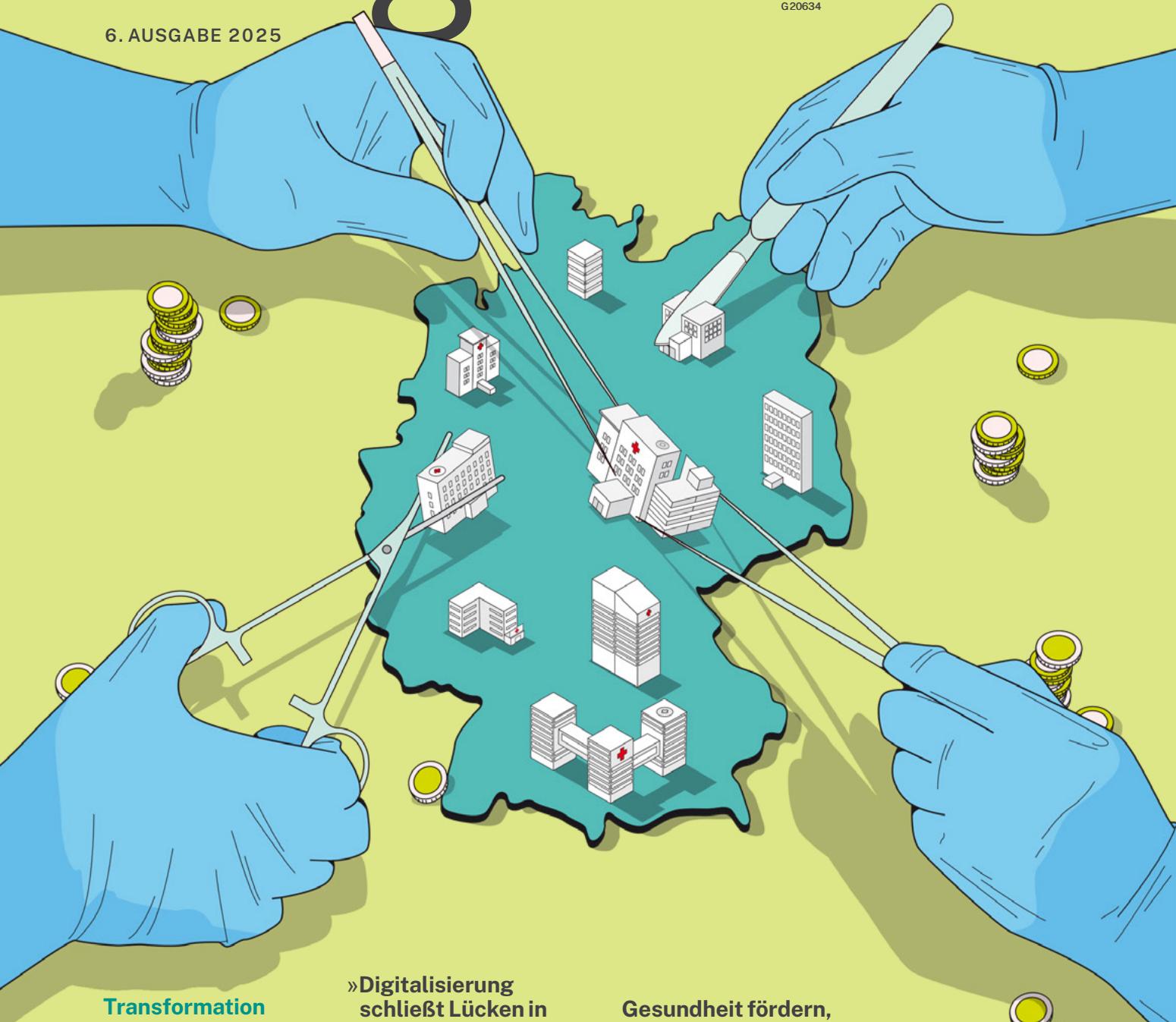


ersatzkasse magazin.

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

G20634

6. AUSGABE 2025



Transformation der Krankenhaus- landschaft

Mehr Qualität und Effizienz
müssen das Ziel der Kranken-
hausreform bleiben

»Digitalisierung schließt Lücken in der Versorgung«

Prof. Dr. David Matusiewicz,
Gesundheitsökonom und
Experte für Digital Health
und Innovation, im Interview

Gesundheit fördern, Belastungen verstehen

Projekt nimmt Belastungen
und Ressourcen pflegender
An- und Zugehöriger in
den umfassenden Blick



udek 
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.: 040/2364 855-0
Fax: 040/334 70-123456
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@khh.de
www.khh.de
in KKH Kaufmännische
Krankenkasse



hkk-Handelskrankenkasse
Martinistraße 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 Kranenkasse



**HEK-Hanseatische
Krankenkasse**
Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
Tel.: 08 00/0 213 213
Fax: 040/6 56 96-1237
kontakt@hek.de
www.hek.de
X @HEKonline
in HEK-Hanseatische
Krankenkasse

in Die Entscheidung des **#Bundesrats**, wegen des von der Bundesregierung geplanten „kleinen Sparpakets“ den **#Vermittlungsausschuss** anzurufen, geht vollständig zu Lasten der beitragszahlenden Versicherten und Arbeitgeber. Finden die politisch Verantwortlichen bis zum 19. Dezember 2025 (...) keinen tragfähigen Kompromiss, wird der durchschnittlich erhobene **#Zusatzbeitragssatz** von jetzt 2,9 auf bis zu 3,2 % ansteigen! [...]

in Gesundheitsministerin **Nina Warken** hat die überfällige Reform der **#Notfallversorgung** und des Rettungsdienstes angekündigt. Der nun bekannt gewordene Entwurf greift zahlreiche Vorschläge der Ersatzkassen auf: Telefonische oder digitale Ersteinschätzung: Sehr wichtig, sorgt dafür, dass Patient:innen in die medizinisch sinnvolle Versorgungsebene gelangen und erspart Versicherten Wege und Wartezeiten [...]



EDITORIAL

Zwischen Finanzdruck und Reformhoffnung

Das Jahr endet wie die letzten Jahre auch: mit einer heftigen Debatte zur finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der tatsächlich erhobene durchschnittliche Zusatzbeitragssatz wird 2026 von jetzt 2,9 auf bis zu 3,2 Prozent ansteigen, wenn Bund und Länder sich – nach der Blockade im Bundesrat – nicht doch auf ein Sparpaket im Vermittlungsausschuss einigen können. Es wäre ein wichtiges Signal an die Beitragszahlenden. Im nächsten Jahr geht es richtig los mit den Reformvorhaben, dafür wird ein hohes Maß an Kompromissbereitschaft der politisch Verantwortlichen notwendig sein. Die „FinanzKommission Gesundheit“ wird ihre Reformvorschläge zur Stabilisierung der GKV vorlegen. Entscheiden muss dann die Politik, sonst drohen erneute Beitragssatzanhebungen. In der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sieht es nicht anders aus. Mit einem weiteren Darlehen soll sie 2026 über die Runden kommen. Aber nachhaltig ist das nicht. Auch hier soll eine Kommission Vorschläge auf den Tisch legen. Ernüchterung ist leider auch in Sachen Krankenhausreform angesagt. Ziel war es, die Krankenhausstrukturen stärker an Qualität, Bedarf und Wirtschaftlichkeit auszurichten, aber – um die Zustimmung der Länder zu erreichen – weicht auch das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) von diesem Zielbild ab. Schon jetzt ist absehbar, dass das KHAG nicht die letzte Korrektur bleiben wird. Positiv sind dagegen die Pläne des Bundesgesundheitsministeriums für eine Notfallreform zu bewerten. Der Referentenentwurf setzt wichtige Impulse: (digitale) Ersteinschätzung, bessere Patientensteuerung, Vermeidung von Doppelstrukturen. Wenn diese Ansätze entschlossen umgesetzt werden, kann hier 2026 ein echter Fortschritt gelingen. Ein echtes Reformjahr steht uns also bevor, mit hoffentlich nachhaltigen strukturellen Reformen. Bis es so weit ist, wünschen wir Ihnen erholsame Feiertage – und einen guten, zuversichtlichen Start ins neue Jahr!

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

Die Bundesregierung hat ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung vorgelegt, mit dem sie die Vor-Ort-Apotheken stärken will. Auch aus Sicht des vdek ist eine Reform überfällig. → [Mehr dazu auf Seite 10](#)

DiGA, ePA und KI: Beim vdek-Zukunftsforum wurde darüber diskutiert, wie digitale Tools die Versorgung verbessern können. Im Fokus standen dabei Nutzen, Nutzbarkeit und digitale Gesundheitskompetenz. → [Mehr dazu auf Seite 16](#)

ersatzkasse magazin. online

www.vdek.com/magazin



25

»Digitalisierung schließt Lücken in der Versorgung«

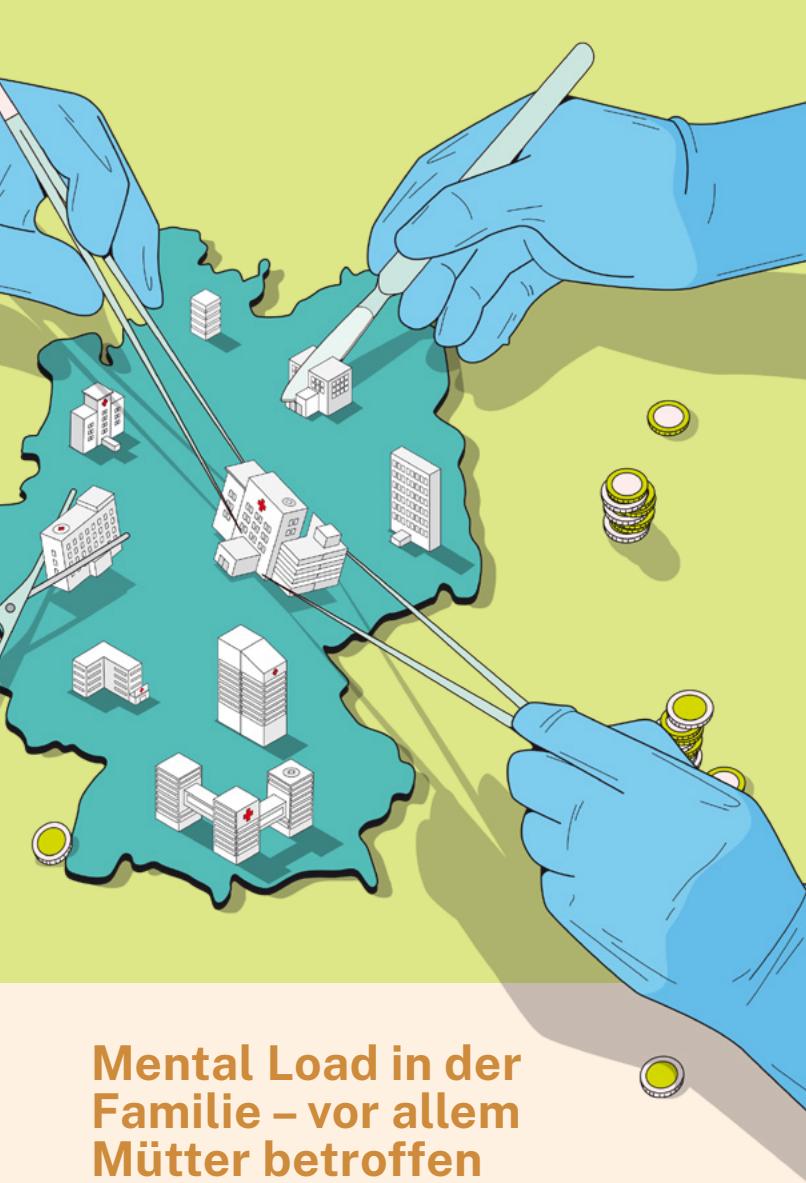
INTERVIEW Aus Sicht von Prof. Dr. David Matusiewicz, Professor für Medizinmanagement an der FOM Hochschule in Essen und Experte für Digital Health und Innovation, ist Digitalisierung in der ganzen Versorgungskette des Gesundheitswesens sinnvoll. Das gelte sowohl für Terminfindung, Diagnostik und Therapie als auch die Nachsorge, betont er im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Allein die bessere Automatisierung bei der Dokumentation würde viel Zeit und Kosten einsparen.

Transformation der Krankenhauslandschaft

SCHWERPUNKT Eine zeitnahe Umsetzung der Krankenhausreform ist dringend notwendig. Ziel muss es sein, die Behandlungsqualität zu verbessern, eine flächendeckende medizinische Versorgung für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und eine effizientere Krankenhausversorgung zu erreichen. Entscheidend für die Transformation der Krankenhauslandschaft ist, dass Länder, Krankenhäuser und Krankenkassen an einem Strang ziehen.

38





Mental Load in der Familie – vor allem Mütter betroffen

ERSATZKASSEN Arzttermine koordinieren, Geburtstagsgeschenke besorgen, Mahlzeiten planen – das sind unsichtbare Lasten, die im Alltag anfallen. Davon sind laut einer repräsentativen forsa-Befragung im Auftrag der hkk Krankenkasse insbesondere Mütter betroffen. Die mentale Belastung beziehungsweise Mental Load ist ein ernstzunehmendes Gesundheitsrisiko, das Erschöpfung, Schlafstörungen und Burn-out nach sich ziehen kann.



50

AKTUELL

- 6 Teure Behandlungsfehler
- 7 Medizinregistergesetz auf dem Weg
- 8 Krebsprävention in Deutschland
- 9 Aus dem G-BA

POLITIK & VERSORGUNG

- 10 Weiterentwicklung der Apothekenversorgung
- 12 Zusatzbeitrag wird steigen
- 13 Neuer Anlauf zur besseren Steuerung
- 14 Zukunftsfähige Notfallstruktur
- 16 vdek-Zukunftsforum „5 Jahre DiGA“
- 19 Verleihung des vdek-Zukunftspreises
- 22 Pflegende Angehörige im Blick
- 24 Tagung der vdek-Landesausschüsse
- 25 Interview: Prof. Dr. David Matusiewicz
- 30 Praxisnahe Gesundheitsförderung
- 31 #regionalstark
- 37 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 40 Reform der Krankenhausreform
- 43 Transformationsfonds im Fokus
- 46 Neuer Qualitätskongress Gesundheit
- 47 Frühgeborene: Mindestmengenregelung

ERSATZKASSEN

- 48 KI verstärkt berufliche Zukunftsängste
- 49 Diabetes-Programm: Ergebnisse
- 50 Mental Load in der Familie

VERMISCHTES

- 52 Zentrale Prüfstelle Prävention
- 53 Podcast: Einblicke in die Selbstverwaltung
- 54 PS: Tierisch süchtig
- 54 Impressum



Teure Behandlungsfehler

12.304 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern hat der Medizinische Dienst im Jahr 2024 bundesweit erstellt. In jedem 4. Fall (3.301 Fälle) stellten die Gutachterinnen und Gutachter einen Behandlungsfehler mit Schaden fest. In jedem 5. Fall (2.825 Fälle) war der Fehler ursächlich für den erlittenen Schaden. Das geht aus der aktuellen Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung hervor. „Wenn Behandlungsfehler passieren, werden nicht nur Patientinnen und Patienten geschädigt. Es entstehen auch enorme Kosten im Gesundheitssystem, weil Folgeuntersuchungen, erneute Operationen und Nachbehandlungen notwendig sind“, sagt Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund. Die Begutachtungszahlen des Medizinischen Dienstes zeigen nur einen sehr kleinen Ausschnitt des tatsächlichen Fehlergeschehens. Die Dunkelziffer liegt deutlich höher, da nach wissenschaftlichen Studien davon auszugehen ist, dass nur 3 Prozent aller vermeidbaren Schadensfälle nachverfolgt und statistisch erfasst werden. Überträgt man die Ergebnisse internationaler Studien zur Patientensicherheit auf Deutschland, so werden jedes Jahr 5 Prozent der stationär behandelten Patientinnen und Patienten durch vermeidbare Behandlungsfehler geschädigt. Die Kosten für erneute Eingriffe, Invalidität, Pflegebedürftigkeit oder gar Tod werden auf 15 Prozent der Krankenhauskosten geschätzt – das entspricht einem Betrag von 15 Milliarden Euro. pm



Die schwarz-rote Regierungskoalition will der sozialen Pflegeversicherung (SPV) im Jahr 2026 neben dem bereits zugesicherten Darlehen in Höhe von 1,5 Milliarden Euro ein weiteres in Höhe von 1,7 Milliarden Euro gewähren. „**Dass der Koalitionsausschuss in letzter Minute beschlossen hat, der SPV ein weiteres Darlehen in Höhe von 1,7 Milliarden Euro auszuzahlen, zeigt, dass die Politik die Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung immer noch nicht nachhaltig angeht**“, kommentierte Boris von Maydell, Vertreter des Vorstandes des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), am 14. November 2025 den Beschluss. Grundsätzlich sei es ein gutes und richtiges Signal, die Versicherten und Arbeitgeber damit vor neuen Beitragssatzsteigerungen zu bewahren. Aber die Koalition verschaffte sich damit nur etwas Luft: „Denn klar ist: Die Darlehen müssen zurückgezahlt werden“, sagte von Maydell. Er forderte, die Darlehen in verbindliche Zahlungen zur Abdeckung beziehungsweise Abgeltung der von der SPV finanzierten versicherungsfremden Leistungen, beispielsweise Beiträge für pflegende Angehörige für die Renten- und Unfallversicherung, umzuwandeln. pm

Medizinregistergesetz auf dem Weg

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 27. Oktober 2025 einen Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Stärkung von Medizinregistern und zur Verbesserung der Medizinregisterdatennutzung“ (Medizinregistergesetz, MRG) veröffentlicht. Ziel ist es, die Registerlandschaft transparenter zu gestalten, verbindliche Qualitätsstandards einzuführen und die Nutzung von Registerdaten zu erleichtern. Geplant sind unter anderem der Aufbau eines Zentrums für Medizinregister (ZMR), ein zentrales Registerverzeichnis sowie neue Rechtsgrundlagen zur Datenverarbeitung. Der vdek begrüßt die Stärkung der Register grundsätzlich: So liefert das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) seit über zehn Jahren wertvolle Erkenntnisse zur Versorgung mit Hüft- und Knieendoprothesen und gilt als Blaupause für das gesetzliche Implantateregister. Einheitliche Standards und weniger Hürden bei der Datennutzung sind wichtig. Ob die vorgesehenen Regelungen die Datennutzung tatsächlich vereinfachen und die Vollständigkeit verbessern, muss jedoch geprüft werden. Zudem sollte das Zusammenspiel zwischen freiwilligen und gesetzlichen Registern gesetzlich besser verankert werden. kim

DIE ZAHL

7,1

Ein stationärer Krankenhausaufenthalt dauerte 2024 im Schnitt 7,1 Tage und war um 0,1 Tage kürzer als im Vorjahr. Damit setzt sich laut dem Statistischen Bundesamt (Destatis) der langfristige Trend zu kürzeren Verweildauern seit

Beginn der Krankenhausstatistik im Jahr 1991 fort. Damals hatte ein durchschnittlicher Krankenaufenthalt noch 14,0 Tage – und somit fast doppelt so lange wie 2024 – gedauert. Die Verweildauer im Jahr 2024 war in den Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie deutlich kürzer als in der Geriatrie und den psychiatrischen Fachabteilungen. pm



Charité gründet Institut für KI in der Medizin

Mit dem neu gegründeten Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin (IKIM) will die Charité-Universitätsmedizin Berlin KI-Lösungen verlässlich in die Versorgung bringen, ihren Nutzen evidenzbasiert nachweisen und im Klinikalltag verankern. Geleitet wird das Institut von Prof. Alexander Meyer, der auch die neu geschaffene Professur für KI in der Medizin übernimmt. „In den letzten Jahren haben wir gesehen, welche Herausforderungen KI-Projekte an der Schnittstelle zwischen Forschung, Klinik und Krankenhausbetrieb mit sich bringen. Sie kommen oft nicht an ihr Ziel – und das nicht wegen schlechter Algorithmen, sondern wegen fehlender Strukturen, fehlender Evidenz und fehlendem Vertrauen“, sagt Prof. Alexander Meyer. „Das IKIM ist die Antwort darauf: Wir bringen Datenwissenschaftler:innen direkt in die Kliniken, erforschen und entwickeln KI-Agenten für den Routinebetrieb und bauen eine systematische Evidenzbasis für medizinische KI nicht nur im Labor, sondern in der echten klinischen Umgebung auf.“ pm



Als Ergebnis des diesjährigen 1. Nationalen Krebspräventionsgipfels haben die Deutsche Krebshilfe und das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) im November fünf Handlungsempfehlungen an die Politik vorgelegt, wie Krebsprävention in Deutschland wirksam verbessert werden kann. Um Krebsprävention zu stärken, sollten die politisch Verantwortlichen Prävention ressort- und politikfeldübergreifend als Querschnittsaufgabe verankern und mehr Austausch und Vernetzung zwischen Wissenschaft, Praxis, Politik und Zivilgesellschaft schaffen, heißt es in den Empfehlungen. Zudem wird gefordert, Verhältnisprävention gesetzgeberisch deutlich stärker nutzen, etwa im Zusammenhang mit Tabak, Alkohol oder Zucker. Auch die Schulen sollten systematisch in die Prävention einbezogen und der Zugang zu Prävention niedrigschwellig und zielgruppengerecht gestaltet werden. „Eine halbe Million Menschen erkrankt in Deutschland jedes Jahr neu an Krebs – Tendenz steigend. Das persönliche Leid, aber auch die damit einhergehenden volkswirtschaftlichen Folgen sind immens. Gleichzeitig könnten wir viele Neuerkrankungen durch Prävention verhindern“, so Prof. Michael Baumann, Vorstandsvorsitzender des DKFZ. pm

 **27.–28.01.2026** Lösungen, Strategien, Partnerschaften – mit diesem Anspruch setzt der **BMC-Kongress** den Startpunkt für das gesundheitspolitische Jahr 2026 und liefert Antrieb für die Transformation des Gesundheitswesens. Erwartet werden Impulse aus dem In- und Ausland sowie ein intensiver Austausch. → t1p.de/jrn1b

 **30.–31.01.2026** Der **Kongress Pflege 2026** und der **31. Deutsche Pflege-Recht-Tag** finden parallel in Berlin statt. Wie die Pflege neu gedacht werden kann, lautet die Leitfrage. Impulse gibt es unter anderem zur künstlichen Intelligenz im Praxiseinsatz und zur sektorenunabhängigen Versorgung. → t1p.de/5kr2p



PRESSESCHAU

Pflege

„Beispiel Pflegeversicherung: Die Beiträge bleiben nicht wegen Reformen stabil, sondern wegen eines milliardenschweren Darlehens aus dem Haushalt. Frage: Wie soll die defizitäre Pflegeversicherung das jemals zurückzahlen? Antwort: Mit Beitrags erhöhungen und Leistungskürzungen nur eben in der Zukunft und nicht jetzt.“

BILD, 16.11.2025

Zusatzbeitrag

„Ministerin Nina Warken (CDU) hat einen Fehler begangen, als sie stabile Beiträge ankündigte. [...] Warken hat nicht berücksichtigt, dass vielen Kassen Geld fehlt, das sie per Gesetz haben müssten – und dass die Versicherungen am Ende entscheiden, wie hoch ihr Zusatzbeitrag sein muss. Zudem ändert Warken nichts an der grundsätzlich schwierigen Lage der Kassen.“

WESTFÄLISCHE RUNDSCHEID, 15.11.2025

Bürgergeld

„Ein spezielles Problem versteckt sich im Bereich Gesundheit: Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) tragen einen hohen Anteil der Kosten für Bürgergeldempfänger, der Bund erstattet nur einen Teil davon. [...] Das führt dazu, dass Krankenkassen Milliarden aus eigener Tasche zahlen, was unweigerlich zu steigenden Beiträgen für alle Versicherten führt.“

NORDKURIER, 12.11.2025



Früherkennung von Prostatakrebs

Seit Mitte Oktober wird über ein gezielteres Angebot zur Früherkennung von Prostatakrebs mittels Bestimmung des prostata-spezifischen Antigens (PSA-Wert) und Magnetresonanztomographie (MRT) beraten. Im ersten Schritt lässt das Gremium den aktuellen Stand des medizinischen Wissens zum risikoadaptierten Screening für Männer recherchieren und bewerten. Auf dieser Basis wird im zweiten Schritt beraten, wie das neue Angebot im Detail ausgestaltet sein muss. Mit einem Ergebnis ist spätestens in zwei Jahren – also im Oktober 2027 – zu rechnen.

