

# ersatzkasse magazin.

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

G20634

3. AUSGABE 2026



## Ambulante Versorgung neu gestalten

Mehr Steuerung durch ein digital unterstütztes Primärversorgungssystem erreichen

## »Versicherungsfremde Leistungen gehören aus Steuermitteln finanziert«

Interview mit dem Vorsitzenden der FinanzKommission Gesundheit, Prof. Dr. Wolfgang Greiner

## Notfallreform verbindlich umsetzen

Kabinettsentwurf greift zentrale Forderungen der Ersatzkassen auf, konsequente Umsetzung der Reform ist nötig

**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 vdek Hohe Bildschirmzeiten bei Kindern: riskant und trotzdem weit verbreitet. Unser Mittagsimpuls „Zukunft Prävention“ war mit über 180 Teilnehmenden aus ganz Deutschland gut besucht. Prof.Dr.med.David Martin und Dr.med.Silke Alma Schwarz (Universität Witten/Herdecke) gaben Einblicke zum Thema: „Zwischen Wissen und Verhalten – Wie gesunder Medienumgang gelingen kann“. [...]

in vdek Weitere Geschenke für Pharmaindustrie geplant: Regierung will Möglichkeit zu exklusiven #Rabattverträgen für #Biologika aussetzen! Damit würde #GKV ein #Einsparpotenzial in Milliardenhöhe verlieren. Das ist angesichts des Ziels der Bundesregierung, die Beiträge stabil zu halten, nicht nachvollziehbar. [...]



EDITORIAL

# Reformen brauchen Konsequenz

Mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) hat die Bundesregierung das lange erwartete Reformpaket vorgelegt, um die Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anzugehen. Die gute Nachricht: Zentrale Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit – insbesondere die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik – finden sich im Kabinettsentwurf wieder. Um stabile Beiträge zu ermöglichen, darf es allerdings keine weiteren Ausnahmeregelungen – etwa für den Pharma- oder Krankenhausbereich – geben. Dass der Bund sich zudem der vollständigen Übernahme der Gesundheitskosten für Bürgergeldempfangende entzieht und zugleich den allgemeinen Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen kürzt, ist eine klare Unwucht zulasten der Beitragszahlenden. Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Vorsitzender der Finanzkommission, stellt im Interview klar: Gesamtgesellschaftliche Aufgaben gehören aus Steuermitteln finanziert. Die Politik müsse jetzt die Beitragssatzstabilisierung ernst nehmen und langfristig absichern. Konsequenz ist auch bei weiteren Reformvorhaben gefragt. Die Notfallreform wurde nach vielen Anläufen der Vorgängerregierungen nun endlich im April vom Kabinett beschlossen. Damit ist die Ziellinie aber noch nicht erreicht. Zugleich ist ein Primärversorgungssystem geplant, für das sich erste Bausteine, etwa die digitale Ersteinschätzung, im Referentenentwurf für ein Digitalgesetz (GeDIG) finden. Beide Vorhaben bieten die Chance, die Versorgung gezielter zu steuern, Ressourcen effizienter einzusetzen und Patientinnen und Patienten schneller in die richtige Behandlung zu lenken.

**Michaela Gottfried**

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

---

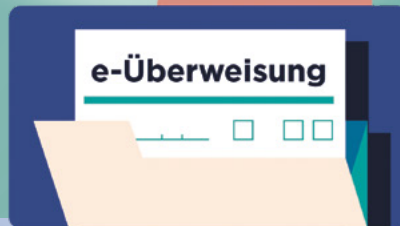
Hitzeperioden nehmen zu – und damit auch die gesundheitlichen Risiken für pflegebedürftige Menschen. Der vdek fördert deshalb die Hitzekompetenz in der Pflegeberatung mit Schulungen und Materialien. → [Mehr dazu auf Seite 9](#)

Mit der Reform der Notfallversorgung setzt die Bundesregierung auf klare Steuerung statt Überlastung. Der vdek unterstützt den Kurs – fordert jedoch eine konsequente und verbindliche Umsetzung. → [Mehr dazu auf Seite 20](#)



ersatzkasse  
magazin.  
online

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



# 14

## »Versicherungsfremde Leistungen gehören aus Steuermitteln finanziert«

**INTERVIEW** Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Vorsitzender der von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken eingesetzten Finanzkommission Gesundheit, erläutert im Interview mit *ersatzkasse magazin*. die Empfehlungen der Kommission und verweist auf die Herausforderungen der Umsetzung. Es sei der Punkt gekommen, an dem die Politik die Beitragssatzstabilisierung wirklich ernst nehmen und langfristig durchhalten müsse.



# 28 Ambulante Versorgung neu gestalten

**SCHWERPUNKT** Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) unterstützt die Regierungskoalition bei ihren Plänen für mehr Steuerung in der ambulanten Versorgung. Dabei setzt er hier mit dem klaren Konzept eines digital unterstützten, in der Regelversorgung verankerten Primärversorgungssystems an. Kernbestandteil ist eine einheitliche und verbindliche Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs und der Dringlichkeit.



## 42

### Der Herstellerabschlag im Reformstress

**ERSATZKASSEN** Der Arzneimittelmarkt ist ein zentrales Ausgabenfeld in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der AMNOG-Kurzreport 2026 der DAK-Gesundheit mit dem Titel „Innovationsförderung und Kostendämpfung: Analyse politischer Handlungsoptionen im Markt patentgeschützter Arzneimittel“ nimmt Kostensenkungsmechanismen unter die Lupe und stellt einen umsatzabhängigen, progressiven Herstellerabschlag vor.

#### AKTUELL

- 6 Referentenentwurf für Pflegeneuordnungsgesetz
- 7 Medizinische Dienste: Weiterentwicklung
- 8 Aus dem G-BA
- 9 Hitzekompetenz in der Pflegeberatung
- 10 vdek-Frühlingsfest

#### POLITIK & VERSORGUNG

- 12 Bei der Finanzreform nachbessern
- 14 Interview: Prof. Dr. Wolfgang Greiner
- 20 Notfallreform ist überfällig
- 22 Studie zu Arzneimittelpreisen
- 24 #regionalstark
- 29 Einwurf

#### SCHWERPUNKT

- 32 Mehr Durchblick und schnellere Versorgung
- 36 Physician Assistants in der Arztpraxis
- 38 Mehr Daten, bessere Steuerung?

#### ERSATZKASSEN

- 40 Jugendliche zum Klimawandel befragt
- 41 Neue Dimension der Pflegearmut
- 42 Herstellerabschlag im Reformstress

#### VERMISCHTES

- 44 vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens
- 45 Podcast: Worte können heilen – aber auch schaden
- 46 PS: Nächtliches Leuchten
- 46 Impressum

# Klares Signal – aber faire Lastenverteilung fehlt

Am 4. Juni 2026 ist der **Referentenentwurf für ein Pflegeordnungsgesetz (PNOG)** von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) bekannt geworden, der den Ausgangspunkt für eine Reform der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bildet. Mit dem Gesetz wird das Ziel verfolgt, die Finanzierungsgrundlagen der SPV zu stabilisieren und eine bürgernahe und menschenwürdige Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in der Stadt und auf dem Land mit effizienten und nachhaltigen Strukturen sicherzustellen. Dazu nimmt der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Stellung. Er begrüßt, dass die Ministerin angesichts der enormen finanziellen Herausforderungen in der SPV mit dem Gesetzentwurf ein klares Signal setzt. „Die von Bundesministerin Warken genannten Finanzierungslücken in Höhe von 7,6 Milliarden Euro für 2027 und 15,4 Milliarden Euro für 2028 verdeutlichen den dringenden Handlungsbedarf“, betont die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Positiv sei die stärkere Ausrichtung auf Prävention und Rehabilitation sowie bessere Unterstützung von Menschen über Pflegebegleitungen. Dass Pflege vor allem zu Hause stattfindet, müsse sich in der Reform widerspiegeln. Deshalb lehnt der vdek die Reduzierung der Beiträge zur Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen ab. Zustimmung findet die ab 2028 vorgeplante regelhafte Dynamisierung der Leistungsbeträge – und auch die geplante Anpassung der Schwellenwerte zur Feststellung des Pflegegrades sowie eine häufigere Befristung von Pflegegraden. Aus Sicht des vdek ist es richtig, sich stärker auf Menschen mit erheblichem Pflegebedarf zu konzentrieren. Insgesamt fehle im Entwurf aber eine faire Lastenverteilung. Während Versicherte nun durch eine höhere Beitragsbemessungsgrenze und Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen durch eine geplante zeitliche Streckung der Zuschüsse zusätzlich belastet würden, komme der Staat seinen finanziellen Verpflichtungen weiterhin nicht nach: Das gelte für den Ausgleich der Corona-bedingten Schulden der Pflegeversicherung und auch für die Erstattung der Rentenbeiträge pflegender Angehöriger in Höhe von jährlich rund fünf Milliarden Euro. *pm*





## Fit für die Zukunft: Tagung zur Weiterentwicklung der Medizinischen Dienste

In der Verbandszentrale des vdek kamen Vertreterinnen und Vertreter der Ersatzkassen, der SVLFG sowie der Medizinischen Dienste (MD) zu einer zweitägigen Tagung zusammen, um aktuelle Entwicklungen und Perspektiven der MD-Gemeinschaft zu diskutieren. Zum Auftakt eröffnete der vdek-Verbandsvorsitzende Uwe Klemens die Veranstaltung. Im anschließenden Panel standen unter anderem die Erwartungen an Verwaltungsratsmitglieder im Fokus sowie die daraus resultierenden Anforderungen für die Weiterentwicklung der Medizinischen Dienste. Den zweiten Veranstaltungstag leitete Johanna Sell, Leiterin der Unterabteilung Gesundheitsversorgung und Krankenhauswesen im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), ein. Sie unterstrich das große Vertrauen des Ministeriums in die Arbeit der Medizinischen Dienste und hob die konstruktive Zusammenarbeit hervor. Die anschließende Diskussionsrunde, in der es um die inhaltliche und organisatorische Aufstellung der MD-Gemeinschaft ging, wurde von Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), moderiert. An der Diskussion nahmen



nahmen Carola Engler, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des MD Bund, Helge Neuwerk, Vorstandsvorsitzender des MD Nord, Olaf Döllz, Leiter Sozialrecht/Medizinischer Dienst bei der BARMER sowie Johanna Sell teil (v.l., rechts daneben Ulrike Elsner). Im weiteren Verlauf der Tagung wurden zentrale Themen wie die praktische Zusammenarbeit von Kranken- und Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten sowie die Rolle der Digitalisierung bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit behandelt. **Neben Vertreterinnen und Vertretern aus den Medizinischen Diensten und den Kassen brachten auch Akteure aus der Selbstverwaltung ihre Perspektiven ein.** Die Tagung bot damit eine produktive Plattform für den gemeinsamen Austausch und unterstrich die Bedeutung einer engen Zusammenarbeit aller Beteiligten. *mwa*

# 19,1

**DIE ZAHL** In Deutschland raucht weiterhin knapp ein Fünftel der Bevölkerung. 19,1 Prozent der Menschen ab 15 Jahren haben im Jahr 2025 zumindest gelegentlich geraucht, wie das Statistische Bundesamt (Destatis) anlässlich des Weltnichtrauchertags am 31. Mai auf Basis von Erstergebnissen des Mikrozensus mitgeteilt hat. 78,5 Prozent der Raucherinnen und Raucher rauchten überwiegend Zigaretten, 9,2 Prozent bevorzugten die E-Zigarette. Unter jüngeren Menschen ist Rauchen wieder etwas mehr verbreitet als vor einigen Jahren. Im Jahr 2025 rauchten 15,6 Prozent der 15- bis 24-Jährigen zumindest gelegentlich. Vier Jahre zuvor lag der Anteil bei 14,5 Prozent. *pm*



## AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

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

### DMP Osteoporose aktualisiert

Der G-BA hat seine Anforderungen an das Disease-Management-Programm (DMP) für Versicherte mit Osteoporose umfassend aktualisiert. Neu ist, dass sich Männer mit einer behandlungsbedürftigen Osteoporose künftig bereits ab 50 Jahren in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschreiben lassen können, statt wie bisher ab 60 Jahren. Weitere Anpassungen betreffen beispielweise das Einschreibekriterium Frakturrisiko, die medikamentöse Therapie sowie Ergänzungen bei den koordinierenden Ärztinnen und Ärzten. Ziel des DMP ist es insbesondere, Knochenbrüche beziehungsweise weitere Knochenbrüche

zu vermeiden, das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern und Schmerzen zu reduzieren.

### Alzheimer-Wirkstoff ohne Zusatznutzen

Auch für den zweiten neuen Wirkstoff zur Behandlung der frühen Alzheimer-Erkrankung hat der Gemeinsame G-BA keinen Zusatznutzen im Vergleich zum bisherigen Therapiestandard feststellen können. Basis des Ergebnisses sind die vom Hersteller Donanemab richtet sich – ebenso wie der kürzlich bewertete Wirkstoff Lecanemab – gegen eine mögliche Ursache der Erkrankung, nämlich Eiweißablagerungen im Gehirn. Das Arzneimittel ist für die Behandlung von Erwachsenen mit leichter kognitiver Störung sowie mit leichter Demenz infolge der Alzheimer-Krankheit zugelassen und steht in Deutschland seit


November 2025 zur Verfügung. Mit dem G-BA-Beschluss ist keine weitergehende Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von Donanemab verbunden.

### Neues Datenportal zur palliativen Versorgung

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat beschlossen, die Ergebnisse des Versorgungsforschungsprojektes „pallCompare“ an zahlreiche Organisationen und Verbände im Gesundheitswesen zur Information weiterzuleiten. Das Projekt hat ein interaktives Online-Datenportal zur Inanspruchnahme, Qualität und zu den Kosten der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland entwickelt – aus Sicht des Innovationsausschusses ein wichtiger Beitrag, um palliative Versorgungsangebote gezielt weiterzuentwickeln. Mit den Datenauswertungen besteht auch erstmals die Möglichkeit eines regionalen Vergleichs. *pm*

 **23.06.–25.06.2026** Der **Hauptstadtkongress 2026** befasst sich vorrangig mit Fragen der Umsetzung aktueller Herausforderungen, etwa Finanzierungsfragen und Strukturfragen.

Auch wenn Politik an führender Stelle in der Verantwortung steht, sind auch Stakeholder des Gesundheitssystems gefragt, Lösungsvorschläge zu präsentieren. → [t1p.de/x0now](http://t1p.de/x0now)

 **07.07.2026** Auf der Internationalen **Fachtagung Community Health Nursing** des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe stehen erfolgreiche Modelle der Primärversorgung im Fokus. Nationale und internationale Fachleute geben Erfahrungen aus ihren Ländern weiter und loten Perspektiven für Deutschland aus. → [t1p.de/36l8r](http://t1p.de/36l8r)



## PRESSESCHAU

### Pflegereform

„[Der Bund sollte] dringend auch die Rentenbeiträge für diejenigen übernehmen, die ihren Job aufgeben, weil sie ihre Angehörigen pflegen. Zumal immer mehr diese Aufgabe übernehmen. Dies der Pflegeversicherung und damit den Versicherten aufzubürden, ist ähnlich unsolidarisch, wie die Zuschüsse für Bürgergeldempfänger bei den Krankenkassen nicht voll zu übernehmen.“

REUTLINGER GENERAL-ANZEIGER, 19.05.2026

### Gesundheitsreform I

„[Die Umsetzung der Gesundheitsreform] auf die lange Bank zu schieben, würde nur für mehr Frust und Politikverdrossenheit bei den Bürgern sorgen. Außerdem wird das Ergebnis nicht unbedingt besser – das hat schon die Einführung der digitalen Patientenakte gezeigt. An ihr wurde 20 Jahre (!) bis zu ihrer Einführung herumgedoktert. Der Nutzen: überschaubar.“

WESTFÄLISCHER ANZEIGER, 16.05.2026

### Gesundheitsreform II

„Die Gesundheitsreform ist [...] ein Stresstest für die Reformfähigkeit des Landes. Denn die eigentliche Frage lautet nicht, ob dieser oder jener Vorschlag perfekt ist. Die eigentliche Frage ist, ob eine Gesellschaft bereit ist, die Kosten der eigenen Einsichten zu tragen. Ein Land, das nur Reformen will, die niemandem schaden, wird keine bekommen.“

FOCUS, 13.05.2026

# vdek stärkt Hitzekompetenz in der Pflegeberatung

Text von **Dr. Christin Thum**

Hitzeperioden nehmen zu – und damit auch die **gesundheitlichen Risiken für pflegebedürftige Menschen**. Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) fördert deshalb die Hitzekompetenz in der Pflegeberatung. Mit Schulungen und Materialien unterstützt er Fachkräfte dabei, gefährdete Personen besser zu schützen.

