

# ersatzkasse magazin.

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

G20634

2. AUSGABE 2026



## Ausgabendynamik im Gesundheitssystem stoppen

Rückkehr zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik ist nötig

## »Wir müssen stärker auf Delegation setzen«

Interview mit Claus Wendt,  
Professor für Soziologie  
der Gesundheit und des  
Gesundheitssystems

## Kurswechsel in der Psychotherapie

Es braucht einen  
Paradigmenwechsel  
hin zu teamorientierten  
Strukturen

**vdek**   
Die Ersatzkassen

## DIE MITGLIEDSKASSEN

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



### Techniker Krankenkasse (TK)

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



### BARMER

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



### DAK-Gesundheit

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



### KKH Kaufmännische Krankenkasse

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



### hkk-Handelskrankenkasse

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



### HEK-Hanseatische Krankenkasse

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

in Wie entwickeln sich die Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung? Das war die zentrale Frage der von uns in Auftrag gegebenen Analysen des IGES Institut GmbH, die wir in einem #Pressegespräch vorgestellt haben. Das Ergebnis: Insgesamt ist bis 2035 mit einem Rückgang der Beitragseinnahmen um 0,2 Beitragssatzpunkte zu rechnen, wobei verschiedene Faktoren für die #GKV belastend bzw. entlastend wirken: [...]

in „Gesundheitsförderung und #Prävention stärken“, hierzu hat der GKV-Spitzenverband ein 10-Punkte-#Forderungspapier veröffentlicht, an dessen Erarbeitung wir intensiv beteiligt waren. Dabei geht der Appell an die Politik, mutig zu handeln, #Entscheidungen zu treffen und politisch umzusetzen. Denn in der Prävention und Gesundheitsförderung hängt Deutschland in vielen Bereichen hinterher.



EDITORIAL

# Richtung stimmt – Umsetzung muss folgen

Die Vorschläge der GKV-Finanzkommission zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liegen vor – und sie setzen die richtigen Signale. Zentrale Maßnahmen sind die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und die vollständige Kostenübernahme der Gesundheitskosten für Bürgergeldempfangende. Entscheidend wird nun sein, ob es gelingt, aus den 66 Vorschlägen ein tragfähiges Gesamtpaket zu schnüren, das die Beiträge nachhaltig stabilisiert und eine hochwertige und bezahlbare Versorgung garantiert. Der Handlungsdruck bleibt hoch, denn ohne strukturelle Reformen werden weitere Beitragsanhebungen kaum zu vermeiden sein. Das Gesundheitswesen braucht aber auch strukturelle Reformen. Das gilt etwa für die psychotherapeutische Versorgung. Die Ersatzkassen haben entsprechende Vorschläge vorgelegt: Trotz deutlich gestiegener Kapazitäten und Ausgaben berichten Versicherte insbesondere bei schweren, komplexen oder dringlichen Erkrankungen über Probleme, einen Therapieplatz zu bekommen. Es braucht daher eine bessere Steuerung von Zugang und Ressourcen. Dass Deutschland auch von anderen Ländern lernen kann, wenn es um eine effizientere Versorgung geht, zeigt der Gesundheitssoziologe Prof. Dr. Claus Wendt im Interview. Für den ambulanten Sektor seien eine Steuerung der Patient:innen durch die Hausarztpraxis und ein Setzen auf Delegation wichtige Hebel. Eine Chance eröffnet hier das geplante Primärversorgungssystem, für das Ministerin Warken kürzlich die Vorbereitungen begonnen hat. Wir sind gespannt auf den Gesetzentwurf, der bis zum Sommer vorgelegt werden soll.

**Michaela Gottfried**

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

---

Das ambulante Psychotherapieangebot leidet an unzureichender Steuerung – besonders für schwer Erkrankte – und ineffizienten Versorgungsstrukturen. Mehr Personal ist nicht die Lösung, ein struktureller Kurswechsel ist nötig. → **Mehr dazu auf Seite 10**

Die Finanzkommission Gesundheit hat mutige und kluge Sparvorschläge vorgelegt. Neben einer zügigen Umsetzung sollten jetzt rasch strukturelle Reformen folgen, darunter die Notfallreform und die Reform der Primärversorgung. → **Mehr dazu auf Seite 23**



## Ausgabendynamik im Gesundheitssystem stoppen

**SCHWERPUNKT** Die Finanzsituation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) spitzt sich immer weiter zu: Seit Jahren steigen die Ausgaben überproportional zu den Einnahmen an. Um hier gegenzusteuern, hat die Finanzkommission Gesundheit (FKG) wirksame Reformempfehlungen zur Stabilisierung der Krankenkassenbeitragssätze vorgelegt. Eine wesentliche Empfehlung zur nachhaltigen Begrenzung der Dynamik in allen Ausgabenbereichen ist die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik.

ersatzkasse  
magazin.  
online

[www.vdek.com/magazin](http://www.vdek.com/magazin)



24

## »Wir müssen stärker auf Delegation setzen«

**INTERVIEW** Im vergleichenden Blick auf die internationalen Gesundheitssysteme sieht Gesundheitssoziologe Prof. Dr. Claus Wendt in Deutschland Verbesserungspotenzial bei den Versorgungsstrukturen. Es brauche hierzulande eine gute Primärversorgung und auch mehr Delegation, wie sie viele andere Länder bereits erfolgreich etabliert hätten, verdeutlicht Wendt.

12





## Viele Ältere ohne ausreichenden Gripeschutz

**ERSATZKASSEN** Zu wenige ältere Menschen in Deutschland sind gegen Grippe geimpft. Gravierende Lücken gibt es insbesondere bei Menschen ab 60 Jahren, zeigen Daten des aktuellen Arzneimittelreports der BARMER. Mit einer Grippe-Impfquote von 40,8 Prozent bleibt Deutschland hinter den internationalen Empfehlungen zurück. Gerade für ältere Menschen kann eine Influenza-Infektion ernsthafte Folgen haben.

# 38

### AKTUELL

- 6 Ausbildungsrekord bei Pflege-Azubis
- 7 Weniger Entbindungskliniken
- 8 Online-Wahlen 2029
- 9 Aus dem G-BA

### POLITIK & VERSORGUNG

- 10 Kurswechsel bei Psychotherapie nötig
- 12 Interview: Prof. Dr. Claus Wendt
- 17 #regionalstark
- 23 Einwurf

### SCHWERPUNKT

- 26 Sparpaket im Osterkörbchen
- 28 Arbeitsmarkt: Einfluss auf Einnahmehasis
- 32 Zur Finanzierbarkeit des Sozialstaats

### ERSATZKASSEN

- 36 Professorenschaft unter Dauerstress
- 37 Anstieg bei wiederkehrenden Depressionen
- 38 Zu wenige Ältere gegen Grippe geimpft

### VERMISCHTES

- 40 Social Media: Ungenaue Gesundheitsinhalte
- 41 Podcast: Dr. KI im Sprechzimmer
- 42 PS: Frühjahrsputz, auch für die Seele
- 42 Impressum



## Ausbildungsrekord bei Pflege-Azubis

Die Gesamtzahl der Pflegeauszubildenden ist zum 31. Dezember 2025 gegenüber dem Vorjahr gestiegen: Mit rund 158.000 Pflege-Azubis befanden sich so viele Personen in einer Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann wie noch nie seit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz. Darüber hinaus ist die Zahl der Neuverträge für eine Pflegeausbildung gestiegen. So haben rund 64.300 Auszubildende 2025 einen neuen Ausbildungsvertrag zur Pflegefachfrau beziehungsweise zum Pflegefachmann abgeschlossen. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) nach vorläufigen Ergebnissen mitteilt, sind das etwa

acht Prozent beziehungsweise 4.900 Auszubildende mehr als im Vorjahr (2024: 59.400). Dabei handelt es sich um Auszubildende mit Neuvertrag, die sich zum 31. Dezember 2025 noch in Ausbildung befanden. Von den neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen wurden rund 71 Prozent von Frauen (45.800) und 29 Prozent von Männern (18.500) geschlossen. Frauen sind somit weiterhin in der Überzahl, auch wenn die Zahl der Männer in Pflegeausbildung von 16.200 im Vorjahr auf 18.500 im Jahr 2025 mit einem Plus von 15 Prozent deutlich stärker zugenommen hat als die der Frauen (+6 Prozent). *pm*  
→ [t1p.de/pjbd8](https://t1p.de/pjbd8)



## Zahl der Entbindungskliniken deutlich zurückgegangen

Die Zahl der Krankenhäuser mit Entbindungsstationen hierzulande hat sich seit der deutschen Vereinigung halbiert. Gab es im Jahr 1991 noch 1.186 Krankenhäuser, in denen Kinder entbunden wurden, waren es 2024 noch 578 – ein Rückgang um 51,3 Prozent, wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt. Die Zahl der Geburten war 2024 um 18,4 Prozent niedriger als 1991. Mit dem Rückgang der Entbindungskliniken einher ging auch die Schließung von entsprechenden Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Deren Zahl nahm von 1.275 im Jahr 1991 auf 758 im Jahr 2024 ab – ein Rückgang um 40,5 Prozent. Darunter fallen auch Fachabteilungen zur Frauenheilkunde, in denen keine Entbindungen stattfanden. Seit 1991 ging die Zahl der Krankenhausbetten in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe von rund 66.400 auf 24.100 im Jahr 2024 zurück (-63,7 Prozent). Trotz des Abbaus der Kapazitäten in diesem Bereich ging auch die Bettenauslastung deutlich zurück. Grund dafür ist unter anderem, dass die Patientinnen im Schnitt deutlich schneller aus dem Krankenhaus entlassen werden als früher. *pm*

**DIE ZAHL** In Deutschland ist der Anteil ausländischer Ärztinnen und Ärzte von 2014 bis 2024 deutlich gestiegen – von 7 Prozent (30.000) auf 13 Prozent beziehungsweise 64.000. In der Human- und Zahnmedizin arbeiteten 2024 insgesamt 121.000 aus dem Ausland zugewanderte Ärztinnen und Ärzte, das war knapp ein Viertel (24 Prozent) der gesamten Ärzteschaft. Ein Teil der zugewanderten Ärztinnen und Ärzte besitzt inzwischen die deutsche Staatsbürgerschaft. 42 Prozent der zugewanderten Ärztinnen und Ärzte waren weniger als zehn Jahre in Deutschland. *pm*

# 13



Anfang April ist der Referentenentwurf eines „Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen“ (GeDIG) bekannt geworden. Dazu erklärt vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner: „Das geplante Digitalgesetz ist ein erster wichtiger Schritt für den Aufbau eines modernen Primärversorgungssystems in Deutschland. Neben mehr Möglichkeiten für die Krankenkassen, ihre Versicherten noch besser über Versorgungs- und Präventionsangebote zu beraten, werden die Grundlagen für die digitale Ersteinschätzung, die eÜberweisung und eine Terminplattform für schnellere Termine geschaffen. Die elektronische Patientenakte bekommt in der Versorgung eine Schlüsselrolle. All das findet unsere volle Unterstützung. Gleichzeitig sollten wir insbesondere bei der Weiterentwicklung eines Ersteinschätzungsverfahrens nicht auf Vorgaben des Gesetzgebers warten, sondern als gemeinsame Selbstverwaltung schon jetzt mit den Arbeiten beginnen.“ *pm*


**Das Bundeskabinett hat am 11. März 2026 den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Medizinregistern und zur Verbesserung der Medizinregisterdatennutzung beschlossen.**

„Medizinregister liefern wertvolle Erkenntnisse zu Krankheiten und für Behandlungen. Sie zeigen, was im Versorgungsalltag wirklich wirkt“, erklärte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken. Das Gesetz soll erstmals einen einheitlichen, übergreifenden Rechtsrahmen für Medizinregister schaffen, die nicht bereits spezialgesetzlich geregelt sind. Dadurch werden Vergleichbarkeit und Qualität der Register verbessert und die rechtssichere Erhebung und Nutzung von Registerdaten erleichtert. Der vdek hatte in diesem Zusammenhang auf verbindliche Vorgaben zur vollständigen und vollzähligen Datenübermittlung der teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen an die Register hingewiesen. Außerdem soll beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ein Zentrum für Medizinregister eingerichtet werden. Es übernimmt Koordinierungs- und Beratungsaufgaben, führt das Medizinregisterverzeichnis, bietet ein freiwilliges Qualifizierungsverfahren zur Datenverarbeitung an und unterstützt die Vernetzung der Register. *pm*

**Ersatzkassen bereiten Online-Wahlen 2029 vor**

Wählen per Mausclick? Das soll bei der nächsten Sozialwahl bei den Ersatzkassen erneut möglich sein. Nach der erfolgreichen Durchführung des Modellprojektes „Online-Wahlen 2023“ bereiten die TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH und hkk alles für eine digitale Stimmabgabe neben der bewährten Briefwahl bei den Sozialwahlen 2029 vor. Ende März ist die Gesellschafterversammlung erstmals in einer konstituierenden Sitzung zusammengekommen und hat Dieter F. Märtens (alternierender Verwaltungsratsvorsitzender TK) zum Sitzungsleiter und Sylvi Krisch (Verwaltungsratsvorsitzende BARMER) zur Stellvertreterin ernannt. Nun gehen die Vorbereitungen in die nächste Phase: „Die Durchführung einer sicheren und funktionsfähigen Online-Wahl haben wir bereits einmal unter Beweis gestellt. Auch dieses Mal werden wir alles daran setzen, einen reibungslosen Ablauf der zusätzlichen Stimmabgabe gewährleisten zu können“, sagt Holger Schlicht (DAK), Sprecher der ARGE –Online-Wahlen 2029. *pm*

 **07.05.2026** Unter dem Titel „Souverän, sicher, vertraulich: Das deutsche Gesundheitswesen auf dem Weg zum digitalen Champion“ findet das **Digitalforum Gesundheit 2026** statt. Cybersecurity im deutschen Gesundheitswesen ist heute ein zentraler Faktor für Versorgungssicherheit, Vertrauen und digitale Transformation. → [t1p.de/9yoq7](https://t1p.de/9yoq7)

 **19.05.2026** Was sich aus Gesundheitskrisen lernen lässt, um für künftige Herausforderungen besser gewappnet zu sein, wird auf der **Jahrestagung der Leibniz-Sozietät der Wissenschaften zu Berlin e.V.** mit dem Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin und der Berliner Medizinischen Gesellschaft diskutiert. → [t1p.de/16cl7](https://t1p.de/16cl7)



**PRESSESCHAU**

**Finanzkommission I**

„Hand und Fuß haben die Vorschläge für die Begrenzung der Kosten. [...] Die Krankenversicherung hat kein Einnahmen-, sondern ein Ausgabenproblem. Die Koalition muss aber den Mut und die Kraft aufbringen, sich mit den Lobbygruppen im Gesundheitswesen anzulegen. Angesichts der labilen Beziehung zwischen Union und SPD ist offen, ob die dem Druck standhalten wird.“

FRANKFURTER RUNDSCHAU, 31.03.2026

**Finanzkommission II**

„Zu Recht legen die Gutachter großen Wert auf medizinische Evidenz. Was nichts bringt, soll weg: Homöopathie, überflüssige Zahnspangen und Hautkrebsuntersuchungen, vorschnelle Operationen. Auch die weitgehend ungeprüfte Übernahme der Krankenpflegekosten durch die Kassen gehört abgeschafft, sie lädt zur Zweckentfremdung geradezu ein.“

FAZ, 31.03.2026

**Finanzkommission III**

„Natürlich wird in den kommenden Tagen und Wochen jede Interessengruppe erklären, warum sie verschont bleiben muss. Und die meisten werden medial Gehör finden. Das Schlauste wäre es daher, vor niemandem zu kapitulieren [...] und einfach alle Kommissionsvorschläge umzusetzen. Und auch bei den anderen Reformen aufs Tempo zu drücken.“

NEUE OSNABRÜCKER ZEITUNG, 30.03.2026



## AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

### Impfung für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche zwischen zwei und 17 Jahren mit Risikofaktoren für schwere Pneumokokken-Erkrankungen haben künftig – analog zu den Personen ab 18 Jahren – Anspruch auf eine Impfung mit 20-valentem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV20). Für die genannte Personengruppe bewertete die Ständige Impfkommission (STIKO) die einmalige PCV20-Impfung gegenüber der bisher empfohlenen sequenziellen Impfung (PCV13/PCV15 + PPSV23) in der Gesamtschau als überlegen. Der G-BA hat seine Schutzimpfungs-Richtlinie an die aktualisierte Empfehlung der STIKO entsprechend

angepasst. Der Beschluss tritt nach Nichtbeanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

### Austauschbarkeit von Biologika

Der G-BA-Beschluss zur Austauschbarkeit von Fertigarzneimitteln mit biotechnologisch hergestellten Wirkstoffen in Apotheken ist am 1. April 2026 in Kraft getreten. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte die Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie um einen neuen §40c in Abschnitt M nicht beanstandet. Diese Regelungen definieren die Voraussetzungen, unter denen Apotheken ein ärztlich verordnetes Biologikum durch ein preisgünstigeres Produkt ersetzen können. In Bezug auf das Kriterium der Zulassungszusammenhänge können die Apotheken für ihre Abgabeentscheidung – neben der Apothekensoftware beziehungsweise

den Preis- und Verzeichnisdiensten – die Anlage VIIa der Arzneimittel-Richtlinie als Informationsquelle nutzen. Sie bietet eine Übersicht über die Zusammenhänge der in Deutschland zugelassenen Biologika sowie deren Biosimilars.