Beratungen zu weiterer Mindestmenge

Zu einer weiteren Mindestmenge für Korrekturoperationen bei einer seltenen angeborenen Fehlbildung des Darms bei Kindern sollen, nach dem G-BA-Beschluss von Mitte Oktober, Beratungen aufgenommen werden. Diesmal handelt es sich um die Behandlung von Fehlbildungen des Enddarms und Anus. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen recherchiert, ob ein Zusammenhang zwischen Durchführungshäufigkeit einer solchen Operation und der Behandlungsqualität besteht. Dann können mit Hilfe einer Mindestmenge diese Leistungen auf Krankenhäuser konzentriert werden, die die meiste Erfahrung haben. Bereits im August hatte der G-BA entschieden, in die Beratungen für eine Mindestmenge für korrigierende Eingriffe bei Morbus Hirschsprung bei Kindern einzusteigen.

Zusatznutzen bei zwei Arzneimitteln

Der patientenrelevanten Zusatznutzen von zwei Arzneimitteln wird als sehr hoch eingestuft: Für die Behandlung einer Variante der Mukoviszidose, einer seltenen Stoffwechselerkrankung, erzielte die Therapie mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor in den Studien deutlich bessere Ergebnisse als die bislang eingesetzte Therapie. Für die vorbeugende Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Variante der Hämophilie B, auch als Bluterkrankheit bekannt, wurde dem neu zugelassenen Wirkstoff Concizumab ebenfalls ein hoher Zusatznutzen bescheinigt. Der Hersteller hatte trotz sehr kleiner Patientenzahlen eine aussagekräftige vergleichende Studie vorgelegt. *pm*

Neuer Blick auf die eigene Gesundheit

Gesundheit bleibt für die Deutschen eines der zentralen Lebensthemen. Doch die Art, wie sie über das Thema denken, verändert sich. Das zeigt die neue Studie „Who Cares? Who Does?“ 2025 von YouGov mit Daten aus dem YouGov Shopper Panel. Danach ist Gesundheit längst mehr als ein Lifestyle-Thema. In einer Zeit des demografischen Wandels, der Zunahme chronischer Krankheiten, geopolitischer und wirtschaftlicher Unsicherheit und der Nachwirkungen der Pandemie entstünden neue Bedürfnisse – nach Sicherheit und Selbstbestimmung, nach sozialer Verbundenheit und Anerkennung sowie nach ganzheitlichem Wohlbefinden und einem gesunden, langen Leben. YouGov identifiziert drei Bedürfnisse, die zeigen, wie Konsumentinnen und Konsumenten Gesundheit heute verstehen. Erstens geht es um das Kontrollbedürfnis, also die eigene Gesundheit aktiv zu steuern und zu kontrollieren. Zweitens spielt Gestaltung eine Rolle – statt Krankheitsbewältigung rücken Prävention, Resilienz und Langlebigkeit stärker in den Fokus. Verbundenheit als drittes Bedürfnis beschreibt das Gegenmodell zur dauernden Selbstoptimierung. *pm*

Frauen leben knapp fünf Jahre länger als Männer

Die Sterberate der Männer ist nach Angaben des Statistischen Bundesamts (Destatis) im Jahr 2024 in allen Altersgruppen höher gewesen als die der Frauen. Bei 15- bis 34-Jährigen war die Sterblichkeit von Männern im Jahr 2024 mehr als doppelt so hoch wie die der Frauen. In den Altersgruppen zwischen 35 und 84 Jahren lag sie um 50 bis 85 Prozent über der Sterblichkeit der Frauen. Die erhöhte Sterblichkeit von Männern im Jahr 2024 schlägt sich in einer geringeren Lebenserwartung nieder. Die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern bei Geburt lag nach den Ergebnissen der aktuellen Sterbetafel 2022/24 um 4,7 Jahre niedriger als bei Frauen. Bei Männern betrug sie 78,5 Jahre, bei Frauen 83,2 Jahre. Binnen 20 Jahren ist die Lebenserwartung von Männern (2002/04: 75,9 Jahre) um 2,6 und von Frauen (2002/04: 81,6 Jahre) um 1,6 Jahre gestiegen. Die Differenz zwischen den Geschlechtern hat in diesem Zeitraum um ein Jahr abgenommen. Als maßgebliche Gründe für die steigende Lebenserwartung gelten gestiegener Wohlstand und eine verbesserte gesundheitliche Versorgung. *pm*

Mehr Flexibilität und Verantwortung

Text von **Katharina Carstensen**

Die Bundesregierung hat Mitte Oktober 2025 einen Referentenentwurf eines Gesetzes zur **Weiterentwicklung der Apothekenversorgung (ApoVWG)** vorgelegt. Damit will sie die Vor-Ort-Apotheken stärken. Auch aus Sicht des vdek ist eine Reform überfällig.

Sein Jahren fordert die Apothekerschaft vehement, dass ihre Vergütung erhöht wird. Als Beleg für die Berechtigung ihrer Forderung führt sie an, dass die absolute Apothekenzahl in Deutschland kontinuierlich sinkt. Vor-Ort-Apotheken wirtschaftlich zu betreiben, werde immer schwieriger. Die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung gerate damit in Gefahr. Mit der geplanten Apothekenreform nimmt sich die Bundesregierung der Herausforderung an. Bemerkenswert dabei ist, dass sich eine Reihe von Maßnahmen in dem Gesetzespaket befindet, die so oder ähnlich bereits vom vormaligen SPD-Bundesgesundheitsminister geplant waren, aber nicht mehr umgesetzt wurden.

Mit dem Entwurf ist ein klares Bekenntnis zur Vor-Ort-Apotheke verbunden: Es soll weiterhin ein flächendeckendes wohnortnahe Angebot an Apotheken geben. Das ist die gute Nachricht für die Apothekerschaft, die schlechte ist, dass das Honorar in Form des sogenannten Packungsfixums – zumindest vorerst – nicht steigt. Derzeit erhalten Apotheken für die Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels 3 Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis und einen fixen Betrag von 8,35 Euro gemäß Arzneimittelpreisverordnung. Statt einer pauschalen Erhöhung ist geplant, dass zukünftig der Deutsche Apothekerverband und der GKV-Spitzenverband über das Honorar verhandeln. Dabei soll die Vergütung differenziert ausfallen, um Apotheken in

weniger lukrativen Gegenden zu begünstigen. Welche der bestehenden rund 17.000 Apotheken für die Versorgung tatsächlich unverzichtbar sind, wurde allerdings noch nie untersucht. Eine Bedarfsplanung, wie man sie im ärztlichen Bereich kennt, gibt es für Apotheken nicht. Fakt ist, dass die wirtschaftliche Situation der Apotheken von sehr vielen Faktoren abhängt und sich stark unterscheidet.

Das Ergebnis der Verhandlungen wird den verantwortlichen Ministerien als Empfehlung für zukünftige Anpassungen der Arzneimittelpreisverordnung übergeben. Die Beteiligten sollen sich dabei einerseits an der Entwicklung des Verbraucherpreisindex und andererseits am Grundsatz der Beitragssatzstabilität orientieren. Die Selbstverwaltung hat also keine leichte Aufgabe, ein angemessenes Honorar für die Abgabe der etwa 800 Millionen Packungen RX-Arzneimittel jährlich zu verhandeln, das den Zielen gerecht wird.

Neben den Vergütungsregeln enthält der Entwurf zahlreiche Änderungen, die den Betrieb einer Apotheke erleichtern können und zum Teil vom starren Regelungsgeflecht für den Betrieb einer Apotheke entlasten. So soll es zukünftig mehr Flexibilität bei den Öffnungszeiten, bei den räumlichen Anforderungen und beim Personaleinsatz geben. Erstmals ist vorgesehen, dass pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten (PTA) für einen begrenzten Zeitraum Apothekerinnen und Apotheker vertreten können. Zudem wird



Katharina Carstensen ist Referatsleiterin Arzneimittel in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

das Aufgabenspektrum einer Apotheke durch einige Leistungen erweitert: Zukünftig sollen Apotheken weitere pharmazeutische Dienstleistungen anbieten können, die zum Teil dem Bereich der Prävention und Früherkennung zuzuordnen sind. Auch weitere Impfungen gehören dann zum Aufgabenspektrum. Eine Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ohne ärztliche Verordnung wird in bestimmten Situationen erlaubt sein. Insgesamt plant die Bundesregierung also eine Stärkung der Apotheken, indem sie ihnen mehr Verantwortung über gibt und ihre Rolle in der Versorgung erweitert.

Trotzdem hagelt es Proteste aus den Reihen der Apothekerschaft: Es ist von Wortbruch die Rede, da der Koalitionsvertrag eine Anhebung des Packungsfixums auf mindestens 9,50 Euro vorsah, die nun nicht umgesetzt wird. Auch wenn sich viele Vorschläge der Apothekerschaft für ihre neue Rolle im Entwurf befinden, fehle doch die entscheidende wirtschaftliche Stärkung. Auch die Vertretungsbefugnis durch

Vorschläge für mehr Flexi- bilität und arbeitsteilige Verantwortung liegen schon lange auf dem Tisch.

PTA lehnt die Standesvertretung ab und befürchtet eine Verschlechterung der Versorgung, wenn die Apotheke zeitweise ohne die Aufsicht durch Apothekerinnen oder Apotheker betrieben wird.

Die Ärzteschaft steht den Vorschlägen ebenfalls kritisch gegenüber: Durch die erweiterten Kompetenzen verschiebe sich die Grenze zwischen ärztlichen und apothekerlichen Tätigkeiten. Dies werfe haftungsrechtliche Fragen sowie verfassungsrechtliche Bedenken auf.

Aus Krankenkassensicht wird das Reformvorhaben überwiegend positiv bewertet, auch wenn zu befürchten ist, dass die erweiterten Kompetenzen zu Mehrausgaben führen werden. Von echten Strukturreformen waren die Apotheken bisher ausgenommen, obwohl die Rahmenbedingungen durchaus Potenzial für Bürokratieabbau und Modernisierung haben. Vorschläge für mehr Flexibilität und für das Prinzip einer arbeitsteiligen Verantwortung liegen schon lange auf dem Tisch und müssen dringend angegangen werden, wenn man ein zukunfts festes Apothekensystem gestalten will, bei dem die knappen Ressourcen richtig verteilt werden. ■



Durchschnittlicher Zusatzbeitrags- satz wird Anfang 2026 steigen

Text von Dr. Ines Koller

Der GKV-Schätzerkreis hat am 15. Oktober 2025 einen **durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz** von 2,9 Prozent für 2026 prognostiziert. Darauf basierend sprach das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von Beitragssatzstabilität, was jedoch der Realität nicht entspricht. Ohne Sofortmaßnahmen werden die kassenindividuellen Zusatzbeiträge Anfang 2026 steigen und der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz wird die 3-Prozent-Grenze deutlich reißen.

Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist seit Jahren höchst angespannt und eine Entspannung nicht in Sicht. Auch das Jahr 2026 wird von einer dynamischen Ausgabensteigerung geprägt sein. So prognostiziert der sich aus Vertreterinnen und Vertretern von BMG, Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) sowie GKV-Spitzenverband zusammensetzende GKV-Schätzerkreis eine Ausgabenentwicklung von 6,5 Prozent (BMG/BAS-Schätzung) bzw. 6,6 Prozent (GKV-Schätzung) für 2026, während die Einnahmen nur um 4,4 Prozent zunehmen. Danach beträgt die geschätzte Finanzierungslücke 57 Milliarden Euro, was einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 2,9 Prozent entspricht. Aktuell beträgt der erhobene durchschnittliche Zusatzbeitrag bereits 2,94 Prozent. Die darauf basierende Aussage des BMG von „Beitragssatzstabilität“ suggerierte, dass die Zusatzbeiträge Anfang 2026 nicht steigen werden. Dies entspricht nicht der Realität.

So nimmt der GKV-Schätzerkreis für 2025 einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 2,7 Prozent an. Trotz der Darlehen von jeweils 2,3 Milliarden Euro für 2025 und 2026 und des vom GKV-Schätzerkreis berücksichtigten „kleinen Sparpakets“ mit einem geschätztem Einsparvolumen von

1,5 bis 2,0 Milliarden Euro bleibt damit der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2026 nicht konstant, sondern steigt um 0,2 Prozentpunkte auf 2,9 Prozent. Darüber hinaus werden im GKV-Schätzerkreis von Gesetzes wegen die Finanzreserven der Krankenkassen nicht berücksichtigt. Diese liegen aber weiterhin unter dem gesetzlichen Mindestniveau, weswegen ein großer Teil der Krankenkassen gezwungen sein wird, auch

2026 einen Teil ihres Zusatzbeitrags für das Auffüllen der Mindestreserve zu verwenden. Deswegen und aufgrund der dynamischen Ausgabenentwicklung werden viele Krankenkassen Anfang 2026 ihre Zusatzbeitragssätze erneut erhöhen müssen. Folglich wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag nicht stabil bleiben, sondern die 3-Prozent-Grenze deutlich überschreiten.

Erschwerend kommt hinzu, dass der Bundesrat am 21. November 2025 das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege und damit das dazugehörige „kleine Sparpaket“ in den Vermittlungsausschuss geschickt hat. Wenn bis zum 19. Dezember 2025 kein tragfähiger Kompromiss gefunden wird, würde der durchschnittliche Zusatzbeitrag allein durch die fehlende Umsetzung des Sparpakets um weitere 0,1 Beitragssatzpunkte in 2026 steigen.

Es werden dringend Sofortmaßnahmen benötigt, damit der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2026 stabil bleibt. Statt eines „kleinen Sparpakets“ müsste ein „großes Sparpaket“ auf den Weg gebracht werden. Dies würde die Beibehaltung des „kleinen Sparpakets“ und weitere Maßnahmen wie die Erhöhung des Herstellerabschlags für patentgeschützte Arzneimittel, die Dynamisierung des Bundeszuschusses und Einsparungen in weiteren kostenintensiven Leistungsbereichen umfassen. Angesichts der angespannten Finanzlage der GKV und einer andauernden dynamischen Ausgabenentwicklung muss schnellstens eine Finanzreform für eine stabile und langfristige Finanzierung umgesetzt werden. Dafür benötigen wir eine Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und echte Strukturreformen. Auf der Einnahmenseite sollte die Politik endlich eine Finanzierung aller versicherungsfremder Leistungen, vor allem eine vollständige Refinanzierung der Kosten für die Gesundheitsversorgung Bürgergeldbeziehender, durch Steuermittel umsetzen. ■



Dr. Ines Koller ist Abteilungsleiterin Finanzen/Versicherung beim vdek

Ein neuer Anlauf zur besseren Steuerung

Text von Björn-Ingemar Janssen

Mit dem im November 2025 vorgelegten Referentenentwurf will das Bundesgesundheitsministerium die **Notfallversorgung** grundlegend neu ordnen. Ziel ist es, Hilfesuchende künftig gezielter zu steuern, Doppelstrukturen abzubauen und die Notaufnahmen zu entlasten.

Ein Kernstück der Notfallreform sind Integrierte Notfallzentren (INZ). Dort sollen künftig Notaufnahme, Bereitschaftsdienstpraxis und Ersteinschätzung eng zusammenarbeiten. Wer Hilfe sucht, wird zunächst medizinisch eingeschätzt und dann in die passende Versorgungsebene gelenkt – im INZ und vor allem telefonisch oder digital. Außerdem sollen die Notrufnummern 112 und 116117 über ein neues digitales Gesundheitsleitsystem miteinander vernetzt werden. Daneben sieht der Entwurf vor, aufsuchende Notfallstrukturen auszubauen und den Rettungsdienst als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verankern.

Viele der vorgesehenen Elemente – die digitale Ersteinschätzung, die INZ und die Leitstellen-Vernetzung – gehen in die richtige Richtung und entsprechen langjährigen Forderungen der Ersatzkassen. Sie sind entscheidend, um die Notfallversorgung patientenorientierter und effizienter zu



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

gestalten. Leider kann die Einrichtung der Gesundheitsleitsysteme im SGBV nur für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) verpflichtend geregelt werden. Umso wichtiger ist es, dass die Bundesländer, in deren Kompetenz die Rettungsdienststrukturen liegen, auf deren Träger einwirken, damit sie sich an den gemeinsamen Leitstellen auch beteiligen. Neben der Steuerung in ärztliche Behandlung müssen zusätzlich auf allen Ebenen der Notfallversorgung auch nichtärztliche und pflegerische Angebote einbezogen werden.

Jetzt kommt es darauf an, die guten Ansätze konsequent umzusetzen – mit klaren Zuständigkeiten, digitalen Standards und starker Einbindung der Partner im Gesundheitswesen. Dann kann die Reform leisten, was sie verspricht: schnelle, passende Hilfe im Notfall und ein verlässliches System, das Patientinnen und Patienten Orientierung bietet, wenn es darauf ankommt. ■

Bereits funktionierende Konzepte brauchen gesetzlichen Rahmen

Text von Dr. Christian Pfeiffer

Deutschland braucht eine **Reform der Akut- und Notfallversorgung**: eine bessere Vernetzung von Rettungsdienst, Notaufnahmen und ambulanter Versorgung, die Optimierung der Ersteinschätzung und die prozessuale Zusammenführung der Rufnummern 112 und 116117. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) hat viele Elemente bereits erfolgreich im Einsatz. Damit eine Reform bundesweit erfolgreich ist, fordern der vdek und die KVB einheitliche Regelungen für eine zukunftsfähige Notfallstruktur.



Ü

berfüllte Notaufnahmen, unklare Zuständigkeiten und doppelte Versorgungsstrukturen zeigen, dass das bisherige System der Notfallversorgung seine Grenzen erreicht hat. Die KVB arbeitet seit mehreren Jahren mit dem Programm „in.SAN“ (indikationsgerechte Steuerung in der Akut- und Notfallversorgung) mit zahlreichen Partnern daran, diese Defizite zu beheben und ein sektorenübergreifendes, digitales und patientenorientiertes Versorgungssystem zu etablieren. Das Kernproblem ist dabei weniger die Unterscheidung zwischen 112 und 116117. Die Erfahrungen der KVB zeigen, dass Patientinnen und Patienten in der Regel sehr gut einschätzen, welche Nummer sie im Notfall wählen. Seit Ende 2023 sind die Systeme in Bayern zudem vollständig digital vernetzt, sodass eine medienbruchfreie Weitergabe von Fällen zwischen Rettungsleitstellen und der 116117 möglich ist. Herausforderungen bestehen eher darin, die erreichten Standards flächendeckend zu verstetigen und digitale Anwendungen konsequent zur Patientensteuerung zu nutzen. Eine aktuelle bayerische Befragung zeigt, dass viele Notaufnahmepatienten die 116117 kennen und sie zunehmend nutzen, wenn sie medizinische Hilfe außerhalb der Regelsprechzeiten benötigen. Aber: Versorgungsangebote wie telemedizinische Beratung oder digitale Ersteinschätzung müssen weiter bekannt gemacht und stärker in den Versorgungsalltag integriert werden.