**D**urch hohe Temperaturen sind besonders Pflegebedürftige stark betroffen – Hitze kann für sie schnell zur ernststen Belastung werden. Der vdek initiierte daher bereits 2024 ein Projekt zur Förderung des Hitzeschutzes in der Pflegeberatung. Ziel ist es, die Hitzekompetenz sowohl der Betroffenen als auch ihrer Angehörigen zu erhöhen. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Pflegeberatung, denn sie steht in direktem Kontakt zu den besonders vulnerablen Personen. In Kooperation mit der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) sowie den vdek-Pflegestützpunkten in Rheinland-Pfalz und im Saarland wurden dafür zielgruppenspezifische Schulungen entwickelt.

Die im Projekt entstandenen Unterlagen stellt der vdek frei zum Download bereit (→ [t1p.de/evy1w](https://t1p.de/evy1w)). Dazu gehören ein Schulungskonzept mit Foliensatz, eine Checkliste zum Hitzeschutz, der Flyer „Bei großer Hitze ...“, ein Foliensatz für Kurzvorträge sowie eine Liste hilfreicher Informationsquellen. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater können ihr Wissen damit unkompliziert auffrischen und direkt in der Beratung einsetzen.

Die Resonanz auf das Schulungsprojekt ist hoch: Im April 2025 nahmen 70 Pflegeberater:innen der Ersatzkassen und der ARGE Pflegestützpunkte Berlin/Brandenburg an zwei Online-Schulungen teil. Im Juli folgte eine weitere Schulung für 40 Pflegeberatungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien



Wohlfahrtspflege (BAGFW). Ziel war es, für häufiger werdende Hitzeperioden zu sensibilisieren und die Beratenden in ihrer Rolle als Multiplikator:innen zu stärken. Aufgrund des positiven Feedbacks bietet der vdek in diesem Jahr erneut zwei Hitzeschutz-Schulungen für die BAGFW an.

Auch auf dem diesjährigen Hitzeaktionstag am 11. Juni 2026 machte der vdek auf die gesundheitlichen Gefahren aufmerksam, die durch steigende Temperaturen entstehen. Zudem hatte der vdek anlässlich des Aktionstages am 15. Juni zur Online-Veranstaltung „Cool bleiben: Hitzeschutz in der Pflegeberatung“ eingeladen: Neben Einblicken in eine Hitzeschutz-Schulung verdeutlichten kleine Experimente, wie Hitze auf den Körper wirkt und warum Schutzmaßnahmen so wichtig sind. ■



**Dr. Christin Thum** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Gesundheit beim vdek

# Faire Reform erwartet

**D**as Jahr 2026 steht im Zeichen einer großen Finanzreform, mit der Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) das Milliardendefizit in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgleichen will. Nur wenige Tage, nachdem das Bundeskabinett Ende April das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beschlossen hatte, war der Kabinettsentwurf denn auch Gesprächsthema Nummer eins auf dem Frühlingsfest des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) am 6. Mai in Berlin. Rund 320 geladene Gäste nutzten die Einstimmung auf den Frühling, um über die auf dem Tisch

liegenden Reformvorschläge ins Gespräch zu kommen. Unter den zahlreichen Vertreterinnen und Vertretern aus Gesundheitswesen, Politik, Gesellschaft, Wissenschaft und Wirtschaft konnte die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner allen voran Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) als prominente Gastrednerin begrüßen. In ihrer Rede formulierte Elsner ihre Erwartungen an eine faire Reform. Sie betonte zunächst, dass der sogenannte Bundeszuschuss keine Subvention oder Goodwill-Aktion sei, sondern eine pauschale Abgeltung des Bundes für staatliche Aufgaben. Der Kabinettsentwurf



**1** PStS Dr. Georg Kippels MdB (CDU), Ulrike Elsner (vdek), Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU), Stefan Schwartze MdB (SPD), Simone Borchardt MdB (CDU) **2** Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU), Thomas Preis (ABDA), Dr. Susanne Wagenmann (BDA), Oliver Blatt (GKV-SV) **3** Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) **4** Dr. Ute Wiedemann (DAK-Gesund-



heit), Karen Walkenhorst (TK) **5** Dr. Michael Hubmann (BVKJ), Ulrike Elsner (vdek), Dr. Jens Baas (TK) **6** Prof. Dr. Norbert Klusen (Stiftung Gesundheit), Dr. Martin Hendges (KZBV), Dr. Jutta Visarius, Dr. Johannes Knollmeyer (beide DAK-Gesundheit) **7** Ulrike Elsner (vdek), Uwe Klemens (vdek), Simone Schwering, Prof. Dr. Christoph Straub (beide BARMER) **8** Uwe Klemens (vdek), Dr. Christos Pantazis MdB (SPD)



**9** Simone Schwering (BARMER), Dr. Ute Wiedemann (DAK-Gesundheit), Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU), Ulrike Elsner (vdek) **10** Ulrike Elsner (vdek) **11** Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) **12** Ludger Hamers, Anne-Kathrin Klemm (beide BKK DV), Dr. Susanne Wagenmann (BDA) (jeweils v. l. n. r.)

reiche nur knapp zur Deckung des erwarteten GKV-Defizits aus. Insbesondere die beabsichtigte Kürzung von zwei Milliarden Euro bei der Erstattung für Familienleistungen wie Mutterchaftsvorsorge und Kinderkrankengeld schwäche die GKV finanziell. Für eine faire Reform benötigt es einen Dreiklang aus:

1. einnahmeorientierter Ausgabenpolitik,
2. Finanzierung von staatlichen Aufgaben aus Steuern,
3. keiner Haushaltssanierung und Wirtschaftsförderung aus Beitragsmitteln.

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) warb für die Finanzreform und machte klar, dass weitere Belastungen für die Beitragszahler keine Option sind. Sie griff die

Debatte um Kassenbeiträge für Bürgergeldempfangende auf – dieser „Elefant“ stünde definitiv im Raum. „Dass das zu wenig ist, ist auch meine Meinung“, so Warken. Dennoch wertete sie den Kabinettsentwurf als „Gesamtkompromiss“, bei dem alle Bereiche entsprechend ihres Anteils am „Kostenkuchen“ ins Boot genommen würden. Der ehrenamtliche Vorstandsvorsitzende des vdek, Uwe Klemens, machte darauf aufmerksam, dass für die Versicherten eine zusätzliche finanzielle Beteiligung zu einer ungleichen Lastenverteilung führen würde. Klemens verwies in diesem Kontext auf die Klagen wegen Unterfinanzierung der gesundheitlichen Versorgung von Bürgergeldbeziehenden, die der GKV-Spitzenverband im Interesse der 75 Millionen Versicherten eingereicht hat. „Wir sind keine Bittsteller, sondern ein ernstzunehmender Partner“, betonte Klemens abschließend. tag



**13** Dr. Martin Hendges, Meike Gorski-Goebel (beide KZBV), Ulrike Elsner, Uwe Klemens (beide vdek) **14** Simone Borchardt MdB (CDU), Ulrike Elsner (vdek) **15** Oliver Blatt (GKV-SV), Simone Borchardt MdB (CDU), Serdar Yüksel MdB (SPD) **16** Dr. Stefan Gronemeyer (MD Bund), Stephanie Engelmann (KKH), Ulrike Elsner, Uwe Klemens (beide vdek), Michael Witte (KKH)



**17** Uwe Klemens (vdek) **18** Dr. Michael Hubmann (BVKJ), Thomas Ballast (TK) **19** Torsten Kafka (HEK), Ulrike Elsner (vdek), Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU) **20** Christine Aschenberg-Dugnus, Ulrike Elsner, Antje Kapinsky (beide vdek)



**21** Dr. Carola Reimann (AOK), Ulrike Elsner (vdek) **22** Oliver Blatt (GKV-SV), Dr. Doris Pfeiffer **23** Tanja Obst (DAK-Gesundheit), Oliver Blatt (GKV-SV) **24** Henning Horst (PHV), Boris von Maydell (vdek) (jeweils v. l. n. r.)

# Großer Fortschritt, aber bitte noch nachbessern

Text von **Antje Kapinsky** und **Dr. Ines Koller**

Mit dem Kabinettsentwurf zum **Beitragssatzstabilisierungsgesetz** hat Bundesministerin Warzen die wichtigste Reform des Gesundheitswesens seit vielen Jahren in Angriff genommen. Allerdings hat der ursprüngliche Entwurf eine Schlagseite bekommen, da er neuerdings auch zur Konsolidierung der Finanzen des Bundes beitragen soll – zulasten der Beitragszahlenden.



**Antje Kapinsky** ist  
Abteilungsleiterin  
Politik/Selbstver-  
waltung beim vdek



**Dr. Ines Koller** ist  
Abteilungsleiterin  
Finanzen / Versiche-  
rung beim vdek

**M**it dem Kabinettsbeschluss zum Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (BStabG) verbindet die Bundesregierung den Anspruch, die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu konsolidieren und weitere Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden. Im Kern soll dem Grundprinzip der Beitragsstabilität in der GKV wieder durchgängig Geltung verschafft werden. Ganz grundsätzlich besagt es, dass die Ausgaben nur so stark steigen können, wie es die Einnahmen tun. Eine so gelebte einnahmenorientierte Ausgabenpolitik impliziert jährliche Steigerungen bei Vergütungen und Mengen, aber in begrenzter Höhe. Leider ist die Politik seit den Zweitausenderjahren immer stärker davon abgewichen und hat viele Stellschrauben gelockert und Steuerungsinstrumente der Krankenkassen eingeschränkt. Im Ergebnis sind die Beiträge vor allem in den vergangenen Jahren dynamisch gestiegen, angetrieben von ungewöhnlich hohen Ausgabensteigerungen über fast alle Leistungsbereiche hinweg. So stiegen zum Beispiel im Jahr 2025 die Ausgaben

im Bereich der ärztlichen Behandlung um 7,6 Prozent, im Krankenhausbereich um 9,6 Prozent und im Bereich Heilmittel um 10,4 Prozent. Es ist deshalb dringend erforderlich, zu alten Tugenden zurückzukehren und die Ausgabenentwicklung wieder in einem definierten Korridor weiterzuentwickeln.

## Ausgewogene Lastenverteilung, leider mit Schlagseite

In Reaktion auf den Gesetzentwurf gab es flächendeckend Kritik aus sehr vielen Leistungsbereichen. Nach aller Erfahrung ist das ein Indiz für einen ausgewogenen und somit tragfähigen Gesetzentwurf. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich jedoch eine erhebliche Schlagseite. Denn der Staat kommt weiterhin seinen Verpflichtungen nicht nach und leistet ihm obliegende Erstattungen an die GKV nicht. Schlimmer noch, er kürzt sogar den Betrag, den er den Krankenkassen für die Übernahme von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben jährlich überweist. Diese mit dem irreführenden Begriff „Bundeszuschuss“ betitelte Aufwandserstattung soll um 2 Milliarden Euro und somit um knapp 15 Prozent

gekürzt werden. Als Begründung dafür ist im Gesetzentwurf von einer notwendigen Konsolidierung des Bundeshaushalts zu lesen. Der Bund schließt somit einen Teil der Deckungslücke in seinem Haushalt aus den Beiträgen der Mitglieder der GKV und ihrer Arbeitgeber:innen. Anstatt die versicherungsfremden Leistungen sachgerecht zu finanzieren, droht eine weitere Verlagerung staatlicher Finanzprobleme auf die Schultern der Beitragszahlenden.

Auch der Einstieg mit 250 Millionen Euro im Jahr 2027 in die Finanzierung der Gesundheitskosten von Bürgergeldempfangenden bleibt weit hinter dem tatsächlichen Bedarf zurück. Die schrittweise Anhebung des Bundeszuschusses auf zwei Milliarden Euro bis 2031 deckt nur einen Bruchteil der realen Ausgaben. Die tatsächliche Deckungslücke beträgt hier 12 Milliarden Euro. Im Ergebnis sind es erneut und weiterhin die Beitragszahlenden in der GKV, die diese gesamtgesellschaftlichen und sozialpolitische motivierten Ausgaben schultern müssen, während privat Versicherte außen vor sind. Diese offensichtliche Schiefelage sollte dringend nachgebessert werden.

Das gilt auch mit Blick auf die deutliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Die Beiträge der GKV-Mitglieder werden dadurch erheblich ansteigen um maximal 45 Euro pro Monat und es steht zu befürchten, dass die Mehreinnahmen mit einem Verlust von Mitgliedern mit höheren Einkommen in die PKV teuer bezahlt werden. Solange es in der Krankenversicherung eine Dualität der Versicherungssysteme gibt, sollten nicht diejenigen über Gebühr belastet werden, die hohe Deckungsbeiträge für das System leisten.

### **Standortpolitik zu Lasten der GKV darf es nicht geben**

Der Gesetzentwurf enthält viele sinnvolle Maßnahmen zur Stärkung der Finanzlage. Im Bereich der Arzneimittelausgaben greift er jedoch zu kurz. Die vorgesehenen Ausnahmeregelungen beim dynamischen Herstellerabschlag für Arzneimittel unterlaufen das Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und zweckentfremden Beitragsmittel für industriepolitische Ziele. Ein belastbarer Zusammenhang zwischen Erstattungspreisen und Standortentscheidungen global agierender Unternehmen ist nicht erkennbar. Die GKV wird damit faktisch zur Standortförderin – und das ist nicht ihre Aufgabe. Ähnlich problematisch ist

die Wiedereinführung der Tarifierfinanzierung in der Krankenhausversorgung über die Grundlohnsummenbindung hinaus. Gerade Sonderregelungen dieser Art haben in der Vergangenheit zu einer unkontrollierten Ausgabendynamik beigetragen.

### **Auswirkungen auf die Beitragssatzentwicklung**

Nach der FinanzKommission Gesundheit beträgt die Finanzierungslücke im Jahr 2027 15,3 Milliarden Euro und wächst bis 2030 auf 40,3 Milliarden Euro an. Mithilfe des vorgeschlagenen Maßnahmenkatalogs könnten aber Einsparungen von 42,3 Milliarden Euro im Jahr 2027 beziehungsweise 63,9 Milliarden Euro im Jahr 2030 erzielt werden und somit der durchschnittlich festgelegte Zusatzbeitragssatz von 2,9 Prozent konstant gehalten beziehungsweise sogar gesenkt werden.