### Neue Früherkennung seit April

Die Lungenkrebs-Früherkennung ist seit April 2026 Teil der gesundheitlichen Versorgung: Aktive und ehemalige starke Raucherinnen und Raucher im Alter zwischen 50 und 75 Jahren können jetzt alle 12 Monate mittels Niedrigdosis-Computertomographie (NDCT) untersucht werden. Ziel ist es, bei diesem besonders gefährdeten Personenkreis Lungenkrebs möglichst früh zu erkennen. Die neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen beruht auf einem Beschluss des G-BA sowie der vorausgegangenen Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung des Bundesumweltministeriums. *pm*



## Prävention stärken

Bei den Gesundheitsausgaben belegt Deutschland den europäischen Spitzenplatz, doch bei der Lebenserwartung reicht es nur fürs Mittelfeld. Gesundheitsförderung und Prävention müssen daher in allen gesellschaftlichen Bereichen

einen deutlich höheren Stellenwert bekommen. Das fordert der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, der dazu ein Positionspapier beschlossen hat. Der Verwaltungsratsvorsitzende und Versichertenvertreter Uwe Klemens betont die Potenziale: „Gesundheitsförderung und Prävention sind wirksame Hebel, um die Gesundheit der Menschen und zugleich die Zukunftsfähigkeit unseres Sozialversicherungssystems zu erhalten. Wir brauchen Rahmenbedingungen, die es den Menschen so einfach wie möglich machen, sich im Alltag gesundheitsförderlich zu verhalten – also da, wo sie leben und arbeiten. Kosteneffektive und machbare Maßnahmen zur Reduzierung von zentralen Risikofaktoren wie Rauchen und Alkoholkonsum sowie zur Förderung von gesunder Ernährung und mehr Bewegung gibt es. Die Politik muss nur endlich die Durchsetzungskraft aufbringen, die notwendigen Entscheidungen zu treffen.“ *pm*

→ [t1p.de/3jm6e](https://t1p.de/3jm6e)

## Erfolgreiche Zwischenbilanz für „Mehr Patientensicherheit“

Seit zwei Jahren können Versicherte über ihre persönlichen Erfahrungen aus der Gesundheitsversorgung auf dem Webportal → [mehr-patientensicherheit.de](https://mehr-patientensicherheit.de) berichten – egal, ob es um einen Krankenhausaufenthalt geht, eine Behandlung in einer Arztpraxis oder um Leistungen eines Pflegedienstes. Ziel des vom vdek und seinen Mitgliedschaften initiierten Webportals ist es, aus den berichteten Fällen Erkenntnisse für die Verbesserung der Versorgung zu gewinnen. Seit dem Start haben die Versicherten und ihre Angehörigen über 1.800 Fälle im Portal hinterlegt. In 60 Prozent der Berichte kam eine Patientin oder ein Patient zu Schaden, meist auf vermeidbare Weise. Diese Zwischenbilanz zeigt die große Relevanz des Themas. Daher haben die Ersatzkassen vereinbart, das Projekt bis mindestens Ende 2026 fortzuführen. Außerdem hat sich das Projekt für andere Krankenkassen geöffnet, sodass bereits mehrere Betriebskrankenkassen beigetreten sind. *pm*

**D**ie psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist weltweit einzigartig. Die Zahl der ambulant tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist von rund 25.600 (im Jahr 2013) auf etwa 40.000 (im Jahr 2024) gestiegen – ein Zuwachs von über 50 Prozent. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für psychotherapeutische Leistungen haben sich im gleichen Zeitraum von 1,59 Milliarden Euro auf 3,57 Milliarden Euro mehr als verdoppelt. Gleichzeitig gibt es historisch gewachsen unterschiedliche Stundenkontingente, wobei bislang kein Nachweis für einen höheren Nutzen bei besonders langen Therapien vorgelegt werden konnte. Vor dem Hintergrund der angespannten Finanzsituation der Krankenkassen muss daher nach Effizienzreserven innerhalb

des bestehenden Systems gesucht werden, um die psychotherapeutische Versorgung möglichst vieler Menschen auch in Zukunft sicherstellen zu können.

Die Ersatzkassen fordern einen strukturellen Kurswechsel – umfassend, deutlich und mit spürbaren Veränderungen für Praxen und Patientinnen und Patienten. Die Zulassung von immer mehr Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten löst die Probleme nicht. Dafür bedarf es einer besseren Transparenz über die tatsächliche Erfüllung der Versorgungsaufträge und ein Mitgestaltungsrecht der Prüffregeln für die Krankenkassen. Ein zentraler Kritikpunkt betrifft die Therapiefrequenz. Kassenabrechnungen zeigen, dass der Abstand zwischen den Sitzungen im Durchschnitt 18 Tage beträgt. Studien zeigen: Das ist zu lang und reduziert die Wirksamkeit der Therapie. Die Folge sind verlängerte Therapien, verzögerte Therapiefortschritte und blockierte Kapazitäten. Künftig sollte es daher nicht nur eine Obergrenze für Stunden geben, sondern auch eine Frist, innerhalb derer diese genutzt werden müssen: Therapie als strukturierter Prozess und nicht als lose Abfolge von Terminen.

Auch die unterschiedlichen Stundenkontingente bedürfen einer Anpassung. Obwohl Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte, Analytische und Systemische Therapie offiziell als gleich wirksam gelten, unterscheiden sich ihre genehmigten Stundenkontingente teils erheblich.

# Struktureller Kurswechsel ist notwendig



Text von **Sibylle Malinke**

Trotz zahlreicher Reformen, zusätzlicher Praxissitze, einer Verdoppelung der Leistungsausgaben sowie eines stetig wachsenden Leistungsangebots bleiben die **Kernprobleme des ambulanten Psychotherapieangebots** bestehen: unzureichende Steuerung in eine passgenaue Therapie – besonders für schwer Erkrankte – und ineffiziente Versorgungsstrukturen.

Das widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Das ist historisch gewachsen, aber nicht evidenzbasiert. Daher fordern die Ersatzkassen eine Vereinheitlichung der Stundenkontingente – orientiert am Verfahren der Verhaltenstherapie. So werden Kapazitäten in den psychodynamisch orientierten Verfahren frei.

### **Paradigmenwechsel**

Die Gruppentherapie gilt in vielen klinischen Bereichen längst als Standard, wirkt bei zahlreichen Störungsbildern ähnlich gut wie die Einzelbehandlung und erlaubt es, deutlich mehr Patientinnen und Patienten zu versorgen. Doch in der ambulanten Realität bleibt sie ein Randangebot. Unter 10 Prozent der Sitzungen finden in Gruppen statt. Um die Gruppentherapie zu stärken, sollten neue Kassensitze sowie Nachbesetzungen an die Bedingung geknüpft werden, mindestens 40 Prozent der Leistungen als Gruppentherapie zu erbringen. Ein Paradigmenwechsel weg von der Einzelpraxis, hin zu teamorientierten Strukturen.

Für Patientinnen und Patienten besonders relevant: Der Zugang zur Therapie muss gerechter werden. Die Terminalservicestellen, bisher eher Notnagel als Steuerungsinstrument, sollten eine zentrale Rolle spielen. Wer nach der ersten Sprechstunde als dringlich eingestuft wird, sollte schneller eine vollständige Therapie vermittelt bekommen, nicht nur einen Probatoriktermin, der heutzutage zu oft ins Leere führt. Mindestens die Hälfte aller frei werdenden Plätze sollte dafür reserviert werden. Parallel dazu muss die Digitalisierung vorangetrieben werden. Videotherapie ist ein erprobtes Instrument, das gerade im ländlichen Raum und bei mobilitätseingeschränkten Menschen den Zugang zur Versorgung erheblich erleichtern kann. Auch digitale Programme und

hybride Modelle sollten endlich selbstverständlicher Teil der Regelversorgung werden. Die Ziele: klassische Therapien fokussieren, Ressourcen schützen, neue Zielgruppen erreichen.

### **Digitalisierung**

Bürokratieabbau schafft weitere Kapazitäten und beschleunigt die Zeit bis zur Bewilligung einer Therapie: mit der Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens und der Umwandlung des verpflichtenden Konsiliarverfahrens in ein optionales. Die konsequente Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) erhöht die Patientensicherheit. Eine von der Politik diskutierte Abschaffung der Zerteilung der Kurzzeittherapie wäre hingegen ein struktureller Rückschritt und würde die Versorgungskapazitäten weiter verknappen.

Psychische Gesundheit ist längst eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Ursachen von Belastung und Erkrankung liegen auch in der Arbeitswelt, in Unsicherheiten, Krisen, sozialen Spannungen. Prävention, auch in der Arbeitswelt, Aufklärung, Entstigmatisierung – all das muss stärker werden, wenn die Zahl der Betroffenen nicht weiter steigen soll. Die Reformvorschläge markieren keinen kleinen Eingriff, sondern einen Umbau des Systems. Ob und wie schnell sie umgesetzt werden, hängt von Politik und Selbstverwaltung ab. Doch klar ist: Ein „Weiter so“ wird auf lange Sicht kaum jemandem helfen, weder den Wartenden noch denen, die sie behandeln. ■

→ [t1p.de/xfox2](http://t1p.de/xfox2)

**Die Gruppentherapie gilt in vielen klinischen Bereichen längst als Standard und wirkt bei zahlreichen Störungsbildern ähnlich gut wie Einzelbehandlung.**



**Sibylle Malinke** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Gesundheit beim vdek



# »Wir müssen stärker auf Delegation setzen«

Interview von **Annette Kessen**

Gesundheitssysteme im Vergleich: **Prof. Dr. Claus Wendt** beschäftigt sich mit der Soziologie der Gesundheit und des Gesundheitssystems und zeigt auf, wo Deutschland im internationalen Kontext steht, wenn es um die medizinische und pflegerische Versorgung, um Qualität, Kosten und Zugang geht.

**Wie gut schneidet das deutsche Gesundheitssystem im Vergleich zu Gesundheitssystemen anderer Länder ab und wie hoch ist das Vertrauen der Bevölkerung in jenes?**

**PROF. DR. CLAUD WENDT** Das Leistungsniveau des deutschen Gesundheitssystems ist im internationalen Vergleich auf einem mittleren Niveau. Wir haben ein sehr gut ausgebildetes ärztliches und pflegerisches Gesundheitspersonal. Die Kosten für Gesundheit sind in Deutschland mit mehr als 12 Prozent des Bruttoinlandsproduktes vergleichsweise hoch, das ist mehr als in den Niederlanden, Schweden oder in der Schweiz. Wir haben erhebliche organisatorische Defizite, die das Ganze teilweise teuer machen und dafür sorgen, dass unsere Gesundheitsleistungen nicht deutlich besser sind. Wir leisten uns beispielsweise Doppelstrukturen und bieten fachärztliche Leistungen ambulant in kleinen Praxen und stationär in Krankenhäusern an. In anderen Ländern werden die meisten fachärztlichen Leistungen dagegen ambulant und stationär in Krankenhäusern bereitgestellt. Das mit Abstand teuerste Gesundheitssystem der Welt ist das US-amerikanische System. Mehr als 17 Prozent des Bruttoinlandsproduktes wird in den USA für Gesundheit ausgegeben, und viele Menschen dort kommen gar nicht in den Genuss von Gesundheitsleistungen. Was das Vertrauen betrifft, so ist die Zufriedenheit mit Ärztinnen und Ärzten und dem Gesundheitspersonal hierzulande vergleichsweise hoch, da liegen wir im europäischen Durchschnitt, in Teilen auch etwas besser, etwa im Vergleich zu Großbritannien. Wenn es um das Vertrauen ins Gesundheitssystem geht, stehen wir ebenfalls ganz gut da, auch da scheinen wir von dem sehr ordentlichen Leistungsniveau zu profitieren. Allerdings sinkt das Vertrauen sofort, sobald jemand schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem macht, zum Beispiel wenn man vom Zugang zu bestimmten Leistungen ausgeschlossen wurde oder man bestimmte Leistungen aufgrund hoher Eigenbeteiligung nicht zahlen kann.

**Sie haben organisatorische Defizite erwähnt. Welche sind das?**

Blicken wir auf den ambulanten Bereich. In Deutschland gehen die Menschen im internationalen Vergleich häufig zur Ärztin oder zum Arzt, eine zielgerichtete Patientensteuerung zur fachärztlichen Behandlung gibt es nicht. Dieses Problem will das Bundesgesundheitsministerium jetzt angehen mit

einem Primärversorgungssystem, was richtig ist. Wir brauchen eine gute Primärversorgung, die viele andere Länder, beispielsweise die Niederlande und die skandinavischen Länder, bereits erfolgreich etabliert haben. Dort ist es so, dass man für einen längeren Zeitraum, in der Regel für ein Jahr, bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt bleiben muss. Die Steuerung zu Fachärztinnen und Fachärzten läuft über diese Hausarztpraxis. Das funktioniert gut und hat erhebliche positive Folgewirkungen. Was

**»Was nicht funktioniert, ist eine Steuerung über finanzielle Anreize oder Bestrafungen wie eine Kontaktgebühr.«**

nicht funktioniert, ist eine Steuerung über finanzielle Anreize oder Bestrafungen wie eine Kontaktgebühr, und zwar, weil solche Zuzahlungen nicht zwischen notwendigen und nicht notwendigen Leistungen unterscheiden. Personen mit einem höheren Einkommen interessiert das gar nicht, für diejenigen in den unteren Einkommensgruppen aber stellt das eine erhebliche Belastung dar, was dazu führen kann, dass wirklich notwendige Leistungen nicht in Anspruch genommen werden. Studien zeigen auch, dass die Verpflichtung, immer zuerst die

Hausarztpraxis oder ein Primärversorgungszentrum aufzusuchen, sich auf keinen Fall negativ auf die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem auswirkt. Die Personen bleiben meistens jahrelang bei ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt. Ärzte-Hopping und Doppeluntersuchungen und damit auch Zusatzkosten werden vermieden. Es heißt immer, die Einschränkung der freien Arztwahl würde von der Bevölkerung abgelehnt und erhebliche negative Folgen für die Patientinnen und Patienten haben. Im internationalen Vergleich sehen wir das nicht.