Folgende „in.SAN“-Projekte verbessern bereits jetzt die ärztliche Versorgung zu Zeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes:

- DispoDigital ist ein digitaler „Tresen“, über den Notaufnahmen und Arztpraxen künftig enger zusammenarbeiten sollen. Patienten können nach einer strukturierten digitalen Ersteinschätzung eigenständig eine bedarfsgerechte Versorgung ansteuern. Damit geht DispoDigital weit über eine reine Weiterleitung hinaus und bildet einen zentralen Baustein für eine moderne, patientenzentrierte Steuerung.
- Mit RTWAkut sollen Notfallsanitäter bei nicht dringlichen Fällen die Möglichkeit erhalten, Patienten ein verbindliches Behandlungsangebot im ambulanten Bereich zu vermitteln und bei entsprechender Indikation auch direkt in eine geeignete Praxis zu bringen, statt zwingend eine Klinik anfahren zu müssen.
- Telemedizinische Angebote wie DocOnLine Bayern ergänzen das System, indem sie außerhalb der Regelsprechzeiten schnelle ärztliche Hilfe per Videosprechstunde ermöglichen.

Unterschiedliche Zuständigkeiten, rechtliche Unsicherheiten und technische Barrieren behindern den Fortschritt.

- Alle Projekte werden wissenschaftlich begleitet, um ihre Wirksamkeit und Übertragbarkeit zu prüfen. Gleichzeitig wird deutlich, dass regionale Pilotprojekte, so erfolgreich sie in Bayern auch sind, die strukturellen Probleme im Bund nicht allein lösen können.

An Ländergrenzen treten weiterhin Abstimmungsprobleme auf. Zuständigkeiten sind uneinheitlich geregelt, technische Schnittstellen fehlen, und die Kostenträgerschaft bei grenzüberschreitenden Einsätzen ist oft unklar. Diese Heterogenität erschwert eine flächendeckende Steuerung und sorgt dafür, dass Patienten je nach Wohnort sehr unterschiedliche Versorgungsrealitäten erleben.

Vor diesem Hintergrund fordern KVB und vdek gemeinsam tiefgreifende strukturelle Reformen, um die Notfallversorgung bundesweit zu vereinheitlichen. Konkret plädieren beide Organisationen für eine prozessuale Zusammenführung von 112 und 116117, die Einführung einer verpflichtenden digitalen Ersteinschätzung, die Errichtung Integrierter Notfallzentren (INZ) mit gemeinsamen Tresen sowie für eine einheitliche Finanzierung der Vorhaltekapazitäten.

Die Politik ist jetzt gefordert, einen Gesetzesrahmen zu schaffen, damit überall in Deutschland gleiche Qualitätsstandards und transparente Verantwortlichkeiten gelten. Zugleich weisen KVB und vdek darauf hin, dass bundeseinheitliche Vorgaben regionale Besonderheiten berücksichtigen müssen. Die Versorgungsstrukturen in Berlin unterscheiden sich erheblich von denen in ländlichen Regionen Bayerns. Es braucht daher flexible, am tatsächlichen Bedarf orientierte Gestaltungsspielräume, um funktionierende regionale Lösungen zu ermöglichen.

Die in Bayern geschaffenen digitalen Strukturen, die enge Kooperation der Leitstellen und die aktive Einbindung telemedizinischer Angebote zeigen, dass integrierte Notfallversorgung schon heute machbar ist, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Doch die Erfahrungen aus den



Dr. Christian Pfeiffer ist Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

„in.SAN“-Projekten zeigen zugleich, dass es ohne bundesweite Regelungen keine flächendeckende Lösung geben kann. Unterschiedliche Zuständigkeiten, rechtliche Unsicherheiten und technische Barrieren behindern den Fortschritt. Ein integriertes, digital vernetztes und verbindlich geregeltes Notfallsystem, von der Leitstelle bis zur ambulanten Praxis, ist deshalb die zentrale Voraussetzung, um Patienten überall in Deutschland schnell, sicher und bedarfsgerecht zu versorgen. ■

Digitale Versorgung: Mit nutzbaren Tools zum Erfolg

Text von **Matthias Wannhoff**

DiGA, ePA und KI: Die Digitalisierung hat den Versorgungsalltag erreicht. Beim **vdek-Zukunftsforum unter dem Titel „5 Jahre DiGA – ein Impuls für die digitale Versorgung?“** diskutierten Expertinnen und Experten darüber, wie digitale Lösungen die Versorgung verbessern können – und betonten die Wichtigkeit von Nutzen, Nutzbarkeit und digitaler Gesundheitskompetenz.

Fünf Jahre Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), eine verpflichtende Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) seit 1. Oktober 2025 und beständig neue Fortschrittsmeldungen im Bereich der Künstlichen Intelligenz (KI), die mancherorts schon Einzug in die Versorgung gehalten hat: Digitalisierung ist im Gesundheitswesen kein bloßes Zukunftsthema mehr, sondern Gegenwart. Das wurde auch beim vdek-Zukunftsforum deutlich, bei dem das Jubiläum „5 Jahre DiGA“ zum Anlass genommen wurde, eine erste Bilanz zu ziehen. Der Tenor war eindeutig: Die reine Verfügbarkeit digitaler Tools reicht nicht aus, ihr Erfolg steht und fällt mit Nutzbarkeit, erlebtem Mehrwert für informierte Versicherte und einer sinnvollen Einbettung in Versorgungsabläufe – oder, wie vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner eingangs betonte: „Digitalisierung ist kein Selbstzweck, sondern ein Instrument, um die Versorgung einfacher, sicherer, schneller und patientenorientierter zu machen.“

DiGA in der Praxis

Nach fünf Jahren sind DiGA in der Versorgung angekommen, machte Dr. Madlen Scheibe deutlich, die am Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheits-

versorgung der TU Dresden den Forschungsbe- reich „Digital Health“ leitet. Versicherte schätzten die „Apps auf Rezept“ nicht zuletzt als eine nebenwirkungsarme Therapieoption. „Gerade auch bei schambehafteten oder stigmatisierten Erkrankun- gen bieten DiGA einen niedrigschwälligen Zugang zur Therapie“, so Scheibe weiter. Ob sich die Ver- ordnung einer DiGA anbietet, müsse jedoch immer fallabhängig anhand der Diagnose, der Symptome und mit Blick auf die individuelle – auch digitale – Gesundheitskompetenz beurteilt werden. Im Verlauf der Diskussion wurde deutlich, dass DiGA ihr wahres Potenzial nicht als Insellösung, sondern durch intel- ligente Integration in den Versorgungsweg entfalten: „Am Ende des Tages müssen wir zu einer Art hybrider Behandlung kommen, in der auch DiGA eine Rolle spielen“, so Björn-Ingemar Janssen, Refe- ratsleiter Ärzte und Beauftragter für Digi- tale Versorgung beim vdek.

Ergänzung, nicht Ersatz

Dr. Andrea Benecke, Präsidentin der Bun- despsychotherapeutenkammer, zeichnete für die Psychotherapie ein ähnliches Bild: DiGA könnten hier vor allem ergänzende



Matthias Wannhoff
ist Referent in der Abteilung Kommunikation beim vdek

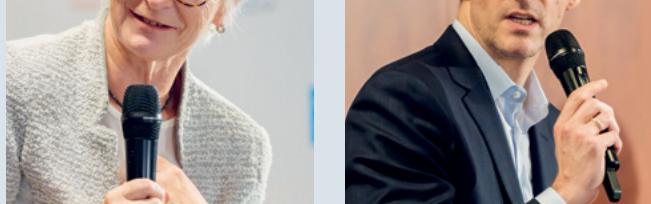


Funktionen übernehmen, etwa bei der Überbrückung von Wartezeiten, der Nachsorge oder zur Unterstützung während einer laufenden Behandlung. Zugleich bleibe der persönliche Kontakt zentraler Bestandteil jeder Therapie. Ergänzung ja, Ersatz nein: In der Kommunikation zwischen Leistungserbringer:innen, für die Optimierung von Praxisabläufen oder durch die Option der Videotherapie habe die Digitalisierung offensichtliche Vorteile. „Dass wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten irgendwann durch eine KI ersetzt werden, sehe ich jedoch nicht“, machte Benecke klar.

In den Praxen des Start-Ups Avi Medical ist KI bereits im Einsatz: Gründer und CCO Julian Kley berichtete von Tests für einen KI-Assistenten, der das Arzt/Patient-Gespräch mithört und Diagnosevorschläge macht. Die Chancen seien enorm: „Wenn die KI weiß, wie der Cholesterinwert vor ein paar Monaten war, wenn sie Zugriff auf den neuesten Befund, aber auch auf alle Vorbefunde und die



Digitale Potenziale im Fokus (v. o./v. l.):
Julian Kley (Avi Medical), Dr. Andrea Benecke (Bundespsychotherapeutenkammer), Sebastian Zilch (BMG), Björn-Ingemar Janssen (vdek), vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner





Die Podiumsdiskussion stand unter dem Motto „Kurs auf Zukunft: Wie gelingt die digitale Transformation im Gesundheitswesen?“ (v. l.):

Dr. Madlen Scheibe (TU Dresden), Moderatorin Lisa Braun, Sebastian Zilch (BMG), Julian Kley (Avi Medical), Björn-Ingemar Janssen (vdek), Dr. Andrea Benecke (Bundespsychotherapeutenkammer)

Familienanamnese hat, werden die Vorschläge intelligenter.“ Worauf Kleys Ausblick hindeutet, ist eine Kombination von KI und ePA.

ePA zwischen Reglement und Nutzbarkeit

Die Befüllung der ePA mit Gesundheits- und Krankheitsdaten ist seit 1. Oktober 2025 für Leistungserbringer:innen verpflichtend – ein wichtiger Schub für das Tool, welches für Sebastian Zilch, Unterabteilungsleiter Digitale Versorgung, gematik beim Bundesministerium für Gesundheit, den Akzent der aktuellen Digitalstrategie der Bundesregierung verdeutlicht: Anders als in den Anfangstagen der Telematikinfrastruktur (TI) – Stichwort Versichertenstammdaten-Management – handele es sich um eine digitale Anwendung mit direkt sichtbarem Mehrwert für die medizinische Behandlung. Eine Herausforderung sei der Spagat zwischen Datenschutz und -sicherheit auf der einen, Nutzbarkeit auf der anderen Seite: Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern habe Deutschland für Gesundheitsdaten das höchste Schutzniveau. Dadurch entstünden unweigerlich Nutzungsfragen, etwa „Wie einfach kann ich ein E-Rezept einlösen?“ oder eben: „Wie leicht komme ich an meine elektronische Patientenakte?“

Auch an anderer Stelle wurde eine Spannung zwischen Reglement und Nutzbarkeit deutlich. Scheibe berichtete vom Wunsch vieler Patient:innen mit psychischer Erkrankung, das Einsehen ihrer Daten noch

nuancierter freigeben und einschränken zu können. „Ich glaube“, so Zilch, „dass eine solche Komplexität extrem viel von den Menschen verlangt, die die ePA nutzen“, und verwies auf bereits bestehende Möglichkeiten, Leserechte in der ePA einzuschränken.

Digitale Gesundheitskompetenz gefragt

Klar wurde: Digitale Anwendungen bringen auch erhöhten Aufklärungs- und Informationsbedarf mit sich. Scheibe gab zu bedenken, dass DiGA zwar ein sehr hohes Evidenz- und Sicherheitslevel aufweisen, viele Versicherte aber auch Anwendungen aus dem privat zugänglichen Gesundheitsmarkt nutzen, die dieses Niveau unterschreiten. Patient:innen müssten daher in die Lage versetzt werden, hochwertige digitale Gesundheitsangebote zu erkennen. Janssen verwies in diesem Zusammenhang auf das Ersatzkassenprojekt → gesund-digital.info und betonte, dass Krankenkassen eine verstärkt moderierende Rolle übernehmen werden, um Versicherte in einem zunehmend digitalisierten Versorgungssystem zu unterstützen – partnerschaftlich mit, nicht in Konkurrenz zu Leistungserbringer:innen.

Das vdek-Zukunftsforum zeigte, dass die digitale Transformation im Gesundheitswesen weit vorangeschritten ist, aber noch Arbeit erfordert, um ihren Nutzen flächendeckend zu entfalten. Die Instrumente sind vorhanden. Jetzt gilt es, sie intelligent zu verknüpfen und nutzerfreundlich zu gestalten. ■

Leuchtturm-Projekte stärken Therapietreue

„Therapietreue in der Behandlung fördern“ war das Thema des diesjährigen **vdek-Zukunftspreises**, den der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) jedes Jahr vergibt. Im Rahmen des vdek-Zukunftsforums wurden die drei Preisträger ausgezeichnet.

**Prämierung der Preisträger
des vdek-Zukunftspreises
2025 (v.l.n.r.):** Dr. Christiane
Wessel (KV Berlin), Dr. med.
Natalie Weinhold, Julia Neuge-
bauer, Dr. Sophie Kurstjens, Julia
Neugebauer (Know & Grow),
vdek-Verbandsvorzender Uwe
Klemens, Rebecca Freund (Know
& Grow), Prof. Lars Roth (Know
& Grow), Marie Helen Geißel-
brecht (MS-PAT), Julian Kley (Avi
Medical), Dr. Stephanie Woschek
(MS-PAT), Sebastian Zilch
(BMG), Prof. Dr. Boris Zernikow
(MyBrainCity), Stefan Schwartz
(Patientenbeauftragter der
Bundesregierung), Björn-Inge-
mar Janssen (vdek), Dr. Andrea
Benecke (Bundespsychothera-
peutenkammer), vdek-Vorstands-
vorsitzende Ulrike Elsner



oft sind Patientinnen und Patienten nicht bereit oder in der Lage, Therapien wie verordnet durchzuführen: Medikamente werden nicht regelmäßig eingenommen, Behandlungspläne nicht lückenlos befolgt oder Therapien vorzeitig abgebrochen. Folgen können ein verschlechterter Gesundheitszustand, Folgeerkrankungen und ein höherer Behandlungsaufwand sein. Vor allem wenn es um den Transfer von Therapieinhalten in den Alltag geht, müssen Betroffene ein hohes Maß an Disziplin und Motivation aufbringen. Das gilt besonders bei chronischen und langwierigen Erkrankungen. Die mit dem vdek-Zukunftspreis 2025 prämierten Projekte zeigen wegweisende Möglichkeiten auf, wie Therapietreue gefördert werden kann. Die Jury vergab einen ersten

Platz (dotiert mit 10.000 Euro) und zwei zweite Plätze (dotiert mit jeweils 7.500 Euro). Die drei Leuchtturm-Projekte fördern einen selbstbestimmten und -wirksamen Umgang mit der eigenen Erkrankung und nutzen gezielt digitale und multimediale Formate, um Therapieinhalte niedrigschwellig und barrierearm im Alltag zu verankern. Gleichzeitig geben sie den individuellen Bedürfnissen der Adressatinnen und Adressaten nötigen Raum. „Verzögerte Heilung, vermeidbare Verschlechterungen oder Folgeerkrankungen belasten Patientinnen und Patienten – und damit auch ihre Familien“, erklärte Uwe Klemens, ehrenamtlicher vdek-Vorsitzender und Vorsitzender der Zukunftspreis-Jury. „Deshalb verdienen Initiativen und Projekte, die Therapietreue aktiv unterstützen, höchste Anerkennung.“ mwa

Der vdek-Zukunftspreis ist seit 2010 eine Initiative der Sozialen Selbstverwaltung bei den Ersatzkassen. Mit ihm möchten die zuletzt bei den Sozialwahlen 2023 gewählten ehrenamtlichen Versicherten- und Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter bei den Ersatzkassen Projekte und Ideen unterstützen, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen, insbesondere vor dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft. Der Preis soll zudem das ehrenamtliche Engagement fördern sowie unkonventionelle Versorgungsprojekte mit Modellcharakter bekannter machen. Die Entscheidung über die Preisträger und die Verteilung des Preisgeldes von insgesamt 25.000 Euro auf mehrere Gewinner traf eine unabhängige Jury:

Uwe Klemens
(Juryvorsitz),
ehrenamtlicher
Verbandsvorsitzender
des vdek und
Mitglied der Sozialen
Selbstverwaltung
beim vdek

**Prof. Dr. Attila
Altiner**, Ärztlicher
Direktor der
Abteilung Allgemeinmedizin und
Versorgungsfor-
schung des Univer-
sitätsklinikums
Heidelberg

Anke Fritz, Klinik-
direktorin Celenus
Klinik Carolabad,
Versichertenverte-
terin in der Sozialen
Selbstverwaltung
bei der KKH

**Dr. Anne Sophie
Geier**, Geschäftsführerin des
Spitzenverbands
Digitale Gesund-
heitsversorgung e.V.

Stefan Schwartz,
Beauftragter der
Bundesregierung
für die Belange der
Patientinnen und
Patienten

**Dr. Christiane
Wessel**, stellv. Vor-
standsvorsitzende
der Kassenärztli-
chen Vereinigung
Berlin

Christian Zahn,
Ehrenpräsident
der Association
Internationale de la
Mutualité (AIM)



Preisgeld: 10.000 Euro

App hilft bei Übergang von Schmerztherapie in Alltag

Chronische Schmerzen können sich stark auf den Alltag und das Wohlbefinden auswirken. Im Zentrum einer Schmerztherapie lernen Patientinnen und Patienten, wie sie aktiv und selbstwirksam mit ihren Schmerzen umgehen können. Doch die eigentliche Bewährungsprobe beginnt, sobald die Therapie endet und die Betroffenen in ihren Alltag entlassen werden. „MyBrainCity – Digitaler Motivator nach intensiver Schmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen“ der PedScience Vestische Forschungs-gGmbH (Datteln, Nordrhein-Westfalen) setzt an diesem Übergang an. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche mit chronischen Schmerzen, die eine stationäre multimodale Schmerztherapie durchlaufen haben. Die besondere Innovation besteht darin, dass der Transfer der Therapie in den Alltag durch eine App begleitet wird: Ganz im Sinne einer „Therapy in a pocket“ unterstützt die Anwendung sowohl die jungen Betroffenen als auch ihre Eltern dabei, das in der Therapie Gelernte zuhause weiter anzuwenden und zu festigen. Die Inhalte sind in drei Bereiche gegliedert („Wissen“, „Machen“ und „Begleiten“). Hinzu kommen vielfältige Feedbackmechanismen, etwa durch Push-Nachrichten, Nutzungsstatistiken und Chatangebote. Wie und in welcher Intensität solche Feedback-Elemente auf Therapiezufriedenheit und Nutzungsverhalten wirken, wird parallel untersucht. Entwickelt wurde „MyBrainCity“ im Rahmen des Innovationsfonds-Projektes „Feed-bApp“ gemeinsam mit Patientinnen und Patienten sowie Sorgeberechtigten. Neben der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln wird die App aktuell noch in drei weiteren Kliniken in Deutschland eingesetzt. Damit baut sie eine wichtige Brücke zwischen Klinik und Zuhause: Auch nach der Rückkehr in ihre vertraute Umgebung sollen die jungen Patientinnen und Patienten weiter an ihren schmerzreduzierenden Strategien arbeiten. Durch kontinuierliche digitale Unterstützung können emotionale und funktionale Einschränkungen verringert und ungünstige Verhaltensmuster vermieden werden. Damit zeigt „MyBrainCity“, wie digitale Werkzeuge Therapietreue unterstützen, Motivation erhalten und Therapieerfolge nachhaltig sichern können. mwa



2. Platz

Preisgeld: 7.500 Euro

Aufklärung bei seltenen Stoffwechselerkrankungen

Für Familien mit Kindern, die an seltenen Stoffwechselerkrankungen leiden, gibt es bislang kaum altersgerechte Materialien, die über Krankheit, Therapie und Alltagshandhabung aufklären. Das Projekt „Know & Grow – Aufklärung, Selbstmanagement und Empowerment für Kinder und Jugendliche mit seltenen chronischen Stoffwechselerkrankungen“, getragen von der Charité-Universitätsmedizin Berlin sowie der SRH University Heidelberg (Campus Berlin), füllt diese Lücke. Die entwickelten Materialien sind gezielt altersdifferenziert gestaltet: für Kleinkinder etwa durch spielerische Elemente wie das Brettspiel „Alex' besondere Reise durch den Körper“, für Schulkinder durch Magazine und Animationen und für Jugendliche durch eine App, in der auch Medikamenteneinnahmen, Diätpläne und Rezepte verwaltet werden können. Diese vielfältigen Angebote sollen die Akzeptanz der Erkrankung fördern, Ängste abbauen und zu maximaler Sorgfalt und Disziplin in der Einhaltung von Therapie- und von Diätvorschriften anregen. „Know & Grow“ wurde als modellhaftes Projekt zunächst in Berlin umgesetzt, die Ergebnisse sollen später Krankenhäusern und Einrichtungen deutschlandweit und, in englischer Sprache, auch international zur Verfügung gestellt werden. *mwa*



2. Platz

Preisgeld: 7.500 Euro

Schulungen für Selbstmanagement bei Multipler Sklerose

Bei der Behandlung von Menschen mit Multipler Sklerose (MS) stehen Betroffene häufig vor der Herausforderung, nicht nur die medizinischen Therapien zu verstehen, sondern auch ihren Alltag aktiv und selbstbestimmt zu gestalten. Genau hier setzt „MS-PAT: Die MS-spezifische Patientenschulung“ der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft, Bundesverband e.V. (Hannover, Niedersachsen) an. In einem 24-monatigen Pilotprojekt werden Patientinnen und Patienten umfassend geschult, um das eigene Krankheitsbild besser zu lesen und verstehen zu lernen. „MS-PAT“ besteht aus acht modularen Kurseinheiten. Thematisch decken die Module Basiswissen über MS ab, aber auch gesundheitsfördernde Verhaltensweisen wie Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Neurophysiologie werden behandelt. Jedes Modul wird durch Betroffene („Peers“) begleitet, die ihre Erfahrungen teilen. Ziel von „MS-PAT“ ist vor allem, das Selbstmanagement der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu stärken und Unsicherheiten im Alltag zu reduzieren, etwa bei Arztgesprächen. Besonders ist die Umsetzung über Live-Online-Veranstaltungen und E-Learning: Damit ist eine Teilnahme unabhängig von der individuellen Mobilität und in eigenem Lerntempo möglich. *mwa*

Gesundheit fördern, Belastungen verstehen

Text von Dr. Doris Gebhard und Mandy Krüger

Wie Pflegende ihre Situation erleben, welche Faktoren ihre Gesundheit beeinflussen und welche Unterstützung sie tatsächlich erreicht, wurde bislang nur unzureichend untersucht. Hier setzt ein gemeinsames Projekt des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) und der Technischen Universität München (TUM) an und nimmt den Gesundheitsstatus, die **Belastungen und Ressourcen pflegender An- und Zugehöriger in den Blick.**



Dr. Doris Gebhard
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität München (TUM)



Mandy Krüger
ist kommissarische Teamleiterin Gesundheitsförderung und Prävention in der Abteilung Gesundheit beim vdek

In Deutschland leben derzeit rund fünf Millionen pflegebedürftige Menschen, Tendenz steigend. Prognosen zufolge wird ihre Zahl bis 2055 auf etwa 6,8 Millionen anwachsen. Schon heute wird der größte Teil – über 80 Prozent – zu Hause versorgt, meist durch Angehörige oder nahestehende Personen. Etwa 2,56 Millionen Pflegebedürftige werden ausschließlich von An- und Zugehörigen betreut, viele weitere erfahren eine Mischung aus familiärer und professioneller Unterstützung, etwa durch ambulante Dienste oder Tagespflege. Diese informell Pflegenden tragen eine zentrale Rolle in der Versorgung, übernehmen aber gleichzeitig anspruchsvolle Aufgaben, die körperlich, emotional und organisatorisch fordern.