Mit dem Gesetzentwurf reduziert sich aber das Einsparvolumen deutlich: 2027 beträgt es nur noch 16,3 Milliarden Euro und 2028 38,1 Milliarden Euro. Damit würde das Einsparvolumen in den Jahren 2027 und 2028 noch ausreichen, um die Finanzierungslücke zu schließen und somit den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz stabil zu halten. Bereits ab 2029 würden die Zusatzbeitragssätze aber erneut steigen. Das Bundesministerium für Gesundheit geht davon aus, dass die geplanten Strukturreformen auf Basis des zweiten Berichts der FinanzKommission Gesundheit zur Konsolidierung der GKV-Finzenzen und damit eines stabilen Zusatzbeitrags beitragen werden. Jedoch dauert es in der Regel relativ lange, bis Strukturreformen ihre finanzielle Wirkung entfalten. Selbst wenn die Strukturreformen im Jahr 2027 umgesetzt und ab 2028 wirken würden, ist von größeren finanziellen Auswirkungen ab 2029 eher nicht auszugehen. Der richtige Weg wäre deshalb, ausreichend viele Maßnahmen aus dem Katalog der FinanzKommission Gesundheit umzusetzen, um einen konstanten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz bis 2030 gewährleisten zu können und den geplanten Strukturreformen ausreichend Zeit zur Entfaltung ihrer Finanzwirkungen zu geben. ■

# »Versicherungsfremde Leistungen gehören aus Steuermitteln finanziert«

Die Bundesregierung hat einen Kabinettsentwurf für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgelegt. Dieser fußt auf dem Ende März 2026 veröffentlichten ersten Bericht der FinanzKommission Gesundheit (FKG), die von der Bundesgesundheitsministerin im September letzten Jahres eingesetzt wurde, um Maßnahmen zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erarbeiten. Ein zweiter Bericht zu strukturellen Maßnahmen soll bis Ende dieses Jahres folgen. Im Interview erläutert Kommissionsvorsitzender **Prof. Dr. Wolfgang Greiner** die Empfehlungen der Kommission, identifiziert zentrale Kostentreiber und verweist auf die Herausforderungen der Umsetzung.

Interview von Michaela Gottfried und Annette Kessen



### Was waren Ihre Erwartungen an die Arbeit der Kommission?

**PROF. DR. WOLFGANG GREINER** Ich hatte Respekt vor der Arbeit, auch weil der Zeitrahmen sehr knapp bemessen ist und die Aufmerksamkeit sehr hoch. Im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hatten wir zwei Jahre Zeit für die Ausarbeitung eines Themas, hier war es eine Vielzahl von Themen in noch nicht mal einem Jahr. Wir haben sehr oft getagt, viele Videokonferenzen durchgeführt, Einzelgespräche geführt, über 1.700 Vorschläge von Stakeholdern ausgewertet. Für den zweiten Bericht haben wir jetzt noch mal ein gutes Dreivierteljahr Zeit, aber dann ist unsere Arbeit auch abgeschlossen, es ist

also ein absehbarer Zeitraum. Diese Dringlichkeit war mir aber auch von vornherein klar, denn die Ergebnisse sollten relativ kurzfristig in Gesetzen umgesetzt werden, was ja jetzt auch passiert ist.

**Die Kommission beziffert die Finanzlücke in der GKV auf über 15 Milliarden Euro im kommenden Jahr, die sukzessive auf über 40 Milliarden Euro im Jahr 2030 ansteigt. Sie haben 66 Sparvorschläge mit einem Finanzvolumen von 42,3 Milliarden Euro für 2027 ausgesprochen. Der Kabinettsentwurf weist allerdings nur noch ein Sparpotenzial von 16,3 Milliarden Euro auf. Gerät das Ziel der Beitragssatzstabilisierung aus dem Blick?**





Unser Arbeitsauftrag bestand darin zu identifizieren, was helfen kann, dass die Beitragssätze in der GKV nicht noch weiter steigen. Es ist volkswirtschaftlich sehr schädlich, was in den letzten Jahren passiert ist und das kann sich nicht einfach so fortsetzen. Was die Politik nun aber aus unseren Vorschlägen macht, liegt in ihrer Verantwortung, da gibt es eine klare Rollenverteilung. Es war uns auch klar, dass nicht alle Vorschläge übernommen werden und es im politischen Weitergang schwierig sein wird. Ich beneide die Gesundheitspolitik nicht, eine Auswahl treffen zu müssen. Aber sie hat auf jeden Fall eine Vielzahl an Möglichkeiten.

**Ein Kernelement der Reformvorschläge ist die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik, also der Grundsatz, dass die Ausgaben nicht stärker steigen dürfen als die Einnahmen. Warum?**

Bei der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik handelt es sich eigentlich um keinen neuen Vorschlag, denn sie steht bereits im Sozialgesetzbuch. Entscheidend ist, dass diese Grundsätze eingehalten werden. Die Möglichkeit einer begründeten Abweichung steht ebenfalls im Gesetz, nur wurde diese in den letzten Jahren inflationär genutzt. In sämtlichen Sektoren wurde die Beitragssatzstabilität immer mehr durchlöchert und hat damit an Bedeutung verloren. Das kann auf Dauer nicht funktionieren. Grundsätzlich gilt, dass man Beitragssatzstabilität nur dann erreicht, wenn man nicht mehr ausgibt, als man einnimmt. Ein Hauptgrund für die Ausgabensteigerung sind die extremen

Honorarsteigerungen in allen Leistungsbereichen. Hier muss man ansetzen, um eine kurzfristige Wirkung zu erzielen.

**Die Ärzteschaft fürchtet hohe Honorarkürzungen.**

Unser Vorschlag wird als Honorarkürzung wahrgenommen, aber faktisch betrifft es nur Anteile, die zusätzlich gezahlt werden sollen. Wir haben Sonderregelungen überprüft, die jenseits der normalen Steigerungen für die ärztlichen Leistungen liegen. Im ambulanten Bereich betrifft das vor allem das Terminservice- und Versorgungsgesetz, also die Zahlung für schnellere Termine. Unsere Evaluation zeigt, dass dieses Gesetz leider nicht wirkt, die Versicherten also keine schnelleren Termine bekommen haben. Ein weiteres Beispiel ist die Streichung der gesonderten Vergütung für die Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA). Die Tätigkeit ist mittlerweile weitgehend automatisiert und bedarf keiner dauerhaften Vergütung. Im stationären Bereich hatten wir vorgeschlagen, die Mittel für sogenannte pflegeentlastende Maßnahmen zu streichen, welche pauschal, also ohne Nachweis über die tatsächliche Durchführung der Maßnahmen gezahlt werden. Das betrifft häufig Tätigkeiten, die von Krankenhauspersonal übernommen wird, was ohnehin schon durch das DRG-System finanziert ist.

**Im Krankenhausbereich wurde im Kabinettsentwurf das grundsätzliche Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik bei der Tarifierfinanzierung wieder aufgeweicht. Statt der von**

**der Kommission empfohlenen Streichung der vollständigen Tarifierfinanzierung soll es jetzt eine hälftige Tarifierfinanzierung geben. Gerade diese Regelung hatte zu unkontrollierten Ausgabenzuwächsen im stationären Bereich geführt. Können Sie die Bedenken der Politik oder der Krankenhäuser nachvollziehen?**

Aus Sicht der Krankenhäuser war die vollständige Tarifierfinanzierung natürlich sehr angenehm, welche Branche würde sich so etwas nicht auch wünschen? Aber eine solche Regelung führt dazu, dass bei den Tarifverhandlungen Anreize zur Wirtschaftlichkeit verloren gehen, da die Mehrkosten vollständig (oder zukünftig anteilig) von den Beitragszahlern übernommen werden, die bei den Tarifverhandlungen gar nicht mit am Tisch sitzen. Tarifabschlüsse gehen dann schnell über das wirtschaftlich vertretbare Maß hinaus. Die Verhandlung von Veränderungswerten für die Fallpauschalen decken zudem Kostensteigerungen aufgrund steigender Lohnkosten bereits weitgehend ab, die Tarifsteigerungen werden also doppelt finanziert. Diese Fehlanreize wirken auch in andere Sektoren hinein, zum Beispiel, weil sich Steigerungen der Honorierung im ambulanten Bereich an den Oberarztgehältern in den Krankenhäusern orientieren.

**Auch der Arzneimittelbereich steht als zweitgrößter Ausgabenbereich im Fokus, etwa was den Herstellerrabatt und patentgeschützte Arzneimittel betrifft.**

Wir hatten vorgeschlagen, den Herstellerrabatt, der derzeit bei 7 Prozent liegt, im Jahr 2027 auf 14 Prozent anzuheben und danach zu dynamisieren. Der Kabinettsentwurf sieht jetzt direkt eine Dynamisierung vor, was dazu führt, dass der Abschlag etwas weniger hoch ist. Ich denke, diese Regelung muss und wird in den kommenden Jahren noch weiterentwickelt werden. Bei den patentgeschützten Arzneimitteln haben wir etwas ganz Neues vorgeschlagen, nämlich die Einführung eines Wettbewerbs über Ausschreibungen für Medikamente, bei denen im Bewertungsverfahren eine Gleichwertigkeit der Wirkung festgestellt wurde. Das gab es für patentgeschützte Arzneimittel so noch nicht. Im Kabinettsentwurf wurde diese Empfehlung insofern aufgegriffen, dass Gruppen genannt werden, für die diese Gleichwertigkeit gilt und bei denen deshalb zukünftig Ausschreibungen möglich sein sollen. Das würde die Preise in diesen Segmenten deutlich senken und ist ein erster guter Schritt. Man könnte auch eine Generalisierung vorsehen, sodass der G-BA regelmäßig prüft, welche Gruppen infrage kämen. Denn die jetzt im Gesetz genannten Gruppen werden natürlich in fünf Jahren schon nicht mehr vollständig patentgeschützt sein.

**Patentgeschützte Arzneimittel sind ein Hauptkostentreiber in der GKV. Lässt sich das allein durch Wettbewerb auffangen?**

Man muss bedenken, dass es gerade in den letzten Jahren eine ganze Reihe von hochwertigen Innovationen gab. Natürlich gibt es auch viele Medikamente ohne Zusatznutzen, das wird richtigerweise alles sehr genau überprüft, aber es gibt auch Medikamente, die wirklich besser sind als alles, was bis dahin verfügbar war. Die Frage ist dann, was uns die Medikamente mit Zusatznutzen wert sind, wie viel sie uns kosten sollten. Das ist schwer zu beantworten. Helfen würden – und das haben wir auch schon im Sachverständigenrat gesagt – Kosten-Nutzen-Analysen. Diese wurden aber bislang abgelehnt. Womöglich wird es hier in Zukunft eine Weiterentwicklung geben, aber ich möchte unserem zweiten Bericht nicht vorgreifen.

**Vorgesehen sind auch Leistungskürzungen für die Versicherten für nicht evidenzbasierte Leistungen.**

Was die Überprüfung des Leistungskatalogs anbelangt, war uns eine Orientierung an Nutzen und Qualität sehr wichtig. Das hervorstechendste Beispiel ist die Homöopathie, die einen derartigen Widerspruch zur evidenzbasierten Medizin darstellt, dass man diese Produkte nicht mehr aus Beitragsmitteln finanzieren sollte. Ein anderes Beispiel ist das Hautkrebscreening. Wir empfehlen, es auszusetzen und den G-BA zu beauftragen, hier ein gezielteres Screening zu überprüfen, also Zielgruppen zu definieren, für die sich solch ein Screening wirklich lohnen würde. Die Politik will das Hautkrebscreening nun prüfen lassen, aber nicht aussetzen, hat die Empfehlung also sehr weitgehend aufgegriffen.

**» Wir haben empfohlen, die Ausgaben für die Refinanzierung der Gesundheitskosten für Bürgergeldempfänger in Höhe von 12 Milliarden Euro vollständig durch den Bund beziehungsweise über Steuermittel zu finanzieren.«**

**Die Prävention soll also auch auf den Prüfstand?**

Grundsätzlich muss Prävention sich genauso darum bemühen, die Effektivität zu zeigen wie alle anderen Bereiche auch. Es gibt durchaus Beispiele, wo eine präventive Leistung gut gemeint war, aber nicht so gut funktioniert hat, wie man angenommen hatte. →

## »Ich denke, wir sind an einen Punkt gekommen, an dem die Politik die Beitragssatzstabilisierung wirklich ernst nehmen und langfristig durchhalten muss.«

Das Hautkrebscreening in seiner jetzigen Form ist ein gutes Beispiel dafür. Wir müssen auch Dinge auf den Prüfstand stellen, die womöglich schon lange laufen, ich denke da auch an den Gesundheits-Check-Up oder die U-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche. Wir müssen schauen, was sich bewährt hat und wo nachweislich positive Wirkungen zu sehen sind. Daran muss sich Prävention messen lassen.

**Ein weiteres wichtiges Anliegen der Kommission ist eine faire Lastenverteilung. Alle Beteiligten sollten ihren Beitrag leisten, also auch der Staat, was die Refinanzierung der Gesundheitskosten für Bürgergeldempfänger und für versicherungsfremde Leistungen generell anbelangt. Doch jetzt kommt es zu deutlichen Unwuchten im Kabinettsentwurf.**

An dieser Stelle sehen wir tatsächlich die größte Abweichung gegenüber unseren Vorschlägen. Wir haben empfohlen, die Ausgaben für die Refinanzierung der Gesundheitskosten für Bürgergeldempfänger in Höhe von 12 Milliarden Euro vollständig durch den Bund beziehungsweise über Steuermittel zu finanzieren. Zudem haben wir uns klar für eine Dynamisierung des Bundeszuschusses ausgesprochen, der neben den Bürgergeld-Aufwendungen noch andere versicherungsfremde Leistungen abdecken soll – etwa das Mutterschaftsgeld oder die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern – und aktuell 14,5 Milliarden Euro beträgt. Die Politik allerdings will dem Bundeszuschuss 2 Milliarden

entziehen, es bleiben also nur noch 12,5 Milliarden Euro übrig. Zudem plant sie nur eine schrittweise Erhöhung bei der Refinanzierung der Gesundheitskosten für Bürgergeldempfänger in Höhe von 250 Millionen Euro ab 2027. Bis 2031 soll der Bundeszuschuss um 2 Milliarden Euro ansteigen, vorausgesetzt die nachfolgende Regierung sieht das genauso. Es ist allerdings schwer zu begründen, Aufwendungen für Aufgaben, die die Gesamtgesellschaft betreffen, nur von GKV-Versicherten und deren

Arbeitgebern finanzieren zu lassen. Letztlich ist der Abzug der 2 Milliarden Euro eine Haushaltsentscheidung. Der Bundesfinanzminister, so habe ich es verstanden, ist der Meinung, dass alle Ressorts ihr Scherflein zur Konsolidierung des Bundeshaushalts beitragen müssen. Aber in diesem Fall verhält es sich eben anders. Versicherungsfremde Leistungen gehören aus Steuermitteln finanziert.

