medium, in dem wir uns unterhalten, lesen und schreiben, denken

und fühlen, rechnen und mittlerweile auch digital kommunizieren. Sie ermöglicht es, die Welt zu verstehen, Wissen zu erwerben und soziale Beziehungen zu knüpfen. Deshalb ist es wichtig, dass Eltern von Beginn an gezielt die Sprachentwicklung ihres Kindes unterstützen.“ Das bedeutet: im Alltag kontinuierlich altersgerechte Sprachreize anzubieten – sei es in Form von Gesprächen, Geschichten vorlesen, gemeinsamem Singen oder auch Puppen- und Rollenspielen. Verbringen Kinder hingegen viel Zeit mit dem Tippen und Wischen auf Smartphone, Tablet oder Spielekonsole statt zu brabbeln, Laute zu bilden oder mit Eltern und Geschwistern zu sprechen, gehen ihnen wertvolle Spracherfahrungen verloren. Denn dabei werden weder Wortschatz und Grammatik weiterentwickelt noch das freie Reden und Interagieren in Gesprächen trainiert.



Bettina Prigge
ist Redakteurin in
der Pressestelle
der KKH



Fakt ist: Digitale Medien gehören zu einem immer früheren Zeitpunkt zum Leben von Kindern. „Ein wichtiger Schritt zu mehr Zeit für Spracherwerb ist daher, die Bildschirmzeit zu begrenzen und sie möglichst gemeinsam mit dem Nachwuchs zu verbringen“, empfiehlt Sanjivkumar. „Hören und sehen Sie sich Beiträge zusammen an und reden Sie mit Ihrem Nachwuchs darüber. So lassen sich Smartphone & Co. gewinnbringend für die Sprachentwicklung einsetzen.“

Frühzeitige Diagnose ist entscheidend

Neben intensiver Mediennutzung sowie mangelnder Sprachförderung in der Familie können auch eine Hörminderung, erbliche Veranlagung oder ein Schicksalsschlag Ursache für kommunikative Defizite von Kindern und Jugendlichen sein. „Der

Spracherwerb ist ein komplexer und individueller Prozess, der sich über viele Jahre erstreckt“, erklärt Sanjivkumar. „Eltern sollten ihren Nachwuchs dabei mit viel Geduld, Aufmerksamkeit und Lob begleiten.“

In jedem Fall sollten vor allem kleine Kinder Sprache so oft wie möglich direkt erleben, hören und sie ohne Druck und Zwänge selbst erproben. Haben Eltern den Eindruck, dass ihr Kind nicht altersgerecht spricht, wenden sie sich am besten an ihre Kinderärztin oder ihren Kinderarzt. Sprachdefizite werden meist im Rahmen der U-Untersuchungen festgestellt und sind – sofern frühzeitig diagnostiziert – gut behandelbar. Die KKH bietet für versicherte Kinder mit phonetischen beziehungsweise phonologischen Störungen zur Unterstützung einer logopädischen Therapie die Artikulations-App Neolexon → t1p.de/gu876 an. ■

✂ **@vdek_Presse** Entscheidung **#Organspende** treffen + dokumentieren ist wichtig. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, u.a. über Apps der Krankenkassen. Unsere aktualisierten FAQ unterstützen Versicherte bei Entscheidungsfindung.

✂ **@vdek_Presse** Auf unserer Seite Gesunde Lebenswelten zeigen wir, wie **#Hitzeschutz** gelingen kann: mit praxisnahen Projekten, Materialien & Engagement für eine gesundheitsfördernde Umgebung.

Antibiotikaresistenzen – eine schleichend wachsende Gefahr

PODCAST Antibiotikaresistenzen stellen eine globale Herausforderung dar. Weltweit sind mehr als eine Million Todesfälle jährlich direkt auf antimikrobielle Resistenzen zurückzuführen. **Der neue Podcast „Mikroben im Visier“ des Leibniz-Forschungsverbunds INFECTIONS führt in seiner ersten Folge „Das Problem mit den Infektionen“ in die Thematik ein.** Das Moderationsteam, dem die Mikrobiologin Dr. Elisabeth Pfrommer und der Physiker Dr. Christian Nehls angehören, informieren auch über den richtigen Umgang mit Antibiotika. Hauptursachen für die Entwicklung arzneimittelresistenter Krankheitserreger sind die falsche und zu häufige Anwendung von antimikrobiellen Wirkstoffen bei Menschen, Tieren und Pflanzen. *tag*
→ t1p.de/euttj



BÜCHER und eine Auswahl an Loseblattsammlungen haben wir für Sie gelesen und präsentieren Ihnen hier unsere Favoriten.