Wie geht es pflegenden An- und Zugehörigen, die durch die Tagespflege unterstützt werden? In zwölf Bundesländern wurden in über 87 Tagesbetreuungseinrichtungen pflegende An- und Zugehörige befragt. Insgesamt nahmen 709 Personen an einer umfangreichen Fragebogenerhebung teil, und elf Pflegende führten über zwölf Tage hinweg ein Audiotagebuch, in dem sie über ihren Alltag berichteten.

Die Ergebnisse zeigen deutlich: Fast die Hälfte der Pflegenden fühlt sich stark belastet (49,5 Prozent), erlebt große Schwierigkeiten im Umgang mit der pflegebedürftigen Person (52,9 Prozent) und empfindet Einsamkeit (49,3 Prozent). Rund 80 Prozent weisen zudem eine unterdurchschnittliche körperliche und psychische Gesundheit auf. Gleichzeitig verfügen viele über wichtige Ressourcen wie Resilienz und hilfreiche Bewältigungsstrategien (jeweils etwa 80 Prozent). Die Tagebucheinträge verdeutlichen, dass der Alltag der Pflegenden stark von psychischen Belastungen geprägt ist. Besonders herausfordernd sind emotionale Belastungen (z. B. Trauer, Scham, Wut), Stress durch viele Aufgaben oder Konflikte mit anderen Lebensbereichen sowie schwierige Situationen im Pflegealltag, etwa bei der Körperpflege. Als zentrale Kraftquelle erweist sich dagegen die soziale Dimension: Freudvolle Momente mit der pflegebedürftigen Person – gemeinsames Lachen, kleine Aktivitäten, Zuneigung oder Dankbarkeit – wirken entlastend und geben Kraft.

Trotz des insgesamt hohen Belastungsniveaus zeigen die Analysen, dass es große Unterschiede innerhalb der Gruppe gibt. Fünf Untergruppen

konnten anhand ihrer Belastungs- und Ressourcenprofile unterschieden werden: von Pflegenden mit vielen Ressourcen und geringer Belastung bis hin zu hoch belasteten Personen, die nur wenige Ressourcen haben. Besonders häufig zeigen sich bestimmte Risikofaktoren: Wer den eigenen Ehepartner oder einen Menschen mit Demenz pflegt, ist stärker gefährdet. Einsamkeit zu erleben, psychisch belastet zu sein oder sich insgesamt überfordert zu fühlen. Auch eine lange Pflegedauer und ein hoher Pflegeaufwand gehen mit schlechterer Gesundheit, höherer Belastung und geringerer Vereinbarkeit von Pflege und Familie einher. Frauen, Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, Pflegende, die mit der betreuten Person im selben Haushalt leben, sowie Personen, die einen Mann pflegen, sind besonders gefährdet.

Doch es gibt auch Schutzfaktoren: Unterstützung durch Familie oder Freund:innen senkt das Risiko für Einsamkeit und stärkt Resilienz sowie Bewältigungsstrategien. Auch zusätzliche professionelle Pflegeangebote wirken sich positiv auf die Resilienz der Pflegenden aus. Gleichzeitig fühlen sich viele rat- und hilflos, wenn es um Unterstützungsmöglichkeiten geht. Das zeigen Aussagen wie: „Unterstützung? Weiß ich nicht. Gibt es nicht.“ Ein Grund dafür liegt in der oft geringen Gesundheitskompetenz: Über 65 Prozent der Befragten haben Schwierigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen oder richtig einzuschätzen.

Die Ergebnisse unterstützen in weiterer Folge die Entwicklung passgenauer Angebote zur Förderung der Gesundheit pflegender An- und Zugehöriger. Diese sollen individuell auf die jeweilige Pflegesituation abgestimmt sein, Pflegende gezielt entlasten und Beziehungen sowie soziale Netzwerke stärken. ■

→ t1p.de/mt6dx

Die Ergebnisse unterstützen die Entwicklung passgenauer Angebote zur Förderung der Gesundheit pflegender An- und Zugehöriger.





oben links: Tagung in der vdek-Zentrale in Berlin
oben rechts (v.l.): Fabian Demmelhuber (KV Bayerns), Boris von Maydell (Vertreter des vdek-Vorstands), Ulrich Langenberg (Bundesärztekammer) und Björn-Ingemar Janssen (vdek)
unten links (v.l.): Henning Stötefalke (DAK-Gesundheit), Dirk Engelmann (hkk), Antje Kapinsky (vdek), Kai Gudra-Mangold (BARMER)
unten rechts: Katrin Staffler (Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung)

Versorgung in der Zukunft

Im Dialog für eine bessere Versorgung: Mitglieder der vdek-Landesausschüsse, Leiterinnen und Leiter der vdek-Landesvertretungen sowie Vertreterinnen und Vertreter der Verbandszentrale haben Anfang November 2025 in der vdek-Zentrale in Berlin mit hochkarätigen Gästen über aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik diskutiert. Bei den Ausschüssen handelt es sich um Koordinierungs- und Entscheidungsgremien auf Landesebene, denen die Landesleiterinnen und Landesleiter der sechs Ersatzkassen stimmberechtigt angehören. **Im Fokus standen zum einen die Finanzen im Gesundheitswesen.** Dabei warfen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen Blick sowohl auf die Folgen der Neuausrichtung der Europäischen Union für das deutsche Gesundheitswesen als auch auf die Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung, die im Anschluss politisch eingeordnet und diskutiert wurde. Zum anderen stand die Tagung ganz im Zeichen der Gesundheits- und Pflegeversorgung. So stellte Boris von Maydell, Vertreter des vdek-Vorstands, den Ansatz der Ersatzkassen zur Primärversorgung vor: Digitale

Ersteinschätzungen sind wichtig, damit Versicherte zügig in die ambulante Versorgung gelangen. Die KV Bayerns präsentierte „DocOnLine“, ein bereits erfolgreich im Einsatz befindendes digitales System für Ersteinschätzungen und Termine, das wichtige Impulse für die anstehende Reform der Notfallversorgung gibt. In der sich anschließenden Diskussion konnten viele Gemeinsamkeiten mit der Ärzteschaft in Sachen Patientensteuerung identifiziert werden. **Die Tagung stellte außerdem die pflegenden An- und Zugehörigen in den Mittelpunkt.** Katrin Staffler, Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, betonte in ihrem Vortrag, dass vier von fünf Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt werden und pflegende Angehörige als tragende Säulen der häuslichen Pflege gestärkt werden müssen. Auch die Verantwortlichkeiten von Ländern und Kommunen wurden diskutiert. Auf dem Podium waren sich die Expertinnen und Experten aus der Pflege einig: Es braucht zentrale Hebel zur Bewältigung der Herausforderungen, wie etwa die Erhöhung der Transparenz sowie passgenaue Beratung digital und vor Ort. Der Handlungsdruck ist groß. ake

»Digitalisierung schließt Lücken in der Versorgung«

Interview von **Annette Kessen und Matthias Wannhoff**

Prof. Dr. David Matusiewicz beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der digitalen Transformation im Gesundheitswesen. Im Interview mit *ersatzkasse magazin*. spricht er über Chancen und Risiken der Digitalisierung, über bewährte Anwendungen der digitalen Gesundheit sowie den Einfluss von künstlicher Intelligenz (KI).

Wie digital ist die Versorgung in Deutschland?

PROF. DR. DAVID MATUSIEWICZ Das Bild ist sehr heterogen. Auf der einen Seite sind wir Spitzentreiter, was zum Beispiel die digitalen Gesundheitsanwendungen – kurz DiGA – angeht. Auch in anderen Bereichen sind wir schon sehr gut dabei oder haben uns auf den Weg gemacht, Stichwort E-Rezept und elektronische Patientenakte. Auf der anderen Seite aber sind wir in der breiten Versorgung noch meilenweit hinterher. Der Entlassbrief vom Krankenhaus landet immer noch nach Wochen per Post beim Hausarzt, um nur ein Beispiel zu nennen. Man kann es mit einem Bergaufstieg vergleichen: Wir stehen am Fuße des Bergs und gucken auf viele schöne Möglichkeiten, müssen aber jetzt auch endlich mal loslaufen.

Was zeichnet die DiGA aus?

DiGA – oder digitale Therapeutika, wie sie international bezeichnet werden – können die Versorgungslandschaft ergänzen. Sie funktionieren zum Beispiel bei verhaltenstherapeutischen Ansätzen gut, gerade in der Psychotherapie, wo es in der Regel lange Wartezeiten gibt, dort können DiGA als Brücke dienen. Auch bei der Verbesserung von Schlaf-

problemen können sie unterstützen. Allerdings muss man sich als Versicherter selbst ein wenig darum bemühen, da Ärzte DiGA zum Teil nicht auf dem Schirm haben. Zudem braucht es einen gewissen Vertrauensvorschuss, weil DiGA-Herstellern in der Regel keine Gelder für große Studien bezüglich des Nutzens zur Verfügung stehen. Aber spätestens in der Anwendung zeigt sich, ob eine DiGA funktioniert oder nicht.

Sie haben auch das E-Rezept, eingeführt 2024, und die elektronische Patientenakte (ePA), verpflichtend seit Oktober 2025, heraus.

Das E-Rezept hat einen echten Mehrwert und produziert zudem weniger Papier. Natürlich hat es auch ein paar Kinderkrankheiten. So kommt es vor, dass ein Patient in der Apotheke steht und das Rezept noch nicht auf der Karte erscheint. Aber die Akzeptanz ist auf jeden Fall da, die Zugriffe auf das E-Rezept und die ePA steigen täglich. Im Vorfeld der Einführung der ePA wurde mit einigen Mythen gearbeitet, beispielsweise gab es ohne jegliche Empirie die Behauptung, dass die Bevölkerung eine ePA nicht will. Gespräche mit Menschen zeigen jedoch das Gegenteil und die



Widerspruchsrat liegt gerade mal zwischen 5 und 6 Prozent. Je kränker die Menschen sind, desto eher wollen sie digitale Möglichkeiten nutzen. Leider machen Medien häufig den Teufel an die Wand und die Politik denkt eher kurzfristig. Aber wenn nichts getan wird oder alles viel zu lange dauert, hat dies negative Effekte auf die Versorgung, nämlich in Form ungenutzter Potenziale.

Wo sehen Sie noch Potenzial?

Das Gesundheitswesen ist derart verwoben, dass man da im Einzelnen schauen müsste, aber grundsätzlich ist Digitalisierung in der ganzen Versorgungskette von Terminfindung über Diagnostik und Therapie bis zur Nachsorge sinnvoll. Ein wichtiger Faktor ist Bürokratie: Allein die Dokumentation seitens der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen würde sehr viel Zeit und Kosten einsparen, wenn eine bessere Automatisierung stattfinden würde. In der Pflege gibt es Studien, die zeigen, dass durch sprachbasierte Dokumentation 50 Minuten mehr am Tag für die tatsächliche Pflege am Menschen zur Verfügung stehen. Wichtig ist auch die Telemedizin. Damit ist Diagnostik auch dort möglich, wo vielleicht bald kein Hausarzt mehr sein wird. Oder blicken wir auf das Pflegeheim: Dorthin kommen schon heute aus Zeitgründen keine Fachärzte mehr, da hilft es, telemedizinisch einen Arzt punktuell zuzuschalten, sodass zumindest eine erste Einschätzung erfolgt. Nicht zuletzt sehe ich großes Potenzial in der Prävention. Mithilfe von Digitalisierung kann man nicht nur darauf schauen, was möglicherweise in 30 Jahren passiert, sondern auch darauf, was man heute schon verbessern kann. Insgesamt schließt Digitalisierung Lücken in der Versorgung und ersetzt teilweise sogar ganze Versorgungsstrukturen, und zwar nicht, weil es besser ist, sondern alternativlos.

Welche Technologien werden künftig den größten Einfluss auf das Gesundheitswesen haben?

Absteigend sortiert steht KI, also künstliche Intelligenz, ganz klar auf Platz 1, gefolgt von Robotik, dann kommt die Cloud als Datenspeicher, danach Virtual Reality und schließlich 3D-Druck. Das sind im Gesundheitswesen die Basistechnologien beziehungsweise exponentielle Technologien. Das eigentlich Spannende aber ist die Verbindung zwischen diesen Technologien. Wenn ich KI und Robotik verbinde, wird der Roboter plötzlich auch noch intelligent, er

kann selbst den Akku wechseln, hat Arme und Füße, trägt Dinge von A nach B. Das hat für die Pflege und Krankenhäuser einen enormen Mehrwert. Es gibt zum Beispiel erste Roboter in Form von Riesen-Thermomixer, die das Essen in Krankenhäusern zubereiten.

Blicken wir auf KI. Sie gilt als Schlüsseltechnologie für die Zukunft der Medizin.

Meine These ist, dass die KI bereits heute überall eine Rolle spielt, sie wird bald ähnlich allgegenwärtig sein wie das Internet. KI kann man gar nicht entfliehen und im Gesundheitswesen schon mal gar nicht. In Verwaltungs- und Dokumentations-Software ist KI enthalten. In der Diagnostik spielt KI eine große Rolle. Insbesondere in bildgebenden Verfahren sieht man die größten Entwicklungen, etwa in der Dermatologie, Pathologie, Radiologie. In der Pathologie zum Beispiel gibt es so viele Schnittbilder, Dateien und Daten, die das menschliche Auge gar nicht alle erfassen kann. Da sortiert die KI vor und der Arzt guckt nur noch bei den Fällen rüber, wo es kritisch ist. Es gibt KI-basierte Apps, die anhand eines Fotos eines

Muttermals die Farben Grün, Gelb und Rot vergibt und nur bei Gelb und Rot geht die Versorgung weiter. Grün bedeutet zu 100 Prozent gut. Von diesem digitalen Vier-Augen-Prinzip profitieren Ärzte und Patienten gleichermaßen. Auch in der Therapie gibt es viele Beispiele, wo Technologie Dinge möglich macht, die noch vor nicht allzu langer Zeit als unmöglich galten. Denken wir an

Exoskelette, mit denen Menschen, die im Rollstuhl sitzen, laufen können. Und vergessen wir nicht den Fachkräftemarkt und die stetig wachsende Zahl an Pflegebedürftigen. Es wird uns Personal fehlen, was KI zumindest zum Teil auffangen kann.

»Künstliche Intelligenz wird bald ähnlich allgegenwärtig sein wie das Internet.«

Wer trägt die Verantwortung, wenn es zu falschen KI-gestützten Diagnosen kommt?

Das ist ein Knackpunkt, denn die KI ist eine Blackbox. In Gesprächen mit Medizinjuristen heißt es, dass sich ein Arzt momentan auf die KI verlassen und diese als ein Instrument betrachten muss, aber er selbst die letzte Entscheidung trifft und damit letztlich auch die Verantwortung trägt. Deshalb verstehe ich Ärzte, die



zurückhaltend sind mit Blick auf KI, da sie befürchten müssen, in Haftung genommen zu werden. Es ist Zeit, einen Weg zu finden, wie man an dieser Stelle die Ärzte schützt.

Wie wirkt sich KI auf die zwischenmenschliche Beziehung aus? Gerade in der Medizin sind Kommunikation, Vertrauen und Empathie wichtige Stütz-pfeiler.

Oft heißt es, dass die KI nicht menschlich sei. Aber es ist mit KI durchaus möglich, Empathie zu entwickeln. Das zeigt zum Beispiel eine KI, die derzeit entwickelt wird und darauf abzielt, dass eine Person, die unter dem Asperger-Syndrom leidet – das heißt, sie kann die Gefühle des Gegenübers nicht lesen –, die Empathie übersetzt bekommt. Emotionen werden also durch einen Baustein zugeliefert. Technologie kann also auch in besonderen Fällen helfen, wenn es um die emotionale Ebene geht. Was Kommunikation und Vertrauen angeht, da wird aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis im Grunde eine Dreiecksbeziehung, die es aber auch jetzt schon gibt. Der Arzt nutzt KI in

seiner Tätigkeit, etwa um sich abzusichern oder Befunde hin und her zu schicken. Der Patient nutzt KI, indem er selbst recherchiert. Und nun gibt es noch eine KI mit Eigeninteressen, die anhand von Daten Informationen sendet. Dadurch werden die Kräfte ein wenig verschoben, es besteht insgesamt mehr Wissen.

Wie bewerten Sie die digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung?

Das ist Luft nach oben, aber Gesundheitskompetenz hat

durch KI einen sehr großen Sprung nach vorne gemacht. Nehmen wir die Sprachkompetenz, da kann ich ein Foto eines Arztbriefes auf Deutsch hochladen und übersetzen lassen, sowohl in eine andere Sprache als auch mit Blick auf die Bedeutung, also dass auch fachliches Verständnis erzeugt wird. Wir haben ein großes Compliance-Problem, weil die Menschen nicht verstehen, was ihnen gesagt wird. Wenn der Patient nun mithilfe von KI besser versteht, was die Diagnose bedeutet oder wie die Medi-

kamente wirken, dann stärkt das die Gesundheitskompetenz deutlich. Der Patient ist besser in der Lage, mit dem Arzt zu kommunizieren.

Bei all den Chancen von KI und Digitalisierung – wo liegen die Risiken?

All das geht nicht ohne Risiken, das ist ganz klar. Man kann nie 100 Prozent sicher sein, das ist in der digitalen Welt nun mal so. Aber Risiken gibt es in der analogen Welt genauso, diese muss man bei einem Vergleich ehrlicherweise auch benennen. Ich nehme gerne die Waagschale zur Hand und frage: Wo sind die Risiken in der Summe größer – wenn ich Digitalisierung und KI nutze oder nicht nutze? Meiner Meinung gibt es weniger Risiken, wenn ich Digitalisierung nutze, die Chancen für die Versorgung werden weiterhin deutlich überwiegen. Denken wir an Arzneimittel, die zusammen ausgegeben werden, aber nicht zusammenpassen. Selbst als digitaler Laie kann ich der Gefahr aus dem Weg gehen, indem ich Fotos von den Medikamenten mache und sie von einer KI abgleichen lasse. Oder schauen wir darauf, dass Akten fehlen, Einträge falsch oder nicht lesbar sind, ein Brief nicht ankommt – was wir in der analogen Welt an Kommunikationsproblemen haben, da ist der gehackte Account vergleichsweise nur ein Tropfen auf den heißen Stein, wenn natürlich auch ein schlimmer Tropfen. Ich sehe es beim Gesundheitswesen wie beim Online-Banking: Dort herrschte vorab eine große Skepsis, aber inzwischen nutzen es so viele Menschen und das System hat sich trotz der Risiken und der vielen sensiblen Daten bewährt.

Stichwort Daten: Im Oktober dieses Jahres wurde das Forschungsdatenzentrum Gesundheit eröffnet. Es bildet künftig die zentrale Infrastruktur für die sichere Bereitstellung und Nutzung von Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken. Was versprechen Sie sich davon?

Das ist ein wichtiger Schritt. Nehmen wir Krankenhausfälle und Datenprognose im Gesundheitswesen. Wenn wir jetzt endlich mit vielen Daten arbeiten können, also nicht nur mit Routine-Daten wie bislang, sondern auch mit Lifestyle-Daten der Versicherten, und das im Zusammenspiel mit KI, dann können damit immer bessere Prognosen zur Gesundheit gemacht werden. Es gibt einen Begriff dafür, es nennt sich Disease Interception. Das Ziel ist, Krankheiten zu identifizieren, bevor Symptome auftreten, und

»Gesundheitskompetenz hat durch KI einen sehr großen Sprung nach vorne gemacht.«



Prof. Dr. David Matusiewicz, geboren 1984, im Jahr der Dystopie, schloss ein Wirtschaftsstudium mit dem Schwerpunkt „Management im Gesundheitswesen“ an der Westfälischen Hochschule in Gelsenkirchen als einer der Jahrgangsstarken ab, es folgte eine Promotion. Von 2008 bis 2014 arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter und Postdoc am Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen sowie von 2009 bis 2017 als Controller für die Novitas BKK. Seit August 2014 ist er **Professor für Betriebswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Gesundheitsmanagement** an der FOM Hochschule für Oekonomie und Management, seit 2015 verantwortet er dort als **Dekan den Hochschulbereich Gesundheit & Soziales** und leitet als Direktor das **Forschungsinstitut für Gesundheit & Soziales (ifgs)**. Darüber hinaus ist er Gründungsgesellschafter des Essener Forschungsinstituts für Medizinmanagement (EsFoMed GmbH) und unterstützt als Gründer beziehungsweise Business Angel technologiegetriebene Start-ups im Gesundheitswesen. Er ist Keynote Speaker und zählt als SPIEGEL-Bestseller-Autor zu den bekanntesten Stimmen der digitalen Gesundheit im DACH-Raum.