**Bei der beitragsfreien Familienmitversicherung soll es Einschränkungen geben – eigentlich ein Kernelement der GKV.**

Aus gesellschaftspolitischer Sicht stammt die beitragsfreie Familienmitversicherung aus einem Familienbild, das heute so nicht mehr existiert. Die Gruppe derjenigen erwachsenen Personen, die beitragsfrei mitversichert sind, wird immer kleiner, auch weil Frauen heute besser ausgebildet und zunehmend beruflich tätig sind. Ökonomisch gibt es eine weitere Begründung für unsere Empfehlung. Demnach ist die beitragsfreie Mitversicherung bei Kindern insofern gerechtfertigt, weil Kinder keine Möglichkeit haben, eine eigene Versicherung durch Berufstätigkeit zu erreichen. Das ist bei Eheleuten im Grundsatz anders, daher müssten sie zumindest einen Mindestbeitrag entrichten, weil sie eine Gegenleistung bekommen, nämlich die des Krankenversicherungsschutzes. Man kann politisch Ausnahmen formulieren, zum Beispiel bei der Betreuung von kleinen Kindern oder für Pflegebedürftige, entsprechende Vorschläge

haben wir gemacht. Das sind letztlich Details der Ausgestaltung im Gesetzgebungsverfahren. Gemäß dem aktuellen Gesetzentwurf soll es Ausnahmen geben für Mitversicherte mit Kindern unter 7 Jahren oder Kindern mit Behinderung, die außerstande sind, für sich selbst zu sorgen, sowie für pflegende Angehörige und Partner oberhalb der Regelaltersgrenze, außerdem für Partner mit vorliegender voller Erwerbsminderung.

**Diskutiert hat die Kommission eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, aber keine Empfehlung ausgesprochen. Die Politik plant derzeit dennoch eine Erhöhung um 300 Euro.**



**Prof. Dr. Wolfgang Greiner**, geboren 1965, studierte nach einer Ausbildung zum Bankkaufmann Wirtschaftswissenschaften an der Universität Hannover und war dort anschließend am Institut für Versicherungsbetriebslehre als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig. Seit April 2005 ist er Inhaber des Lehrstuhls für „Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement“ an der Universität Bielefeld. Seine Promotion 1998 behandelte Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen, in seiner Habilitation 2004 setzte er sich mit gesundheitsökonomischen Aspekten des Disease Managements auseinander. Er war von 2010 bis 2023 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und ist Vorsitzender der im September 2025 eingesetzten Finanz-Kommission Gesundheit.



Wir haben es nicht empfohlen, weil nicht vorhersagbar ist, wie die Reaktionen der Versicherten sein werden. Wenn mehr Gutverdienende, womöglich mit wenigen oder keinen Kindern, die einen relativ hohen positiven Deckungsbeitrag für die Krankenkassen bedeuten, in die private Krankenversicherung abwandern, ist nicht viel gewonnen. Zudem belastet es die Arbeitgeber mit Blick auf die Lohnkostenproblematik. Wir haben das Thema im Bericht mit verschiedenen Szenarien durchgerechnet, die entsprechenden Informationen dazu liegen der Politik vor.

**Ausgesprochen haben Sie sich für eine stärkere steuerliche Belastung von Alkohol, zuckerhaltigen Getränken und Tabakwaren. Für zuckerhaltige Getränke soll sie laut Gesetzentwurf kommen, für Alkohol nicht, und eine Tabaksteuer soll für andere Zwecke verwendet werden. Überrascht Sie das?**

Ich hätte gedacht, dass die Politik gegenüber Anreizen zur Einschränkung des Alkoholkonsums durchaus offen gewesen wäre. Uns ging es dabei auch nur um Spirituosen. Beim Bier haben wir darauf verzichtet, weil es eine Landessteuer ist und es daher relativ unwahrscheinlich war, dass dieser Vorschlag eine Chance gehabt hätte, dass das Steueraufkommen letztlich dem Gesundheitsfonds zufließt. Wir haben in unserem Bericht auch die Gefahr beschrieben, dass die Mittel aus den genannten Konsumsteuern nicht dem Gesundheitsfonds zufließen könnten,

sondern mittelfristig für andere Zwecke ausgegeben werden. Es gibt gute Gründe, dass der Gesetzgeber frei ist bei der Verwendung der Mittel, die ihm aus Steuern zufließen, auch mit Blick darauf, dass viele Zuschüsse schon jetzt langfristig festgelegt sind. Dass nun vorgesehen ist, die Tabaksteuer tatsächlich zu erhöhen, aber nicht für den Gesundheitsfonds zu verwenden, ist natürlich trotzdem nicht das, was wir uns vorgestellt hatten.

**Sind Sie zuversichtlich, dass die Beitragssatzstabilisierung zustande kommt?**

Ich denke, wir sind an einen Punkt gekommen, wo die Politik die Beitragssatzstabilisierung wirklich ernst nehmen und langfristig durchhalten muss. Denn was ist die Alternative, die Beiträge weiter ansteigen zu lassen? Wir werden vermutlich Beitragsanstiege im Pflege- und Rentenbereich kaum vermeiden können. Aber damit nähern wir uns immer mehr der magischen Grenze von 50 Prozent Abgaben für die Sozialversicherung an. Das ist nicht nur für jede und jeden Einzelnen schwierig, sondern vor allem auch für den Standort Deutschland. Deswegen ist der Druck hoch, schnelle und langfristig wirksame Lösungen zu finden und umzusetzen. Ein Weitermachen wie bisher mit immer mehr steigenden Krankenkassenbeitragssätzen ist schlicht ausgeschlossen, wenn die herrschende Stagnation der deutschen Wirtschaft durchbrochen werden soll. ■

# Überfällige Notfallreform

Text von **Claudia Erfurth** und **Björn-Ingemar Janssen**

Mit der Reform der Notfallversorgung setzt die Bundesregierung auf klare **Steuerung statt Überlastung**. Mit klarer Patientensteuerung durch verpflichtende Ersteinschätzung, integrierten Notfallzentren (INZ) und einer stärkeren Vernetzung von Rettungsdienst und ambulanter Versorgung greift der Kabinettsentwurf zentrale Forderungen der Ersatzkassen auf. Der vdek unterstützt den Kurs – fordert jedoch eine konsequente und verbindliche Umsetzung. Das Gesetz soll nach der parlamentarischen Sommerpause noch in diesem Jahr verabschiedet werden.



**Claudia Erfurth** ist Referentin in der Abteilung Politik/Selbstverwaltung beim vdek



**Björn-Ingemar Janssen** ist Referatsleiter Ärzte beim vdek

**D**ie Notfallversorgung in Deutschland steht seit Jahren unter Druck: Überfüllte Notaufnahmen, parallele Strukturen und fehlende Steuerung belasten Gesundheitspersonal, Patientinnen und Patienten sowie die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im mittlerweile dritten Anlauf zur Reform der Notfallversorgung geht die Bundesregierung nun den entscheidenden Schritt, um lange bekannte Fehlentwicklungen im System zu korrigieren. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten künftig schneller, bedarfsgerechter und sektorenübergreifend zu versorgen – und gleichzeitig teure Fehlanreize in Notaufnahmen und Rettungsdiensten abzubauen. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) begrüßt diese Zielrichtung ausdrücklich.

Kern der Reform ist eine verbindliche, bundesweit einheitliche Ersteinschätzung. Sie soll sicherstellen, dass Hilfesuchende frühzeitig in die geeignete Versorgungsebene gelenkt werden – sei es in die vertragsärztliche Akutversorgung, in INZ oder in den Rettungsdienst. Die geplante stärkere Vernetzung der Rufnummern 112 und 116117 hin zu einem integrierten Gesundheitsleitsystem entspricht

langjährigen Forderungen der Ersatzkassen und ist ein zentraler Hebel für eine effizientere Patientensteuerung.

Positiv bewertet der vdek auch den vorgesehenen verpflichtenden Aufbau von INZ an geeigneten Krankenhausstandorten. In den INZ sollen Notaufnahmen, Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und zentrale Ersteinschätzungsstellen eng zusammenarbeiten. Diese klare Bündelung ermöglicht es, Patientinnen und Patienten direkt vor Ort der richtigen Versorgungsform zuzuführen – ambulant, stationär oder weiterleitend. Voraussetzung ist allerdings, dass Krankenhäuser ohne INZ künftig konsequent nicht mehr an der ambulanten Notfallversorgung teilnehmen. Ergänzend ist das mit dem Gesetz geplante begrenzte Dispensierrecht in INZ Notdienstpraxen eine pragmatische Lösung, um Versorgungslücken insbesondere zu Randzeiten zu schließen – vorausgesetzt, die engen gesetzlichen Grenzen werden strikt eingehalten.

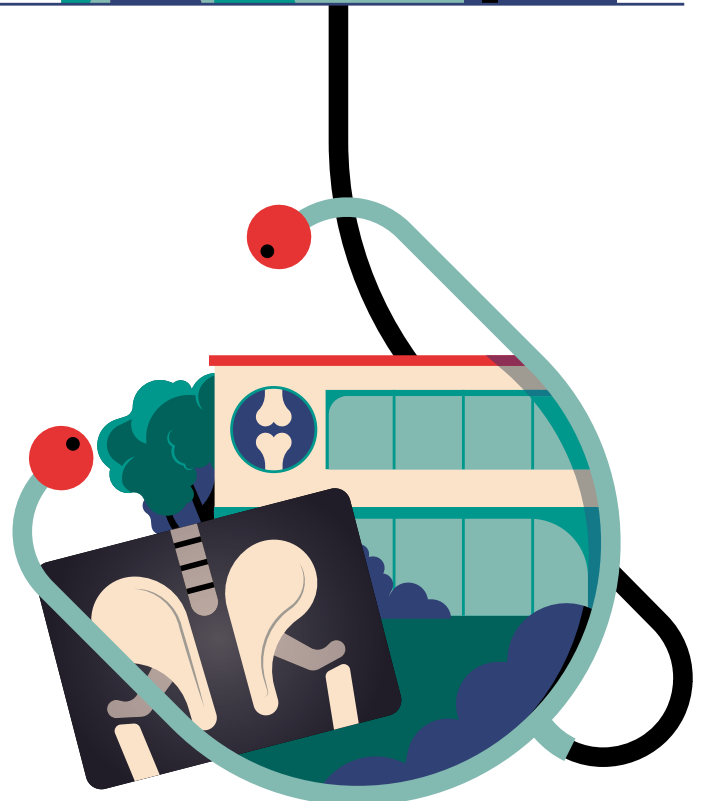
Nachgeschärft wurde zudem die Digitalisierung: Die verpflichtende Anbindung an die Telemedizininfrastruktur (TI), digitale Notfalldokumentation und interoperable Fallübergaben sind zwingend



notwendig, um die sektorübergreifende Versorgung in der Praxis funktionieren zu lassen. Auch die Stärkung der Akutleitstellen mit klaren Erreichbarkeitsvorgaben ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Kritisch sieht der vdek jedoch, dass eine verbindliche Kooperationspflicht für die Träger der Rettungsleitstellen weiterhin fehlt. Ohne diese bleibt die Integration vor Ort unsicher. Zudem bestehen weiterhin unterschiedliche Zuständigkeiten für die Ersteinschätzung in Akutleitstellen und Krankenhäusern. Um ein einheitliches Verfahren sicherzustellen, braucht es eine übergreifende Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).


Auch das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ausgewiesene Einsparpotenzial ist nur dann realistisch, wenn die Reform konsequent umgesetzt wird: mit verbindlich eingerichteten INZ, einer gelebten Fallübernahme zwischen Rettungsdienst und Akutleitstellen sowie dem Abbau bestehender Parallelstrukturen. Nur dann kann die Notfallreform ihre volle Wirkung entfalten – im Sinne einer besseren Versorgung und einer nachhaltigen Finanzierung. Es bleibt zu hoffen, dass die Bundesländer die überfällige Reform unterstützen und ein zeitnahe Beschluss erreicht werden kann. ■



# Hohes Sparpotenzial durch Fair Pricing

Text von Sibylle Reichert und Jocelijn Stokx

In der Zeitschrift *PharmacoEconomics* erschien Ende April 2026 eine **Studie zu Arzneimittelpreisen**, die von Vertretern von sechs Mitgliedern der Association Internationale de la Mutualité (AIM) durchgeführt wurde. Darin wurden die Preise für zehn verschiedene innovative Arzneimittel zur Behandlung von Krebs, seltenen Krankheiten und chronischen Erkrankungen mithilfe des Fair-Pricing-Rechners der AIM verglichen. Die Analyse zeigt: Europa könnte bis zu 27 Milliarden Euro einsparen, wenn es den Fair-Pricing-Rechner nutzt.



**D**as Fair-Pricing-Modell der AIM wurde 2019 entwickelt, um einen Preis zu berechnen, der für Gesundheitssysteme und Patienten erschwinglich ist und gleichzeitig den Pharmaunternehmen ausreichende Anreize bietet, in Innovation und Produktion zu investieren. Es berücksichtigt Kosten für Forschung und Entwicklung (F&E), Produktionskosten, Vertriebs- und medizinische Informationskosten, einen angemessenen Gewinn sowie, sofern gerechtfertigt, einen Innovationsbonus, der an den therapeutischen Mehrwert gekoppelt ist.

Mit seiner Arbeit zur fairen Preisgestaltung für Arzneimittel möchte die AIM zur Erschwinglichkeit von Arzneimitteln in der Diskussion um die Überarbeitung der europäischen Pharmaregulierung beitragen. Überhöhte Arzneimittelpreise setzen das solidarische Gesundheitssystem unter Druck, schwächen die Verhandlungsmacht der öffentlichen Hand und könnten den Zugang zu Behandlungen einschränken.

Weltweit werden Gesundheitsbudgets eingeschränkt. Eine Überbezahlung von Arzneimitteln bedeutet

daher weniger Ressourcen für Patienten, Prävention, Pflegepersonal und die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme. Ein neuer Ansatz ist erforderlich, insbesondere auch hinsichtlich der Kostentreiber für die Budgets der Krankenkassen.

### Was sind die Ergebnisse der Studie?

Die Analyse zeigte, dass faire Preise bis zu 97 Prozent unter den Listenpreisen lagen und im Durchschnitt 53 Prozent niedriger waren (→ [t1p.de/asqr1](http://t1p.de/asqr1)). Unter Berücksichtigung vertraulicher Rabatte lagen die fairen Preise im Durchschnitt 33 Prozent unter den Nettopreisen. Die Anwendung fairer Preise auf die zehn ausgewählten Arzneimittel führte in den sechs teilnehmenden Ländern zu einer gewichteten durchschnittlichen Reduzierung der Bruttoausgaben um 77 Prozent und der Nettoausgaben um 73 Prozent. Auf europäischer Ebene hochgerechnet entspricht dies potenziellen jährlichen Nettoeinsparungen von 27 Milliarden Euro für neue Arzneimittel.

### Mehr Transparenz und Fairness

Faire Preisgestaltung ist keine Bedrohung für Innovation. Sie ist eine Voraussetzung dafür, dass Innovation glaubwürdig, zugänglich und mit dem öffentlichen Interesse vereinbar bleibt. Eine weitere wichtige Erkenntnis der Studie ist, dass die Preise für Arzneimittel von den tatsächlichen Kosten für die Markteinführung eines Medikaments und vom therapeutischen Nutzen für die Patienten losgelöst sind.