Weitere aktuelle
Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Gendermedizin

Anhand ihrer eigenen Geschichte kritisiert die Autorin strukturelle Defizite der männlich dominierten Medizin, die Frauen mit chronischen, schwer diagnostizierbaren Erkrankungen wie ME/CFS, Fibromyalgie oder Lupus oft nicht ernst nimmt. Das Ergebnis ist mehr als ein persönlicher Bericht: Es ist ein feministisches Manifest für eine geschlechtersensible, gerechtere Gesundheitsversorgung.

Sarah Ramey | **Der Club der hysterischen Frauen. Warum weibliche Krankheiten nicht ernst genommen werden und was wir dagegen tun können** | 2025, 590 S., € 48 | btb Verlag, München

Gesundheitspolitik im Wandel

Dieser Sammelband bietet einen fundierten Überblick über zentrale Herausforderungen und Reformansätze im Gesundheitswesen – von Digitalisierung und Prävention bis hin zu Klimaeinflüssen und Versorgungsstrukturen. Es kombiniert verständliche Grundlagen mit kritischen Analysen und liefert praxisnahe wie visionäre Impulse für eine nachhaltige Gesundheitspolitik.

Franz Knieps, Anne-Kathrin Klemm (Hrsg.) | **Gesundheitspolitik neu aufgelegt. Wie die gesetzliche Krankenversicherung funktioniert und weiterentwickelt werden muss** | 2025, XII, 298 S., € 59,85 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin



PS: Schöne bequeme Welt

In der Online-Welt lässt sich vieles „bequem“ abwickeln: „Sie können bequem online shoppen“, heißt es auf einer Versandhandel-Plattform. Auf anderen Websites können online „bequem“ Termine vereinbart oder Anträge ausgefüllt werden. „So bequem wie möglich“ lautet also hier die Zauberformel. Das kann aber auch Nachteile mit sich bringen, wie eine neue Studie des Massachusetts Institute of Technology (MIT) bei der Nutzung des Chatbots ChatGPT für die Texterstellung zeigt. In der Gruppe von Studienteilnehmenden, die ChatGPT für das Schreiben eines Essays verwendeten, fiel die Gehirnaktivität insbesondere in den für Denk- und Gedächtnisprozessen zuständigen Regionen deutlich schwächer aus, als bei denjenigen Gruppen, die kein ChatGPT oder nur Suchmaschinen als technologische Unterstützung einsetzten. Am höchsten war die Gehirnaktivität bei der Gruppe, die weder ChatGPT noch Suchmaschinen nutzte. Dies ist eines von vielen Beispielen, das zeigt: Es braucht eine gute Balance zwischen verantwortungsvoller Nutzung neuer Technologien und dem Erhalt menschlicher Fähigkeiten.

Ihre Redaktion

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

Das Magazin des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), vormals „Die Ersatzkasse“, erstmals erschienen 1916.

Herausgeber

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Ulrike Elsner (Vorstandsvorsitzende des vdek, V.i.S.d.P.)

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried (Abteilungsleiterin Kommunikation)

Redaktionsleitung

Annette Kessen

Redaktion

Dr. Tanja Glootz, Matthias Wannhoff

Kontakt

Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin
Tel. 0 30/2 69 31-12 05
Fax 0 30/2 69 31-29 00
redaktion@vdek.com
vdek.com/magazin
X@vdek_Presse
[i] Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Layout

Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen

Anton Hallmann
(Titelseite, S. 4/5, 20, 34/35, 46/47)
antonhallmann.com

Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum

August 2025 | 105. Jahrgang
ersatzkasse magazin. erscheint sechs Mal im Jahr.

Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers oder der Redaktion. Dies gilt auch für die Aufnahme in elektronische Datenbanken und Mailboxen.

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernehmen der Herausgeber und die Redaktion keine Haftung.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder.

Dieses Magazin wurde auf holzfreiem, FSC® Mix-zertifiziertem Papier gedruckt.

Bildnachweise (von links nach rechts und von oben nach unten)

S. 3: vdek/Georg J. Lopata | **S. 4:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 6:** Francesco Carta fotografo/iStock/Getty Images | **S. 7:** Angelina Bambina/iStock/Getty Images Plus | **S. 8:** Kerstin Rolfes; vdek/Georg J. Lopata | **S. 10:** Photodjo/iStock/Getty Images Plus | **S. 11:** vdek/Tobias Mayer; BARMER | **S. 12:** vdek/Tobias Mayer | **S. 13:** vdek/Georg J. Lopata; vdek/Tobias Mayer | **S. 15:** GKV-Spitzenverband | **S. 16:** privat | **S. 17:** Kultusministerium Baden-Württemberg; vdek/Georg J. Lopata; AIM | **S. 18:** AIM | **S. 21:** Medizinischer Dienst Bund | **S. 22:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 23:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 24:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 25:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 26:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 27:** bestechend.de | **S. 28:** vdek | **S. 29:** KV Sachsen | **S. 30:** DigitalVision/iStock/Getty Images; vdek/Jana Wiesner | **S. 31:** MAFSG/Tourioglou; AndreyPopov/iStock/Getty Images Plus | **S. 32:** SDI Productions/iStock/Getty Images; Achim Bachhausen/REWE Group | **S. 33:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 36:** privat | **S. 38:** CBS | **S. 39:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 40:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 41:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 42:** vdek/Georg J. Lopata | **S. 43:** privat; Lana Roßdeutscher/ Hausärzteverband Westfalen-Lippe; privat | **S. 44:** Portra/iStock/Getty Images | **S. 45:** Westend61/iStock/Getty Images | **S. 46:** KKH | **S. 48:** vdek | **S. 49:** FZB | **S. 50:** JakeOlimb/iStock/Getty Images