**Was können wir von Vorreiterländern lernen?**

Dänemark hat ein gut funktionierendes Hausarztprinzip, wo es sich in der Regel um größere Hausarztpraxen handelt. In den Niederlanden, Schweden, Norwegen und Finnland befinden sich die Hausärztinnen und Hausärzte in der Regel in Primärversorgungszentren, was aus meiner Sicht die Zukunft ist. Wir müssen weg von Einzelpraxen oder kleinen Gemeinschaftspraxen. Denn so eine Praxis muss organisiert werden, dafür braucht es Personal, dazu kommt die finanzielle Abwicklung. Das funktioniert



in kleinen Einheiten deutlich schlechter als in größeren Primärversorgungseinheiten. Das müssen nicht reine Ärztehäuser sein, es geht ja sowieso zunehmend um Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen, auch das kennen wir aus den anderen Ländern. Dort finden sich dann beispielsweise fünf Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, eine Handvoll unterschiedlicher Fachärztinnen und Fachärzte, dazu Physiotherapie, Hebammen und natürlich Krankenpflegefachpersonal. In vielen Ländern haben die Pflegefachkräfte einen akademischen Abschluss und übernehmen häufig Leistungen, die in Deutschland noch Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind. Wir müssen aber die Aufgaben anders verteilen, gerade mit Blick auf den Fachkräftebedarf und demografi-

schischen Wandel, aber auch, um einer Überlastung der Hausärztinnen und Hausärzte entgegenzuwirken.

**Stichwort Aufgabenverteilung: Der vdek erprobt mit seinen Regionalen Gesundheitspartnern den Einsatz von Physician Assistants (PA).**

Physician Assistants bergen ein enormes Potenzial, was wir auch wieder in den Niederlanden und Skandinavien sehen, wo Delegation auf hohem Niveau betrieben wird. In Deutschland tut man sich damit noch schwer, was mit unserem arztzentrierten System zusammenhängt. Aber wir müssen stärker auf Delegation setzen.

Neben den Physician Assistants spielen die Advanced Practice Nurses (APN) eine große Rolle. Sie werden an Universitäten ausgebildet und übernehmen arztnahe Tätigkeiten, aber auch Managementaufgaben. Sie leisten Besuche zu Hause oder in Pflegeheimen

und schalten bei Bedarf eine Ärztin oder einen Arzt per Video dazu, die oder der gegebenenfalls weitere Elemente der Diagnose stellt und entsprechende Entscheidungen trifft. Bei dieser Akademisierung der Pflege stehen wir leider noch ganz am Anfang. Da müssen wir aber hin, um Pflegeberufe attraktiver zu machen. In anderen Ländern sehen wir, dass sich immer mehr Menschen für Pflegeberufe interessieren, wenn sie eigenständig Entscheidungen treffen und mehr Verantwortung übernehmen können, bessere Aufstiegs- und Einkommenschancen haben. Damit begegnet man dem Fachkräftebedarf, entlastet Ärztinnen und Ärzte und spart in der Summe Geld.

**Wie trägt Digitalisierung zur Entlastung bei?**

Die Digitalisierung bietet unheimlich viele Möglichkeiten. Auch hier sind uns die skandinavischen und auch die baltischen Staaten weit voraus. Die digitalen Prozesse laufen bei uns nicht so, wie sie eigentlich jetzt schon könnten. Ein Beispiel: Jemand erhält im Krankenhaus eine Diagnose, es wird eine Blutuntersuchung gemacht, die Person wird entlassen, geht eigenständig zu ihrem Hausarzt und dieser macht wieder eine Blutuntersuchung, weil er die Blutwerte nicht hat. Ähnliches sehen wir bei bildgebenden Verfahren. Viele Dinge werden doppelt und dreifach gemacht, das passiert in anderen Ländern nicht. Die elektronische Patientenakte muss hierzulande noch stärker zum Tragen kommen. Interessant ist auch, dass die Länder mit einem Primärversorgungsprinzip sehr viel früher eine elektronische Patientenakte eingeführt haben als Deutschland. Hier sehe ich die Dynamik, dass Hausärztinnen und Hausärzte stärker an Kooperation und Informationsweitergabe interessiert sind, weil sie die Leistungen für ihre Patientinnen und Patienten verbessern wollen und die Abläufe für sie selbst ebenfalls vereinfacht werden. Schweden und die Niederlande gehen noch einen Schritt weiter und arbeiten derzeit daran, eine einheitliche elektronische Patientenakte für Gesundheitsversorgung und Pflege anzubieten. Das halte ich für unbedingt erforderlich.

**Was versprechen Sie sich davon?**

Angesichts der Alterung der Gesellschaft kann ein sehr gutes Gesundheitssystem künftig nur noch funktionieren, wenn eine enge Anbindung an die Pflege gegeben ist. Wenn ein Patient mit



**»Viele Dinge werden doppelt und dreifach gemacht, das passiert in anderen Ländern nicht.«**

Pflegestufe 2 aus dem Krankenhaus entlassen wird, sollten die Pflegenden wissen, was sich am Zustand geändert hat. Diese Informationen haben auch andere Länder noch nicht digital organisiert. In Schweden passiert das jetzt in Form von Pilotprojekten. Einen interessanten Weg geht Dänemark. Wird dort ein älterer Patient in ein Krankenhaus eingeliefert, ist von Beginn an eine Krankenpflegekraft oder jemand aus dem Pflegemanagement der jeweiligen Kommune involviert. In Dänemark ist die Kommune für die Pflege zuständig und während des stationären Aufenthalts in die Versorgung eingebunden. Sie kann entsprechend frühzeitig die Hauskrankenpflege organisieren und die Hausarztpraxis im Rahmen eines Ampelsystems informieren: Grün bedeutet, bei dem Patienten ist alles wie gehabt und er sucht bei Bedarf die Praxis auf. Gelb meint, es muss innerhalb der nächsten Tage ein Hausbesuch erfolgen, den dann oft die Advanced Practice Nurse übernimmt. Bei Rot muss jemand am selben Tag vor Ort sein. Diese Informationen und Koordination laufen über elektronische Prozesse und erleichtern das Entlassmanagement enorm.

#### **Wie bewerten Sie die Vernetzung der einzelnen Sektoren insgesamt?**

In Deutschland haben wir besonders starre Sektorengrenzen. Das hängt auch mit den unterschiedlichen Finanzierungsmodellen in der ambulanten und stationären Versorgung und in der Pflege zusammen. Mit Blick auf das Entlassmanagement gehe ich aber davon aus, dass es im Zuge der Krankenhausreform, die ja nun endlich kommen wird, besser wird. Die Reform führt dazu, dass sich die Anzahl der Krankenhäuser verringert und es dafür größere und spezialisiertere Krankenhäuser gibt. Das ist gut, denn größere Zentren haben mehr Kapazitäten und Möglichkeiten. Um es noch besser zu machen, können wir wieder von Dänemark lernen. Dort gibt es das Versorgungskonzept Hospital At Home, was auf Krankenhausvermeidung und Reduzierung der Krankenhausverweildauer abzielt. Patientinnen und Patienten, die nicht auf Hochleistungsmedizin im Krankenhaus angewiesen sind, werden zu Hause von einem Team aus Krankenhauspersonal und Pflegefachkraft der Kommune versorgt. Das senkt nicht nur Kosten, sondern verbessert wahrscheinlich sogar die Versorgungsqualität, weil man weiß, dass die häusliche Umgebung zur Genesung beiträgt.



#### **Sie forschen auch zur gesundheitlichen Ungleichheit. Wovon wird diese beeinflusst?**

Natürlich haben das Gesundheitssystem und die Pflege, aber auch der Wohlfahrtsstaat insgesamt Einfluss auf gesundheitliche Ungleichheit. Allerdings zeigen Studien, dass der Einfluss des Gesundheitssystems nur etwa 10 Prozent beträgt. Das ist an sich gut, heißt jedoch zugleich, dass gesundheitliche Ungleichheit zu 90 Prozent anderweitig beeinflusst wird. Hier sind die drei großen Einflussfaktoren Ernährung, Bewegung sowie der Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen. In der heutigen Zeit kommen noch die sozialen Medien dazu, unter anderem mit dem Effekt, dass sich Menschen noch weniger bewegen, was sich insbesondere im Kindes- und Jugendalter negativ auswirkt. Wenn wir dann die Gesellschaft in unterschiedliche soziale Gruppen einteilen und die untersten und obersten 20 Prozent der Gesellschaft miteinander vergleichen, sehen wir einen Unterschied in der Lebenserwartung von etwa 10 Jahren. Und der Gesundheitszustand der Personen der untersten Gruppe ist auch bereits 20 oder 30 Jahre vorher schon deutlich schlechter.

#### **Wo steht Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern?**

Deutschland hat eine höhere gesundheitliche Ungleichheit als zum Beispiel Länder wie Norwegen oder Schweden. Das hat verschiedene Gründe. Dazu zählen unter anderem der Umstand, dass sich einige Personen privat versichern können, andere nicht, sowie bestimmte Strukturen und Abläufe. In vergleichenden Studien konnten wir zum Beispiel

**Claus Wendt** ist seit 2009 Professor für Soziologie der Gesundheit und des Gesundheitssystems an der Universität Siegen. Von 2008 bis 2009 war er Harkness/Bosch Fellow of Health Policy & Practice an der Harvard School of Public Health und J. F. Kennedy Fellow am Center for European Studies der Harvard University. Vorher war er Projektleiter am Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Heidelberg. Seine Forschungsinteressen sind die international vergleichende Wohlfahrtsstaats- und Gesundheitssystemforschung, Ungleichheitsforschung und die vergleichende Institutionenanalyse.





zeigen, dass vor allem höhere Bildungsschichten von einer freien Arztwahl und von freiwilligen Präventionsleistungen profitieren. Allerdings ist es schwierig zu benennen, in welchen Ländern es sehr viel besser läuft und wieso. Einige Studien zeigen beispielsweise, dass auch in Skandinavien eine relativ hohe gesundheitliche Ungleichheit besteht. Wenn man genau hinguckt, besteht die Ungleichheit vor allem zwischen denen, die besonders weit unten beziehungsweise oben sind. Wenn es einer Person in einem gut ausgebauten Wohlfahrtsstaat schlecht geht, dann hat es oft mehrere Gründe, da spielen vielleicht Alkoholmissbrauch oder psychische Probleme mit rein. Wenn man sich aber die Gruppen mit einem mittleren Bildungs- oder Einkommensniveau anschaut,

## »Prävention sollte eine größere Rolle zukommen.«

sehen wir in den skandinavischen Ländern eine deutlich geringere Ungleichheit, als es in Deutschland der Fall ist.

### Wie kann gesundheitlicher Ungleichheit begegnet werden?

Prävention sollte eine größere Rolle zukommen. Auch kleine Veränderungen können viel bringen. So sitzen in einigen Ländern in Gesundheits- oder Primärversorgungszentren auch Expertinnen und Experten für Ernährung, die Personen mit schwerem Übergewicht oder Diabetes zielgerichtet beraten, sodass Patientinnen und Patienten dafür nicht extra erneut den Weg zum Zentrum auf sich nehmen müssen. Dort werden auch alle Gesellschaftsschichten erreicht. Grundsätzlich sehen wir, dass auch außerhalb des Gesundheitssystems staatliche Regulierungen – womit wir uns in Deutschland schwertun – einen großen Effekt haben. Die Niederlande und Schweden haben ein Tempolimit auf Autobahnen, das streng kontrolliert wird, und die Zahl der Verletzten durch Verkehrsunfälle ist bezogen auf die Bevölkerungszahl in Deutschland mehr als doppelt so hoch wie in diesen beiden Ländern. Oder blicken wir auf eine Zuckersteuer, die allen voran die skandinavischen Länder und England erfolgreich auf den Weg gebracht haben. Ähnlich wie bei einer Tabaksteuer führt das zu einer Reduzierung des Konsums, was insbesondere bei einkommensschwachen Gruppen

einen großen Effekt hat. Mit Maßnahmen, die eher auf Informationseffekte setzen, werden eher die Mittel- und Oberschichten erreicht. Noch ein weiteres Beispiel für Regulierung: In England ist man dazu übergegangen, dass es im Umfeld von Schulen bestimmte

Kioske oder Fast-Food-Ketten nicht geben darf. Man kann ähnliches aber auch erreichen, indem man auf gesunde Speisen in Kindergärten, Schul- und Universitätskantinen setzt. Und nicht zuletzt muss man die Industrie verpflichten und vorgeben, was sie in welcher Form anbieten und bewerben dürfen. Natürlich ist auch jede und jeder Einzelne selbst gefragt, aber Regulierung und Verpflichtung sollten vor Anreizen für das individuelle Verhalten stehen. Denn hier kommt man schnell zu der Schlussfolgerung, dass die Menschen selbst schuld sind, wenn sie sich nicht gesundheitsbewusst verhalten. ■

#regionalstark

ist eine gemeinsame  
Öffentlichkeitsinitiative  
der Ersatzkassen



VDEK-LANDESVERTRETUNG BERLIN/BRANDENBURG

## Krankenkassen müssen Fehlfahrten nicht zahlen

**M**it seinem Urteil vom 2. Januar 2026 hat das Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg eine zentrale Frage zur Finanzierung des Rettungsdienstes im Land Brandenburg geklärt. **Das Gericht stellte fest: Kosten für Fehlfahrten und Fehleinsätze im Rettungsdienst – also Einsätze ohne anschließenden Patiententransport – sind Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge.** Sie müssen daher von den Trägern des Rettungsdienstes getragen werden. Eine Umlage auf die Krankenkassen und damit auf die Beitragszahlenden ist nach Auffassung des Gerichts nicht gerechtfertigt. Die Krankenkassen sehen sich durch das Urteil in ihrer Rechtsauffassung bestätigt. Ihre Einschätzung stützt sich auf die bislang bekannt gewordenen tragenden Gründe der Entscheidung. Die schriftliche Urteilsbegründung liegt derzeit noch nicht vor. Vorausgegangen war ein jahrelanges Ringen um eine Lösung zwischen den Krankenkassen und den Landkreisen beziehungsweise kreisfreien

Städten als Trägern des Rettungsdienstes in Brandenburg. Hintergrund ist die dynamische Entwicklung im Rettungswesen. **In den vergangenen zehn Jahren ist die Zahl der Einsätze deutlich gestiegen, gleichzeitig nahmen auch die Kosten zu, die die Landkreise den Krankenkassen in Rechnung stellen.** Besonders stark wuchs die Zahl der Fehlfahrten: Zwischen 2016 und 2022 stieg sie um 92 Prozent, während Einsätze mit anschließender Fahrt ins Krankenhaus lediglich um 18 Prozent zunahmten. Das Urteil schafft damit eine wichtige Grundlage, den begonnenen Prozess zur Einführung einer transparenten und effizienten Kosten-Leistungs-Rechnung bei den Rettungsdienst-trägern weiterzuführen und die Finanzierung langfristig nachvollziehbar und rechtssicher zu gestalten. Aus Sicht der Krankenkassen ist dies ein wichtiger Schritt, um die Finanzierung des Rettungsdienstes künftig klarer zu strukturieren und die Beitragszahlenden zu entlasten. *ug*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BADEN-WÜRTTEMBERG