Diese Ergebnisse stimmen mit einer früheren Studie der TK in Deutschland überein, die potenzielle Einsparungen für Deutschland von über 13 Milliarden Euro auswies. Eine weitere Studie aus Belgien ergab, dass für Belgien 1 Milliarde Euro eingespart werden könnte (bei F&E-Kosten von 250 Millionen Euro). Derzeit unterstützt das Modell Preisverhandlungen niederländischer Krankenkassen und wird in das von der Europäischen Union finanzierte Horizon Europe Projekt ASCERTAIN integriert. Insgesamt bietet es einen nützlichen Rahmen sowohl für innovative als auch für umgewidmete Arzneimittel und verbessert die Transparenz und Fairness bei der Preisgestaltung. Die derzeit für neue Arzneimittel gezahlten Preise sind durch die zugrunde liegenden Forschungskosten oder ihren therapeutischen Wert nicht gerechtfertigt. Die Anwendung dieses Modells kann erhebliche Einsparungen für die europäischen Gesundheitssysteme generieren. ■



**Sibylle Reichert** ist Direktorin der Association Internationale de la Mutualité (AIM)



**Jocelijn Stokx** ist Apothekerin bei der Mutualité Chrétienne/Christelijke mutualiteit und Vorsitzende der AIM Arbeitsgruppe Arzneimittel und Medizinprodukte

## #regionalstark

ist eine gemeinsame  
Öffentlichkeitsinitiative  
der Ersatzkassen



VDEK-LANDESVERTRETUNGEN RHEINLAND-PFALZ UND SAARLAND

## „MAHLZEIT!“ – Essen, das guttut und Freude macht

**B**is Mai 2026 konnten Pflegeheime in Rheinland-Pfalz und im Saarland ihr Interesse an einer Teilnahme am Projekt „MAHLZEIT! gemeinsam – gesund – genießen“ bekunden. Das im Auftrag der beiden vdek-Landesvertretungen umgesetzte und gemeinsam mit der Dienstleistung, Innovation, Pflegeforschung GmbH (DIP) entwickelte dreijährige Projekt will die Ernährungsversorgung in der stationären Langzeitpflege auf wissenschaftlicher Grundlage weiterentwickeln. **Teilnehmen können Pflegeheime, die über eine einrichtungsinterne Küche verfügen oder zentral durch den Einrichtungsträger gepflegt werden.** Im Juni werden insgesamt vier Einrichtungen aus beiden Bundesländern ausgewählt. Ein Grundgedanke des Präventionsprojektes ist der aktive Einbezug der Bewohnenden für ein nachhaltigeres und klimafreundlicheres Versorgungsangebot. Mitarbeitende aus

den Bereichen Pflege, soziale Betreuung, Qualitätsmanagement, Hauswirtschaft und Küche werden vorab in praxisnahen Schulungen zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren qualifiziert und bekommen die Themen Ernährung und Organisationsentwicklung nähergebracht. **Jede Einrichtung entwickelt eine individuelle Leitlinie zur Ernährungsversorgung basierend auf den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE).** Ergebnis soll ein Essensangebot sein, das allen guttut und Freude macht. Martin Schneider, Leiter der vdek-Landesvertretungen Rheinland-Pfalz und Saarland, erklärt: „Essen stärkt bekanntlich Leib und Seele. Hier setzen wir mit unserem Projekt an: Wir wollen Pflegeeinrichtungen dabei unterstützen, die Ernährungssituation der Bewohnenden wirksam zu verbessern sowie gesundheitsfördernde Strukturen weiterzuentwickeln.“ *sis*

## Sozialversicherungsträger-übergreifender Austausch mit dem Jobcenter Stuttgart

**D**ie vdek-Landesvertretung als GKV-Federführerin des Programms „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ hat in der Umsetzung bereits ihre siebte Sonderausgabe für das Berichtsjahr 2025 (→ [t1p.de/e9reg](https://t1p.de/e9reg)) vorgelegt. In der unmittelbaren Umsetzung werden Einblicke und Erkenntnisse in verschiedene Angebote aus den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung und Entspannung für arbeitslose Menschen gewährt sowie eine Rückschau auf verschiedene Veranstaltungen und Austauschformate vorgelegt. Getreu dem Motto „Gesundheit in allen Politikfeldern“, eben und gerade in der Arbeitswelt, auch bekannt als Health in All Policies (HiAP), konnten diese Angebote für arbeitslose Menschen an den Standorten Jobcenter Bodenseekreis, Jobcenter Landkreis Biberach, Jobcenter Landkreis



Frank Winkler, stellvertretender Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg (links), und Larissa Reich, vdek-Referentin „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ für das GKV-Bündnis für Gesundheit und Arbeit (Dritte von rechts), tauschen sich über die weiteren Maßnahmen für arbeitslose Menschen in Stuttgart mit dem Jobcenter Stuttgart aus.

Ravensburg und Jobcenter Stuttgart durchgeführt werden. Seit Januar 2026 ist darüber hinaus ebenso das Jobcenter Landkreis Ludwigsburg unter Federführung der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg Teil von „teamw()rk“. Seit Beginn der Förderphase IV ab dem Jahr 2024 wird das Projekt als langfristiges Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ bundesweit an über 200 Standorten umgesetzt. Die Bundesagentur für Arbeit, der Deutsche Landkreistag und der Deutsche Städtetag sowie die

gesetzlichen Krankenkassen mit ihren Verbänden steuern das Programm auf Bundesebene. Seitens der gesetzlichen Krankenkassen koordiniert der GKV-Spitzenverband das Programm, die vdek-Landesvertretung setzt dieses in Baden-Württemberg für die GKV vor Ort um. fw

## Podcast informiert und motiviert zur „Herzessache Organspende“

**V**on März bis Juni 2026 läuft die Kampagne „vdek im Gespräch: Herzessache Organspende“ der vdek-Landesvertretung Thüringen. Ziel der Kampagne ist es, das Thema von möglichst vielen Seiten zu beleuchten. Dafür kommt der Verband mit vielen Expertinnen und Experten aus Medizin, Wissenschaft und Politik ins Gespräch, selbstverständlich auch mit Betroffenen. Schirmherrin der Kampagne ist die Thüringer Gesundheitsministerin Katharina Schenk. Die Aktion endet mit einer Abschlussveranstaltung zum Tag der Organspende im Juni. Kernstück der Kampagne ist der gleichnamige Podcast. Moderatorin Anne Osterland, Referentin für Politik & Kommunikation in der vdek-Landesvertretung, nimmt das Thema Organspende in zehn teilweise sehr persönlichen Podcast-Folgen gemeinsam mit wechselnden Gesprächspartnern unter die Lupe. Dazu gehören unter anderem



der Transplantationsbeauftragte des Universitätsklinikums Jena, eine Lebertransplantierte, die im Verein „Lebertransplantierte Deutschland e.V.“ ehrenamtlich aktiv ist, eine betroffene Angehörige aus dem Netzwerk Spenderfamilien oder auch die Initiative „Junge Helden“, die sich deutschlandweit für Aufklärung zum Thema Organspende

einsetzt und das viral gegangene Organspende-Tattoo Opt.INK entwickelt hat. Auch Experten aus dem Bereich Medizinethik, Psychotherapie und Gesundheitspolitik kommen zu Wort. Über 8.000 Menschen in Deutschland stehen auf der Warteliste für ein neues Organ, 300 davon in Thüringen. Die Kampagne soll ein möglichst breites Publikum vielschichtig informieren und dazu motivieren, sich mit dem Thema Organspende auseinanderzusetzen – und eine dokumentierte Entscheidung zu treffen. Denn: Organspende geht jeden an. ao → [t1p.de/htj79](https://t1p.de/htj79)

VDEK-LANDESVERTRETUNG HAMBURG

## Wohnen bleiben im Quartier: Modellprojekte für gutes Leben im Alter gestartet

**D**ie Zahl der Menschen mit Pflegebedarf steigt auch in der Hansestadt stetig an. Um ihnen ein möglichst langes Leben im vertrauten Umfeld zu ermöglichen, haben die Pflegekassen zusammen mit der Stadt und den Bezirksämtern unter dem Motto „Wohnen bleiben im Quartier“ sechs Modellprojekte gestartet. Gemeinsam mit Sozialsenatorin Melanie Schlotzhauer und Stadtentwicklungssenatorin Karen Pein stellte die Leiterin der vdek-Landesvertretung, Kathrin Herbst, in der Landespressekonzferenz innovative Pflege- und Unterstützungsangebote vor. „**Neue Ideen sollen dabei helfen, Ansprechpartner für Pflegebedürftige in ihrem Quartier zu schaffen und knappe Ressourcen von Fachkräften noch sinnvoller einzusetzen**“, erläuterte sie.



„Außerdem soll pflegenden Angehörigen mit Hilfe digitaler Vernetzung die häusliche Pflege erleichtert werden.“ Die Vorhaben, bei denen etwa Community Health Nurses und Case Manager für Prävention zum Einsatz kommen, werden gezielt in Stadtteilen mit hohen Anteilen älterer Einwohner umgesetzt. **Im Mittelpunkt stehen sogenannte Quartierspflegedienste, die als zentrale Anlaufstelle für Beratung und Unterstützung dienen und pflegerische Versorgung am Tag und in der Nacht sicherstellen.** Das Fördervolumen umfasst 5,2 Millionen Euro – je zur Hälfte finanziert durch die Pflegekassen und den Stadtentwicklungsfonds „Lebendige Quartiere“ (nach § 123 SGB XI). Die Projekte werden von der Universität Osnabrück wissenschaftlich begleitet und evaluiert. *sk*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BAYERN

## Neue Wege in der psychiatrischen Versorgung: Erstes Modellvorhaben nach § 64b SGB V startet in Bayern

**M**it dem Start eines Modellvorhabens nach § 64b SGB V wird in Bayern ein neuer Weg in der psychiatrischen Versorgung beschritten. Gemeinsam haben das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, das kbo-Isar-Amper-Klinikum sowie die gesetzlichen Krankenkassen ein Projekt auf den Weg gebracht, das die Versorgung psychisch erkrankter Menschen grundlegend weiterentwickeln soll. Es handelt sich dabei um das erste Modellvorhaben dieser Art im Freistaat. **Ziel ist es, die Behandlung konsequent am individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten auszurichten und die bislang oft starren Grenzen zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung zu überwinden.** Im Mittelpunkt steht eine sektorenübergreifende, patientenzentrierte



Die Projektbeteiligten bei der Vorstellung des Modellvorhabens im kbo-Isar-Amper-Klinikum

Versorgung, die sich stärker am Alltag und sozialen Umfeld orientiert. Kern des Modellvorhabens sind flexible Behandlungsansätze, die den bisherigen Schwerpunkt auf stationäre Aufenthalte aufbrechen. Neue Versorgungsformen wie die sogenannte Flexi-Behandlung ermöglichen es, Therapieangebote je nach Bedarf sowohl in der Klinik als auch ambulant oder im häuslichen Umfeld zu erbringen. **Aus Sicht der Ersatzkassen bietet das Modellprojekt die Chance, Versorgung bedarfsgerechter zu gestalten und gleichzeitig die Qualität der Behandlung zu verbessern.** Thomas Hackenberg, Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, betont: „Mit dem Modellvorhaben gehen wir einen wichtigen Schritt hin zu einer flexibleren, stärker am Menschen orientierten psychiatrischen Versorgung in Bayern.“ *lf*

**in vdek Bremen** Gewalt in der Pflege ist ein sensibles, oft tabuisiertes Thema – und doch eine reale Herausforderung. Genau hier setzt unser Projekt an: „Pflege mit Respekt – Prävention von Gewalt im Alltag“ Gemeinsam mit der Bremer Heimstiftung arbeiten wir daran, eine wertschätzende und gewaltfreie Pflegekultur nachhaltig zu stärken. Ziel ist es, Gewalt in all ihren Formen – körperlich, psychisch und strukturell – zu erkennen, [...]

**in vdek Sachsen** Heute fand bei uns in der #vdek-Landesvertretung #Sachsen das mittlerweile dritte Steuerungsgruppentreffen im Präventionsprogramm „teamw()rk“ gemeinsam mit dem #JobcenterDresden und dem Amt für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden statt. Unsere Referentin Nydia Balog sprach mit #DrPaulaAleksandrowicz (Landeshauptstadt Dresden), Luisa Hufsky (Jobcenter Dresden) und [...]

#### VDEK-LANDESVERTRETUNG NIEDERSACHSEN

## Parlamentarischer Abend: Versorgung verbessern, Kosten begrenzen

**G**utes Timing: In Hannover fand der lange geplante Parlamentarische Abend der vdek-Landesvertretung ausgerechnet an dem Tag statt, an dem das Beitragsstabilisierungsgesetz vom Bundeskabinett verabschiedet wurde. Insofern mangelte es nicht an brandaktuellem Gesprächsstoff. Unter der Überschrift „Wie lässt sich auch künftig eine hochwertige und verlässliche Gesundheitsversorgung sichern – trotz angespannter Finanzlage und zunehmendem Fachkräftemangel?“ tauschten sich Ende April Ersatzkassenvertreter mit Landtagsabgeordneten und Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi (SPD, Foto) aus. **vdek-Landesleiter Hanno Kummer kritisierte die geplante Absenkung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen an die Krankenkassen:** „Ausgerechnet unter der Überschrift Beitragssatzstabilisierung wird eine Maßnahme zulasten der Beitragszahler beschlossen.“ Gleichzeitig betonte Kummer die grundsätzliche Notwendigkeit einer Finanzreform. Seit Jahren stiegen die Ausgaben deutlich schneller als die Einnahmen – mit spürbaren Folgen für Versicherte und Arbeitgeber. Ohne Gegenmaßnahmen drohe bereits im kommenden Jahr eine Finanzierungslücke in Milliardenhöhe. Entscheidend sei daher, die Ausgaben wieder an den Einnahmen auszurichten. Dabei gehe es jedoch nicht allein

ums Sparen. Vielmehr forderte Kummer einen grundlegenden Perspektivwechsel: „In unserem Gesundheitssystem müssen wir mit den vorhandenen Mitteln besser werden – nicht lediglich teurer.“ Trotz hoher Gesundheitsausgaben schneide Deutschland im internationalen Vergleich bei wichtigen Ergebnisindikatoren nur durchschnittlich ab. Ein Ansatzpunkt sei, die Patientinnen und Patienten besser und transparenter durch das Versorgungssystem zu leiten, etwa durch klar definierte primärärztliche Anlaufstellen. Ein weiteres zentrales Thema des Abends war die Krankenhausreform. Der vdek begrüßte die Orientierung an Qualitätsvorgaben und forderte eine konsequente Umsetzung. Leistungen sollten stärker gebündelt und an geeigneten Standorten konzentriert werden. „Nicht alles kann künftig überall angeboten werden“, so Landesleiter

Kummer. Veränderungen in der Krankenhauslandschaft seien unvermeidbar, böten aber die Chance auf eine bessere und verlässlichere Versorgung – auch in ländlichen Regionen. **Der Parlamentarische Abend machte deutlich: Die Herausforderungen im Gesundheitswesen sind groß. Umso wichtiger ist der kontinuierliche Dialog.** Der vdek bekräftigte dabei seine Bereitschaft, Reformprozesse konstruktiv zu begleiten und Verantwortung für eine zukunftsfeste Versorgung zu übernehmen. *siko*



VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

## Vernetzte Notfallversorgung: Projekt SaN verbindet ärztlichen Bereitschafts- dienst und Rettungsdienst

**D**ie Notfallversorgung steht deutschlandweit seit Jahren unter hohem Druck. Steigende Einsatz- und Fallzahlen, personelle Engpässe und überfüllte Notaufnahmen zeigen, dass das bestehende System an strukturelle Grenzen stößt. Mit dem operativen Start des Projekts „SaN – Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“ in den drei Pilotlandkreisen Main-Taunus, Main-Kinzig und Gießen werden in Hessen gezielt bestehende Versorgungslücken geschlossen. Erstmals werden die beiden wichtigsten Zugangswege in akuten gesundheitlichen Situationen – die 116117 der ambulanten Akutversorgung und die 112 des Rettungsdienstes – organisatorisch und technisch miteinander vernetzt. **Ziel ist es, Patientinnen und Patienten frühzeitig in die für sie medizinisch am besten geeignete Versorgungsebene zu führen, um Notaufnahmen zu entlasten und nicht indizierte Rettungsdiensteinsätze zu reduzieren.** Für Hilfesuchende bedeutet dies schnellere Orientierung im Akutfall und eine passgenaue Behandlung. Voraussetzung ist ein durchgängig digitaler Prozess, der eine strukturierte Fallübernahme und -übergabe zwischen den Leitstellen des Rettungsdienstes und der Disposition des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes ermöglicht. Beim Pressetermin mit der hessischen Gesundheitsministerin Diana Stolz am 27. April 2026 in der Rettungsdienstleitstelle des Main-Taunus-Kreises in Hofheim erklärte Claudia Ackermann, Leiterin der vdek-Landesvertretung, stellvertretend für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Hessen: „Die Verknüpfung der Zugangswege über die 112 und 116117 ist ein zentraler Schritt hin zu einer effizienteren Notfallversorgung. Patientinnen und Patienten mit akutem, aber nicht lebensbedrohlichem Behandlungsbedarf können künftig unmittelbar ambulanz, zum Beispiel in einer niedergelassenen Praxis oder einer anderen Form der ambulanten Akutversorgung, versorgt werden.“ Dies vermeide unnötige Transporte ins Krankenhaus, verkürze Wartezeiten und entlaste dadurch insbesondere ältere Menschen, chronisch Erkrankte oder Familien mit Kindern. „Gleichzeitig ist es im Sinne der Patientensicherheit wichtig, dass die



v. l.: Claudia Ackermann (Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen), Armin Beck (stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen), Staatsministerin Diana Stolz, Prof. Dr. med. Steffen Gramminger (Geschäftsführender Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft), Jörg Blau (Ärztlicher Leiter Rettungsdienst im Main-Taunus-Kreis), Axel Fink (Kreisbeigeordneter des Main-Taunus-Kreises), Andreas Koppe (Leiter des Amtes für Brandschutz und Rettungswesen, Main-Taunus-Kreis), Lars Mackel (Sachgebietsleiter Rettungsdienst, Main-Taunus-Kreis) und Dr. Florian Martens (Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Landkreis Gießen)

Behandlungsprozesse im SaN Projekt durch das ZI evaluiert und qualitätsgesichert werden.“ **Das SaN-Projekt kann einer der Bausteine sein, die für eine erfolgreiche Umsetzung der auf Bundesebene geplanten Reform der Notfallversorgung notwendig sind.** Es verdeutlicht, dass starre Sektorengrenzen stärker an den tatsächlichen Bedarfen ausgerichtet werden müssen. Entscheidend für den Erfolg sowohl des Projektes als auch der Notfallreform insgesamt wird sein, die Anlaufstellen für Akut- und Notfälle so zu gestalten, dass Hilfesuchende bereits beim ersten Kontakt bedarfsgerecht beraten und gesteuert werden. Deshalb setzen sich die gesetzlichen Krankenkassen in Hessen seit vielen Jahren für eine technische und logistische Weiterentwicklung der telefonischen Kontaktstellen 112 und 116117 hin zu einer virtuellen Gesundheitsleitstelle ein, die zentral alle Anfragen bündelt und in die passende Versorgung lenkt. *hk*



EINWURF

# Beitragssatzstabilität muss das oberste Ziel bleiben

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

**D**ie GKV-Ausgaben könnten 2027 ein Rekordniveau von 390 Milliarden Euro erreichen, das sind 100 Milliarden mehr als noch vor fünf Jahren. Trotz der hohen Gesundheitsausgaben liegt Deutschland in Hinblick auf die Lebenserwartung unter dem EU-Durchschnitt. Die steigenden Ausgaben werden seit Jahren über höhere Beiträge finanziert. Die Wirtschaftsweisen haben in ihrem Frühjahrgutachten jetzt sehr deutlich vor einem weiteren Anstieg der Sozialabgaben (derzeit 42,3 Prozent) gewarnt und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Haupttreiber der Abgabenlast ausgemacht.

Mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz schlägt die Bundesregierung daher grundsätzlich den richtigen Weg ein. Es geht vor allem darum, den Ausgabenanstieg in der GKV zu stoppen und in Einklang mit der Einnahmementwicklung zu bringen. Der Druck ist groß, allein für 2027 wird ein erneutes Defizit in Höhe von 15 Milliarden Euro erwartet. Auf Basis der Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit legte Bundesgesundheitsministerin Nina Warcken (CDU) im April einen ausgewogenen Referentenentwurf mit einem Einsparvolumen von etwa 19,6 Milliarden Euro vor. Doch bereits im Kabinettsentwurf schrumpfte der Betrag auf 16,3 Milliarden Euro zusammen, was primär auf die Kürzung des allgemeinen Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 2 Milliarden Euro zurückzuführen war. Allein damit wird es jetzt sehr eng.

Doch einzelne Leistungserbringende setzen mit zum Teil unlauteren Methoden alles daran, ihre finanziellen Interessen zu sichern. Die Vertretungen der Krankenhäuser und Ärzte drohen mit Schließungen von Krankenhausstandorten, mit Terminverknappung und eingeschränkter Versorgung, die Pharmaindustrie mit Standortverlagerung – und verunsichern damit die Versicherten. Es ist nicht nachvollziehbar, dass ausgerechnet der Gesundheitsausschuss des Bundesrats darauf aufspringt und eine große Streichliste vorlegt, die fundamentale Bestandteile des Gesetzes aushöhlen würde, wie die Deckelung des Pflegebudgets im Krankenhaus, den dynamischen Herstellerabschlag für Arzneimittel oder die Einführung von Rabattverträgen für patentgeschützte Arzneimittel.

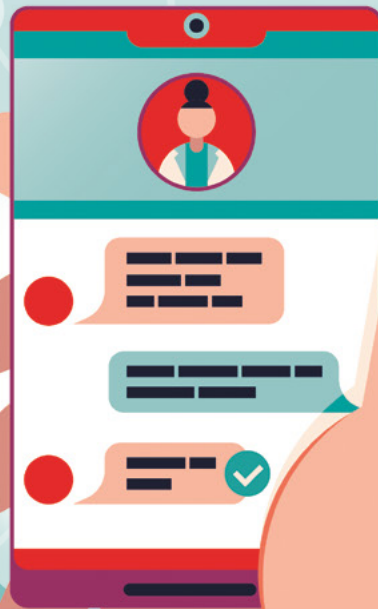
Die Bundesregierung darf jetzt nicht vor den Forderungen der Länder und einzelner Leistungserbringenden einknicken und weitere Zugeständnisse machen. Es geht darum, die GKV zukunftsfähig aufzustellen. Dafür müssen die Belastungen fair auf alle verteilt werden. Zudem muss der Staat seiner Verantwortung gerecht werden und versicherungsfremde Leistungen wie die Gesundheitsversorgung für Bürgergeldempfangende vollständig finanzieren. Sollte das Gesetz sein Ziel nicht erreichen und die beitragszahlenden Arbeitgeber und Versicherten erneut durch höhere Beiträge über Gebühr belastet werden, käme das einem Versagen der Politik gleich. ■

# Ambulante Versorgung neu gestalten

Hohe Arztkontaktzahlen, überlastete Strukturen und teilweise lange Wartezeiten insbesondere auf bestimmte fachärztliche Termine: Die ambulante Versorgung muss neu gestaltet werden. Es braucht ein digital unterstütztes, in der Regelversorgung verankertes Primärversorgungssystem. Herzstück eines solchen Systems ist eine softwarebasierte Ersteinschätzung, die für eine sichere Analyse des Bedarfs und für Transparenz und Verlässlichkeit sorgt. Ein weiteres entscheidendes Tool ist die digitale Terminvermittlung, mittels derer die Patientinnen und Patienten nach erfolgter Ersteinschätzung zeitnah einen dem Versorgungsanlass angemessenen Termin erhalten sollen.



# Mehr Durchblick und schnellere Versorgung



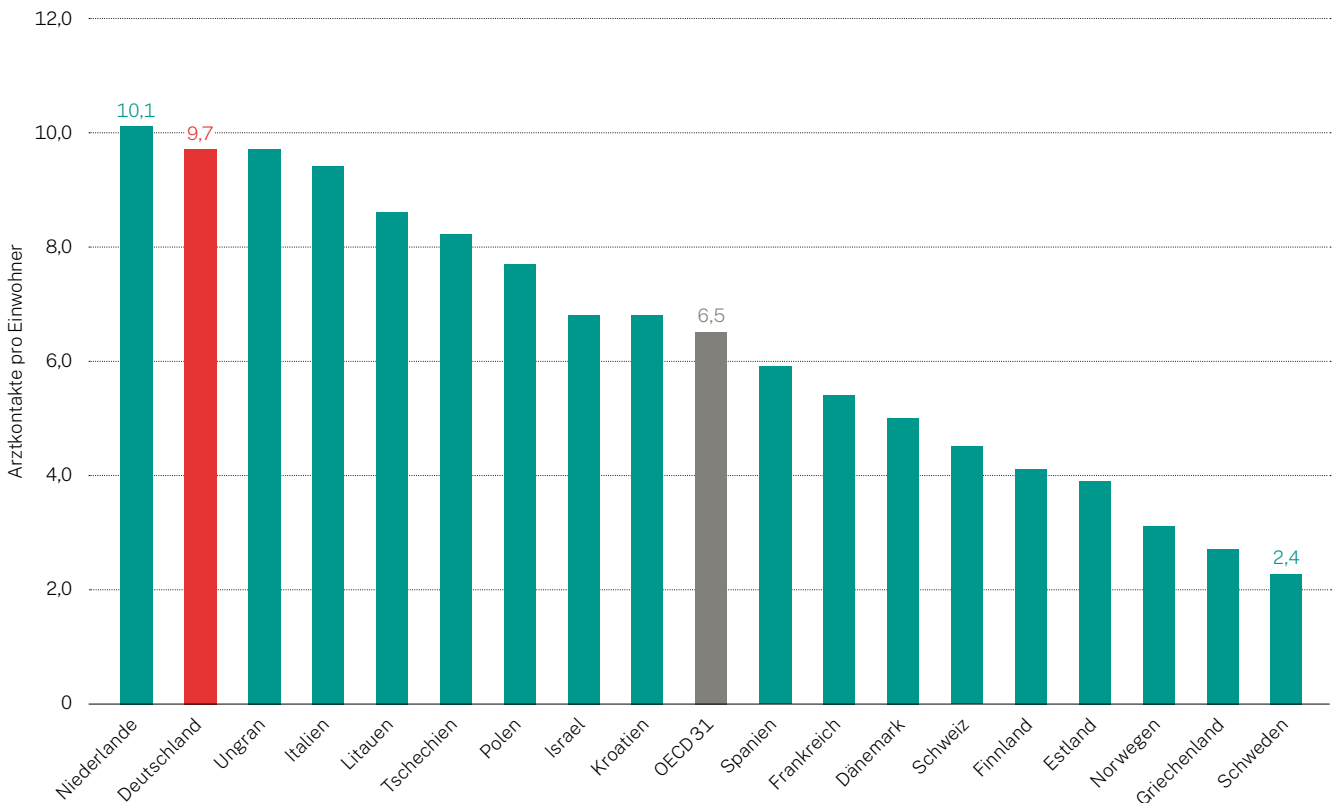
Text von Antje Kapinsky und Boris von Maydell

Komplexe Strukturen, häufige Arztbesuche und eine dem Versorgungsanlass unangemessene Wartezeit zeigen: Die ambulante Versorgung braucht mehr Steuerung. Der vdek beteiligt sich intensiv an den Arbeiten zur Einführung eines **digital gestützten Primärversorgungsystems**. Es soll mehr Orientierung bieten, Ressourcen schonen und Patient:innen schneller zur passenden Behandlung führen.

**D**ie ambulante Versorgung in Deutschland steht unter Druck. Für viele Versicherte ist das System unübersichtlich, für Ärztinnen und Ärzte zunehmend belastend. Der offene Zugang zu nahezu allen Facharztgruppen, fehlende Koordination und einzelne Elemente des Vergütungssystems führen dazu, dass vorhandene Kapazitäten nicht zielgerichtet genutzt werden. Die Folgen sind hohe Arztkontaktzahlen, überlastete Strukturen und teilweise lange Wartezeiten – insbesondere auf bestimmte fachärztliche Termine.

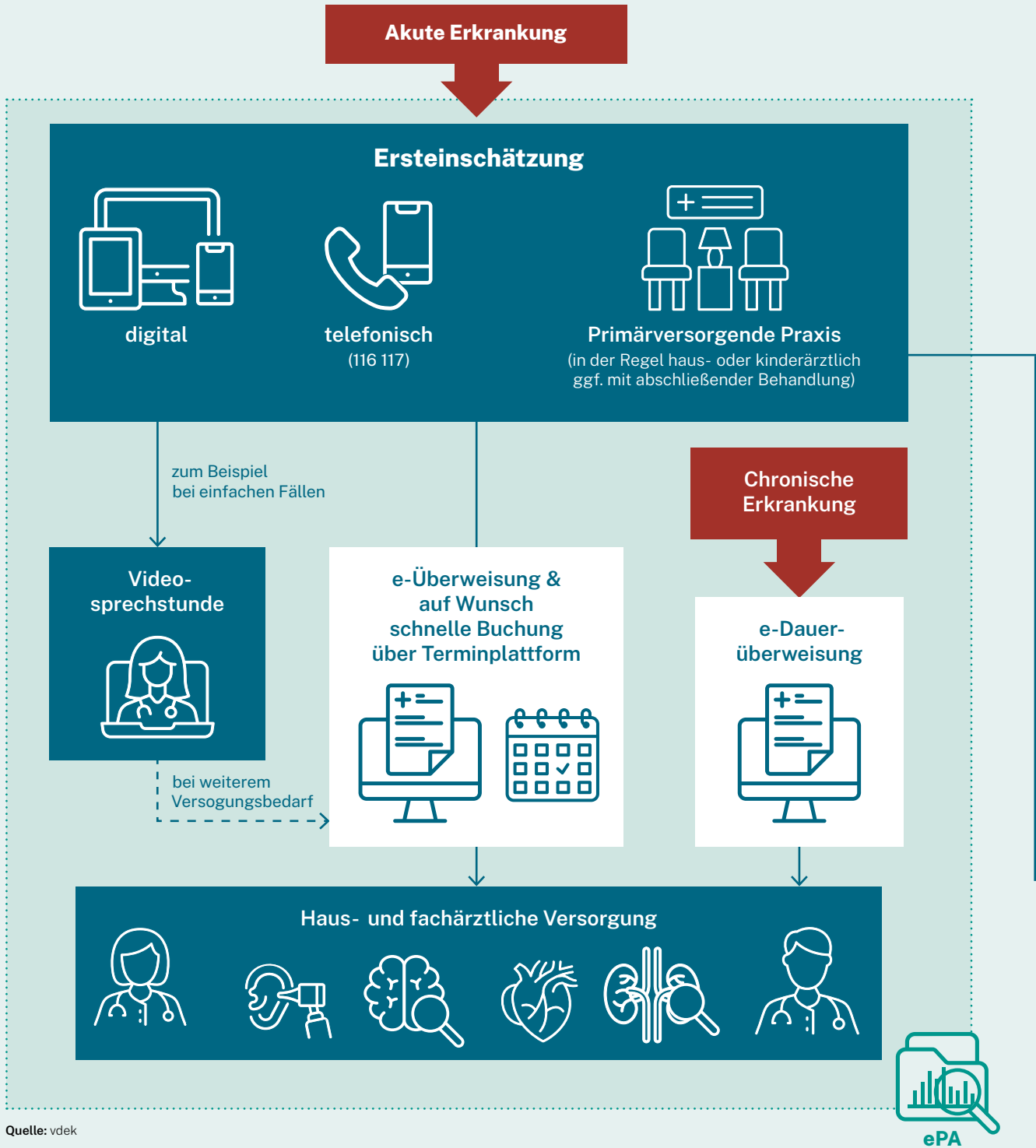
Deutschland liegt mit durchschnittlich 9,7 Arztkontakten pro Jahr an der Spitze vergleichbarer Länder. Gleichzeitig wartet ein Drittel der Patient:innen länger als drei Wochen auf einen Facharzttermin. Und das, obwohl die Zahl der Ärzt:innen und vor allem die Ausgaben für die ambulante Versorgung in den vergangenen Jahren rasant gestiegen sind. Diese Parallelität von Über- und Unterversorgung ist ineffizient, kostenintensiv und zunehmend frustrierend – für alle Beteiligten. Deshalb muss die Primärversorgung neu gedacht werden: Ein bloßes „Mehr“ an Leistungen kann nicht die Antwort sein. Notwendig ist vielmehr ein System, das zuverlässig steuert, medizinisch Sinnvolles priorisiert und Patient:innen sicher durch die Versorgung leitet. →

## Deutschland liegt bei Arztkontakten international in der Spitzengruppe



Quelle: OECD Health Statistics 2025

## Primärversorgungspfad im Detail



Quelle: vdek



ggf. Übergabe  
an Notfallversorgung  
(Gesundheitsleitstelle)



Kein  
Versorgungsbedarf

- Selbstbehandlung
- rezeptfreie Medikation/  
Apotheke
- Gesundheits-  
informationen
- Hinweis auf  
Beratungsangebote

### Ersteinschätzung und Termin- vermittlung sind entscheidende Tools

Der vdek unterstützt die Regierungskoalition bei ihren Plänen für mehr Steuerung und setzt hier mit einem klaren Konzept an: einem digital unterstützten, in der Regelversorgung verankerten Primärversorgungssystem. Ziel ist es, Patient:innen von Beginn an Orientierung zu geben und sie bedarfsgerecht zur richtigen Anlaufstelle zu führen. Kernbestandteil ist eine einheitliche und verbindliche Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs und der Dringlichkeit – unabhängig davon, ob der Zugang telefonisch, digital oder direkt in einer Praxis erfolgt.