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

Beim vdek arbeiten bundesweit über 700 Beschäftigte. Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist die Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit über 400 sowie mehr als 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

vdek-Zentrale

Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 0 30/2 69 31-0
Fax: 0 30/2 69 31-29 00
info@vdek.com
www.vdek.com
X @vdek_Presse

Baden-Württemberg

Christophstraße 7
70178 Stuttgart
Tel.: 07 11/2 39 54-0
Fax: 07 11/2 39 54-16
lv-baden-wuerttemberg@vdek.com
X @vdek_BW

Bayern

Arnulfstraße 201a
80634 München
Tel.: 0 89/55 25 51-0
Fax: 0 89/55 25 51-14
lv-bayern@vdek.com
X @vdek_BY

Berlin/Brandenburg

Stresemannstraße 91
10963 Berlin
Tel.: 0 30/25 37 74-0
Fax: 0 30/25 37 74-19
lv-berlin.brandenburg@vdek.com
X @vdek_BER_BRA

Bremen

Martinstraße 34
28195 Bremen
Tel.: 04 21/1 65 65-6
Fax: 04 21/1 65 65-99
lv-bremen@vdek.com
X @vdek_HB

Hamburg

Sachsenstraße 6
20097 Hamburg
Tel.: 0 40/41 32 98-0
Fax: 0 40/41 32 98-22
lv-hamburg@vdek.com
X @vdek_HH

Hessen

Walter-Kolb-Straße 9-11
60594 Frankfurt a. M.
Tel.: 0 69/96 21 68-0
Fax: 0 69/96 21 68-90
lv-hessen@vdek.com
X @vdek_HE

Mecklenburg-Vorpommern

Werderstraße 74 a
19055 Schwerin
Tel.: 03 85/52 16-0
Fax: 03 85/52 16-1 11
lv-mecklenburg-vorpommern@vdek.com
X @vdek_MV

Niedersachsen

Schillerstraße 32
30159 Hannover
Tel.: 05 11/3 03 97-0
Fax: 05 11/3 03 97-99
lv-niedersachsen@vdek.com
X @vdek_NDS

Nordrhein-Westfalen

Ludwig-Erhard-Allee 9
40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11/384 10-0
Fax: 02 11/384 10-20
lv-nordrhein-westfalen@vdek.com
X @vdek_NRW

Geschäftsstelle

Westfalen-Lippe
Königswall 44
44137 Dortmund
Tel.: 02 31/91 77 1-0
Fax: 02 31/91 77 1-30
gs-westfalen-lippe@vdek.com

Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22
55130 Mainz
Tel.: 0 61 31/9 82 55-0
Fax: 0 61 31/83 20 15
lv-rheinland-pfalz@vdek.com
X @vdek_RLP

Saarland

Heinrich-Böcking-Straße 6-8
66121 Saarbrücken
Tel.: 06 81/9 26 71-0
Fax: 06 81/9 26 71-19
lv-saarland@vdek.com
X @vdek_SL

Sachsen

Glacisstraße 4
01099 Dresden
Tel.: 03 51/8 76 55-0
Fax: 03 51/8 76 55-43
lv-sachsen@vdek.com
X @vdek_SAC

Sachsen-Anhalt

Schleiufer 12
39104 Magdeburg
Tel.: 03 91/5 65 16-0
Fax: 03 91/5 65 16-30
lv-sachsen-anhalt@vdek.com
X @vdek_ST

Schleswig-Holstein

Wall 55 (Sell-Speicher)
24103 Kiel
Tel.: 04 31/9 74 41-0
Fax: 04 31/9 74 41-23
lv-schleswig-holstein@vdek.com
X @vdek_SH

Thüringen

Lucas-Cranach-Platz 2
99097 Erfurt
Tel.: 03 61/4 42 52-0
Fax: 03 61/4 42 52-28
lv-thueringen@vdek.com
X @vdek_TH



Die vdek-Landesvertretungen
finden Sie unter
→ [vdek.com/ueber_uns/
landesvertretungen](https://www.vdek.com/ueber_uns/landesvertretungen)

vdek online

vdek.com

X@vdek_Presse



Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1 | 10963 Berlin