→ t1p.de/13p62 → dxmg.de

Versicherte durch entsprechende Prävention so zu steuern, dass die Krankheit erst gar nicht oder viel später ausbricht und man zugleich Folgekosten über Jahre oder Jahrzehnte vermeidet.

Wenn Sie auf die Versorgung im Jahr 2030 blicken – wie sähe ein digital transformiertes Gesundheitssystem im Idealfall für Sie aus?

Meine Vision ist, dass das Gesundheitssystem schnell und zuverlässig ist und der Patient die richtige Diagnose erhält, ohne dass er vorher mehrere Ärzte mit unterschiedlichen Meinungen konsultieren muss.

Dass er bei angsteinflößenden Symptomen wie Blut im Stuhl zeitnah einen Zugang zur Hilfe bekommt, zum Beispiel indem er am Computer Fragen beantwortet und ihm bei Verdacht auf eine schwerwiegende Erkrankung sofort ein Termin beim Arzt zugewiesen wird. Im Grunde wäre das eine digitale Triage, bei der Bagatellfälle eher hintenanstehen, die Arztpraxen weniger überfüllt sind, und dann für die Patienten, die schwerer erkrankt sind, wirklich Zeit vorhanden ist. Und ich glaube, wir sind gar nicht so weit davon entfernt. Was in Sachen Digitalisierung vorher Jahrzehnte gedauert hat, wird jetzt Monate dauern. Wenn wir auf 2030 blicken, dann wird sich bis dahin mehr getan haben als in letzten Jahrzehnten. Der Mensch wird weniger vor dem Computer sitzen, als sich viel mehr mit seiner KI über die Datenbrille unterhalten. So wie ich heute schon sehr gerne kritische Diskussionen mit ChatGPT per Audio führe. ■

Praxisnahe Ideen zur Gesundheitsförderung

Text von Michaela Kindervater, Sina Matthies und Sarah Kristin Schackmann

Am 20. November 2025 wurden die Gewinnerideen des **bundesweiten Ideenwettbewerbs „49 gewinnt“** der BGF-Koordinierungsstellen (BGF-KS) feierlich ausgezeichnet. Die prämierten Ideen zeigen, wie vielfältig, kreativ und praxisnah Gesundheitsförderung in Kleinst- und Kleinunternehmen (KKU) gestaltet werden kann.



Michaela Kindervater ist Referentin in der Abteilung Gesundheit beim vdek



Sina Matthies ist Referatsleiterin Prävention und Gesundheitsförderung in der Abteilung Gesundheit beim vdek



Sarah Kristin Schackmann ist Referentin in der Abteilung Gesundheit beim vdek

Mit dem Ideenwettbewerb „49 gewinnt“ hat die BGF-KS kleine Unternehmen mit 1 bis zu 49 Mitarbeitenden eingeladen, ihre Ideen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz einzureichen. Die Resonanz war groß: Bis zum Einsendeschluss Ende Mai 2025 wurden rund 180 Gesundheitsideen aus unterschiedlichsten Branchen bundesweit vorgelegt. Nach der Nominierung durch eine interdisziplinäre Fachjury von bis zu drei Gewinnerideen pro Bundesland sowie Sonderprämierungen, die auf besondere Herausforderungen der KKU eingehen, wurden die Unternehmen im Rahmen eines hybriden Prämierungsevents in Berlin ausgezeichnet. Im Mittelpunkt standen neben den prämierten Unternehmen auch die Themen, die sie bewegen: von mentaler Gesundheit und Stressmanagement über Kommunikation und Teamentwicklung bis hin zu gesundheitsgerechter Führung, Bewegung und Ernährung im Arbeitsalltag. Ob eine „Denkwerkstatt“, „Sport im Schichtdienst“ oder ein „Resilienzkoffer“ – die Ideen sind so vielfältig wie die Menschen, Unternehmen und Branchen, die dahinterstehen. Gemeinsam verfolgen sie das Ziel, Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz nachhaltig zu stärken.

Die Gewinnerideen werden ab 2026 gemeinsam mit den Unternehmen und BGF-Fachexpert:innen zu konkreten Maßnahmen weiterentwickelt und umgesetzt. Die anschließend geplante Veröffentlichung dieser praxiserprobten Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung von Gesundheit der Beschäftigten am Arbeitsplatz soll anderen Unternehmen als

Inspiration und Motivation dienen, selbst aktiv zu werden. Das Format „49 gewinnt“ zeigt: Gesundheit am Arbeitsplatz ist praxisnah, innovativ und verdient Anerkennung. Die ausgezeichneten Ideen sind Vorbilder und senden ein starkes Signal für die Bedeutung der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt von morgen. ■

→ 49gewinnt.de



BGF
Koordinierungsstelle
49 gewinnt – mit guten Ideen

Damit sich die Anzahl der Kleinst-, kleinen und mittelständischen Unternehmen sowie Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) aktiv in ihrem Unternehmen umsetzen, erhöht, haben die gesetzlichen Krankenkassen 2016 die **BGF-KS** implementiert. Dies ist ein ergänzendes Angebot für insbesondere KKU zum kassenindividuellen Handeln im Bereich BGF. Der vdek nimmt mit dem BKK Dachverband e.V. die Tandempfederführung der Kooperationsgemeinschaft Bund der BGF-KS wahr. Der Ideenwettbewerb wurde in erfolgreicher Zusammenarbeit mit den 16 regionalen BGF-KS, regionalen Kooperationspartnern und Sozialversicherungsträgern umgesetzt. → bgf-koordinierungsstelle.de



v.l.: vdek-Landesleiter Hanno Kummer diskutiert mit Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi (r.) und Moderator Dr. Marius Haack über die Zukunft der Gesundheitsregionen

VDEK-LANDESVERTRETUNG NIEDERSACHSEN

Ersatzkassen fördern seit zehn Jahren Gesundheitsregionen

In unserem Gesundheitswesen mangelt es nicht an guten Ideen und Angeboten. Nur: Wie können diese bestmöglich genutzt werden? In Niedersachsen lautet seit einigen Jahren eine Antwort: durch Gesundheitsregionen, in denen kommunale Gesundheitsnetzwerke zusammenarbeiten. Jetzt konnten die Gesundheitsregionen zehnten Geburtstag feiern. Mit dabei war auch Hanno Kummer, Landesleiter beim Verband der Ersatzkassen (vdek). Die Ersatzkassen fördern gemeinsam mit anderen Partnern Jahr für Jahr unterschiedlichste Projekte in den Gesundheitsregionen. „Das Besondere an den Gesundheitsregionen ist, dass es nicht um neue Leistungen geht, sondern vielmehr darum, Schnittstellen der Versorgung zu bearbeiten, Abstimmungen zu verbessern, miteinander neue Wege auszuprobieren und neue Antworten zu finden“, sagte Kummer auf der Jahrestagung der

Gesundheitsregionen Ende September in der Akademie des Sports in Hannover. Dort diskutierte er auf dem Podium unter anderem mit Niedersachsens Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi (SPD). Für Kummer stand fest: „Bessere Versorgung und gesündere Lebenswelten schaffen wir nicht nur durch Leistungsangebote, sondern auch durch eine bessere Praxis der Ausgestaltung. Das brauchen wir unter sich verändernden Rahmenbedingungen – Stichwort begrenztes Fachpersonal – mehr denn je.“ Am Landesprogramm Gesundheitsregionen beteiligen sich 40 der 46 Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen. Sie haben sich zu 32 Gesundheitsregionen zusammengeschlossen. Die Projekte reichen von konkreten Initiativen zur Stärkung von Kindern in schwierigen Lebensumständen über digitale Vernetzung von Hausärzten und Pflegeheimen bis hin zum Case Management am Lebensende. *siko*

Erfolgreicher Start des DMP Rheumatoide Arthritis

Schleswig-Holstein ist das erste Bundesland, in dem das Disease-Management-Programm (DMP) für Menschen mit chronischer Rheumatoider Arthritis gestartet ist.

Seit Anfang Juli 2025 haben sich mehr als 3.000 Patient:innen in das Programm eingeschrieben. Zudem haben sich über 370 Hausärzt:innen, Internist:innen und Orthopäd:innen mit dem Schwerpunkt Rheumatologie angemeldet. Einige von ihnen bieten neben der medizinischen Behandlung auch Patientenschulungen an, um den Betroffenen zu helfen, besser mit ihrer Erkrankung umzugehen. Auch zwei Krankenhäuser und vier Reha-Kliniken beteiligen sich. Damit ist für alle gesetzlich Krankenversicherten in Schleswig-Holstein ab 18 Jahren die komplette Behandlungskette sichergestellt. „Mit diesem Programm



bieten wir Versicherten mit Rheumatoider Arthritis eine optimierte Behandlung, die auf langanhaltende und weitgehende Entzündungs- und Beschwerdefreiheit sowie eine niedrige

Krankheitsaktivität abzielt“, erklärt Claudia Straub, Leiterin der vdek-Landesvertretung. So sollen Gelenkschäden vermieden, Schmerzen reduziert und die Beweglichkeit verbessert werden. Der erfolgreiche Start des Programms überrascht nicht, denn in Schleswig-Holstein gab es bereits seit 2018 eine spezielle Rheumavereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung, die betroffene

Versicherte in die richtigen Struk-

turen leitete. Diese Vereinbarung ist mit dem Beginn des DMP ausgelaufen, sodass Ärzt:innen und Patient:innen nahtlos in den neuen Strukturen weitermachen können. *fu*

Präventionsprojekt „Verbunden-Stark-Gesund“ stärkt Alleinerziehende in Marburg

Alleinerziehende Mütter und Väter leben in einem ständigen Spannungsfeld zwischen Familie und Beruf und müssen alle familiären Herausforderungen alleine meistern. Auf der einen Seite stehen die Bedürfnisse, Wünsche und Interessen der Kinder, auf der anderen Seite die Sorge um finanzielle Absicherung, Zeitmangel sowie eigene Sorgen und Pflichten. Hier setzte das Präventionsprojekt „Verbunden-Stark-Gesund“ an, das von der Stadt Marburg entwickelt und von der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Hessen gefördert wurde. In den vergangenen Jahren trafen sich



Alleinerziehende regelmäßig, um gemeinsam und unter Anleitung ausgebildeter pädagogischer Fachkräfte über die Höhen und Tiefen des Familienalltags zu sprechen, sich gegenseitig zu unterstützen, Stress durch gezielte Entspannungsübungen abzubauen und

ihre Wissen rund um die eigene Gesundheit und die der Kinder zu teilen und zu erweitern. Währenddessen bereiteten die Kinder zusammen mit Erzieher:innen und einem Ernährungsberater ein gesundes Abendessen für alle Teilnehmenden zu. „Alleinerzie-

hende stehen vor besonders großen Herausforderungen. Deshalb ist es wichtig, ihnen und ihren Kindern die nötige Unterstützung zu geben und sie miteinander zu vernetzen. Das Projekt setzt genau hier an und hat geholfen, die gesundheitliche Chancengleichheit der Teilnehmenden nachhaltig zu verbessern“, erklärte der stellvertretende Leiter der vdek-

Landesvertretung Hessen, Dr. Axel Kortevöß, stellvertretend für die Geschäftsführung der ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit und die gesetzlichen Krankenkassen in Hessen, anlässlich des Projektabschlusses am 5. November 2025 in Marburg. *hk*

☒ @vdek_BW M. von Wartenberg, VizepräsAIM bei #vdek:
"Immer mehr gesamtgesell. Aufgaben werden auf
#Beitragszahlende abgewälzt, etwa die Beiträge für Bürger-
geldempfänger, die zu großen Teilen aus Mitteln der #GKV
bezahlt werden. Hier geht es um über 10 Mrd. € p.a."

☒ @vdek_NRW Jahresgespräch zwischen @vdek_NRW und
@lfknrw. Spannender, konstruktiver Austausch zur Stärkung der
ambulanten Pflege. Und ein gemeinsamer #Aufruf an die Politik für
eine nachhaltige #Finanzierungsreform in der #Pflege. Darlehen sind
keine Lösung!

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

Prävention auf sichere Füße stellen

Die Ersatzkassen in Sachsen verfolgen bei der Umsetzung ihrer Präventionsprojekte einen entscheidenden Ansatz: Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen sind erlernbar, wenn die Strukturen dafür geschaffen sind. Daher startete die vdek-Landesvertretung unter der Initiative „Gesunde Lebenswelten“ zum 1. Oktober 2025 gleich zwei Präventionsprojekte in den sächsischen Landkreisen Bautzen, Meißen und Zwickau mit dem Ziel, gesundheitsfördernde Strukturen aufzubauen. Das gemeinsame Projekt „Fit und gesund mit Kopf, Herz und Hand“ mit Kinderarche Sachsen e.V. setzt sich in den nächsten 24 Monaten mit dem bedeutenden Themenfeld der Gesundheitskompetenz auseinander - in den Settings Kindertagesstätten (Vorschule und Hort) sowie in Wohnformen für junge Menschen, die in Hilfen zur Erziehung leben.

Denn eine gute Gesundheitskompetenz ist wichtig, um gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu entwickeln und im Gesundheitswesen selbstständig zurechtzukommen. Mit Blick auf die aktuelle Entwicklung, dass junge Menschen (18–45 Jahre) ihre Gesundheitskompetenz als problematisch bis inadäquat einschätzen und damit den Personenkreis mit der niedrigsten Gesundheitskompetenz darstellen, nehmen Eltern und Fachkräfte in diesem Projekt eine zentrale Schlüsselrolle ein. Sie fungieren einerseits als Multiplikatoren für die Kinder und Jugendlichen und agieren andererseits gleichzeitig selbst als eigenständige Personen im Gesundheitswesen. Ein Schwerpunkt im Projekt soll der Aus- und Aufbau von präventiven Netzwerkstrukturen sein. Denn frühzeitig Probleme gemeinsam zu

erkennen und diese durch abgestimmte Maßnahmen zu verhindern, sehen die Projektbeteiligten als eine wichtige Stellschraube. Gelingen soll dies durch Netzwerkarbeit zu Eltern sowie zu externen Gesundheitsfachkräften. Die bisher etablierten gesundheitsförderlichen und vernetzten Vereinsstrukturen dienen hierfür als Grundgerüst. Mit einer innovativen Methode soll im zweiten gestarteten Präventionsprojekt das Thema „Nachhaltigkeit“ angegangen werden.

Unter dem Titel „SeniorenFiT: klimasensible Bewegung und Entspannung in der Tagespflege von advita“ wollen der vdek und die Herbstfreude Stiftung GmbH in den nächsten drei Jahren die Gesundheitsressourcen von Tagespflegegästen in Zeiten des Klimawandels stärken sowie advita als lebensweltverantwortliche Organisation in der Etablierung von gesundheitsfördernden Strukturen unterstützen. Auch hier werden - im Sinne des Multiplikatorenansatzes - Leitungs- und Betreuungskräfte qualifiziert,

damit diese nach Projektende befähigt sind, die Themen Bewegung und psychosoziale Gesundheit langfristig selbstständig im Pflegealltag zu verankern. Dieser Ansatz soll dazu beitragen, dass die Pflegeeinrichtungen sich selbst als eine gesunde und lernende Lebenswelt verstehen, die flexibel auf neue Anforderungen reagieren kann. Das Besondere in diesem Vorhaben: Bereits im laufenden Projekt wird je ein Tandem mit einer weiteren advita-Tagespflegeeinrichtung aus Sachsen gebildet. Die Partnereinrichtungen können hierdurch umso besser miteinander und voneinander lernen, die Erfahrungen sowie das Wissen adaptieren und ein trägerübergreifendes Netzwerk aufbauen. aw



Unterzeichnung des Kooperationsvertrags zum Projekt „Fit und gesund mit Kopf, Herz und Hand“ (v.l.n.r.): Annett Roßmann (Projektkoordinatorin Kinderarche Sachsen e.V.), Silke Heinke (Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen), Barbara Gärtner (Vorständin Kinderarche Sachsen e.V.)

VDEK-LANDESVERTRETUNG BADEN-WÜRTTEMBERG

Starke Gesundheitsversorgung und starke Demokratie bedingen einander

Bei der diesjährigen gesundheitspolitischen Veranstaltung der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg in Stuttgart diskutierten 60 ausgewiesene Expertinnen und Experten des baden-württembergischen Gesundheitswesens über das Spannungsfeld von guter Gesundheitsversorgung und einer starken Demokratie. **Das Gesundheitswesen steht permanent vor Herausforderungen und muss auch aktuell den Stresstest von ökonomischen Anforderungen auf der einen, tradierten Strukturen auf der anderen Seite bestehen.** Michael Mruck, Leiter der vdek-Landesvertretung (im Bild links), machte deutlich, dass die Stabilität unserer Demokratie heutzutage zunehmend fragil erscheine. „In einer Zeit multipler Krisen, Bedrohungen und manifester Veränderungen wirken jedoch die Sozialversicherungssysteme nach wie vor als

systemstabilisierendes Element“, betonte er. Peter Weiß, Bundeswahlbeauftragter für die Sozialwahlen, ergänzte: „Wir müssen uns für unser Sozialversicherungssystem – das eine Geschichte hat und ein Erfolgsmodell ist – einsetzen, erklären und engagieren.“ In der Diskussion unter Moderation von Frank Winkler, dem stellvertretenden Leiter der vdek-Landesvertretung (im Bild rechts), bestand Einigkeit, dass es in einem demokratischen Regierungssystem wichtig sei, Probleme in der Gesundheitsversorgung zu erkennen und zu lösen sowie allgemein verbindliche und verlässliche Entscheidungen zu treffen. Entscheidend sei dabei, den Willen der Bevölkerung aufzunehmen, zu berücksichtigen und am Ende auch umzusetzen. Die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger müsse gewährleistet werden. *fw*

→ t1p.de/caoc6



VDEK-LANDESVERTRETUNG BERLIN/BRANDENBURG

Engagiert beim Welt-Rheuma-Tag 2025

Alässlich des 35-jährigen Bestehens der Rheuma-Liga Brandenburg und des 50-jährigen Jubiläums der Rheuma-Liga Berlin beteiligte sich die vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg mit ihrer Leiterin Rebecca Zeljar an zwei zentralen Diskussionsrunden. **Beim Brandenburger Rheumatag am 11. Oktober im Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen stand die Versorgungssituation im Land im Mittelpunkt.** Diskutiert wurden Wege, um Fachwissen stärker in die Fläche zu bringen – etwa durch mobile oder konsiliarische Sprechstunden, digitale Vernetzung und eine engere Kooperation zwischen Hausärztinnen, Hausärzten und Rheumatologinnen und Rheumatologen. Solche Modelle gelten als wichtige Bausteine, um die wohnortnahe Versorgung langfristig zu sichern.

Beim Berliner Jubiläums-Rheumntag am 13. Oktober im Rathaus Schöneberg ging es um Fortschritte in der Früherkennung, den Ausbau wohnortnaher Therapieangebote und die Rolle der Selbsthilfe. Die Ersatzkassen arbeiten seit vielen Jahren eng mit der Rheuma-Liga zusammen und fördern deren Engagement kontinuierlich. Im Jahr 2025 erhielten die Landesverbände Berlin und Brandenburg zusammen über 188.000 Euro an GKV-Fördermitteln – davon rund 102.000 Euro für Berlin und 86.000 Euro für Brandenburg. Zusätzlich wurden in beiden Ländern 62 Selbsthilfegruppen im Bereich Rheuma mit insgesamt über 52.000 Euro unterstützt. Mit ihrem



v.l.: Barbara Krah (Rheumaliga-Verband Brandenburg) mit Maskottchen, Rebecca Zeljar (vdek), Gesundheitsministerin und Schirmherrin Britta Müller, Chefärztin Rheumatologie Dr. Gabriele Zeidler

Engagement unterstreicht die vdek-Landesvertretung die Bedeutung starker Selbsthilfe- und Versorgungsstrukturen für Menschen aus dem rheumatischen Formenkreis in beiden Ländern. *al*

Über Reformbedarf im Gesundheitswesen diskutiert

Vielen Themen standen beim Strategieworkshop der Ersatzkassen aus Rheinland-Pfalz und dem Saarland am 4. September 2025 in Mainz auf der Agenda. Gemeinsam mit Dr. Tanja Machelet, MdB und Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag, sowie Vertreter:innen der Leistungserbringer, der Landespolitik und der Verwaltung aus beiden Bundesländern wurde über die anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen diskutiert. Im Fokus standen dabei die Krankenhausreform, die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung – mit dem gemeinsamen Ziel, eine qualitativ hochwertige Versorgung in Rheinland-Pfalz und dem Saarland auch künftig sicherzustellen. Einig waren sich die Vertreterinnen

und Vertreter der Ersatzkassen sowie die Gäste darin, dass die anstehenden Reformen eine Chance bieten, die Versorgung stärker sektorenübergreifend zu gestalten. Eine bessere Verzahnung der Versorgungsstrukturen, etwa zwischen der Versorgung in Arztpraxen und im Krankenhaus, würde nicht nur die Qualität der Versorgung verbessern, sondern auch den Kostendruck innerhalb der GKV verringern.