Diese softwarebasierte Ersteinschätzung sorgt für eine sichere Analyse des Bedarfs, für Transparenz und Verlässlichkeit. Mit dieser Information wird entschieden, ob eine hausärztliche oder fachärztliche Behandlung erforderlich ist, ob eine Videosprechstunde ausreichend wäre oder ob gegebenenfalls gar kein Arztkontakt notwendig ist. In letzterem Fall erhalten Versicherte fundierte Empfehlungen zur Selbstbehandlung und zur weiteren Beobachtung ihres Gesundheitszustands. Medizinische Notfälle werden in der Ersteinschätzung direkt in die Notfallversorgung gesteuert.

**E**in weiterer zentraler Baustein ist die digitale Terminvermittlung. Nach erfolgter Ersteinschätzung sollen Patient:innen zeitnah einen dem Versorgungsanlass angemessenen Termin erhalten – über eine bundeseinheitliche Plattform, telefonisch über die Rufnummer 116117 oder auf digitalem Weg, zum Beispiel über die Apps der Krankenkassen. Voraussetzung dafür ist, dass freie Termine systematisch erfasst und nach Dringlichkeit vergeben werden. So wird der diskriminierungsfreie Zugang zur Versorgung gestärkt und die Wartezeit insbesondere für dringliche Fälle verkürzt.

### Gesundheitsfachberufe effizient einsetzen

Die hausärztlichen Praxen nehmen im Primärversorgungssystem in der Regel eine koordinierende Rolle ein. Unterstützt durch qualifizierte Gesundheitsfachberufe wie Physician Assistants oder nicht-ärztliche Praxisassistent:innen können viele Behandlungsanlässe abschließend in der Primärversorgung bearbeitet werden. Das entlastet Ärztinnen und Ärzte, stärkt Teamarbeit und schafft Freiräume für komplexe Fälle.

Digitale Instrumente wie die elektronische Überweisung und perspektivisch die Anbindung an die elektronische Patientenakte verbessern zudem den Informationsfluss zwischen den Versorgungsbereichen. Doppeluntersuchungen werden vermieden, Behandlungsprozesse beschleunigt und Bürokratie reduziert. Gerade im ländlichen Raum eröffnen solche Strukturen neue Möglichkeiten, Versorgung verlässlich sicherzustellen.

Ein gut funktionierendes Primärversorgungssystem ist damit kein Selbstzweck. Es verbessert die Versorgung für Patient:innen, entlastet die Leistungserbringenden und trägt zur Stabilisierung der GKV Finanzen bei. Entscheidend ist, dass Steuerung nicht als Einschränkung, sondern als Unterstützung verstanden wird: als Hilfe, schneller die richtige Versorgung zu erhalten.

Der vdek ist überzeugt: Eine gezielt gesteuerte Primärversorgung ist der Schlüssel zu mehr Effizienz, besserer Qualität und langfristiger Stabilität im Gesundheitssystem. Jetzt kommt es darauf an, die Strukturen der Regelversorgung konsequent weiterzuentwickeln und die vorhandenen digitalen Möglichkeiten sinnvoll zu nutzen. ■

# Physician Assistants in der Arztpraxis

Text von **Claudia Michelz-Niebank** und **Antonia Milewski**

Volle Wartezimmer, lange Wege und wenig Zeit mit den Behandlern prägen die ambulante Versorgung. Hinzu kommt der demografische Wandel, der den Versorgungsbedarf, insbesondere bei älteren und chronisch kranken Menschen, weiter ansteigen lässt. Um die Gesundheitsversorgung zukunftsfest zu machen, braucht es **neue Strukturen und Formen der Zusammenarbeit** in den Arztpraxen.



**D**elegation kann die ambulante Versorgung stärken. Ein wichtiger Ansatz dabei ist der Einsatz von Physician Assistants (PA) in Arztpraxen, den die Ersatzkassen mit dem Projekt der Regionalen Gesundheitspartner seit Mai 2024 erproben. Bei PAs handelt es sich um akademisch ausgebildete medizinische Fachkräfte, die eng mit Ärztinnen und Ärzten zusammenarbeiten und delegierbare ärztliche Aufgaben übernehmen können. Bislang werden PAs vornehmlich in Krankenhäusern eingesetzt, obwohl sie das Potenzial haben, auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte spürbar zu entlasten und den Prozess der Ambulantisierung zu unterstützen. Im Rahmen der Delegation und unter ärztlicher Verantwortung können PAs unter anderem vorbereitende Anamnesen durchführen, Infektsprechstunden übernehmen oder Vorsorgeuntersuchungen betreuen.

Um Versicherten unabhängig von ihrem Wohnort einen schnellen Zugang zu Haus- und Fachärzten zu ermöglichen, setzen sich die Ersatzkassen und die Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e. V. (DGPA e. V.) dafür ein, PAs als festen Bestandteil in der ambulanten Versorgung zu etablieren. Voraussetzung dafür sind bundesweit einheitliche Standards im Studiengang Physician Assistance (B.Sc.). Die Zugangsvoraussetzungen sowie Studien- und Prüfungsinhalte im Studiengang Physician Assistance

unterscheiden sich aktuell abhängig von der jeweiligen Hochschule. Einheitliche Rahmenbedingungen stärken das Vertrauen in das Berufsbild, sowohl bei Ärztinnen und Ärzten als auch bei Patientinnen und Patienten. Für eine praxisnahe Ausbildung sollte der Studiengang neben einem verpflichtenden Hochschul- auch einen Praxisanteil in der hausärztlichen Versorgung vorsehen. Damit die Kenntnisse auf dem aktuellen medizinischen Stand bleiben, braucht es darüber hinaus bundesweit einheitliche Fortbildungsangebote.

Um das Potenzial von PAs im Versorgungsprozess bestmöglich einzusetzen und Haftungsrisiken für Ärztinnen und Ärzte so weit wie möglich auszuschließen, sollten zulässige delegierbare Aufgaben festgelegt werden, die den besonderen Kenntnissen von PAs entsprechen und auf Basis von Fortbildungen erweitert werden können. Damit PAs außerhalb von Modellprojekten dauerhaft zur Sicherung der ambulanten Versorgung beitragen können, braucht es zudem sachgerechte Vergütungsregelungen. Vor allem in Regionen mit einem geringen Versorgungsgrad können PAs dazu beitragen, den Zugang zur medizinischen Betreuung zu verbessern. Moderne Delegationskonzepte bedeuten dabei keinen Ersatz für Ärztinnen und Ärzte, sondern eine sinnvolle Ergänzung für mehr Zeit, bessere Erreichbarkeit und eine weiterhin hohe Versorgungsqualität. ■



**Claudia Michelz-Niebank** ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek



**Antonia Milewski** ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek



## »Physician Assistants können Ärztinnen und Ärzte gezielt bei ärztlichen Tätigkeiten unterstützen«

„Die ambulante Versorgung steht vor tiefgreifenden strukturellen Herausforderungen. Physician Assistants können Ärztinnen und Ärzte gezielt bei ärztlich delegierbaren Tätigkeiten unterstützen und gleichzeitig dazu beitragen, die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten zu sichern. Entscheidend ist jetzt, die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen so weiterzuentwickeln, dass diese interprofessionelle Zusammenarbeit ihr volles Potenzial entfalten kann.“

Daria Hunfeld ist Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants e. V.

# Mehr Daten, bessere Steuerung?

Text von **Björn-Ingmar Janssen** und **Katja Kossack-Peters**

Seit Anfang Mai liegt der **Referentenentwurf des Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG)** vor. Im Mittelpunkt stehen neue digitale Instrumente für die Versorgung, mehr Kompetenzen für die Krankenkassen, aber auch für die gematik.



**Björn-Ingemar Janssen** ist Beauftragter für Digitale Versorgung beim vdek



**Katja Kossack-Peters** ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Im politischen Fokus steht das Gesetz insbesondere, weil es die digitalen Grundlagen für das zukünftige Primärversorgungssystem schaffen soll. Konkret bedeutet das: Eine digitale Bedarfseinschätzung, die Einführung digitaler Überweisungen sowie klare Vorgaben für Terminvermittlungsplattformen sollen gesetzlich verankert werden. In einer Vorstufe sollen die Krankenkassen ab 2028 die digitale Ersteinschätzung bei Akutfällen, die heute bereits unter der Rufnummer 116117 zur Verfügung steht, in ihre ePA-Apps integrieren und mit einer Möglichkeit zur Terminbuchung verbinden. Mit diesem digitalen Versorgungseinstieg wird die Bedeutung der ePA-Apps erheblich aufgewertet.

Für eine echte digitale Bedarfseinschätzung, die Versicherte bei medizinischen Problemen verlässlich in die richtige Versorgungsebene steuert, reichen die bisherigen Systeme jedoch noch nicht aus. Daher erhalten die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung den Auftrag, konkrete Vorgaben für ein solches System zu entwickeln. Der Gesetzgeber ist in seinen Vorstellungen darüber vergleichsweise konkret und folgt weitgehend Überlegungen, die insbesondere von den Ersatzkassen immer wieder eingebracht wurden. Offen bleibt allerdings die Frage, wer ein solches System künftig betreiben soll. Hier dürfte das für den Spätsommer angekündigte Primärversorgungsgesetz mehr Klarheit bringen.

Zudem wird die gematik beauftragt, bis Herbst 2028 gemeinsam mit der KBV und dem GKV-Spitzenverband einen Fachdienst für elektronische Überweisungen zu entwickeln. Das ist ein wichtiges Instrument für eine bessere digitale Kommunikation und effizientere Informationsflüsse. Arztpraxen sollen allerdings erst ein Jahr später, im Herbst 2029, verpflichtet werden, dieses Verfahren auch zu nutzen. Hier wäre mehr Geschwindigkeit wünschenswert, damit digitale Prozesse schneller in der Versorgung ankommen.

Schneller greifen sollen dagegen die Vorgaben für Terminplattformen wie Doctolib. Künftig soll sichergestellt werden, dass Termine nicht nach wirtschaftlichen Interessen gesteuert sind. Eine konkrete Verpflichtung für Ärztinnen und Ärzte, Termine online anzubieten, ist damit allerdings ebenso wenig verbunden wie eine Entscheidung darüber, ob es künftig eine oder mehrere Plattformlösungen geben soll. Auch hierzu dürfte im weiteren Gesetzgebungsprozess – oder mit Blick auf das Primärversorgungsgesetz – mehr Klarheit entstehen.

## Mehr Möglichkeiten für Krankenkassen

Daneben greift der Gesetzgeber eine Reihe von Vorschlägen der Krankenkassen im Zusammenhang mit § 25b SGB V auf. Dieser ermöglicht es ihnen seit 2024, mithilfe von Datenauswertungen individuelle



Gesundheitsrisiken ihrer Versicherten zu erkennen und sie entsprechend zu informieren. Mit dem GeDIG wird die Umsetzung an wichtigen Stellen entbürokratisiert. Zudem können die Kassen künftig stärker auf eigene Versorgungsangebote hinweisen. Das geht in die richtige Richtung.

Allerdings bleibt der Anwendungsbereich weiterhin begrenzt. Zwar wird er auf mögliche Erkrankungen im Herz-Kreislauf-Bereich ausgeweitet, doch wäre es aus Sicht der Versicherten sinnvoll, wenn Krankenkassen Risiken auch für weitere chronische Erkrankungen systematisch in den Blick nehmen könnten.

#### **gematik soll mehr Kompetenzen bekommen**

Künftig soll die gematik eine deutlich aktivere Steuerungsrolle bei der Telematikinfrastruktur (TI) und ihren Anwendungen übernehmen. Dazu erhält sie unter anderem die Möglichkeit, Komponenten, Dienste und Anwendungen der TI zentral auszuschreiben, zu bündeln, selbst zu betreiben oder durch Dritte betreiben zu lassen sowie entsprechende Rahmenverträge abzuschließen. Der Gesetzgeber verspricht sich davon eine höhere Stabilität im Betrieb.

Darüber hinaus soll für die gematik erstmals eine eigenständige Betreiberrolle gesetzlich verankert werden. Sie kann künftig Diensteanbieter zulassen sowie verbindliche betriebliche Anforderungen formulieren und durchsetzen. Damit erweitert sich ihr Handlungsspielraum

deutlich, da sie über Zulassungen, Anforderungen und betriebliche Auflagen eigenständig entscheiden kann. Insgesamt bedeutet der Referentenentwurf einen deutlichen Rollenwandel der gematik – weg von einer eher spezifikations- und zulassungsorientierten Organisation hin zu einer stärker steuernden, operativen und sicherheitsrelevanten Instanz.

Für die gesetzlichen Krankenkassen bedeutet dies zugleich weniger Eigenverantwortung und mehr zentrale Steuerung bei TI-Komponenten. Kritisch wird dies insbesondere dort, wo sie Anwendungen wie die elektronische Patientenakte (ePA) bislang organisatorisch und technisch in eigener Verantwortung oder über eigene Dienstleister betreiben. Durch die neuen Regelungen kann sich die gematik künftig deutlich stärker in operative und betriebliche Prozesse einbringen.

Während die Krankenkassen formal weiterhin Anbieter ihrer ePA-Lösungen bleiben, erhält die gematik weitgehende Möglichkeiten, betriebliche Anforderungen verbindlich vorzugeben, Prozesse zu standardisieren und bei Sicherheits- oder Stabilitätsproblemen unmittelbar einzugreifen. Hierauf ist im weiteren Verfahren besonderes Augenmerk zu richten und sorgfältig abzuwägen, an welchen Stellen mehr Zentralisierung sinnvoll ist.