## Gemeinsam für eine gute gesundheitliche Versorgung im Land

**V**erantwortung für eine qualitativ gute gesundheitliche Versorgung übernehmen, das können wir nur gemeinsam. Daher begrüßt die vdek-Landesvertretung bei einem Austausch in der Geschäftsstelle des Landkreistags Baden-Württemberg in Stuttgart ausdrücklich den Anstoß des Präsidenten des Landkreistags, Dr. Achim Brötel, im Rahmen einer „Verantwortungsgemeinschaft“ wichtige Impulse für die gesundheitliche Versorgung zu setzen. Dabei hilft ein gemeinsames Demokratieverständnis. Brötel ist sowohl auf Bundesebene als auch auf Landesebene Präsident des Landkreistags. **Im Mittelpunkt des Gesprächs standen zentrale Fragen der Krankenhauspolitik.** Beide Seiten wünschen sich hier den Dialog mit allen Beteiligten. Insofern unterstützt der vdek die



Vor der Geschäftsstelle des Landkreistags in Stuttgart (v.l.): Frank Winkler (stellvertretender Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg), Michael Mruck (Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg), Landrat Dr. Achim Brötel (Präsident des Landkreistags Baden-Württemberg) und Prof. Dr. Alexis von Komorowski (Hauptgeschäftsführer des Landkreistags Baden-Württemberg)

Forderung des Landkreistags nach regionalen Strukturgesprächen gegenüber dem Land. Weitere wichtige Themen waren der Rettungsdienst, hier insbesondere die Bildung von Leitstellenverbänden und die sich daran anschließenden Finanzierungsfragen, darüber hinaus die gemeinsame Herausforderung einer möglichst flächendeckenden hausärztlichen Versorgung und wie die Ersatzkassen eine bedarfsgerechte Kreispflegeplanung unterstützen können. **Im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung lässt sich im Rahmen des Health-in-All-Policies-Ansatzes mit Partizipation, Empowerment und Gesundheitskompetenz in der kommunalen Lebenswelt viel bewegen und umsetzen.** Hierzu setzt der vdek derzeit Gesundheitsförderungsprojekte im kommunalen Setting um. *fw*

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

## Generationsübergreifend Gesundheit fördern

**B**ewegung verbindet Generationen und stärkt die Gesundheit: Mit dem Projekt „SeKiB4SN – Seniorinnen und Senioren bringen Kinder in Bewegung im Freistaat Sachsen“ setzt die vdek-Landesvertretung Sachsen im Rahmen der Initiative „Gesunde Lebenswelten“ gemeinsam mit dem Projektpartner der Universität Magdeburg ein starkes Zeichen für nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung. **Im Mittelpunkt des Vorhabens steht eine generationsübergreifende Idee: Als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren qualifizierte Seniorinnen und Senioren engagieren sich ehrenamtlich und gestalten regelmäßig Bewegungsangebote in Kindertagesstätten.** So fördert das Projekt sowohl die frühkindliche Gesundheitsbildung und motorische Entwicklung von Kindern als auch die Bewegung von Seniorinnen und Senioren. Ein zentraler Bestandteil ist zudem der Aufbau von Kooperationsverbänden zwischen Kindertagesstätten und Sportvereinen



unter Einbezug bereits etablierter sächsischer Strukturen und Institutionen. Seit Projektstart im Dezember 2025 konnten bereits erste wichtige Grundsteine gesetzt werden. **Im Rahmen der Akquise von Kitas und der weiteren Vernetzung wurde das Vorhaben bei den Regionalen Arbeitsgruppen für Gesundheitsförderung (RAG) vorgestellt und stieß auf breite Resonanz.** Diese in jedem Landkreis vertretenen Netzwerke bestehen aus kommunalen Akteurinnen und Akteuren zur Koordination und Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort. Darüber hinaus vernetzt sich der Projektpartner mit dem sächsischen Landesseniorenbeirat zur Gewinnung ehrenamtlicher älterer Menschen. „SeKiB4SN“ zeigt, wie Gesundheitsförderung in Lebenswelten gelingen kann: niedrigschwellig, generationenübergreifend und nachhaltig vernetzt mit Kommunen und Sportvereinen. Ein Projekt, das Brücken baut – und Gesundheit als gemeinsame Aufgabe versteht. *js*

---

X **@vdek\_BW** Sonderausgabe 2026 der **#BGF-Koordinierungsstelle** soeben erschienen – Rückblick auf das Berichtsjahr 2025 der BGF-Koordinierungsstelle Baden-Württemberg gewährt interessante Einblicke und setzt neue Maßstäbe. **@MSI\_BW @WinneHermann**

---

X **@vdek\_NRW** In NRW steigen die Eigenanteile für stationäre Pflege weiter: Im 1. Jahr zahlen Heimbewohner\*innen jetzt durchschnittlich 3.582 € pro Monat aus eigener Tasche – Hauptgrund steigende Personalkosten. **#Pflege #Eigenanteil #Finanzierbarkeit**

---

## VDEK-LANDESVERTRETUNG NORDRHEIN-WESTFALEN

# Präventionsprojekt „Unsere kleine Farm III – Gesund aufwachsen in Duisburg“ gestartet

**E**s war ein besonders herzliches Treffen nahezu aller am Projekt beteiligten Menschen und Organisationen, die am 2. Februar 2026 am Ingenhammshof in Duisburg zusammenkamen, um voller Elan und mit großer Vorfreude den Projektstart von „Unsere kleine Farm III – Gesund aufwachsen in Duisburg“ zu feiern. Das innovative Präventionsprojekt hat das Hauptziel, die körperliche und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern und fußt auf verschiedenen tier- und naturgestützten Angeboten rund um Bewegung, Ernährung sowie psychische und auch Klimagesundheit. **Das Gelernte soll direkt in den Alltag der Kinder einfließen – insbesondere durch Aktivitäten mit Tieren und Pflanzen in der Natur.** Das Projekt richtet sich an Kinder in Kitas, Grundschulen sowie weiterführenden Schulen (5./6. Klasse) im Duisburger Norden, wo ein hoher Anteil an Heranwachsenden soziokulturell benachteiligt ist. Der Lernbauernhof in Duisburg ist einer der beiden Projektstandorte und ein Ort, der wie geschaffen scheint, um städtische Kinder ans Landleben heranzuführen. Hier trifft ursprüngliche bäuerliche Kulturlandschaft auf gewaltige Industriekulisse im Landschaftspark Duisburg-Nord – Gegensätze, die das Ruhrgebiet vielerorts prägen. Zwischen Bienen, Gänsen, Hühnern, Ziegen und Pferden können die jungen Projektteilnehmenden die alltäglichen

Abläufe auf dem Hof hautnah miterleben und auch selbst mitgestalten. **Wesentlicher Bestandteil sind der ökologische Ackerbau und die artgerechte Tierhaltung.** So kann bei den Kindern und Jugendlichen auch das Bewusstsein für einen nachhaltigeren Umgang mit Ressourcen erwachsen. Eine konkrete Idee für ein kleines Tierprojekt entstand ebenfalls bereits im Austausch während des Pressetermins: Projektkoordinatorin Eva



**Die Projektbeteiligten vor der Kulisse des Ingenhammshof in Duisburg:** Dominik Herrmann (l.) informierte gemeinsam mit Projektkoordinatorin Eva Sense (3.v.l., mit Pony Räuber) über Details des Projekts. Von der vdek-Landesvertretung waren dabei: Pressesprecher Christian Breidenbach (4.v.l.) und Präventionsreferent Ringo Schoepke (r.)

Sense und ihr AWO-Kollege Dominik Herrmann überlegen, mit einem Teil der Kinder nach und nach die Ziegen so zu zähmen, dass sie bereit für einen stressfreien Transport im Anhänger werden. So kommen vielleicht auch eines Tages die Ziegen in den Genuss, den zweiten Projektstandort, Bauspielplatz Neumühl, kennenzulernen und dort „Urlaub“ zu machen. Eine von vielen kreativen und sinnvollen Ideen, um den Kindern zu zeigen, dass sie durch ihr Handeln viel bewegen können. Das auf drei Jahre angelegte Präven-

tionsprojekt wird von der AWO Integration gGmbH Duisburg umgesetzt und vom Fachbereich Gesundheitswissenschaften der Hochschule Bochum evaluiert. Zudem unterstützen das Gesundheitsamt, das Amt für Schulische Bildung, das Jugendamt sowie das Kommunale Integrationszentrum der Stadt Duisburg das Vorhaben. Gefördert wird das Projekt vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). pb

VDEK-LANDESVERTRETUNG RHEINLAND-PFALZ

## Landtagswahl: Positionen für Gesundheit und Pflege liegen vor

**A**m 22. März 2026 haben die Bürgerinnen und Bürger in Rheinland-Pfalz einen neuen Landtag gewählt und damit die politische Richtung für die kommenden fünf Jahre festgelegt. Im Gesundheitswesen und in der Pflege müssen zahlreiche Baustellen zeitnah und entschlossen angegangen werden. **Der vdek und die Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz setzen sich mit Nachdruck für eine nachhaltige und zukunftsfähige Gesundheits- und pflegerische Versorgung im Land ein.** Vor diesem Hintergrund hat die Ersatzkassengemeinschaft zur Landtagswahl ein gemeinsames Positionspapier veröffentlicht. Darin formulierte sie klare Erwartungen und konkrete Vorschläge für die neue Legislaturperiode – etwa zur zukunftsgerichteten Sicherung der Finanzierung



der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Pflege, zur nutzenorientierten Weiterentwicklung digitaler Angebote, zur gezielten Patientensteuerung und zur qualitätsorientierten und verlässlichen Krankenhausplanung – alles zu finden auf unserer Website im Fokusthema zur Landtagswahl unter → [vdek.com/LVen/RLP](https://vdek.com/LVen/RLP). Hier gibt es auch einen Wahlprüfstein mit Stellungnahmen von Parteien zu zentralen gesundheits- und pflegepolitischen Fragestellungen. **Nun wird sich zeigen, welche inhaltlichen Schwerpunkte die neue Landesregierung setzt und inwieweit die beim Wahlprüfstein formulierten Positionen in konkrete Maßnahmen einfließen.** Der vdek und die Ersatzkassen im Land werden den weiteren Prozess konstruktiv begleiten. *sis*

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

## Klinikreform: Klare Prozesse und Qualitätsstandards gefordert

**A**ktuelle innen- und außenpolitische Entwicklungen setzen die stationäre Versorgung unter Druck. Mit dem Ende Februar 2026 erzielten Kompromiss zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) liegt nun ein klarer Rahmen für die weiteren Schritte der Länder vor. Hessen plant, seine Leistungsgruppenzuweisung bis Ende 2026 abzuschließen und damit die vorgesehenen Spielräume zu nutzen. **Die Landesvertretung setzt auf einen klar abgestimmten Entscheidungsprozess mit der Landesregierung, der sich am neuen hessischen Krankenhausplan orientiert und Qualitätsmaßstäbe nicht weiter verwässert.** Wichtig ist dabei unter anderem, dass die Transformationsmittel gezielt und ausschließlich für tatsächliche strukturelle Veränderungen eingesetzt werden. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion auf dem Kongress Zukunft



Auf dem Podium diskutierten (v.l.) Moderator Jochen Metzner, Prof. Dr. Christian Höftberger, Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft, Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen, und Stefan Sydow, Abteilungsleiter Gesundheit im Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege.

Gesundheit des Klinikverbunds Hessen e. V. Anfang März 2026 betonte Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung: „Die stockende Krankenhausreform schadet vor allem den Patient:innen. Statt struktureller Verbesserungen standen bis zuletzt zunehmend politische Länderinteressen im Vordergrund. Die Gefahr ist groß, dass aus der geplanten Strukturreform eine reine Finanzierungsreform wird. Das muss vermieden werden.“ **Dabei stellte Ackermann klar, dass klare bundesweit verbindliche Leitplanken, eine Konzentration spezialisierter Leistungen dort, wo Qualität und Effizienz gesichert sind, und bei Bedarf mutige Auswahlentscheidungen notwendig seien.** Hessen setze dabei auf die Fortsetzung der guten Zusammenarbeit aller an der Umsetzung Beteiligten: „Nur gemeinsam schaffen wir eine verlässliche und zukunftsfähige Versorgung in Hessen!“ *hk*



Rund 100 Gäste aus Politik, Wissenschaft und Praxis beim vdek-Forum 2026

#### VDEK-LANDESVERTRETUNG BAYERN

## vdek-Forum zur Gesundheitskompetenz diskutiert zentrale Zukunftsfragen

**D**er vdek und die Ersatzkassen setzen sich mit Nachdruck dafür ein, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Vor diesem Hintergrund haben rund 100 Gäste aus Politik, Wissenschaft und Praxis beim vdek-Forum 2026 darüber diskutiert, wie Gesundheitskompetenz nachhaltig gestärkt werden kann und welche politischen, wissenschaftlichen und praktischen Schritte hierfür erforderlich sind. **Eröffnet wurde die Veranstaltung von Bayerns Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, Judith Gerlach (CSU), die die Potenziale des Bayerischen Masterplans Prävention hervorhob und alle beteiligten Akteurinnen und Akteure zur aktiven Zusammenarbeit einlud.** Die fachlichen Impulse der Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft und Praxis verdeutlichten:

Gesundheitskompetenz ist kein Randthema, sondern ein entscheidender Hebel, um Prävention wirksamer zu gestalten und die Versorgung nachhaltig zu sichern. **Wie erfolgreiche Ansätze in der Praxis aussehen können, zeigten drei Best Practice Projekte der Ersatzkassen: „Klimaspürnasen“, „DURCHBLICKT!“ und „fit4future“.** Sie veranschaulichen, wie unterschiedliche Zielgruppen gezielt darin unterstützt werden können, gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen. Thomas Hackenberg, Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, brachte es in seinem Fazit auf den Punkt: „Gesundheitskompetenz ist eine gemeinsame Gestaltungsaufgabe, die konsequent und ressortübergreifend weiterverfolgt werden muss, um die Gesundheitsversorgung in Bayern nachhaltig zu stärken.“ *lf*

VDEK-LANDESVERTRETUNG THÜRINGEN

## vdek auf Thüringer GesundheitsMesse: Betriebliche Gesundheitsförderung im Fokus

**A**m 7. und 8. März 2026 war die Thüringer Landesvertretung erstmals mit einem Stand der BGF-Koordinierungsstelle auf der Thüringer GesundheitsMesse vertreten. Celina Kern (BGF-Koordinierungsstelle Thüringen) und Katharina Röstel (Ansprechpartnerin für das GKV-Bündnis für Gesundheit in Thüringen) präsentierten hier das Thema Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). **Weit über 100 Gespräche mit interessierten Messe- und Fachbesuchern führten die beiden vdek-Kolleginnen während des Wochenendes.** Darunter waren zahlreiche Arbeitgeber, Personalverantwortliche und Beschäftigte, die das Thema BGF in ihren Unternehmen weiterentwickeln oder erstmals angehen wollen – sogar eine Anfrage vom Thüringer Landtag war dabei. Zudem gab es gute Gelegenheiten, sich mit Beauftragten für



**Im Beratungsgespräch:** Katharina Röstel (l.) und Celina Kern stellen die Arbeit und Projekte der BGF-Koordinierungsstelle Thüringen vor.