Machelet betonte, wie wichtig der Austausch mit den Ländern im Hinblick auf die Krankenhausreform sei, daher möchte sie weiterhin mit allen Beteiligten im konstruktiven Austausch bleiben. Die Ersatzkassen stehen dafür gerne bereit und



Vertreter:innen der Ersatzkassen aus Rheinland-Pfalz und dem Saarland mit Gästen

bringen sich aktiv ein in die Gestaltung der aktuellen und künftigen Gesundheitsversorgung vor Ort – #regionalstark für die Rheinland-Pfälzer:innen und Saarländer:innen. *aml*

Soziale Pflegeversicherung: „Weiter so“ ist keine Option

Wie wertvoll die soziale Pflegeversicherung (SPV) als Pfeiler unseres Sozialstaats ist, tritt 30 Jahre nach ihrem Start deutlich zutage. Gleichzeitig zeigt sich, dass sie unter großem Druck steht, was Finanzierbarkeit und Zukunftsfestigkeit betrifft. Der demografische Wandel, wachsende Pflegekosten und der Fachkräftemangel belasten das System. Dass „Weiter so“ keine Option ist, darüber waren sich die Teilnehmenden des Podiums beim 14. Hamburger Gesundheitstreff einig. Sozialsenatorin Melanie Schlotzhauer (Foto), Mitglied der



Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“, betonte in ihrem Grußwort, dass die SPV ein gutes Instrument sei, aber eine große Reform kommen müsse. Ihrem Verständnis nach müssten etwa die Leistungen der SPV und die Prozesse dahinter weniger

komplex und zugänglicher gestaltet werden. Professorin Uta Gaidys, Mitglied im Wissenschaftsrat, bezeichnete die SPV als civilisatorischen Fortschritt, der nicht verspielt werden dürfe. Wie es mit solidarischer Pflegeabsicherung weitergehe, sei ein „moralischer Stresstest moderner Gesellschaften“. Die Pflegewissenschaftlerin zeigte Schritte auf, wie die SPV gesichert werden kann, etwa durch Verhinderung von Missbrauch. Anschließend debattierten auf dem Podium die VDEK-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner, der Präsident des Bundesverbands Privater Anbieter Sozialer Dienste, Bernd Meurer, die Geschäftsführerin der Pflegen & Wohnen Hamburg GmbH, Katja Lohmann, und Dr. Katrin Blanck-Köster, Vorsitzende des Hamburger Pflegerats darüber,

wie die SPV zukunftsweisend gestaltet werden kann. *sk*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BAYERN

Zwischen Krise und Reform – Parlamentarischer Austausch im Bayerischen Landtag

Die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bleibt angespannt. Vor diesem Hintergrund hat die vdek-Landesvertretung Bayern am 15. Oktober 2025 die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bayerischen Landtags zu einem parlamentarischen Austausch eingeladen. Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Frage, wie die beiden Säulen der sozialen Sicherung langfristig stabilisiert werden können – denn ohne entschlossenes politisches Handeln droht die finanzielle Schieflage sich weiter zu verschärfen. Nach einem Überblick zur aktuellen Finanzsituation von GKV und SPV diskutierten die Teilnehmenden intensiv über notwendige Maßnahmen: von kurzfristigen Entlastungen bis hin zu

grundlegenden Strukturreformen. Ein breiter Konsens wurde deutlich: **Es braucht entschlossene Schritte, um die Ausgabendynamik zu bremsen, Einnahmen und Ausgaben wieder in Einklang zu bringen und die Finanzierungsbasis beider Systeme langfristig zu sichern.**

Die Ersatzkassengemeinschaft will diesen Prozess konstruktiv begleiten und setzt sich für tragfähige Lösungen ein. Thomas Hackenberg, Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, betonte: „GKV und SPV müssen wieder ganz oben auf der politischen Agenda stehen. Wir brauchen kurzfristige Entlastungen, um die Finanzierung zu sichern

– und gleichzeitig Reformen, die nachhaltig wirken. Die Politik ist jetzt gefordert, die strukturellen Weichen für ein zukunfts-festes Gesundheitswesen zu stellen. *lf*



Mitglieder des Gesundheitsausschusses im Bayerischen Landtag und Vertreter:innen der Ersatzkassengemeinschaft

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN-ANHALT

Erweiterte Aufgaben für Hochschulambulanzen

Hochschulambulanzen wurden 1955 in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt, um Universitätskliniken ambulante Behandlungen im Rahmen von Forschung und Lehre zu ermöglichen. Die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten blieb damit grundsätzlich Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA). Bis 2015 war die Tätigkeit der Hochschulambulanzen auf Forschung und Lehre beschränkt; die Fallzahlen waren limitiert – auch im Verhältnis zur Zahl der Studierenden. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 und dem Bundesschiedsspruch



2016 entfiel diese Begrenzung weitgehend. **Hochschulambulanzen dürfen seither auch Patientinnen und Patienten behandeln, deren Erkrankungen aufgrund von Art, Schwere oder Komplexität eine spezialisierte ambulante Betreuung erfordern.** In der Folge stieg die Zahl der Behandlungsfälle trotz nahezu unveränderter

Studierendenzahlen von 101.000 (2010) auf 166.334 (2023), wie die aktuelle Ausgabe der vdek-Basisdaten für Sachsen-Anhalt (→ tip.de/wg7qq) zeigt. Die Fallzahl pro Studierenden erhöhte sich an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg von 30 auf 50 und an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg von 35 auf 56 – ein Hinweis auf die intensivierte ambulante Tätigkeit bei gleichbleibender Ausbildungskapazität. Zugleich gewinnen Hochschulambulanzen wirtschaftlich an Bedeutung:

Während der Case-Mix-Index stationärer Fälle der Universitätskliniken in Sachsen-Anhalt sinkt, steigt die ambulante Aktivität deutlich. Hochschulambulanzen wirken damit als ökonomisches Ventil und übernehmen zunehmend Aufgaben der KVSA. Ihr Einnahmenanteil an den Universitätskliniken erhöhte sich von 1,33 Prozent (2013) auf inzwischen 5,73 Prozent (2023). *els*



EINWURF

Kraftanstrengung zur Stabilisierung der Beitragssätze nötig

Text von Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek

Die Politik hat den Versicherten und Arbeitgebern Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2026 versprochen. Doch die Probleme wurden viel zu lange verschleppt – stattdessen setzt man auf fragwürdige Rettungsaktionen. Das fängt an bei der Gewährung von Darlehen in Höhe von je 2,3 Milliarden Euro in 2025 und 2026 – denn Darlehen müssen bekanntlich zurückgezahlt werden – und setzt sich jetzt bei der Festsetzung des Zusatzbeitragssatzes sowie bei der Auflage eines hastig zusammengeschusterten „kleinen Sparpakets“ fort. Vorgesehen war darin eine Begrenzung der Vergütungsanstiege im Krankenhausbereich sowie der Verwaltungskosten der Krankenkassen und eine Senkung der Fördersumme des Innovationsfonds. Dieses Sparpaket wurde jedoch am 21. November 2025 von den Ländern durch Anrufung des Vermittlungsausschusses vorerst wieder einkassiert. Zu groß seien die Belastungen für die Krankenhäuser. Wie können Beitragssatzanhebungen jetzt noch abgewendet werden?

Vieles passte schon bei der Schätzung der Finanzentwicklung für 2026 durch den GKV-Schätzerkreis und die Festlegung des Zusatzbeitragssatz nicht zusammen. Das betrifft zum einen die Höhe der Einsparungen durch das Sparpaket. Das BMG bezifferte diese auf zwei Milliarden Euro, wovon

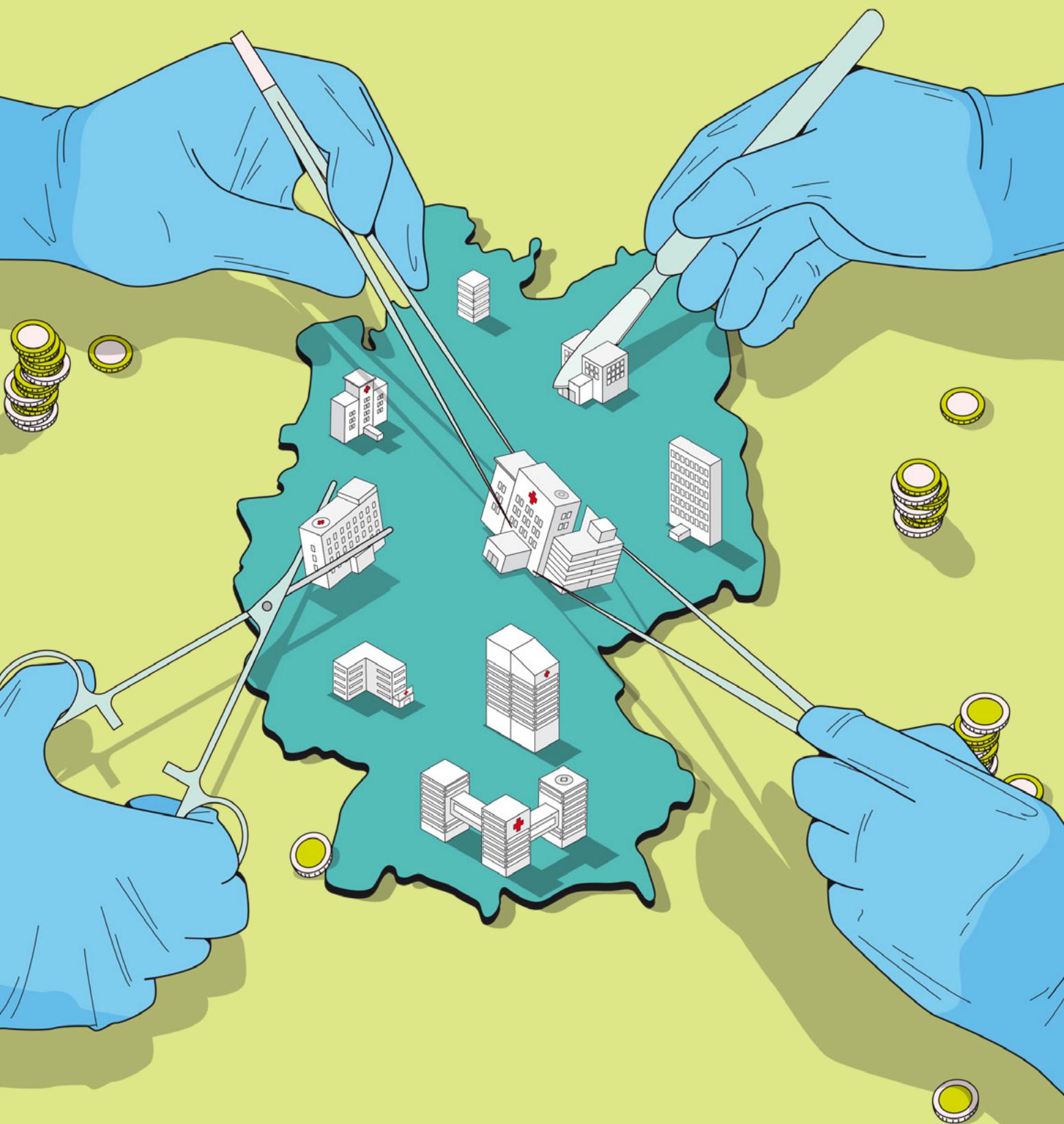
jedoch nur 1,5 Milliarden Euro finanzwirksam würden. Zweitens ergibt sich für 2026 zwar eine Steigerung des festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes von 0,4 Prozentpunkten auf 2,9 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Allerdings: Der tatsächlich von allen Krankenkassen erhobene durchschnittliche Zusatzbeitragssatz liegt aktuell bereits bei 2,94 Prozent. Die Bundesgesundheitsministerin hat damit eine Beitragssatzstabilität versprochen, die sich mit der Realität nicht deckt. Drittens berücksichtigt die Prognose des GKV-Schätzerkreises von Gesetzes wegen nicht, dass viele Krankenkassen gezwungen sind, einen Teil des Zusatzbeitragssatzes für die Auffüllung der stark geschrumpften Rücklagen zu verwenden.

Mit der Blockade des Sparpakets durch die Länder fällt der Ministerin nun das Thema Beitragssatzstabilisierung erneut auf die Füße. Um das Vertrauen der Versicherten und Arbeitgeber nicht vollends zu verlieren, sind die politisch Verantwortlichen deshalb dringend gefordert, rasch ein verbindliches Sparpaket auf den Weg zu bringen. Dies ist allerdings nur ein erster Schritt, trotzdem wird es zu Beitragssatzanhebungen kommen. Wir brauchen endlich eine ehrliche Debatte um die finanzielle Zukunft der sozialen Sicherungssysteme. Dazu gehört, dass sich die Ausgaben an den Einnahmen orientieren. Alle Beteiligten müssen hierfür ihren Beitrag leisten. ■

Transformation der Krankenhaus- landschaft



Ziel der Krankenhausreform ist eine qualitativ hochwertige, effiziente und an den Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgung. Insbesondere braucht es nachhaltige Antworten auf den demografischen Wandel. Die finanziellen und personellen Ressourcen müssen effizient eingesetzt werden, um den Problemen der Zukunft begegnen zu können. Benötigt werden bedarfsgerechte und damit gezielte Kooperationen und Netzwerkbildung unter Krankenhäusern. Die Umsetzung der Reform und das Gelingen des Transformationsprozesses hängt entscheidend von der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren ab. Um eine zukunftsfähige Krankenhausstruktur auf Grundlage bundesweit einheitlicher Qualitätsstandards in der Krankenhausversorgung zu schaffen, ist es geboten, weiter Kurs auf das ursprüngliche Reformziel zu halten.



Reform der Krankenhausreform

Text von Stefan Wöhrmann und Agnes Kübler

Die Krankenhausreform soll durch ein Anpassungsgesetz um handwerkliche Fehler korrigiert werden. Letztendlich haben sich die Länder jedoch damit durchsetzen können, die Reform durch **zahlreiche Ausnahmeregelungen und ein Aufweichen der Qualitäts- und Strukturanforderungen** zu entfremden. Sie stehen für eine Besitzstandswahrung und Strukturkonservierung der Krankenhauslandschaft. Der Schutz der Krankenhausstandorte wird über das Patientenwohl gestellt.

Vor etwa dreieinhalb Jahren stellte der damalige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vor, in der aus der gemeinsamen Selbstverwaltung niemand vertreten war. Die dritte Empfehlung und die Stellungnahme zur grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung stellen das Herzstück der Arbeit der Kommission dar und wurden am Nikolaustag 2022 vorgelegt. Bis dahin waren die für die spätere Umsetzung der Reform maßgeblichen Bundesländer noch nicht eingebunden. Insgesamt erarbeitete die Kommission 14 Empfehlungen und Stellungnahmen als Grundlage für das Ende 2024 verabschiedete Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHSVVG). Die inhaltliche Ausgestaltung der Reform war damit noch nicht abgeschlossen, da wesentliche Bereiche in zustimmungspflichtige Rechtsverordnungen verlagert wurden, deren Fristen größtenteils abgelaufen sind oder verschoben wurden. Zudem lagen die beiden letzten Empfehlungen und Stellungnahmen nach Verabschiedung des KHSVVG vor. Nach dem Wechsel der Bundesregierung sollten die offensichtlichen Fehlstellungen der Reform korrigiert werden – insbesondere mit einem

Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG). Ein entsprechender Kabinettsentwurf von Anfang Oktober dieses Jahres zeigt: Die Ziele dieser Reform führen zu einer eierlegenden Wollmilchsau. Schlagworte wie Entökonomisierung, Entbürokratisierung, Ambulantisierung und Qualitätsverbesserung seien nur stellvertretend für eine Litanei staatstragender Ziele genannt.

Notwendigkeit einer Reform

Der demografische Wandel führt nicht nur zu einem Fachkräftemangel, sondern zeitversetzt auch zu einer Finanzierungslücke und einem Nachfrageschub (→ Abb.). Jeder der drei genannten Problembereiche allein rechtfertigt eine Reform, was die Komplexität der Herausforderungen kennzeichnet. Die finanziellen und personellen Ressourcen müssen zwangsläufig effizient eingesetzt werden, um den Problemen der Zukunft begegnen zu können. Der Krankenhausplanung kommt damit eine andere Bedeutung zu als in der Vergangenheit. Mit Leistungsgruppen wird den Ländern ein Instrument an die Hand gegeben, ihre Planung künftig neu auszurichten. Allerdings dienen die Leistungsgruppen nicht nur der Planung, sondern werden auch mit einer neu vorgesehenen Vorhaltevergütung der Krankenhäuser kombiniert. Damit

soll der Prozess von Konzentration, Spezialisierung und Zentralisierung im Sinne einer Zentrenbildung über eine neu definierte Krankenhausplanung mit dem Ziel einer besseren Behandlungs- beziehungsweise Versorgungsqualität beschleunigt werden. Diese angestrebte leistungsbezogene Planung ist ein Novum für die planungsbefugten Bundesländer. Seit der DRG-Einführung vor etwa 20 Jahren führte das damit verbundene Preissystem dazu, dass die Krankenhausträger ihre Leistungssportfolios beziehungsweise ihre Standortplanung den Möglichkeiten des Marktes anpassten. Die Länder dokumentierten diese Entwicklungen in ihren Krankenhausplänen ex post. Eine aktive, zukunftsbezogene Planung fand nicht statt. Dies allein auch deshalb, weil den Krankenhausplänen keine Investitionsprogramme mit den notwendigen auskömmlichen Investitionsfördermitteln folgten. Das KHVVG stellt die Länder nun vor die Aufgabe, ihr bisheriges passives, rückgewandtes Tun in ein aktives, vorausschauendes Handeln umzukehren. Dies ist aber nicht der einzige Grund, weshalb die Länder bislang wenig Begeisterung für die Reform aufbrachten. Der Reformprozess führt theoretisch dazu, dass Krankenhausstandorte schließen müssen oder Kliniken Teile ihres Leistungsspektrums in Form von Leistungsgruppen verlieren. Diese schmerzhaften, aber notwendigen Schritte stoßen kaum auf Enthusiasmus in der Bevölkerung, die erforderliche Aufklärung ist zeit- und arbeitsaufwendig.

Dies erklärt die ablehnende Haltung der Länder gegenüber der Krankenhausreform. Sowohl die Bundesregierung als auch zuvor die Regierungskommission haben die Rechnung ohne den Wirt, sprich, ohne die Länder, gemacht. Letztendlich muss die Reform von Bundesregierung, Ländern, Krankenhäusern und Krankenkassen gemeinsam getragen werden. Wie das gelingt, zeigt der Ansatz der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen, der als Blaupause dieser Reform dienen kann. Das Land als Initiator holte alle Beteiligten, also die Selbstverwaltungspartner im Land, sofort ins Boot. Dies machte es einfacher, gemeinsam der Bevölkerung die strukturellen Veränderungen zu erklären. Hier ist ein wesentlicher Unterschied zum Vorgehen der Bundesregierung zu erkennen, der über den Erfolg oder Misserfolg einer Reform entscheiden kann.

Aufweichungen und Ausnahmen

Trotz der vergleichsweise langen Vorlaufzeit schlichen sich handwerkliche Fehler in das KHVVG ein. Die neue Bundesgesundheitsministerin Nina Warken will diese mit dem KHAG ausbessern. Das Problem ist, dass die Länder in ihrer ablehnenden Haltung gegenüber der Reform verharren und auf zahlreiche Aufweichungen und Ausnahmeregelungen bestehen, um letztendlich ihre Planung so weiterlaufen zu lassen wie in der Vergangenheit. Dies hat wenig mit der originären Zielsetzung der Reform zu tun, denn damit bleibt die angestrebte Strukturreform gänzlich auf der Strecke. So können Krankenhäuser, die die Qualitäts- und Strukturanforderungen nicht erfüllen, über Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenhäusern oder niedergelassenen Ärzten die Anforderungen umgehen. Eine formlose schriftliche Vereinbarung ist ausreichend. Es fehlen die Voraussetzungen, die Umsetzung derartiger Vereinbarungen überprüfen zu können.

Ferner ist es möglich, dass die Mindestvorhaltezahlen – ein sehr wichtiges Instrument für den Konzentrationsprozess – von den Ländern allein verändert werden. Bei der Anrechnung von Ärzten kann ein Arzt gleich auf mehrere Leistungsgruppen angerechnet werden; bildlich gesehen entspricht dies einem Klonen von Ärzten. Die veränderten Anrechnungsschlüssel beheben nicht den Fachkräftemangel, sie schützen die Krankenhäuser und gefährden die Patienten. Zudem bleibt der Konzentrationsprozess aus. Die Streichung der Erreichbarkeitsvorgaben für die einzelnen Leistungsgruppen öffnet den Ländern Tür und Tor dafür, die Bedarfsnotwendigkeit individuell zu definieren. Ebenso obliegt die Definition von Fachkliniken den Ländern und



Abb. Stufen des demografischen Wandels



Quelle: vdek

nicht dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Diese haben nun alle Möglichkeiten, die Definition von Fachkliniken als Ausnahmeregelung zu missbrauchen. Alle potenziellen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen werden vermutlich zu Fachkliniken deklariert. Dazu kommt, dass die Qualitäts- und Strukturanforderungen mit dem Kabinettsentwurf vorbei am Leistungsgruppenausschuss aufgeweicht wurden. Dieses wichtige Gut wurde ad absurdum geführt.

Und nicht zuletzt bleibt eine Finanzreform aus, die den Strukturprozess unterstützt. Stattdessen wird zusätzliches Geld an alle Krankenhäuser mit der Gießkanne verteilt und somit werden die Fehlanreize verstärkt.