die Themen BGF und BGM (Betriebliches Gesundheitsmanagement) aus Thüringer Unternehmen zu vernetzen. Vor allem die regelmäßige Webinar-Reihe der BGF-Koordinierungsstelle stieß auf reges Interesse. **In diesem Jahr werden bei den stets gut besuchten Online-Vorträgen unter anderem die Themen alternsgerechte Arbeitswelt, Mental Load am Arbeitsplatz und gesunde Führung im Fokus stehen.** Die Thüringer GesundheitsMesse ist die größte Kontakt- und Informationsmesse zu den Themen Gesundheit und Wohlbefinden in Mitteldeutschland. Sie findet jedes Jahr im Rahmen der traditionellen Thüringen Ausstellung auf dem Erfurter Messegelände statt. Mit dabei waren rund 120 Aussteller, darunter Kliniken, Unternehmen und Institutionen aus dem Gesundheitswesen, Selbsthilfegruppen und Vereine. *ao*

VDEK-LANDESVERTRETUNGEN BREMEN UND NIEDERSACHSEN

## vdek fördert Bewegung gegen digitalen Dauerstress

**W**ie Jugendliche digitale Medien nutzen, prägt ihren Alltag – von Chats über Social Media bis zu Onlineplattformen. Gleichzeitig nehmen Probleme wie Cybermobbing, Desinformation oder ständige Erreichbarkeit zu. **Ein neues Präventionsprojekt in Niedersachsen und Bremen will Jugendliche dabei unterstützen, bewusster mit der digitalen Welt umzugehen – und setzt dabei auf Bewegung.** Möglich wird das durch eine finanzielle Förderung des vdek. Unter dem Titel „Let’s move it – fit für die digitale und analoge Welt“ richtet sich das Programm an 13- bis 15-Jährige. Insgesamt 75 Klassen aus sieben Schulen in sozial benachteiligten Quartieren nehmen teil. Entwickelt wurde das Projekt, das bis Januar 2029 dauert, vom Institut für Gesundheitsförderung



und Pädagogische Psychologie Bremen. **Während einwöchiger Projektphasen setzen sich die Jugendlichen mit Themen wie Fake News, Cybermobbing oder dem eigenen digitalen Selbstbild auseinander.** Ergänzt werden diese Inhalte durch „Medien-Detox“-Phasen ohne Smartphone. Besonderheit des Projekts ist die Verbindung mit Tanz und Bewegung. Die Projektwochen finden bewusst außerhalb der Schule in einer Tanzschule statt. Ein Tanzpädagoge führt die Klassen an sportliche und tänzerische Elemente heran und schafft so einen niedrigschwelligen Zugang zu Bewegung und direkter sozialer Interaktion. Fortbildungen für Lehrkräfte, Elternangebote und Follow-up-Besuche an den Schulen sollen dafür sorgen, dass die Impulse auch im Schulalltag wirken. *siko*



EINWURF

# Die Versichertenperspektive im Fokus

Text von Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek

**D**ie Finanzkommission Gesundheit hat geliefert. Am 30. März stellten die Wissenschaftler:innen ihre 66 Empfehlungen zur – zunächst kurzfristigen – Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor. Denn klar ist: Es muss schnell etwas passieren, sonst drohen 2027 erneut Beitragssatzanhebungen für Versicherte und Arbeitgeber.

Die Wissenschaftler:innen haben dafür mutige, kluge und notwendige Sparvorschläge vorgelegt. Dabei stand richtigerweise die Versichertenperspektive im Mittelpunkt: Wie kann es gelingen, neben der Beitragssatzstabilität unser solidarisches Gesundheitssystem mit einem guten Versorgungsniveau zukunftsgerichtet aufzustellen und Leistungskürzungen zu vermeiden?

Leitprinzip ist die Rückkehr zu einer einkommensorientierten Ausgabenpolitik. Die Ausgaben sollen künftig an die allgemeine Lohnentwicklung gekoppelt werden. Auch die vielen Zuschläge und die extremen Arzneimittelausgaben bilden sich häufig nicht in höherer Versorgungsqualität ab. Aber – und das gehört zu einem Gesamtpaket dazu – auch

der Staat muss seine Verantwortung übernehmen und auf der Einnahmenseite endlich Bürgergeldbeziehende und versicherungsfremde Leistungen kostendeckend ausgleichen. Mit Blick auf die Stärkung der Prävention sind erhöhte Konsumsteuern für Tabak, Alkohol sowie zuckergesüßte Erfrischungsgetränke sinnvoll.

Ein wichtiges Signal an die Versicherten ist, dass das Leistungsniveau in der GKV grundsätzlich erhalten bleiben soll. Nur dort, wo Leistungen zurückgeführt werden, geschieht das auf Verweis auf mangelnde Evidenz beziehungsweise auf Unter- oder Überversorgung, etwa bei der kieferorthopädischen Behandlung. Gleichzeitig soll die Qualität verbessert werden zum Beispiel durch verpflichtende Zweitmeinungsverfahren bei bestimmten Operationen. Das ist ein richtiger und wichtiger Weg. Für die Akzeptanz des nun anstehenden Reformgesetzes wird es jetzt darauf ankommen, aus den Vorschlägen ein austariertes Tableau von Maßnahmen auf der Einnahmen- sowie auf der Ausgabenseite zusammenzustellen. ■

→ Mehr dazu auf Seite 26

# Ausgaben- dynamik im Gesundheits- system stoppen

Die am 30. März 2026 von der GKV-Finanzkommission vorgestellten Reformempfehlungen sind eine wichtige Basis für die dringend benötigte kurzfristig finanzwirksame Reform und Beitragssatzstabilität. Begrüßenswert ist die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Unter diesem Leitmotiv hat die Kommission eine Auswahl an Maßnahmen auf der Ausgaben- und Einnahmenseite getroffen. So hält sie am bestehenden Leistungsniveau fest und macht sich für Qualitätsverbesserungen in der Versorgung und eine faire Lastenverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stark.



# Sparpaket im Osterkörbchen

Text von Antje Kapinsky und Malte Behmer

Ende März 2026 hat die Finanzkommission Gesundheit ihre Vorschläge zur **kurzfristigen Stabilisierung der GKV-Finzen** vorgelegt. Höchste Zeit, möchte man mit Blick auf die angespannte Finanzlage feststellen. Die Herkulesaufgabe folgt aber erst jetzt. Kann sich die Politik gegen Besitzstandswahrer durchsetzen?

**D**ass Landtagswahlen oft auch eine bundespolitische Bedeutung haben, ist hinlänglich bekannt. Auf Profilierung ausgerichtete Parteien lähmen den Reformeifer auf Bundesebene. Unpopuläre Projekte werden im Vorfeld von Wahlterminen nur selten angeschoben, fürchtet die Regierung doch, dass diese im Wahlkampf gegen sie verwendet werden. So verwundert es kaum, dass die Bundesregierung der Finanzkommission Gesundheit für die Vorlage ihrer ersten Ergebnisse einen Termin nach den Wahlen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz auferlegt hat. Seit dem 30. März liegen nun umfassende Vorschläge zur kurzfristigen Konsolidierung

**Seit 2022 steigen die Ausgaben der GKV deutlich schneller als die Einnahmen.**

kurze Zeitfenster bis zu den nächsten Wahlen für deren Umsetzung nutzt oder dem Druck der Besitzstandswahrer nachgibt und sich erneut in Arbeitsgruppen vertagt. Von Wahl zu Wahl wird jedoch eines immer deutlicher: Es steht nicht weniger als

der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor und man darf gespannt sein, ob die Koalition das

das Vertrauen in die Handlungsfähigkeit der Politik und einen funktionierenden (Sozial-)Staat auf dem Spiel.

## Reformen dulden keinen weiteren Aufschub

Ein Blick auf die Zahlen verdeutlicht, dass keine weitere Zeit verloren werden darf. Seit 2022 steigen die Ausgaben der GKV deutlich schneller als die Einnahmen. Im vergangenen Jahr legten die Beitragseinnahmen um beachtliche 5,3 Prozent zu, die Ausgaben stiegen mit 7,8 Prozent jedoch noch erheblich stärker. Größter Kostentreiber waren erneut die Krankenhäuser (+9,6 Prozent), nicht zuletzt wegen stark steigender Ausgaben für das Pflegepersonal. Aber auch die Ausgaben für die ambulante Versorgung (+7,6 Prozent) und Arzneimittel (+5,9 Prozent) stiegen weiterhin dynamisch. Hinzu kamen massive Zuwächse in Versorgungsbereichen, die zwar absolut gesehen einen kleinen Anteil an den Ausgaben ausmachen, aber dennoch Fragen der Verhältnismäßigkeit aufwerfen (zum Beispiel Heilmittel: +10,4 Prozent, Fahrkosten: +8,9 Prozent). Wird nicht gegengesteuert, erwartet die Finanzkommission für das kommende Jahr eine Finanzierungslücke von über 15 Milliarden Euro, bis 2030 sogar ein gigantisches

Defizit von 40 Milliarden Euro. Mit punktuellen Sparmaßnahmen, die hier und da ein paar Millionen Euro bringen, aber im Wesentlichen alles beim Alten lassen, ist dieses Problem nicht mehr zu lösen.

### Konsolidierung mit Kompass

Mit ihren 66 Vorschlägen hat die Finanzkommission einen ausgewogenen Masterplan für diese Mega-Aufgabe auf den Tisch gelegt. Anders als in mancher reflexartigen Reaktion behauptet, hat sie kein Sammelsurium an Einzelmaßnahmen vorgelegt, sondern mit großem Sachverstand und klaren Leitlinien die richtigen Themen adressiert. Demnach soll die Finanzierungsreform

1. eine Rückkehr zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik verfolgen und den von den letzten Regierungen immer weiter ausgehöhlten Grundsatz der Beitragssatzstabilität wiederbeleben – eine seit Langem geäußerte Kernforderung der Ersatzkassen. Konkret bedeutet das nicht weniger als eine klar definierte Obergrenze für jede Vergütungs- und Preisverhandlung in jedem Leistungsbereich. Honorarsteigerungen soll und wird es weiterhin geben, nur eben maßvoll und ohne die Beitragsszahlenden zu belasten.

2. das Leistungsniveau der GKV bewahren und die Versorgungsqualität verbessern. Über- und Fehlversorgung oder Leistungen ohne ausreichende Evidenz werden abgebaut, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf Innovationszentren beschränkt.

3. für eine faire Lastenverteilung sorgen, in dem Konsolidierungsbeiträge auf alle Leistungsbereiche und Krankenkassen verteilt werden. Der Staat soll vor allem durch angemessene Steuerzuschüsse (unter anderem für Bürgergeldbeziehende) seinen Beitrag leisten. Zusätzliche Steuern für Alkohol und Tabak sowie eine neue Steuer auf stark gezuckerte Getränke sollen gesundheitsförderlich wirken und die GKV-Finzen entlasten.

### Zügige Umsetzung

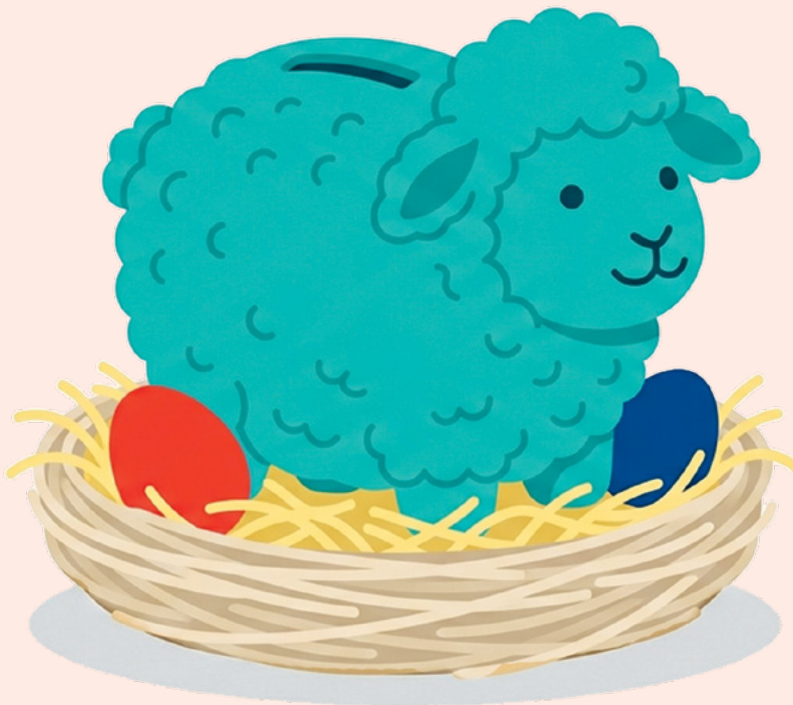
Insgesamt finden sich Sparvorschläge mit einem Volumen von gut 42 Milliarden Euro für 2027 im Kommissionspapier. Sie in eine Reform zu übersetzen, wird für Ministerin Warzen kein Spaziergang. Die Koalition tut aber gut daran, die Reihen zu schließen und vieles davon zügig umzusetzen. Dann könnte von Ostern 2026 tatsächlich ein Neuanfang für das Gesundheitswesen ausgehen. ■



**Antje Kapinsky** ist Abteilungsleiterin Politik/Selbstverwaltung beim vdek



**Malte Behmer** ist Referatsleiter Verbandspolitik/Gesetzgebung in der Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek

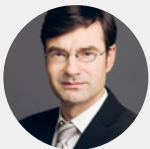


**Insgesamt finden sich Sparvorschläge mit einem Volumen von gut 42 Milliarden Euro für 2027 im Kommissionspapier.**

# Arbeitsmarkt im Wandel: Folgen für die Einnahmebasis

Text von Dr. Martin Albrecht und Dr. Richard Ochmann

Strukturelle Veränderungen in der Arbeitswelt beeinflussen zunehmend die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eine im Auftrag des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) durchgeführte Studie zeigt, welche Auswirkungen dies auf die Einnahmebasis der GKV hat und welche Effekte daraus für die zukünftige Beitragsentwicklung zu erwarten sind.



**Dr. Martin Albrecht** ist Geschäftsführer und Bereichsleiter Gesundheitspolitik beim IGES Institut



**Dr. Richard Ochmann** ist Projektleiter beim IGES Institut

Die GKV ist überwiegend beitragsfinanziert: Mehr als 90 Prozent ihrer Ausgaben werden durch Beitragseinnahmen gedeckt. Weitere Finanzierungsquellen sind Bundeszuschüsse und sonstige Einnahmen. Die GKV-Beiträge werden größtenteils auf lohnbezogene Einkommen erhoben. Um die im Trend steigenden Gesundheitsausgaben zu finanzieren, wird die Beitragsbemessungsgrenze regelmäßig an die Lohnentwicklung angepasst.

Die beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) der GKV haben sich jedoch – über einen längeren Zeitraum betrachtet – insgesamt schwächer entwickelt als die GKV-Ausgaben. Um die zukünftige Entwicklung der Beitragsgrundlagen einschätzen zu können, wurden in dieser Studie die Einflussfaktoren der Einnahmebasis in den Blick genommen.

Häufig stehen Veränderungen des allgemeinen Beschäftigungs- und Lohnniveaus im Vordergrund. Diese Studie geht vertiefend der Frage nach, wie sich Veränderungen von Beschäftigungs- und Lohnstrukturen auf die Zusammensetzung der Gruppe der GKV-Mitglieder und der hiermit verbundenen

Einkommensstruktur auswirken. Diese Veränderungen spiegeln wiederum strukturelle Verschiebungen in der Arbeitswelt, beispielsweise eine höhere Erwerbsbeteiligung bei sinkenden durchschnittlichen Arbeitszeiten beziehungsweise einem steigenden Anteil von Teilzeitarbeit.

Schwerpunkt der vorliegenden Analyse ist eine vertiefende, differenzierte Betrachtung der GKV-Mitgliedergruppen, die von strukturellen Änderungen der Erwerbstätigkeit betroffen sind. Die übergeordnete Fragestellung der Studie lautet: Inwiefern haben strukturelle Veränderungen der Erwerbstätigkeit die GKV-Einnahmebasis beeinflusst und welches Be- oder Entlastungspotenzial ist von der zukünftigen Entwicklung dieser Struktur Faktoren zu erwarten?

## Datengrundlagen und Vorgehen

Ausgehend von GKV-Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und Arbeitsmarktdaten vom Statistischen Bundesamt sowie dem Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) wurden vertiefende Analysen auf Basis von Surveydaten des

Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) durchgeführt. Mit diesen bestehen erweiterte Differenzierungsmöglichkeiten durch zusätzliche Merkmale (unter anderem Beschäftigungsumfang, Einkommen) und die Möglichkeit zur Bildung zusätzlicher Subgruppen mit ausgewählten Merkmalskombinationen.

Szenarien zur zukünftigen Entwicklung der Beitragsgrundlagen wurden mit einem Mikrosimulationsmodell entwickelt. Dabei wurden die Auswirkungen auf die GKV-Einnahmehasis unter der Annahme simuliert, dass sich die trendmäßigen Strukturveränderungen der einnahmebezogen relevanten Mitgliedergruppen fortsetzen.

### Veränderung der GKV-Mitgliederstruktur

Die Ergebnisse zeigen, dass in den vergangenen 15 bis 20 Jahren (Stützzeitraum) strukturelle Verschiebungen bei der Erwerbstätigkeit – stark überproportionale Zunahme bei Nebenjobs und Teilzeitbeschäftigung bei nur noch geringfügiger Zunahme von Vollzeitbeschäftigung (→ Abb.1) – zu Veränderungen in der Mitgliederstruktur der GKV geführt haben. Im Zuge einer zunehmenden Erwerbsbeteiligung von Frauen ist der Anteil der Familienversicherten in der GKV rückläufig gewesen. Gleichzeitig ist die Teilzeitquote unter den in der GKV versicherten Beschäftigten gestiegen, und auch Rentner beziehungsweise Personen in rentennahen

Altern sind zunehmend erwerbstätig (→ Tab. auf S.30). Aus einer Fortsetzung dieser trendmäßigen Entwicklungen in den kommenden zehn Jahren resultieren sowohl Be- als auch Entlastungen der GKV-Einnahmehasis. Diese wirken zusätzlich zum generellen Trend, dass die GKV-Ausgaben stärker zunehmen als die GKV-Einnahmen. Hinzu kommt, dass im Unterschied zu den Vorjahren von einer zukünftig sinkenden Bevölkerungszahl auszugehen ist.

**Strukturelle Verschiebungen bei der Erwerbstätigkeit haben zu Veränderungen in der Mitgliederstruktur der GKV geführt.**

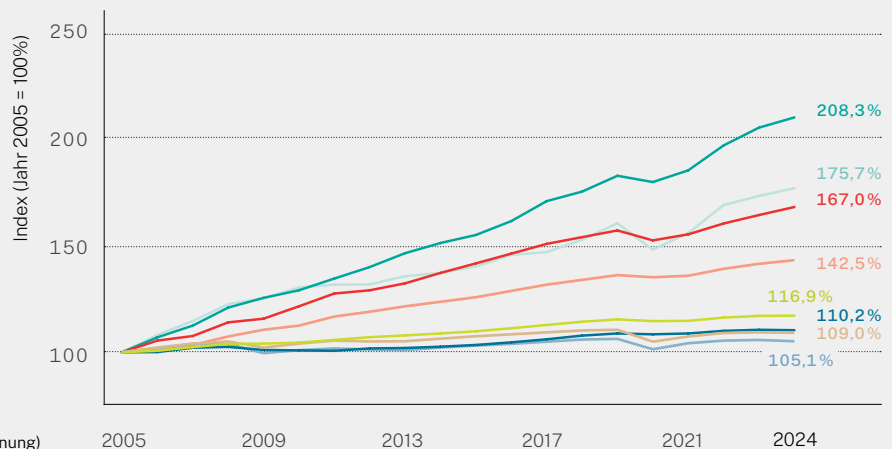
### Potenziale zukünftiger Be- und Entlastung der Einnahmehasis

Demografisch bedingt wird die Zahl der Rentner in der GKV von knapp 17 Millionen im Jahr 2025 auf rund 20 Millionen im Jahr 2035 zunehmen. Da Rentner über deutlich geringere durchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen verfügen, müsste dadurch der GKV-Beitragssatz um 0,2 Prozentpunkte angehoben werden. Würde die Teilzeitquote zukünftig noch halb so stark steigen wie in den letzten Jahren (von 35 Prozent im Jahr 2025 auf 40 Prozent im Jahr 2035), wäre ein zusätzlicher Beitragssatzanstieg im Umfang von 0,2 Punkten erforderlich. Insgesamt wird eine zusätzliche Belastung in Höhe von vier Beitragszehnteln entstehen, die dazu führt, dass sich die Ausgaben-Einnahmen-Schere der GKV zukünftig noch stärker öffnen wird als allein bei Trendfortschreibung der Ausgaben- und Einnahmen-Entwicklung (→ Abb.2 auf S.31).

## Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Deutschland (Abb. 1)

2005–2024; Angaben in Prozent

- Mehrfachbeschäftigte
- Arbeitsvolumen Nebenjobs
- Arbeitsvolumen Teilzeit
- Beschäftigte Teilzeit
- Beschäftigte Vollzeit
- Arbeitsvolumen Vollzeit
- Erwerbstätige insgesamt
- Arbeitsvolumen Erwerbstätige



Quelle: IGES auf Basis von Daten des IAB (Arbeitszeitrechnung)

## Zentrale Ableitungen des vdek aus den IGES-Analysen

### 1. Demografischer Wandel belastet GKV-Einnahmen

Bis 2035 führt der demografische Wandel zu einem Rückgang der Beitragseinnahmen der GKV um 0,2 Beitragssatzpunkte. Eine Dämpfung dieser Belastung ist möglich durch eine steigende Arbeitsmigration und einen wachsenden Anteil Erwerbstätiger im rentennahen Alter.

### 2. Weiter steigende Teilzeitquote erhöht den finanziellen Druck auf die GKV

Die gestiegene Teilzeitquote hat die Erwerbsbeteiligung in den letzten Jahren deutlich erhöht. Jedoch würde ein weiterer Rückgang der Vollzeitbeschäftigung die Beitragseinnahmen der GKV bis 2035 um weitere 0,2 Beitragssatzpunkte reduzieren. Daher sollten gezielt Anreize für Erwerbstätige ohne Kinderbetreuung oder Pflegeverantwortung geschaffen werden, ihre Arbeitszeit zu erhöhen oder in Vollzeit zu wechseln.

### 3. Rückgang erwachsener Familienversicherter entlastet die GKV

Der deutliche Rückgang erwachsener Familienversicherter in den letzten Jahren ging meistens mit einem Wechsel in die Erwerbstätigkeit einher. Wenn sich dieser Trend fortsetzt, würde bis 2035 eine Entlastung der Beitragseinnahmen der GKV um 0,1 Beitragssatzpunkte entstehen.

### 4. Minijobs reformieren – mehr sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

Minijobs sollten – außer für Schülerinnen und Schüler, Studierende sowie Rentnerinnen und Rentner – in regulär sozialversicherungspflichtige Beschäftigung überführt werden. Dies könnte die Beitragseinnahmen der GKV positiv beeinflussen.

## Anteil der Rentner in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) an GKV-Mitgliedern und Anteil der Familienversicherten an GKV-Versicherten

2010–2025

Anteil Rentner (KVdR)	2010	2015	2025
an allen GKV-Mitgliedern	33 %	31 %	29 %
an Altersgruppe 60–70	69 %	59 %	45 %
<b>Anteil Familienversicherte</b>			
an allen GKV-Mitgliedern	27 %	24 %	21 %
an Altersgruppe 15–65	20 %	17 %	12 %

Quelle: IGES auf Basis von Daten der KM 6-Mitgliederstatistik des BMG

### Fazit

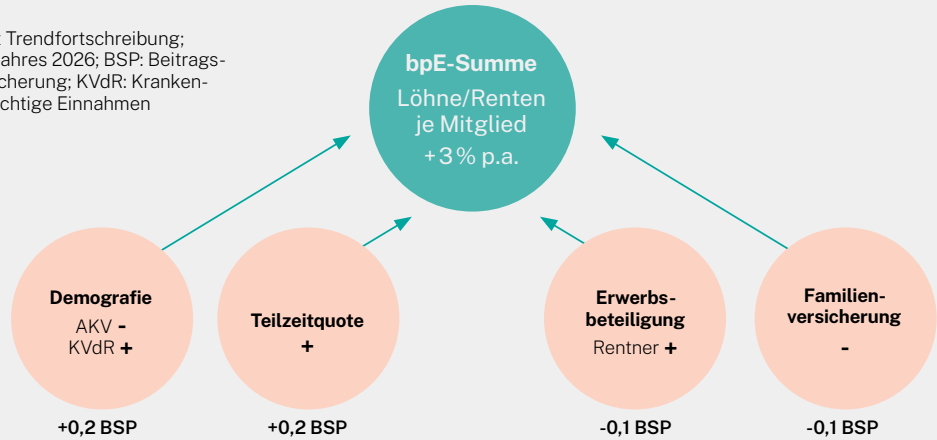
Die Einnahmebasis der GKV steht vor strukturellen Änderungen. Diese können zwar durch geeignete gesetzgeberische Maßnahmen gedämpft werden, aber eine Belastung der Beitragseinnahmen der GKV ist in den nächsten Jahren zu erwarten. Deshalb fordert der vdek die Rückkehr zu einer einkommensorientierten Ausgabenpolitik, damit die Ausgaben nicht mehr stärker steigen als die Einnahmen.

vdek

**D**emgegenüber bestehen aber auch Potenziale der Entlastung der Einnahmebasis. Wenn zukünftig weiterhin ein zunehmender Teil der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen in der GKV eine Erwerbstätigkeit aufnimmt und so zu beitragszahlenden Mitgliedern wird, könnte der Beitragssatz um durchschnittlich 0,1 Prozentpunkte gesenkt werden. Eine weitere Entlastung um 0,1 Beitragssatzpunkte wäre möglich, wenn der Anteil der erwerbstätigen Rentner in gleichem Maße weitersteigt wie in den Jahren zuvor. Insgesamt besteht ein Potenzial an Entlastungseffekten im Umfang von 0,2 Beitragssatzpunkten, welches einem etwa doppelt so großen Belastungspotenzial gegenübersteht. Somit könnten – bei rein trendmäßiger Entwicklung – die Entlastungsfaktoren die Wirkungen der Belastungsfaktoren zu einem Teil (etwa zur Hälfte), allerdings nicht vollständig, kompensieren (→ [Abb. 3](#)).

## Potenzielle Be- und Entlastungseffekte der GKV-Einnahmehasis in Beitragssatzpunkten (Abb. 3)

Beitragssatzeffekt gegenüber Szenario mit Trendfortschreibung;  
Milliarden Euro in Beitragseinnahmen des Jahres 2026; BSP: Beitrags-  
satzpunkte; AKV: Allgemeine Krankenversicherung; KVdR: Kranken-  
versicherung der Rentner; bpE: beitragspflichtige Einnahmen

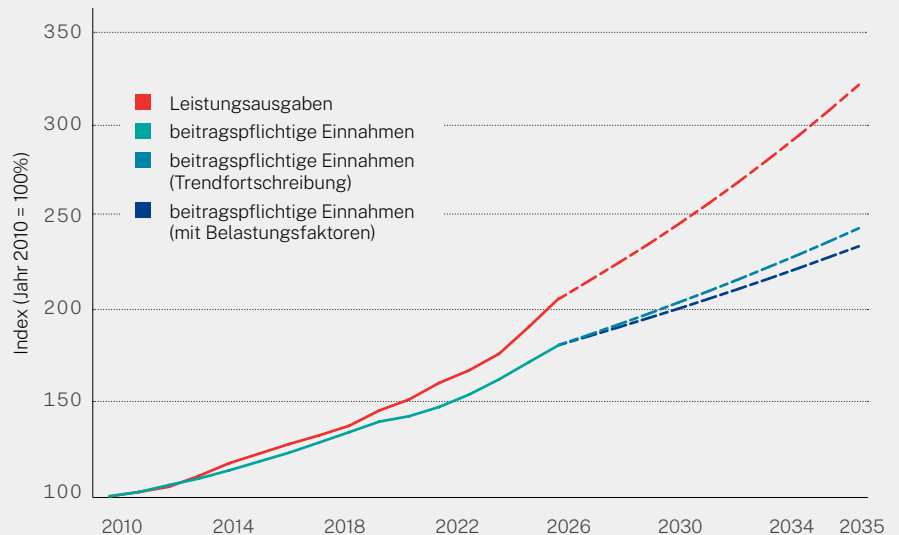


Quelle: IGES auf Basis von Daten des IAB (Arbeitszeitrechnung)

Eine vollständige Kompensation der aufgezeigten Belastungsfaktoren oder sogar eine Netto-Entlastung beim GKV-Beitragssatz setzen voraus, dass verbesserte Rahmenbedingungen und zusätzliche Anreize für eine stärkere Beschäftigungsausweitung im Alter, bei Teilzeittätigkeit und bei geringfügiger Beschäftigung geschaffen werden. Würden teilzeiterwerbstätige GKV-Mitglieder ihren Beschäftigungsumfang auf Vollzeittätigkeit ausweiten, könnte der Beitragssatzanstieg je nach Größe der aufstockenden Gruppe um 0,25 bis maximal 1,0 Punkte gedämpft werden. Weitere knapp 0,2 Punkte Beitragssenkung wären möglich, wenn über die Rentner hinaus generell Personen in rentennahen Altern (60 bis 70 Jahre) zunehmend erwerbstätig bleiben. Und weiteres Entlastungspotenzial für die Einnahmehasis der GKV entstünde, falls geringfügig Beschäftigte (ausgenommen Rentner, Studenten und Bürgergeldbezieher) sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse aufnehmen. ■

## Entwicklung der GKV-Ausgaben-Einnahmen-Schere in Abhängigkeit von Belastungsfaktoren (Abb. 2)

2010–2035; Angaben in Prozent



Quelle: IGES auf Grundlage von Daten der KJ1-Statistik und des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)

# Zur Finanzierbarkeit des Sozialstaats

Text von Prof. Dr. Rainer Schlegel

Gute Sozialpolitik setzt gute Wirtschaftspolitik voraus. Zwischen dem Erfolg der Wirtschaft und der **Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme** besteht ein untrennbarer Zusammenhang. Nur wenn die Wirtschaft gut läuft, kann es auch dem Sozialstaat gut gehen. Starke Sozialsysteme setzen eine nachhaltig ertragsstarke Wirtschaft voraus. Eine Reform der sozialen Sicherungssysteme wiederum kann einen wesentlichen Beitrag zur Konsolidierung der Wirtschaft leisten.