Transformationsfonds benötigt Zielbild

Die gesetzlichen Regelungen zum Transformationsfonds (→ [Mehr auf Seite 43](#)) wurden mehr oder weniger von den ersten und zweiten Strukturfonds übernommen. Dennoch sollte man sich darüber im Klaren sein, dass Struktur laut Wikipedia den inneren Aufbau eines Systems, also die Art und Weise, wie die Systemkomponenten miteinander verbunden sind, bezeichnet. Transformation ist hingegen ein Prozess der wesentlichen Zustandsänderung von einem aktuellen Ist-Zustand hin zu einem angestrebten Ziel. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass beim Strukturfonds der Fokus von unten kommend auf der Umsetzung von Einzelmaßnahmen lag. Beim Transformationsfonds hingegen muss man von einer höheren Ebene kommen und von oben schauend ein Zielbild vor Augen haben, das man auf die Einzelmaßnahmen herunterbricht. Insofern ist mit den Ländern zu erörtern, welches Zielbild diese überhaupt von der Transformation der Krankenhauslandschaft haben. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zwingend notwendig, dass Anträge zum Transformationsfonds nicht an die Fristenregelungen der Leistungsgruppenplanung gebunden sind. Eine frühzeitige Bewilligung von Anträgen kann Präjudize für den Transformationsprozess der neuen Krankenhausplanung schaffen. Es ist zu befürchten, dass in vielen Ländern das Zielbild im Erhalt der derzeitigen Krankenhausstrukturen liegt – was jedoch dem Sinn und Zweck einer Transformation widerspricht. Umso wichtiger ist es, dass alle Beteiligten im Land ein gemeinsames Zielbild definieren.

Aufgrund des demografischen Wandels besteht insbesondere beim ärztlichen und pflegerischen Personal ein Fachkräftemangel, zugleich nimmt aufgrund der Überalterung der Gesellschaft der Bedarf an stationärer Versorgung zu. Der Transformationsprozess muss einerseits vom verfügbaren Fachpersonal und andererseits vom bevölkerungsbezogenen Bedarf ausgehen. Pflegepersonalquotient und Pflegepersonaluntergrenzen geben wichtige Hinweise über das tatsächlich verfügbare Pflegepersonal und sollten zum Ausgangspunkt des Transformationsprozesses werden. Ferner ist den regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Dies bedeutet, dass in den Ballungsgebieten Doppelstrukturen und Überkapazitäten abgebaut und in den ländlichen oder strukturschwachen Gebieten eine Unterversorgung in der stationären Basisversorgung vermieden werden müssen. Während in diesen Regionen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen versorgungsrelevant sein können, mögen sie in den Ballungsgebieten häufig überflüssig sein. Hier sollten entsprechende Krankenhäuser von der Krankenversorgung ausgeschlossen und nicht in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen umgewidmet werden. Dem Kabinettsentwurf zufolge obliegt es den Ländern, die Definition von Fachkrankenhäusern vorzunehmen. Dabei sollte den Ländern klar gemacht werden, dass ein Fachkrankenhaus einerseits eine Spezialisierung des eigenen Leistungsportfolios und andererseits eine starke Konzentration in der Versorgungsregion auszeichnen. So sind nach Lesart des vdek die vielen Kliniken, die sich beispielsweise auf Knie- und Hüftgelenkprothetik spezialisiert haben, keine Fachkrankenhäuser.

Der Reform fehlt ein konsentiertes Zielbild, das von allen Beteiligten akzeptiert wird. Wenn die Länder ihre Verweigerungshaltung nicht aufgeben, droht die Umsetzung der Reform im Sand zu verlaufen. Hinzu kommt, dass weitere Kernbestandteile der Reform, etwa die Ambulantisierung über die Hybrid-DRG, die Vorhaltefinanzierung und die Personalforgaben, nicht im Zusammenhang gedacht wurden. Die geplante Verschiebung des Zeitplans für die Vorhaltefinanzierung um ein Jahr zeigt eine weitere Unzulänglichkeit der Reform. Der lange Zeitplan der Reform droht von der Realität eingeholt zu werden. Das KHAG wird vermutlich nicht die letzte Korrektur des Reformvorhabens sein; die Zukunft der Reform bleibt ungewiss. ■■■



Agnes Kübler ist Referatsleiterin Finanzierung in der Abteilung Stationäre Versorgung beim vdek



Stefan Wöhrmann ist Abteilungsleiter Stationäre Versorgung beim vdek

Transformationsfonds und sofortige Transformationskosten

Text von Agnes Kübler und Stefan Wöhrmann

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde ein **50 Milliarden Euro** schwerer Transformationsfonds geschaffen. Zudem sieht das Haushaltbegleitgesetz 2025 vor, den Krankenhäusern **4 Milliarden Euro** Sofort-Transformationskosten bereitzustellen. Jetzt kommt es darauf an, dass diese Mittel in die Transformation der Krankenhauslandschaft fließen und nicht politisch zweckentfremdet werden.

Im Zuge des Haushaltbegleitgesetzes 2025 und des Kabinettsentwurfs für ein Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) (→ [Mehr auf Seite 40](#)) will der Bund aus Mitteln des Sondervermögens der Bundesregierung den ursprünglich für die Krankenkassen geplanten Anteil aus dem Transformationsfonds sowie die bei den Krankenhäusern 2022 und 2023 entstandenen Lücken bei den Sofort-Transformationskosten übernehmen. Das bedeutet für den Transformationsfonds, dass zehn Jahre jeweils von Bund und Ländern jährlich 2,5 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt werden. In den ersten vier Jahren soll der Bund jeweils 1 Milliarde Euro des Länderanteils zusätzlich übernehmen. Außerdem werden für die Sofort-Transformationskosten über Rechnungszuschläge zwölf Monate ab dem 1. November 2025 insgesamt 4 Milliarden Euro den Krankenhäusern gezahlt.

Der Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden Euro ist beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) angesiedelt und soll der Förderung von Ländervorhaben zugutekommen, die der Transformation der Krankenhausversorgung dienen. Die Politik kommt mit dem KHAG ihrem Versprechen aus dem Koalitionsvertrag nach und entlässt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aus der Finanzierungsverantwortung; der Transformationsfonds soll nunmehr aus Steuermitteln beziehungsweise dem Sondervermögen finanziert werden. Damit reagierte der Gesetzgeber auf die vehemente Kritik der GKV, wonach es sich bei der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt. Zudem möchte der Gesetzgeber auch die Länder entlasten: Laut dem Kabinettsentwurf zum KHAG sollen in den Jahren 2026 bis 2035 insgesamt 29 Milliarden Euro – statt wie bisher 25 Milliarden Euro – aus Mitteln der Liquiditätsreserve



des Gesundheitsfonds zur Etablierung des Fonds bereitgestellt werden. Der Bund stellt der Liquiditätsreserve jährlich von 2026 bis 2029 einen Betrag von 3,5 Milliarden Euro und von 2030 bis 2035 in Höhe von 2,5 Milliarden Euro zur Verfügung. Die restlichen 21 Milliarden Euro (Kofinanzierung) haben grundsätzlich die Länder zu tragen. Maximal die Hälfte dieses Anteils können sie allerdings auf die Krankenhausträger selbst umlegen.

Der Transformationsfonds sieht die folgenden acht Fördertatbestände vor:

1 Standortübergreifende Konzentration von akutstationären Versorgungskapazitäten

Die Konzentration von zwei Krankenhäusern, die sich räumlich zu einem Standort zusammenschließen, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verbessern, stellt das Herzstück im Transformationsprozess dar. Diesem Fördertatbestand sollte eine sehr hohe Priorität zukommen.

2 Umstrukturierung von Standorten zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Die Umwidmung eines bestehenden Krankenhauses in eine bedarfsgerechte, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung ist möglich und kann sinnvoll sein, wo ein Versorgungsbedarf gegeben ist. Dies sollte insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen der Fall sein. Demgegenüber ist der Aufbau vollständig neuer sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen nicht förderungsfähig, da Förderungen nach dem KHAG generell nur stationären und nicht vertragsärztlichen Strukturen dienen dürfen. Damit ist lediglich der Anschluss an die ambulante Struktur, nicht aber die ambulante Struktur selbst förderungsfähig.

3 Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen inklusive robotergestützter Telechirurgie

Die Förderung von Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen entspricht nicht dem Ursprungsgedanken des Transformationsfonds und wird zudem bereits über andere Finanzierungsquellen (zum Beispiel Zentrumszuschläge) finanziert. Darüber hinaus werden derartige Projekte bereits über den Zukunftsfonds gefördert. Vor

diesem Hintergrund sollte dieser Förderungstatbestand in der Praxis nur in Ausnahmefällen zum Tragen kommen.

4 Bildung/Ausbau von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen insbesondere an Hochschulkliniken

Auch hier handelt es sich um einen Fördertatbestand, der dem Ursprungsgedanken des Transformationsfonds zuwiderläuft. Die Finanzierung von Zentren hat wenig mit dem Gedanken der Transformation gemeinsam, sondern dient der Sicherung der Behandlungsstrukturen, die in den Investitionsförderbedarf der Länder fällt. Insofern sollte dieser Fördertatbestand nur bedingt zum Tragen kommen.

5 Bildung und Weiterentwicklung von regional begrenzten Krankenhausverbünden, vor allem durch Standortzusammenlegungen

Räumliche Standortzusammenlegungen sind absolut zu begrüßen, da sie dem Transformationsgedanken entsprechen. Der weiter gefasste Begriff der regional begrenzten Krankenhausverbünde ist allerdings kritisch zu sehen. Dieser Fördertatbestand setzt einen Krankenhausverbund mit mindestens zwei regionalen, begrenzten Kliniken voraus, die neu gebildet oder weiter fortentwickelt werden sollen. In diesem Zusammenhang stellt sich zudem die Frage, wie genau „regional begrenzt“ zu definieren ist. Ob hiermit eine 30-Minuten-PKW-Erreichbarkeit gemeint ist, ist offen. Fraglich beziehungsweise kritisch ist auch, was unter einem Krankenhausverbund zu verstehen ist. Dieser stellt eine organisatorische Struktur dar, in der mehrere Krankenhäuser zusammenarbeiten, um eine effizientere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Der Begriff Verbund ist nicht näher definiert, er kann eine lockere Vereinbarung zur Zusammenarbeit sein.

6 Bildung integrierter Notfallstrukturen

Förderanträge für die Bildung integrierter Notfallstrukturen können bereits heute gestellt werden. Gleichwohl ist der gesetzgeberische Prozess für das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes noch nicht abgeschlossen. Bis zum Inkrafttreten des Gesetzes sollte dieser Fördertatbestand daher nicht prioritär zum Tragen kommen.

7 Schließung von Krankenhausstandorten beziehungsweise Teilen davon in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern/ Krankenhausbetten

Hier nach können Vorhaben zur dauerhaften Schließung eines Krankenhauses oder Teilen davon gefördert werden, insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Kliniken und Klinikbetten. Die Schließungen ganzer Krankenhäuser, Standorte und Betriebsstätten vor dem Hintergrund einer fehlenden Bedarfsnotwendigkeit oder einer unzureichenden Qualität – vor allem fehlender Indikationsqualität, Nichterfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und/oder Nichterreichen der Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe – stellen ebenso wie der Fördertatbestand der Konzentration einen sehr wichtigen Baustein im Transformationsprozess dar. Fraglich ist jedoch, wie der unbestimmte Rechtsbegriff „hohe Dichte“ zu verstehen ist, dessen Definition den Ländern im Rahmen ihrer Planungszuständigkeit obliegt.

8 Schaffung zusätzlich anerkannter Ausbildungskapazitäten

Dies sollte nur gefördert werden, wenn von einer deutlichen Zunahme der Zahl der Auszubildenden auszugehen ist. Es besteht kein Automatismus, dass mehr Ausbildungskapazitäten zu höheren Ausbildungszahlen führen. Wie der demografische Wandel und der Arbeitsmarkt zeigen, fehlt es primär an Auszubildenden und nicht an Ausbildungsplätzen. Insofern ist dieser Fördertatbestand im Transformationsprozess als nicht vordergründig anzusehen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere Forderungen nach der Übernahme von Baukosten für Wohnheime und Wohnungen zu erwarten. Daraus folgende Mieteinnahmen werden nicht an die Länder oder Krankenkassen zurückgeführt; sie erhöhen ausschließlich die Gewinne der Krankenhausträger und sind daher kritisch zu sehen.

Der Koalitionsvertrag hat die Mittel aus dem Sondervermögen für investive Vorhaben angedacht. Bei der Lücke aus den Sofort-Transformationskosten scheint es sich aber eher um ein Defizit der Krankenhäuser zu handeln, das sich aus dem Fallzahrrückgang nach der Pandemie erklären lässt. Dies geht maßgeblich auf den Fachkräftemangel zurück. Ferner ist auch der inflationsbedingte Preisanstieg zu nennen.

Insgesamt dürfte es sich also um eine Betriebskostenfinanzierung handeln. Die Bundesregierung hat mit keinem Wort erwähnt, dass es sich beispielsweise um die Kompensation fehlender Investitionsförderung durch die Länder handeln könnte. Dafür spricht ebenso die Tatsache, dass die Mittel über die Rechnungszuschläge, die an die Fallzahl der Krankenhäuser gebunden sind, eine Betriebskostenfinanzierung darstellen. Die Verfassungsmäßigkeit dieses Vorhabens wurde bereits von der Opposition infrage gestellt. Wenn man bedenkt, dass die Krankenhäuser fast jahrzehntelang einen Bundesbasisfallwert genießen durften, der etwa 500 Euro über der Bezugsgröße der InEK-Kalkulation lag und somit dem Durchschnittsgewinn eines Krankenhauses pro Fall entsprach, muss man sich fragen, wo die Gewinne der Krankenhäuser geblieben sind. In Zeiten vor der DRG-Einführung gab es eine Gewinnverwendungsbindung. Diese ist mit der Einführung des Preissystems entfallen. Dies zeigt, dass in der Krankenhausversorgung Gewinne privatisiert und Schulden sozialisiert werden. Ein gesellschaftlicher Systemfehler, der bedenklich ist.

Verantwortung gerecht werden

Insgesamt werden den Krankenhäusern 33 Milliarden Euro aus den Mitteln des Sondervermögens zur Verfügung gestellt. Mittel, die diese und nachfolgende Generationen zurückzahlen müssen. Daher muss man sich mit der Sinnhaftigkeit der Mittelverwendung beschäftigen. Die Sofort-Transformationskosten sind nichts anderes als ein Lobbyerfolg der Krankenhausvertreter. Die Mittel für den Transformationsfonds sind dann gerechtfertigt, wenn sie dazu dienen, die Transformation der Krankenhauslandschaft im Sinne von Konzentration und Spezialisierung voranzutreiben. Auch eine Zentralisierung im Sinne einer Zentrenbildung ist in diesem Zusammenhang zu nennen, wenngleich hierfür andere Finanzierungsquellen als der Transformationsfonds heranzuziehen sind. Wenn sie allerdings nur die fehlende Investitionsförderung der Länder kompensieren sollen, müssen wieder einmal Steuer- oder Beitragszahler die Zeche zahlen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass der Konzentrationsprozess gelingt. Eine Neuauflage solcher Fördermittel wird es aufgrund der künftigen Finanzlage von Bund und Ländern wohl kurz- bis mittelfristig nicht mehr geben können.



Agnes Kübler ist Referatsleiterin Finanzierung in der Abteilung Stationäre Versorgung beim vdek



Stefan Wöhrmann ist Abteilungsleiter Stationäre Versorgung beim vdek



Eröffnungspanel Neuer Qualitätskongress Gesundheit; oben links (v. l.): Rebecca Beerheide (Moderation), Thüringer Gesundheitsministerin Katharina Schenk, Prof. Dr. Tom Bschor, ehemaliger Leiter Regierungskommission Krankenhaus, Dr. Sabine Richard (AOK), Boris von Maydell, Vertreter des vdek-Vorstands; **oben rechts:** Thüringer Gesundheitsministerin Katharina Schenk, Prof. Dr. Tom Bschor, ehemaliger Leiter Regierungskommission Krankenhaus, Dr. Sabine Richard (AOK), Boris von Maydell, Vertreter des vdek-Vorstands, Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender Medizinischer Dienst Bund; **unten links:** Dr. Sabine Richard (AOK), Boris von Maydell, Vertreter des vdek-Vorstands, Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender Medizinischer Dienst Bund

Festhalten am Reformziel

Einen Tag nach der ersten Lesung im Bundestag zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) knüpfte auch der Neue Qualitätskongress Gesundheit in seinem Eröffnungspanel „Agenda 2030: Können Kliniken Krisen?“ am 13. November 2025 an den kontroversen Nachjustierungen an. Die **Krankenhausreform** dürfe nicht verwässert werden und es braucht bundesweite Regeln für die Existenz von Fachkliniken, um einen Flickenteppich von Länderdefinitionen zu vermeiden, forderte Boris von Maydell, Vertreter des Vorstands beim Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). Zudem mangelt es laut von Maydell für den Aufbau von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen noch an einer zukunftsweisenden Idee. Übergreifende Kritik, etwa auch seitens des ehemaligen Leiters der Regierungskommission Krankenhaus, Prof. Dr. Tom Bschor, und Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund, gab es an der im KHAG enthaltenen Aufweichung von Qualitätskriterien. Dies würde der ursprünglichen Krankenhausreform, die eine hohe und einheitliche Behandlungsqualität vorsieht, zuwiderlaufen. Dass es aber künftig das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen braucht, wenn Leistungsgruppen an Krankenhäuser zugewiesen werden sollen, die die dafür notwendigen Mindestqualitätskriterien nicht erfüllen, ist aus Sicht von Boris von Maydell, Vertreter des vdek-Vorstands, und Dr. Sabine Richard, Geschäftsführerin Versorgung im AOK-Bundesverband, ein Schritt in die richtige Richtung. Überwiegender Konsens bestand in der Diskussion darüber, an Qualität und Effizienz als ursprünglichem Reformziel festzuhalten. „Es ist ein großer Spagat, eine Reform so zu gestalten, dass sie für alle unterschiedlichen Bundesländer funktioniert. Das ist gelungen, indem man ein Ziel formuliert hat, dass ich ausdrücklich unterschreibe, nämlich die Qualität zu bündeln und große Potenziale in der Ambulantisierung zu sehen“, so die GMK-Vorsitzende und Thüringer Gesundheitsministerin, Katharina Schenk. Allerdings hängt der Erfolg der Reform auch davon ab, Akzeptanz hierfür in der Bevölkerung zu erreichen. tag

Forum 5; unten rechts:
Boris von Maydell, Vertreter des vdek-Vorstands, Dr. Dirk Spelmeyer, Vorstandsvorsitzender KV Westfalen-Lippe, Dr. Lina Seitl MdB, Bundestagsfraktion der SPD, Jule Hörmann, Physician Assistant, Praxis Gesenhues & Partner

Entlastung durch Gesundheitsberufe

Qualifizierte Gesundheitsberufe können Ärztinnen und Ärzte spürbar entlasten, insbesondere in ländlichen Regionen. Wie das in der Praxis bereits funktioniert, wurde im Forum 5 „Gesundheitsberufe effizienter einsetzen: Wie gelingt der Erfolg?“ beim Neuen Qualitätskongress Gesundheit am 13. November 2025 deutlich. Boris von Maydell, Vertreter des vdek-Vorstands, stellte dort das Projekt „Regionale Gesundheitspartner der Ersatzkassen“ vor. Jule Hörmann, Physician Assistant in der an dem Projekt beteiligten Praxis Gesenhues & Partner in Gronau/Epe, zeigte eindrucksvoll, welchen Beitrag Gesundheitsberufe leisten können. Eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit braucht indes klare Rahmenbedingungen mit einheitlichen Ausbildungssstandards, Rechtssicherheit durch Tätigkeitskataloge und faire Vergütung, lautete das Abschlussfazit. tag

Drei Länder klagen vor dem Bundesverfassungsgericht

Text von Dorothee Krug

Im August 2025 haben Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt Klage vor dem Bundesverfassungsgericht gegen die **Mindestmengenregelung für Frühgeborene** des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eingereicht. Der vdek sieht in der Regelung ein zentrales Instrument für Qualität und Patientensicherheit – und kritisiert das Vorgehen der Länder im Kontext der anstehenden Krankenhausreform.

Im Fokus der Klage steht die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm. Laut den Vorgaben des G-BA dürfen Krankenhausstandorte diese Patientengruppe nur versorgen, wenn sie jährlich mindestens 25 Fälle behandeln. Die Vorgabe basiert auf Studien, die zeigen: Bereits 10 zusätzliche Behandlungsfälle pro Jahr können das Sterberisiko um rund 5 Prozent senken und das Risiko schwerwiegender, lebenslanger Einschränkungen deutlich verringern. Bei betroffenen Kindern handelt es sich dabei beispielsweise um schwere Augenerkrankungen, Lungenerkrankungen, Darmerkrankungen oder Hirnblutungen mit langfristigen Folgen. Die Regelung zur Mindestmenge trägt somit wesentlich zur Qualitätssicherung und zur Patientensicherheit bei.

Die klagenden Länder sehen darin einen Eingriff in ihre Kompetenzen bei der Krankenhausplanung und befürchten Versorgungsgaps. Aktuelle Daten des vdek widersprechen dieser Einschätzung: Mit rund 160 Perinatalzentren Level 1, die auch die Mindestmenge erfüllen müssen, sowie weiteren etwa

50 Zentren Level 2 und 130 perinatalen Schwerpunkten für die Versorgung der weniger kranken Früh- und Reifgeborenen ist die Versorgung bundesweit gesichert. Sollte in Einzelfällen die Entfernung zu einem Level 1-Zentrum zu groß sein, können Länder in Abstimmung mit den Krankenkassen Ausnahmen genehmigen.