**D**er Anteil der Sozialausgaben am Bundeshaushalt beträgt 45 Prozent. Das Sozialbudget 2024 (letzte Zahlen) belief sich auf 1.345 Milliarden Euro, was 31,2 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) entspricht. Die Einnahmen allein der Sozialversicherung erreichten 2024 laut Statistischem Bundesamt 864 Milliarden Euro. Der Haushalt 2026 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) belief sich auf 197 Milliarden Euro, was 7,6 Prozent des Bundeshaushalts (insgesamt 524 Milliarden Euro) entspricht; davon entfallen 140 Milliarden Euro auf Zuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung und 55 Milliarden Euro auf SGB II-Leistungen. Zusätzlich zahlen die Länder über 4,5 Milliarden Euro für Kosten der Unterkunft von SGB II-Empfängern. Zum Vergleich: 2025 lag das gesamte Steueraufkommen von Bund/Länder/Kommunen nach vorläufigen Berechnungen bei über 1 Billion Euro. Die „Blöcke“ Steueraufkommen und die der Sozialversicherung zur Verfügung stehenden Mittel liegen also nur rund 150 Milliarden Euro auseinander, was die Bedeutung der Sozialversicherung deutlich macht.

Kamen 1962 noch 6 Beitragszahler auf einen Rentner, waren es 1992 nur noch 2,7 Beitragszahler, 2021 noch 2,1 und 2030 werden es nur noch 1,5 Beitragszahler sein. Seit 1960 hat sich die Lebenserwartung um rund 10 Jahre erhöht, ebenso die Rentenbezugsdauer. Im Jahr 2050 werden von 100 in Deutschland lebenden Menschen 28 über 65 Jahre und weitere 12 über 80 Jahre, mithin 40 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein.

Lagen die Gesamtsozialversicherungsbeiträge 1970 noch bei 26,5 Prozent, liegen sie heute bei über 42 Prozent, Tendenz steigend. Vom ehrgeizigen 40-Prozent-Ziel scheint sich die Politik verabschiedet zu haben. Nach Prognosen werden die Gesamtsozialversicherungsbeiträge ohne durchgreifende Reformen bis 2030 auf rund 45 Prozent steigen. Würden die beitragspflichtigen Einnahmen erweitert durch eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenzen oder die Erfassung weiterer Quellen wie Kapitaleinkünfte und Mieten, könnte zwar möglicherweise der Anstieg des Beitragssatzes gedämpft werden. Das heißt aber nicht, dass die Beitragslast geringer würde. Im Gegenteil: Die Beitragslast würde





ausgedehnt, vor allem aber würde dies diejenigen treffen, die jetzt schon privat vorsorgen, also nachhaltig denken, und die Leistungsträger. Das halte ich – von technischen Problemen (Stichwort: Quellenabzugsverfahren) abgesehen – für einen Irrweg. Das Ganze hätte fatale Folgen für die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft und die Leistungsbeurteilung der Erwerbstätigen.

Wir haben in erster Linie ein Ausgabenproblem, weniger ein Einnahmeproblem. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stiegen 2025 mit rund 8 Prozent deutlich stärker als die Einnahmen. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen verzeichneten im ersten Halbjahr 2025 einen Anstieg um 9,6 Prozent und stellen damit den maßgeblichen Treiber der hohen Ausgabendynamik dar. Ursächlich sind vor allem hohe Vergütungssteigerungen sowie die Refinanzierung bisher nicht abgebildeter Tarifkostensteigerungen aus dem Jahr 2024. Die Aufwendungen für psychiatrische Behandlungen stiegen 2025 um 12,9 Prozent und werfen die Frage auf: Was ist der Grund für diesen dramatischen Anstieg? Die im IST-Kosten-Ausgleich finanzierten Pflegepersonalkosten stiegen um satte 15,2 Prozent an, was vorauszusehen war. Wer es zulässt, dass entstehende Personalkosten „durchgereicht“ werden, darf sich nicht wundern, dass Personalkosten nicht mehr mit der höchsten Zurückhaltung gehandhabt werden.

Zudem beobachten wir ein verändertes Erwerbsverhalten. 2024 arbeiteten in Deutschland 30,6 Prozent aller Erwerbstätigen in Teilzeit. Die Teilzeitquote bei Frauen ist mit 49,5 Prozent deutlich höher als bei Männern (13,9 Prozent). Die Gründe für Teilzeitbeschäftigung sind vielseitig. Im Vordergrund steht die Reduzierung der Arbeitsstunden (27,9 Prozent), gefolgt von der Betreuung von Angehörigen (23,5 Prozent).

### **Multiple Krisen und massiver Abbau von Industriearbeitsplätzen**

Die Sozialabgaben steigen stärker als das BIP. In Deutschland stagniert die Wirtschaftsleistung, während vergleichbare Volkswirtschaften deutlich dynamischer wachsen. Die Corona-Pandemie und die Folgen des Ukraine-Krieges haben massive Defizite bei innerer sowie äußerer Sicherheit und Infrastruktur sichtbar beziehungsweise bewusst werden lassen (Bundeswehr, Bahn,

Brücken, Wohnungsbau, Digitalisierung, Bildungssystem) bei gleichzeitig ehrgeizigen Zielen bei der Dekarbonisierung. Das Ganze spielt sich vor dem Hintergrund einer schlechten gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ab, deren Ende nicht in Sicht ist. Im globalen Wettbewerb werden leistungsstarke Industriebereiche ins Ausland gelockt, ohne dass es Deutschland gelingt, ausländische Unternehmen oder auch in größerem Umfang inländische Unternehmen ohne Subventionen zu Investitionen am Standort Deutschland zu bewegen. Versuche, Deutschland wieder als einen attraktiven Standort für Unternehmen herauszustellen, sind nicht in Sicht, weder im Hinblick auf eine Entlastung bei der Unternehmensbesteuerung noch bei den Arbeitgeberbeiträgen noch bei einem nennenswerten Bürokratieabbau. Gesamtmetall befürchtet 2026 einen Verlust von 150.000 Arbeitsplätzen allein in der Metall- und Elektroindustrie.

**W**ahrzunehmen sind auch Veränderungen in dem Selbstverständnis der politischen Klasse (Regierung) und dem Verständnis „Bürger – Staat“. Auf der einen Seite sehen wir eine wachsende Vollkaskotalität vieler Bürger und eine Erwartungshaltung an staatliche Einrichtungen, auf die der Staat zunehmend patriarchalisch reagiert („Mach Dir keine Sorgen, wir machen das schon.“). Das Bewusstsein, dass der Sozialstaat nur bei einer gesunden Balance zwischen Solidarität und Eigenverantwortung dauerhaft leistungsfähig bleiben kann, schwindet oder war bei vielen noch nie vorhanden. Konsequenz: Alle Reformen, die auf mehr Eigenverantwortung oder auch ein maßvolles Zurückfahren sozialer Standards hinauslaufen könnten, werden als unzumutbarer „Abbau des Sozialstaats“ deklariert.

Zukünftig kann es nicht mehr selbstverständlich sein, dass wir für Gesundheit und Soziales über 30 Prozent des BIP ausgeben. Die im politischen Bereich avisierten Ziele führen zwangsläufig zu der Frage: Wie viel Geld und wie viel Personal wofür? Erforderlich ist eine umfassende Aufgabenkritik aller Sozialleistungsbereiche. Elementare Grundüberzeugungen der Bürger sind ernst zu nehmen und im geltenden Recht wieder deutlicher abzubilden. Das ist möglich, und zwar ohne damit Populismus zu betreiben. Man muss



**Prof. Dr. Rainer Schlegel** ist Präsident des Bundessozialgerichts a. D. sowie Rechtsanwalt in Berlin

notwendige Maßnahmen jedoch sachlich gut begründen. Und: Arbeits- und Fachkräftemangel passen nicht zusammen. Wer Grundsicherungsleistungen erhält, muss deutlich mehr Engagement zeigen, selbst wieder in Arbeit zu kommen, als dies bislang der Fall ist. Die Jobcenter müssen ihre Kontaktdichte erhöhen und dürfen insgesamt nicht als Reparaturwerkstatt für alles herhalten müssen, was in Elternhaus, Schule und Ausbildung schiefgelaufen ist.

### Zweitmeinungen bei hochpreisigen Arzneimitteln

Privilegien für Teilzeitarbeit (z. B. § 70 SGB VI) haben in der Sozialversicherung nichts verloren. Vollzeitarbeit muss wieder Ziel und Maßstab sein, auch in der Grundsicherung für Arbeitsuchende. In der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Möglichkeit geringfügig Beschäftigter, der Versicherungspflicht durch ein Opt-out zu entgehen, abzuschaffen. Noch besser wäre es, die geringfügige Beschäftigung insgesamt (Ausnahme für Rentner, Schüler und Studenten) bei gleichzeitiger Einführung des steuerlichen Familiensplittings abzuschaffen. Langfristig ist der Weg einer Erwerbstätigenversicherung zu beschreiten und die Möglichkeit zur Bestreitung des Lebensunterhalts ohne staatliche Hilfe auch im Alter als neues Sicherungsziel zu definieren. In der GKV ist die Einholung von Zweitmeinungen bei hochpreisigen Arzneimitteln und hochpreisigen, risikoreichen Operationen Hochbetagter angezeigt. Ein Opt-out von der elektronischen Patientenakte (ePA) sollte nur möglich sein, wenn der Versicherte für sein Opt-out höhere Beiträge zu zahlen hat; das wird ihm der absolute Schutz seiner Daten sicherlich wert sein.

Als Sofortmaßnahme muss das Prinzip gelten, dass Krankenkassen nur so viel ausgeben dürfen, wie sie im Laufe des Jahres einnehmen. Der Zusatzbeitrag ist abzuschaffen und durch einen auskömmlichen bundeseinheitlichen Beitragssatz zu ersetzen. Das würde im Deutschen Bundestag zwangsläufig eine Diskussion auch über den Leistungskatalog der GVK auslösen.

Sozialer Ausgleich darf nur innerhalb des jeweiligen Systems stattfinden. Die Beitragszahler etwa der GKV sollen mit ihren Beiträgen nur für Leistungen der GKV aufkommen, nicht aber für

Leistungen, die der Fürsorge zuzuordnen sind und für die sie schon Steuern zahlen. Hiergegen wird vielfach verstoßen.

**D**azu einige Beispiele: Die damalige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (heute Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit) – die beziehungsweise das gesamtgesellschaftliche Aufgaben wahrnimmt – sollte aus Beitragsmitteln kofinanziert werden. Das Bundessozialgericht hat dies untersagt.

Weiteres Beispiel: Die vor Kurzem von den Krankenkassen gegen den Bund eingereichte Klage geht in dieselbe Richtung. Wenn der Bund für Grundsicherungsempfänger in der GKV eine Versicherungspflicht anordnet, begründet dies nicht per se eine umfassende Verantwortung der GKV für deren Gesundheit. Die Anordnung von Versicherungspflicht für Bürgergeldbezieher mag aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung noch angehen. Dann aber muss der Bund für diese Personen auch angemessene Beiträge zahlen. Das ist nicht der Fall. Den Kassen fehlen insofern jährlich etwa 10 Milliarden Euro.

Letztes Beispiel: Aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung hat der Bund in der Corona-Pandemie ebenfalls Milliarden Euro abgezweigt. In der Gesetzesbegründung wurde angedeutet, das Darlehen werde zurückgezahlt. Darauf warten die Pflegekassen bis heute. Anstatt dieses sogenannte Darlehen zurückzahlen, drängt der Bund den Kassen jetzt Darlehen auf, um die Beiträge nicht über Maß anheben zu müssen. Das ist eine sonderbare Form der „aufgedrängten Bereicherung“, die auch gegen den Grundsatz verstößt, dass sich die Träger der Sozialversicherung nicht über Kredite finanzieren dürfen. Die Sozialversicherung will damit gerade vermeiden, dass künftige Generationen auch noch für die heutigen GKV-Ausgaben zahlen müssen.

Gegen derartige Maßnahmen des Gesetzgebers müssen sich die Krankenkassen wehren können. Zu fordern ist deshalb die Klarstellung ihres Klagerechts im Sozialgerichtsgesetz und im Bundesverfassungsgerichtsgesetz, wenn und soweit es um generelle Interessen ihrer Mitglieder geht, deren Sachwalter sie sind. Und überhaupt: Wäre es nicht an der Zeit, die Autonomie der Träger der Sozialversicherung im Grundgesetz ausdrücklich zu verankern? ■

**Sozialer Ausgleich darf nur innerhalb des jeweiligen Systems stattfinden.**



## Professorinnen und Professoren unter Dauerstress

**TK** Eine aktuelle Studie der Techniker Krankenkasse (TK) zeigt eine hohe Belastung im akademischen Alltag. So leiden knapp zwei Drittel der Professorinnen und Professoren an deutschen Hochschulen häufig oder dauerhaft unter Stress – über 85 Prozent der Befragten geben an, ihre Gesundheit durch ihre Arbeit zumindest teilweise gefährdet zu sehen. Die vom Center for Higher Education Research & Governance der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) durchgeführte Erhebung der PROFESS-Studie verdeutlicht zudem einen Bedarf an verstärkter Gesundheitsförderung im akademischen Umfeld. Während seitens der Professorenschaft ein hohes Interesse an gesundheitsfördernden Maßnahmen besteht, berichten rund 40 Prozent von ihnen, keinerlei konkrete Unterstützung oder Ressourcen durch die jeweilige Hochschule zu erfahren. Nur jeder beziehungsweise jede Fünfte gibt an zu wissen, ob sich die eigene Hochschule für gesundheitsfördernde Strukturen und Maßnahmen engagiert. *pm*

→ [tk.de](https://tk.de) → [t1p.de/yr2py](https://t1p.de/yr2py)



**BARMER** Die Anzahl der Frauen mit gesicherten Endometriose-Diagnosen hat sich in den vergangenen 20 Jahren in Deutschland mehr als verdoppelt. **Gab es im Jahr 2005 erst rund 230.000 von Endometriose betroffene Frauen, waren es im Jahr 2024 bereits rund 510.000.** Das geht aus dem aktuellen Arztreport der BARMER hervor. Bei der Endometriose handelt es sich um eine chronische, meist schmerzhaftes Erkrankung, bei der Gewebe, welches der Gebärmutter-schleimhaut ähnelt, außerhalb der Gebärmutterhöhle wächst. „Endometriose ist viel stärker im gesellschaftlichen Bewusstsein angekommen. Somit wird die Diagnose früher gestellt, und für die Frauen entfallen Jahre der Ungewissheit. Wichtig ist, dass die betroffenen Frauen rasch eine passgenaue und langfristige Therapie erhalten, die sich stets auch an den individuellen Umständen orientiert“, sagt Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. [pm → barmer.de](https://www.barmer.de)  
[→ t1p.de/nhx2o](https://www.t1p.de/nhx2o)



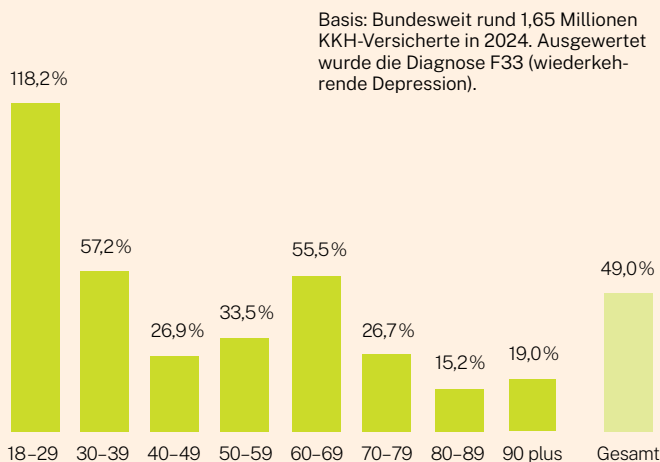
**DAK** Durch die massiv gestiegenen Eigenanteile in stationären Pflegeeinrichtungen sind immer mehr Bewohnerinnen und Bewohner auf unterstützende Sozialhilfeleistungen angewiesen. **Die Sozialhilfequote in Pflegeheimen erreicht 2026 den neuen Höchstwert von 37 Prozent.** Ohne Reformen könnten die Belastungen der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2035 ungebremst auf knapp 43 Prozent ansteigen. Das zeigen neue Berechnungen des Bremer Gesundheitsökonom Prof. Heinz Rothgang im Auftrag der DAK-Gesundheit. Laut Sonderanalyse könnte sich die Zahl der Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger in den nächsten neun Jahren um 15 Prozent auf 356.000 Betroffene erhöhen. DAK-Vorstandschef Andreas Storm warnt angesichts der aktuellen Prognosen vor einem Pflegekollaps und fordert von der Bundesregierung kurzfristig eine umfassende Pflegereform. [pm → dak.de](https://www.dak.de)  
[→ t1p.de/fxp2h](https://www.t1p.de/fxp2h)

## Wiederkehrende Depressionen stark gestiegen

**KKH** Neben der Winterzeit kann auch das Frühjahr, eigentlich Symbol des Aufbruchs, für Menschen mit Depressionen belastend sein, verbunden mit Verzweiflung und Rückzug. Dass immer mehr Erkrankte solche Phasen häufiger erleben, zeigen Daten der KKH Kaufmännische Krankenkasse. Danach ist die Zahl der Versicherten mit wiederkehrenden Depressionen stark gestiegen – innerhalb von zehn Jahren (2014 und 2024) von bundesweit 34 auf 51 ambulante Diagnosen pro 1.000 Versicherte. Das entspricht einem Plus von fast 50 Prozent. In der Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen gab es von 2014 auf 2024 sogar einen Anstieg von gut 118 Prozent. „Unsere Daten zeigen, dass sich Depressionen offenbar bei zunehmend mehr Patientinnen und Patienten manifestieren und zu langwierigen Leidenszeiten führen“, sagt Aileen Könitz, KKH-Ärztin und Expertin für psychiatrische Fragen. Laut KKH-Hochrechnung diagnostizierten Ärztinnen und Ärzte 2024 bei rund 4,2 Millionen Menschen in Deutschland eine wiederkehrende Depression. [pm → kkh.de](https://www.kkh.de) [→ t1p.de/thlh2](https://www.t1p.de/thlh2)

## Anstieg bei wiederkehrenden Depressionen

nach relevanten Altersgruppen; von 2014 bis 2024



Quelle: KKH

# Viele Ältere ohne ausreichenden Gripeschutz

Text von **Sunna Gieseke**

Zu wenige ältere Menschen in Deutschland sind gegen Grippe geimpft. Daten des aktuellen **Arzneimittelreports der BARMER** zeigen besonders bei den Menschen ab 60 Jahren gravierende Lücken auf. Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Ziel einer Impfquote von 75 Prozent wird klar verfehlt. Besonders bei Risikogruppen bleibt der Impfschutz zu gering.

**Z**ahlen aus dem Jahr 2023 zeigen, dass nicht einmal jede zweite bei der BARMER versicherte Person ab 60 Jahren gegen die echte Grippe (auch Influenza genannt) geimpft war. Mit einer Quote von 40,8 Prozent bleibt Deutschland somit hinter den internationalen Empfehlungen zurück. Das geht aus dem aktuellen Arzneimittelreport der BARMER hervor. Die WHO hält eine Impfquote von 75 Prozent in dieser Altersgruppe für sinnvoll.

## Risiko für Komplikationen steigt mit dem Alter

Gerade für ältere Menschen kann eine Influenza-Infektion ernsthafte Folgen haben. Während jüngere Personen häufig nur einige Tage krank sind, steigt mit zunehmendem Alter das Risiko für Komplikationen deutlich. Dazu zählen etwa Lungenentzündungen oder eine Verschlechterung bestehender Erkrankungen.





**Sunna Gieseke**  
ist Unternehmens-  
sprecherin der  
BARMER

Besonders kritisch ist die Situation bei Menschen mit Vorerkrankungen. Die Auswertung zeigt, dass viele Personen mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko nicht geimpft sind. Dazu gehören etwa Pflegebedürftige oder Menschen, die bereits einen Herzinfarkt erlitten haben. Obwohl die Impfung gerade für diese Personengruppe empfohlen wird, bleibt ein großer Teil von ihnen ohne Schutz. Dies ist umso bedenklicher, da eine Influenza schlimmstenfalls tödliche Folgen haben kann.

Wie aus dem BARMER-Arzneimittelreport weiter hervorgeht, wird das WHO-Ziel einer Influenza-Impfquote von 75 Prozent auch bei Pflegebedürftigen ab 60 Jahren deutlich verfehlt:



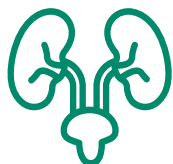
Von den Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen waren zuletzt 48,9 Prozent geimpft und bei häuslich Pflegebedürftigen 45,6 Prozent. Ambulant und stationär Pflegebedürftige ab 70 Jahren wurden sogar seltener gegen Influenza geimpft als Versicherte in dieser Altersgruppe ohne Pflegeleistungen.

Die Impfquoten unterscheiden sich zudem deutlich zwischen den Altersgruppen. Bei den 60- bis 69-Jährigen ist die Impfquote besonders gering. In dieser Gruppe lässt sich nur etwa ein Drittel immunisieren. Bei älteren Versicherten steigt die Quote zwar an, doch selbst bei Menschen über 80 Jahren bleibt ein erheblicher Anteil ungeimpft.

### Regionale Unterschiede bei der Impfquote

Auch regional gibt es deutliche Unterschiede. In einigen Bundesländern lag die Impfquote signifikant unter dem ohnehin niedrigen Bundesdurchschnitt. Besonders geringe Werte gab es mit 29,7 Prozent in Baden-Württemberg und mit rund 30 Prozent in Bayern. Auch im Saarland blieben viele ältere Menschen ohne Impfschutz. Dort lag der Anteil der Geimpften bei 37,8 Prozent. Die höchsten Quoten finden sich in mehreren ostdeutschen Bundesländern. In Sachsen-Anhalt waren 55,2 Prozent der Menschen ab 60 Jahren geimpft, in Brandenburg 52,3 Prozent. Doch blieb selbst in diesen Regionen die Hälfte der Menschen ohne Impfschutz.

Seit einigen Jahren dürfen auch Apotheken Impfungen anbieten. Die Idee dahinter war, zusätzliche niedrigschwellige Angebote zu schaffen, um auf diesem Weg mehr Menschen zu erreichen. Nach den aktuellen Daten spielt dieses Angebot bislang jedoch nur eine untergeordnete Rolle. Lediglich ein sehr geringer Anteil der Impfungen findet tatsächlich in den Apotheken statt. Die meisten werden weiterhin in Arztpraxen durchgeführt. Zum Vergleich: Die erreichte Impfquote von 40,8 Prozent ist nur zu 0,5 Prozent durch Impfung in Apotheken und zu 99,5 Prozent durch Impfung in Arztpraxen erzielt worden. So attraktiv das Angebot der Grippeimpfung in der Apotheke für einzelne Versicherte sein mag, das Problem der dramatisch niedrigen Impfquoten löst es nicht. Die zentrale Rolle kommt somit nach wie vor den Hausärztinnen und Hausärzten zu. Sie gelten als wichtigste Ansprechpersonen für Fragen rund um Impfungen. ■



Der Deutsche Bundestag hat am 26. März 2026 die Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende beschlossen. Lebendnieren Spenden sind damit in Zukunft auch zwischen zwei oder mehr unterschiedlichen Paaren überkreuz möglich.

**Der Kreis derjenigen, die Organspenden empfangen können, wird somit erweitert.** Darüber hinaus wird ein nationales Programm für die Überkreuzlebensnieren spende in Deutschland etabliert und die sogenannte „nicht gerichtete anonyme Nierenspende“ – die anonyme Spende an eine nicht bekannte Person – ermöglicht. Der Schutz der Lebendspenderinnen und -spender von Organen und Gewebe wird ebenfalls gestärkt. *pm*



## Social Media: Hohe Fehlinformationsrate beim Thema psychische Gesundheit

Viele junge Menschen informieren sich per Social Media über psychische Gesundheit, aber die Qualität dieser Informationen kann sehr unterschiedlich sein, wie eine neue Studie der University of East Anglia zeigt. Die Forscher:innen untersuchten die Genauigkeit von Informationen zur psychischen Gesundheit und Neurodivergenz über Social-Media-Plattformen wie YouTube, TikTok, Facebook, Instagram und X. Dabei deckten sie Fehlinformationsraten von bis zu 56 Prozent auf. Gleichzeitig fanden sie heraus, dass besonders TikTok hohe Mengen an ungenauen oder unbegründeten Inhalten enthielt. Besonders betroffen seien dabei Beiträge über Neurodivergenz wie Autismus und ADHS. Ein Lichtblick sei dagegen YouTube Kids, dieser Kanal habe für den Untersuchungszeitraum keine Fehlinformationen für Angstzustände und Depressionen und nur 8,9 Prozent für ADHS enthalten – ein Ergebnis, das die Autor:innen auf die strengeren Moderationsregeln der Plattform zurückführen. *pm*

→ [t1p.de/sb875](https://t1p.de/sb875)

**in** Der vdek hat zusammen mit seinen Partnern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz die 5. Dreiländertagung Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in Innsbruck mitgestaltet. In zwei Vorträgen vertieften vdek-Vertreterinnen Themen der Ersatzkassen: Michaela Kindervater stellte die BGF-Koordinierungsstelle vor, die als gemeinsame Initiative der GKV Kleinst-, Klein- und Mittelstandsunternehmen [...] berät [...]

**in** [...] Seit Jahren steigen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung dynamischer als die Einnahmen. [...] Der Staat muss Verantwortung für seine Aufgaben übernehmen und darf diese nicht auf Beitragszahlende abwälzen. Als Konsolidierungsbeitrag sind unter anderem folgende Maßnahmen nötig: Fairplay bei versicherungsfremden Leistungen: Aktuell decken die vom Bund gezahlten Pauschalen für Gesundheitsausgaben [...]

## Wenn Dr. KI im Sprechzimmer mit am Tisch sitzt

**PODCAST** Künstliche Intelligenz (KI) verändert das Gesundheitswesen auch in der Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen. Manche medizinisch Ratsuchende bringen zum Gespräch eine durch KI erstellte vermeintliche Diagnose für ihre vermuteten gesundheitlichen Probleme mit. Welche Herausforderungen sich hieraus für Ärzt:innen ergeben, veranschaulicht die Fachärztin für Neurologie und Psychotherapie, Dr. Alexandra Widmer, in ihrem Podcast „docsdigital“ in der Folge „Der Patient wollte nur noch mein Go“ anhand von persönlichen Praxiserlebnissen. Sie analysiert, warum Gespräche heute nicht mehr bei Symptomen beginnen, sondern bei Entscheidungswegen. Für Patient:innen gilt es – auch das zeigt die Folge – den richtigen Umgang mit KI-Gesundheitsanwendungen zu lernen. *tag* → [t1p.de/5nzin](https://t1p.de/5nzin)



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



Weitere aktuelle  
Fachliteratur  
→ [vdek.com/buecher](https://vdek.com/buecher)

### Stationäre Versorgung

Dieses Buch bietet eine kompakte Orientierung zur Krankenhausreform 2025 (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz). Es erklärt verständlich Vorhaltefinanzierung, Leistungsgruppen, Transformationsfonds und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. Praxisnah beantwortet es zentrale Fragen für Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen und zeigt Erfahrungen sowie mögliche Auswirkungen der Reform auf.

Prof. Dr. Boris Augurzky, Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Hg.) | **Die große Krankenhausreform 2025 (KHVVG). Auswirkungen, Optionen und Handlungsempfehlungen** 2025, X, 198 S., € 79 | medhochzwei, Heidelberg

### Sozialversicherungsrecht

Der Kongressband fasst die Beiträge der Sozialrechtslehrertagung 2025 zusammen, die das Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung im Sozialrecht beleuchtet. Behandelt werden unter anderem Fragen nach den Grenzen solidarischer Systeme, bei persönlichen Budgets sowie im Umgang mit gesundheitsbezogenem Verhalten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die vielfältigen Perspektiven bieten eine fundierte Grundlage für Diskussion und Lehre.

Constanze Janda (Hg.) | **Solidarität und Eigenverantwortung. 16. Sozialrechtslehrertagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes e.V.** 13./1. Februar 2025 in Potsdam | 2025, 157 S., € 32,80 | Erich Schmidt Verlag, Berlin

# PS: Frühjahrsputz, auch für die Seele

Wie halten Sie es mit Sprichwörtern wie „Der frühe Vogel fängt den Wurm“ oder „Ohne Fleiß kein Preis“? Manche Menschen haben sie als Glaubenssatz verinnerlicht und starten damit in den Tag. Aber nicht immer treffen sie zu, wie eine Studie der Universität Heidelberg und weiterer Forscherinnen und Forscher aus Deutschland und der Schweiz am Beispiel „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“ zeigt. Junge und ältere Erwachsene trainierten acht Wochen lang, wie sie im Alltag besser als bisher mit Stress und herausfordernden sozialen Situationen umgehen können. Die Auswertung zeigt, dass die durchschnittliche Veränderung bei diesen sozio-emotionalen Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmalen in beiden Altersgruppen kaum zu unterscheiden war. Es trifft also eher das Gegenteil zu: „Was Hänschen lernt, kann auch Hans lernen.“ Beim Frühjahrsputz heißt es dann diesmal vielleicht auch, mit Glaubenssätzen aufzuräumen, die einem mehr schaden als nützen.

*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 Gloomt, Matthias Wannhoff

### Kontakt

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

### Layout

Festland Berlin GbR  
festland-berlin.de

### Illustrationen

Eva Revolver (Titelseite, S. 4/5, 10, 24/25, 38/39)  
evarevolver.com

### Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

### Erscheinungsdatum

April 2026 | 106. 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: Konrad Gös | S. 6: Flashvector/iStock/Getty Images Plus | S. 7: FG Trade/iStock/Getty Images; Nadiia Lapshynska/iStock/Getty Images Plus | S. 9: a8rop/iStock/Getty Images Plus | S. 11: privat | S. 12: Konrad Gös | S. 14: Konrad Gös | S. 15: Konrad Gös | S. 16: Konrad Gös | S. 17: JimmyR/iStock/Getty Images S. 18: Landkreistag Baden-Württemberg | S. 19: vdek NRW | S. 20: Landtag RLP; www.bestechend.de | S. 21: vdek | S. 22: vdek; Drazen Zigic/iStock/Getty Images | S. 23: vdek/Georg J. Lopata | S. 27 vdek/Georg J. Lopata; KI-generiert | S. 30: IGES Institut | S. 32: pidjoe/iStock/Getty Images Plus | S. 33: pidjoe/iStock/Getty Images Plus | S. 34: pidjoe/iStock/Getty Images Plus; privat | S. 35: pidjoe/iStock/Getty Images Plus | S. 36: Tom Werner/iStock/Getty Images | S. 39: BARMER/Bert Spangemacher | S. 40: Javier Zayaz/iStock/Getty Images Plus | S. 41: privat | S. 42: mxtama/iStock/Getty Images Plus; wongmbatuloyo/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  
 Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

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  
 vdek Baden-Württemberg


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


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  
 vdek Berlin/Brandenburg

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

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

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  
 vdek Hessen

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

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





Die vdek-Landesvertretungen finden Sie unter  
→ [vdek.com/ueber\\_uns/landesvertretungen](https://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  
 vdek Nordrhein-Westfalen

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

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

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

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

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

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  
 vdek Schleswig-Holstein

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  
 vdek Thüringen

# vdek online

vdek.com

X@vdek\_Presse



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