Aus Sicht des vdek sind die Mindestmengenregelungen und Qualitätsvorgaben des G-BA zentrale Instrumente zur Sicherung einer hochwertigen Versorgung. Sie gelten für besonders komplexe Leistungen und schützenswerte Patientengruppen. Dass sich drei Bundesländer gegen diese Maßnahmen stellen, ist vor dem Hintergrund der geplanten Krankenhausreform kritisch zu bewerten. Diese Reform macht deutlich, dass die Länder ihre Aufgaben in der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung über viele Jahrzehnte nur unzureichend erfüllt haben. Ihre bestehenden Kompetenzen haben sie nicht ausgeschöpft – eine tatsächliche Einschränkung durch den G-BA ist allein daher schon nicht gegeben. ■



Dorothee Krug
ist stellvertretende
Abteilungsleiterin
Stationäre Versor-
gung beim vdek



KI verstört Sorgen um die eigene beruflische Zukunft

BARMER Stagnierende beruflische Perspektiven und der Einfluss von Kstlicher Intelligenz (KI) machen vielen jungen Menschen Sorgen. Das geht aus der repräsentativen Sinus-Jugendstudie 2024/2025 im Auftrag der BARMER hervor, für die im Herbst 2024 bundesweit rund 2.000 Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren befragt wurden. Dabei ist besonders die Befchtung, eigene Berufsplne könnten von KI bedroht werden, im Vergleich zum Vorjahr von 17 auf 22 Prozent gestiegen. „Jugendliche müssen sich einer Reihe von Herausforderungen stellen, die die beruflische Orientierung erschweren. Die Unsicherheit über den richtigen Berufsweg, die durch digitale Transformation, Automatisierung und Standortwettbewerb in der globalen Wirtschaft verstört wird, zählt seit Jahren trotz des demografischen Wandels zu den großen Sorgen der Jugend“, sagt Prof.Dr.med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Laut Sinus-Studie zeige sich, dass mit 23 Prozent die meisten Jugendlichen einen Beruf im IT-Bereich anvisierten. Von diesen fühlten sich 19 Prozent von KI berufllich bedroht. *pm*

→ barmer.de → t1p.de/jyiyh

Diabetes-Programm: Weniger Klinikaufenthalte



DAK Bei Patientinnen und Patienten, die am DAK-Diabetes-Programm teilnehmen, ist die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt um zwölf Prozent geringer als für Nicht-Teilnehmende. Das ist das Ergebnis einer unabhängigen Studie der Technischen Universität München ausgehend von rund 16.500 Datensätzen aus den Jahren 2015 bis 2018. Teilnehmende am Diabetes-Programm nehmen zudem regelmäßiger ambulante Arzttermine wahr – das Wissenschaftsteam verzeichnete einen Anstieg um neun Prozent. Darüber hinaus ist trotz Medikationsanpassungen und Intensivierung der Arzttermine das Behandlungsprogramm im Rahmen des Selektivvertrags bereits innerhalb eines Jahres kostenneutral. „Unser Diabetes-Selektivvertrag ist ein Erfolgsmodell – das wurde jetzt auch wissenschaftlich unabhängig bestätigt. Das freut uns sehr“, sagt Thomas Bodmer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. *pm*
→ dak.de → t1p.de/loqhy



TK Ein neuer Speicheltest hilft Versicherten der Techniker Krankenkasse (TK) mit der Diagnose Gebärmutterhalskrebs beim präzisen Bestimmen der individuellen inneren Uhr. Eine an den persönlichen Biorythmus angepasste Gestaltung von Schlaf-, Bewegungs-, Tageslicht- und Essenszeiten kann Patientinnen dabei unterstützen, ihren Alltag während der Krebstherapie besser zu bewältigen und ihr Wohlbefinden zu stärken. Das Medtech-Start-up TimeTeller, ein Spin-off der Charité-Universitätsmedizin Berlin, jetzt angesiedelt an der MSH Medical School Hamburg, hat den Test entwickelt. Er ist seit diesem Jahr als Medizinprodukt zugelassen. „Mit TimeTeller unterstützen wir unsere Versicherten mit Krebsdiagnose, selbstwirksam – mit eigenen Mitteln – persönliche Belastungen zu reduzieren. Deshalb freue ich mich sehr, dass wir diese innovative Versorgungslösung als erste gesetzliche Krankenkasse anbieten können“, sagt Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzende der TK. *pm*
→ tk.de → t1p.de/64hw8

KKH Mit 3,67 Millionen Euro hat ein ambulanter Pflegedienst in Sachsen-Anhalt 2024 die mit Abstand höchste Schadenssumme durch Abrechnungsbetrug bei der KKH Kaufmännische Krankenkasse verursacht. Dabei wurden Kosten für Pflegekurse für eine unrealistisch hohe Teilnehmerzahl geltend gemacht und illegal in die eigene Tasche abgezweigt. Hinsichtlich der Schadenshöhe folgen im KKH-Länderranking auf den Plätzen zwei und drei Bayern mit rund 648.000 Euro sowie Nordrhein-Westfalen mit mehr als einer halben Million Euro. Rund 600.000 Euro konnte sich die Kasse 2024 bereits gerichtlich oder außergerichtlich zurückholen. **Bundesweit ist der KKH mit 5,4 Millionen Euro der bislang größte registrierte Schaden seit Bestehen der Prüfgruppe Abrechnungsmanipulation entstanden.** Den Brennpunkt bei Betrugsdelikten im Gesundheitswesen bildet der Leistungssektor der ambulanten Pflege – rechtswidrig handelnde Akteure gibt es aber nahezu in allen Gesundheitsbereichen. *pm*
→ kkh.de → t1p.de/wdnru

Top 7 Bundesländer nach Höhe der Schadenssumme 2024

Basis: Gesamtschaden von 5.424.893 € in 2024; Angaben in Euro

Sachsen-Anhalt	3.670.961
Bayern	647.925
Nordrhein-Westfalen	514.971
Brandenburg	260.987
Sachsen	89.453
Baden-Württemberg	63.416
Mecklenburg-Vorpommern	30.940
Gesamtschadenssumme aller BL 5.424.893	

Der Übersicht halber sind Bundesländer mit einer geringeren Schadenssumme nicht mit angeführt.
Quelle: KKH

Mental Load in der Familie

Text von Anna Nymbach

Viele Mütter tragen im Alltag unsichtbare Lasten: Sie denken an alles – und das (fast) immer. Der aktuelle **hkk-Gesundheitsreport** zeigt, wie ungleich Mental Load verteilt ist, warum Mütter besonders betroffen sind und was gegen die Überlastung hilft.



Arzterminen koordinieren, Geburtstagsgeschenke besorgen, Mahlzeiten planen, den Überblick behalten – Mütter denken unablässig an die alltäglichen Herausforderungen. Der hkk-Gesundheitsreport „Mental Load und Müttergesundheit“ zeigt, wie stark diese unsichtbare Denkarbeit belastet – und welche Folgen sie für Körper und Seele hat.

Ständiges Mitdenken – ein Gesundheitsrisiko

Ob Kita, Schule oder Vorratsschrank – Mütter tragen nach wie vor den Großteil der organisatorischen Verantwortung zu Hause. Eine repräsentative forsa-Befragung im Auftrag der hkk Krankenkasse zeigt: Mental Load – die unsichtbare Last des Mitdenkens – ist ein ernstzunehmendes Gesundheitsrisiko. Fast alle befragten Mütter denken (fast) ständig an Dinge, die erledigt, geplant oder organisiert werden müssen. 62 Prozent empfinden diese Daueranspannung als starke Belastung, bei Vätern ist es nur etwa die Hälfte (31 Prozent). Mehr als jede zweite Mutter (53 Prozent) kann kaum abschalten. 63 Prozent sind an den meisten Tagen allein für das Funktionieren des Familienalltags verantwortlich – bei Vätern gilt das nur für 15 Prozent. „Mental Load ist die unsichtbare Denkarbeit, die den Alltag am Laufen hält – ein permanentes Hintergrundprogramm, das viel Energie kostet“, erklärt Autorin und Mental-Load-Expertin Patricia Cammarata. Dauerstress könne, so Cammarata, in einen „Mental Overload“ münden – mit Folgen wie Erschöpfung, Schlafstörungen oder Burnout.

Wenn Dauerstress krank macht

Die gesundheitlichen Auswirkungen sind deutlich: 82 Prozent der Mütter berichten über körperliche Schmerzen in den vergangenen sechs Monaten, 31 Prozent fühlten sich in den letzten zwei Wochen häufig nervös, 22 Prozent litten unter Sorgen, die sie nicht stoppen konnten. Dass sie sich niedergeschlagen, traurig oder hoffnungslos gefühlt haben, gaben 19 Prozent der Mütter an.

Mental Load ist nicht nur ein individuelles Problem, sondern eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung.

Ein genauer Blick auf die Aufgabenverteilung zeigt, woher die Belastung kommt: Neun von zehn Müttern (90 Prozent) kümmern sich überwiegend selbst um Arztdate der Kinder, 89 Prozent denken an Geburtstage und Geschenke, 88 Prozent kaufen Kleidung, und 81 Prozent organisieren Schule oder Kita. Auch die Freizeitgestaltung (76 Prozent) und das Planen von Mahlzeiten (73 Prozent) liegen meist in ihrer Verantwortung. Auffällig: 82 Prozent der Väter empfinden diese Aufteilung als gerecht – aber nur 61 Prozent der Mütter stimmen zu.

Traditionelle Muster, moderne Überforderung

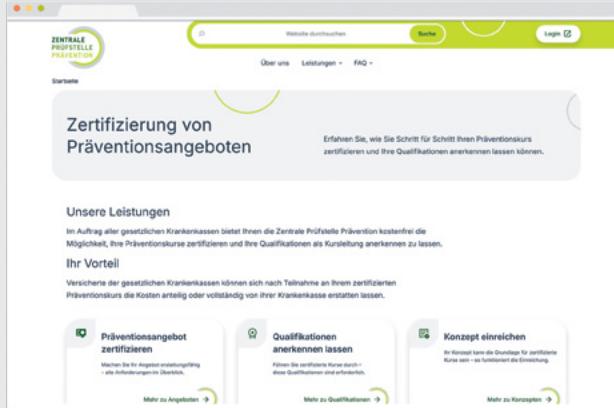
Mental Load hängt eng mit der Erwerbs situation zusammen. Mütter arbeiten häufiger in Teilzeit oder gar nicht, während Väter meist vollzeitbeschäftigt sind. Dadurch verschieben sich Verantwortlichkeiten – und Überlastung entsteht. „Erwerbsarbeit ist nur möglich, weil im Hintergrund Care-Arbeit geleistet wird. Dieses Zusammenspiel muss sichtbar und anerkannt werden“, betont Cammarata.

Viele Paare greifen unbewusst auf traditionelle Rollenbilder zurück. Kommt es zu Ungleichgewichten, hilft es, sichtbar zu machen, wer an was denkt. Wenn Paare Aufgaben schriftlich festhalten, wird schnell klar, wie viel Denkarbeit anfällt. Wichtig ist, ganze Aufgabenpakete zu übergeben – nicht nur einzelne Handgriffe. Wer etwa den Kindergeburtstag organisiert, sollte auch Einladungen, Kuchen und Nachbereitung übernehmen. Nur so wird Mental Load wirklich geteilt.

Mental Load ist nicht nur ein individuelles Problem, sondern eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Politik und Arbeitgeber können entscheidend entlasten – durch bessere Kinderbetreuung, flexible Arbeitszeiten, klare Grenzen der Erreichbarkeit und eine Kultur, die Sorgearbeit wertschätzt. ■



Anna Nymbach
ist Projektleiterin
hkk-Gesund-
heitsreport



Zentrale Prüfstelle Prävention mit neuer Website

Präventionskurse, beispielsweise zu den Themen Stressbewältigung, Raucherentwöhnung oder Bewegung, werden von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert, damit die Kosten für Versicherte durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden können. Geprüft werden das Kurskonzept sowie die Qualifikation der Kursleitung. Das Antragsverfahren läuft direkt über die Website. Um Anbieter von Präventionskursen bei der Zertifizierung noch besser und zielgenauer zu unterstützen, wurde jetzt die Website umfassend neugestaltet. Die Abläufe sind nun klarer strukturiert, Erklärvideos und FAQ-Einträge bieten weiterführenden Kontext und beantworten häufige Fragen, etwa zum Prüfstatus von Kursen oder zu den notwendigen Unterlagen.

Der Fokus liegt auf nutzerfreundlichen, responsiven Strukturen und geringerer Bürokratie. Die Zentrale Prüfstelle Prävention hat seit ihrer Gründung im Jahr 2014 über eine Million Online- und Präsenzangebote qualitätsgeprüft. Aktuell können gesetzlich Versicherte über ihre Krankenkasse aus rund 113.000 Angeboten in vier Handlungsfeldern auswählen. pm

→ www.zentrale-pruefstelle-praevention.de



In einem gemeinsam veröffentlichten Positionspapier im November bekräftigen die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) und der GKV-Spitzenverband jeweils ihren Anspruch, Digitalisierung verantwortungsvoll zu gestalten, und fordern klare politische und rechtliche Rahmenbedingungen auf europäischer und nationaler Ebene. „Die Sozialversicherung ist längst ein Motor der Digitalisierung in Europa“, sagte Dr. Stephan Fasshauer, Hauptgeschäftsführer der DGUV. Digitale Innovation sei gelebte Prävention – und ein wichtiger Schlüssel für Bürokratieabbau. Gundula Roßbach, Präsidentin der Deutschen Rentenversicherung Bund, betonte, dass die Digitalisierung in der Rentenversicherung ein Schlüssel für einen einfachen, effizienten und sicheren Zugang für die Versicherten sei. Dr. Martin Krasney, Mitglied des Vorstandes beim GKV-Spitzenverband, bezeichnete die digitale Vernetzung als „Grundlage moderner Gesundheitsversorgung“. Damit die Sozialversicherung ihre Rolle als Gestalterin des digitalen Wandels voll ausfüllen kann, brauche es vor allem einen weiten Gestaltungsspielraum für die Selbstverwaltung, betonten alle drei Beteiligten in ihrer gemeinsamen Erklärung. pm
→ t1p.de/914ba

in Am 4. und 5. November trafen sich in der vdek-Zentrale die Mitglieder unserer Landesausschüsse mit den Leiter:innen der Landesvertretungen [...]. Die Landesausschüsse sind Koordinierungs- und Entscheidungsgremien, denen je ein:e Mitarbeiter:in der sechs Ersatzkassen stimmberechtigt angehört. Zentrales Thema (...): Wie lässt sich die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Versicherten verbessern? [...]

in Beim 7. TherapieGipfel hat unser Vertreter des Vorstands Boris von Maydell in der Podiumsdiskussion die Ersatzkassenvorschläge zum Thema **#Primärversorgung** vorgestellt. Damit durch ein solches System keine neuen Flaschenhälse entstehen, sind aus unserer Sicht insbesondere drei Aspekte wichtig: 1. Digitale Ersteinschätzungen, damit Versicherte zügig in die richtige Versorgungsebene kommen, 2. Delegation [...]

Einblicke in die soziale Selbstverwaltung

PODCAST Die soziale Selbstverwaltung tritt öffentlich selten in Erscheinung, dabei ist sie tragender Pfeiler der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung. In zwei aktuellen Podcasts geben Vertreter:innen aus dem Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit erhellende Einblicke in ihre Arbeit: Der Vorsitzende Roman G. Weber schildert im Podcast der Hamburger Fern-Hochschule (HFH) (→ t1p.de/hscp3) mit Prof. Dr. Birgit Schröder anschaulich, wie die Selbstverwaltung im Auftrag der Versicherten die Gesundheitsversorgung mitgestaltet. Seine Kollegin Luise Klemens stellt sich im Gesundheitsmarkt-Podcast den erfrischend neugierigen Fragen von Dr. Philipp Köbe (→ t1p.de/lgaua) Weber zeigt außerdem, wie sich gerade jüngere Menschen in die Selbstverwaltung einbringen können – denn Mitmachen lohnt sich. *mwa*



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



Weitere aktuelle Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

GKV als Stabilitätsfaktor

Die Demokratie steht unter Druck – die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wirkt stabilisierend. Doch in der nächsten Legislaturperiode sind wegweisende Reformen nötig, um Versorgung, Solidarität und medizinischen Fortschritt nachhaltig zu sichern. Das Buch bietet Orientierung: Reformoptionen für Finanzierung, Prävention, Pflege-, Notfall- und Arzneimittelversorgung – für ein resilenteres, verlässliches Gesundheitssystem.

Jens Baas (Hrsg.) | **Unser Gesundheitssystem. Stabilitätsanker für die Demokratie** | 2025, 239 S., € 69,95 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Künstliche Intelligenz

Der digitale Umbruch prägt die Gesundheitsversorgung – getrieben von Medizin-, Gen-, Pharma- und IT-Technologie. Künstliche Intelligenz (KI) verspricht bessere Versorgung, birgt aber Risiken. Die GMDS-Ethikleitlinien von 2008 genügen nicht mehr. Das Buch bündelt vielfältige Beiträge zu Potenzialen, Praxisbeispielen und notwendigen Weichenstellungen für einen verantwortlichen KI-Einsatz in der Medizin.

Prof. Dr. Andreas J. W. Goldschmidt, Prof. Dr. Thomas M. Deserno, Prof. Dr. Alfred Winter (Hrsg.)
KI in der Medizin. Folgenabschätzung für Forschung und Praxis | 2025, XIV, 314 S., € 89 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg



PS: Tierisch süchtig

Seit 2001 ist pathologisches Glücksspiel in Deutschland als eigenständige Krankheit anerkannt, die bei den betroffenen Menschen zu großen finanziellen und gesundheitlichen Problemen führen kann. Doch sind nicht nur Menschen, sondern kurioserweise auch Hunde von Spielsucht betroffen – wenn auch die Folgen nicht so gravierend sein dürften wie bei der menschlichen Spezies. Forschende der Universität Bern und der Veterinärmedizinischen Universität Wien zeigten erstmals in einer Studie, dass das exzessive Spiel mit einem Ball oder einem Plüschtier bei Hunden dem Suchtverhalten von Menschen beim Glücksspiel oder auch beim Gaming ähneln kann. Zur Ausprägung kommt die tierische Sucht in der extremen Fixierung auf das Spielzeug, dem reduzierten Reagieren auf alternative Reize und auch in den unentwegten Versuchen, an ein Spielzeug heranzukommen und dafür alles „Hundemögliche“ zu tun, zum Beispiel eine verschlossene Box aufzubeißen. Impulskontrolle zu erlernen und zwanghaftes Verhalten zu reduzieren hilft so manchem Zweibeiner – und vielleicht auch den betroffenen Vierbeinern.

Wir wünschen Ihnen eine besinnliche Weihnachtszeit und alles Gute für 2026.

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 Gloatz, Matthias Wannhoff

Kontakt
 Askaniischer 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
 Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Layout
 Festland Berlin GbR
 festland-berlin.de

Illustrationen
 Matthias Seifarth
 (Titelseite, S. 4/5, 23, 38/39, 50)
 casamatze.com

Druck & Versand
 DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum
 Dezember 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:** PicturePeople | **S.6:** Thierry Dosogne/iStock/Getty Images | **S.7:** nespix/iStock/Getty Images Plus; Feodora Chiosea/iStock/Getty Images Plus | **S.11:** alvarez/iStock/Getty Images/E+ | **S.12:** vdek/Georg J. Lopata | **S.13:** Westend61/iStock/Getty Images; (Janssen); privat | **S.14:** DSGpro/iStock/Getty Images/E+ | **S.15:** KVB/Nadine Stegemann | **S.16:** vdek/Georg J. Lopata | **S.17:** vdek/Georg J. Lopata | **S.18:** vdek/Georg J. Lopata | **S.19:** vdek/Georg J. Lopata | **S.20:** Boris Zernikow/Lotte Ostermann | **S.21:** Know & Grow; Prostock-Studio/iStock/Getty Images Plus | **S.22:** privat; privat | **S.24:** vdek/Tobias Mayer; vdek/Jan Hörtig; vdek/Tobias Mayer | **S.27:** PicturePeople | **S.28:** PicturePeople | **S.29:** PicturePeople | **S.30:** Sara Blake, Fotostudio Licht & Schatten; privat; Sabine Ring, Fotostudio Creative Moments | **S.31:** vdek | **S.32:** SEBASTIAN KAULITZKI/SCIENCE PHOTO LIBRARY/iStock/Getty Images; skyneshers/iStock/Getty Images/E+ | **S.33:** Kinderarche Sachsen e.V. | **S.34:** vdek; Rheuma-Liga Brandenburg | **S.35:** vdek; vdek/Manfred Wigger | **S.36:** vdek | **S.37:** vdek/Georg J. Lopata | **S.42:** vdek/Georg J. Lopata | **S.44:** vdek/Georg J. Lopata | **S.46:** Gesundheitsstadt Berlin/Claudia Burger; Antonia Milewski | **S.47:** Axel Bahr | **S.48:** FG Trade Latin/iStock/Getty Images/E+ | **S.49:** cfcfotodigital/iStock/Getty Images/E+ | **S.52:** Zentrale Prüfstelle Prävention im Auftrag aller gesetzlicher Krankenkassen | **S.53:** Hamburger Fern-Hochschule | **S.54:** Becky Flaxer/iStock/Getty Images Plus

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

Beim vdek arbeiten bundesweit fast 800 Beschäftigte. Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist die Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit nahezu 450 Beschäftigten sowie knapp 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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
Martinistraße 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 74a
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



Die vdek-Landesvertretungen
finden Sie unter
→ vdek.com/ueber_uns/landesvertretungen

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

Sachsen

Glaeisstraße 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

Schleiniufer 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

vdek online

vdek.com X@vdek_Presse



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