Klar aus Sicht der Ersatzkassen ist: Alle Dienste mit direktem Versichertenbezug – die sogenannte Kundenschnittstelle – müssen auch künftig im Verantwortungsbereich der Krankenkassen verbleiben. ■



## Klimawandel: Jugendliche fürchten gesundheitliche Risiken

**BARMER** Eine leichte Mehrheit der Jugendlichen in Deutschland rechnet weiterhin mit negativen Auswirkungen auf ihre Gesundheit durch den Klimawandel. Dennoch haben immer weniger von ihnen Angst vor der Erderwärmung. Das geht aus der repräsentativen Sinus-Jugendstudie im Auftrag der BARMER hervor, für die im Herbst 2025 bundesweit 2.000 Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren befragt wurden. Demnach gehen 52 Prozent von gesundheitlichen Risiken durch den Klimawandel aus. Doch nur 42 Prozent bewerten das Thema als „sehr wichtig“ und damit 17 Prozentpunkte weniger als im Jahr 2021. Im selben Zeitraum ist „große Angst“ vor dem Klimawandel von 39 auf 31 Prozent gesunken. „Der Klimawandel scheint Jugendlichen zwar nicht mehr so starke Angst zu bereiten wie vor einigen Jahren. Gleichwohl fürchten sie nach wie vor dessen Auswirkungen auf ihre Gesundheit“, sagt Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Es sei gut möglich, dass das Thema Klimawandel durch die akuten anderen weltweiten Krisen emotional ein Stück weit in den Hintergrund geraten sei. *pm*

→ [barmer.de](https://barmer.de) → [t1p.de/q7h6d](https://t1p.de/q7h6d)

## Oft Chaos im medizinischen Behandlungsverlauf

**TK** Haus- und Facharztpraxen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen: Medizinische Behandlungen erfordern oft eine enge und gut koordinierte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Praxen oder Einrichtungen.

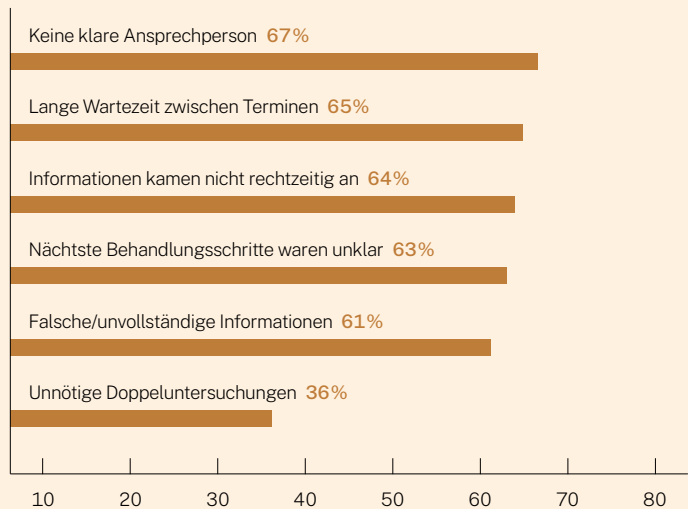
**Bei 38 Prozent der Menschen in Deutschland lief die Behandlungskoordination, etwa zwischen Haus- und Facharztpraxis, in den vergangenen Jahren jedoch nicht wie gewünscht.** Vielen von ihnen (67 Prozent) fehlte eine klare Ansprechperson, die den Überblick behält, Fragen beantwortet oder den Fortschritt der Behandlung koordiniert.

Bei 65 Prozent der Betroffenen verzögerte sich die Behandlung durch lange Wartezeiten zwischen den Terminen. Das zeigt eine repräsentative Forsa-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK). Bei den Menschen, bei denen die Zusammenarbeit verschiedener Praxen oder Einrichtungen nicht wie gewünscht lief, sorgte auch der Informationsfluss für Probleme: Bei 64 Prozent kamen wichtige Informationen nicht rechtzeitig für eine Behandlung an, bei 63 Prozent fehlten Informationen über den nächsten Behandlungsschritt gänzlich. *pm*

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

## Chaos im Behandlungsverlauf: Was läuft schief?

Befragte, bei denen Zusammenarbeit mehrerer Akteure einer Behandlung nicht wie gewünscht verlief (in Prozent)



**Quelle:** repräsentative Forsa-Befragung im Auftrag der TK (September/Oktober 2025), Mehrfachnennung möglich

## Umfrage zeigt neue Dimension der Pflegearmut auf

**DAK** Das eigene Haus oder den Großteil der Ersparnisse durch die Pflege verloren: Fast jede zweite Pflegeperson in Deutschland erlebt Pflegearmut bei sich oder im persönlichen Umfeld. In der Gesamtbevölkerung sind es mit 31 Prozent etwas weniger Betroffene. Das sind zentrale Ergebnisse einer aktuellen Meinungsumfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach für den neuen Pflegereport der DAK-Gesundheit. Laut Sonderanalyse fordern zwei Drittel der Befragten eine umfassende Pflegereform für eine verlässliche Versorgung und würden auch spürbare Einschnitte akzeptieren. Kürzungen beim Pflegegeld werden klar abgelehnt. 51 Prozent der Befragten halten höhere Beiträge für akzeptabel, sofern der Staat die Absicherung von Pflegebedürftigkeit komplett übernimmt. „Nach der aktuellen Umfrage ist Pflegearmut in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Wenn jede zweite Pflegeperson bei sich oder im Umfeld durch Pflege das eigene Haus oder den Großteil der Ersparnisse verliert, dann ist das sozialer Sprengstoff“, sagt DAK-Vorstandschef Andreas Storm. *pm*

→ [dak.de](https://dak.de) → [t1p.de/rrlp1](https://t1p.de/rrlp1)



**HKK** Immer mehr Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland erhalten

die Diagnose Autismus. Das zeigt eine aktuelle Datenanalyse der hkk Krankenkasse: **Im Jahr 2024 lag die Betroffenenquote von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) bei den 0- bis 24-Jährigen bei 1,0 Prozent.** Damit zeigt sich im Vergleich zu den Vorjahren ein moderater, aber kontinuierlicher Anstieg: 2023 lag die Prävalenz noch bei 0,9 Prozent, 2022 bei 0,8 Prozent. Diese Entwicklung fügt sich in einen längerfristigen Trend ein. Bereits zwischen 2013 und 2022 hatte sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer ASS-Diagnose verdoppelt. „Wichtig ist, betroffene Kinder und ihre Familien frühzeitig zu unterstützen“, so Dr. Cornelius Erbe, Leiter des hkk-Versorgungsmanagements. „Dazu gehören passgenaue Therapieangebote ebenso wie eine bessere Aufklärung im sozialen Umfeld, etwa in Kitas und Schulen.“ *pm*

→ [hkk.de](https://hkk.de) → [t1p.de/64s58](https://t1p.de/64s58)

# Der Herstellerabschlag im Reformstress

Text von Dr. Laura Naumann, Dr. Julian Witte, Moritz Moika und Dr. Felix Schönfeldt

Die strukturelle Deckungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung wächst – und damit der politische Druck auch den Arzneimittelmarkt stärker zur finanziellen Stabilisierung heranzuziehen. Der **AMNOG-Kurzreport 2026** der DAK-Gesundheit analysiert in diesem Kontext Handlungsoptionen.



**D**ie gesetzliche Krankenversicherung (GKV) weist seit mehreren Jahren eine wachsende strukturelle Deckungslücke auf. Für 2027 wird eine Deckungslücke von rund 15 Milliarden Euro erwartet; bis 2030 könnte sie auf rund 40 Milliarden Euro steigen. Eine kurzfristig wirksame Konsolidierung erfordert daher auch eine Begrenzung der Ausgabedynamik. Ein zentrales Ausgabenfeld ist der Arzneimittelmarkt, insbesondere der Patentmarkt. Nach Daten des WiDo entfielen 2024 rund 54 Prozent der GKV-Arzneimittelausgaben auf patentgeschützte Arzneimittel, obwohl ihr Anteil an den verordneten Tagesdosen nur rund 7 Prozent betrug.

Unter dem Titel „Innovationsförderung und Kostendämpfung: Analyse politischer Handlungsoptionen im Markt patentgeschützter Arzneimittel“ wurden im DAK-AMNOG-Report ausgewählte Kostensenkungsmechanismen genauer untersucht:

### Der Herstellerabschlag

Der Herstellerabschlag ist älter als das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) und wurde seit seiner Einführung mehrfach als kurzfristig wirksames fiskalisches Steuerungsinstrument angepasst. Ursprünglich diente er der Beteiligung der pharmazeutischen Unternehmer an der Ausgabenentwicklung der GKV. Seitdem wurde seine Höhe wiederholt im Zuge finanzpolitischer Konsolidierungsphasen verändert und in angespannten Haushaltslagen temporär angehoben.

In der aktuellen Debatte werden unterschiedliche Ausgestaltungen zur Reform diskutiert (Stand Mai 2026). Die Finanzkommission Gesundheit empfiehlt in ihrem im März 2026 vorgelegten Gutachten eine fixe Erhöhung auf 14 Prozent und spricht sich für die Dynamisierung des Herstellerabschlags aus. Der Regierungsentwurf des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes (BStabG) vom 29. April 2026 wählt einen anderen Weg. Der allgemeine Herstellerabschlag von 7 Prozent bleibt bestehen. Zusätzlich wird ab 2027 ein ergänzender Herstellerabschlag eingeführt. Für den Zeitraum vom 1. Januar bis 30. Juni 2027 beträgt dieser statisch 3,5 Prozent. Ab dem 1. Juli 2027 wird seine Höhe jährlich dynamisch bestimmt: Maßgeblich ist die Differenz zwischen den tatsächlichen Arzneimittelausgaben und einem Soll-Ausgabenpfad, der an die Entwicklung

der beitragspflichtigen Einnahmen gekoppelt ist. Der Differenzbetrag wird auf den Umsatz der abschlagspflichtigen Arzneimittel verteilt.

Im AMNOG-Kurzreport 2026 wird ein umsatzabhängiger, progressiver Herstellerabschlag vorgestellt. Sein Grundgedanke ist fiskalische Äquivalenz: Je größer die Budgetwirkung eines Wirkstoffs, desto höher der zusätzliche Abschlag. Ein solches Modell kann kleinere Innovationen und Arzneimittel mit begrenzter Budgetwirkung schonen und die Belastung stärker auf große Umsatzträger konzentrieren. Dieser Ansatz könnte Einsparungen von rund 1,3 Milliarden Euro generieren.

### Fokus auf Lebenszyklus

Das AMNOG-Verfahren konzentriert sich sehr auf den Markteintritt von neuen Präparaten. Der Report zeigt, dass Indikationsausweitungen zu hohen Ausgabenanstiegen führen können und Preisanpassungen die Ausweitung auf neue Anwendungsgebiete stärker berücksichtigen werden könnten. In diesem Zusammenhang werden im Report Preis-Mengen-Regelungen sowie Re-Evaluationen diskutiert.

### Standortdebatte

Der AMNOG-Kurzreport setzt sich auch kritisch mit der Diskussion rund um die Verknüpfung der Arzneimittelpreisregulierung und wirtschaftspolitischen Maßnahmen zur Standortförderung für die Pharmaindustrie auseinander. Ein belastbarer Zusammenhang zwischen der „Strenge“ von Marktzugangs- und Preisbildungsmechanismen für neue Arzneimittel und dem lokalen Investment in neue Forschungs- und Produktionsstandorte ist empirisch bislang nicht belegt. Das Beispiel des Herstellerabschlags des BStabG zeigt aber eine andere Facette: Dieser ist konzeptionell anspruchsvoll und mit Unsicherheiten verbunden. Die Kritik der Industrie an mangelnder Planbarkeit ist daher nicht unbegründet und auch für Krankenkassen ist ein in der Höhe unsicherer Herstellerabschlag für die Haushaltsplanung nachteilig. Gleichzeitig sollte das Standortargument analytisch nicht überdehnt werden: Für ein Invest in mehr klinische Studien ist ein Zusammenhang noch nahe liegend, für umfangreichere Standortinvestitionen dürften neben regionalen Erstattungsbeträgen aber vor allem regulatorische Verlässlichkeit, Forschungs- und Dateninfrastrukturen, qualifizierte Fachkräfte und klinische Netzwerke relevant sein. ■

**Dr. Laura Naumann** ist Senior Expert Pharma & Medical Devices bei der Vandage GmbH

**Dr. Julian Witte** ist Geschäftsführer bei der Vandage GmbH

**Moritz Moika** ist Gesundheitsökonom bei der DAK-Gesundheit

**Dr. Felix Schönfeldt** ist Fachbereichsleiter Arzneimittel bei der DAK-Gesundheit



## vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2026/2027

Das neue Heft „Basisdaten des Gesundheitswesens 2026/2027“ ist veröffentlicht. Die Broschüre bietet auf 54-Seiten die jüngsten Statistiken aus den Bereichen Bevölkerung, Versicherte und Krankenkassen, Finanzierung, Versorgung und soziale Pflegeversicherung (SPV). Damit liefert sie eine wertvolle Grundlage für die anstehenden Reformen im Gesundheitswesen, für die der Blick auf die Zahlen unverzichtbar ist. Diese verdeutlichen, wie groß der Handlungsdruck ist: 2026 wird die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) voraussichtlich den Rekordbetrag von 370 Milliarden Euro für die Versorgung ihrer Versicherten ausgeben – eine immense Summe, mit der eine hochwertige Versorgung eigentlich zu organisieren sein sollte. Doch die Ausgaben steigen seit Jahren schneller als die Einnahmen. Für 2027 wird eine Finanzierungslücke in der GKV von mindestens zwölf Milliarden Euro erwartet. Auch in der SPV wachsen die Ausgaben schneller als die Einnahmen. Die vdek-Basisdaten 2026/2027 bieten Entscheidern, Beschäftigten im Gesundheitswesen und weiteren Interessierten eine solide Datenbasis für ihre Arbeit. Sämtliche Inhalte stehen online zum kostenlosen Download bereit und werden kontinuierlich aktualisiert. *pm*

→ [www.vdek.com/basisdaten](http://www.vdek.com/basisdaten)



Sepsis (Blutvergiftung) ist einer der häufigsten Notfälle in Deutschland wird oft zu spät erkannt. Sepsis kann aus jeder Infektion entstehen – auch aus Grippe oder COVID-19. Die Sepsis-Stiftung setzt sich seit Jahren für eine schnellere Früherkennung, bessere Behandlung und Nachsorge von Sepsis ein. Dabei engagiert sie sich sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene für die Verbesserung der Prävention, Diagnostik und Behandlung von Sepsis. Nun hat die Sepsis-Stiftung ihre Webseite grundlegend überarbeitet. Ziele waren eine vereinfachte Navigation, weniger Komplexität der Inhalte und mehr Orientierung. Die neue Seite bietet verständliche Informationen, klare Handlungsempfehlungen, schnelle Hilfe im Notfall und Unterstützung für Betroffene und Angehörige. *pm*

→ [sepsis-stiftung.de](http://sepsis-stiftung.de)

**in vdek** „Health in All Policies“: Gesundheitsförderung braucht ressortübergreifende Strukturen. Viele Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Menschen liegen außerhalb des Gesundheitssektors. Deshalb fordern wir als Ersatzkassen die Stärkung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit und Berücksichtigung von gesundheitlichen Auswirkungen auf die Bevölkerung in allen politischen Entscheidungen. [...]

**in vdek** Prävention und Gesundheitsförderung brauchen verbindliche Zusammenarbeit vieler interdisziplinärer Akteure und breitere Finanzierung. Mit der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) sind schon jetzt viele relevante Entscheidungsträger eingebunden, aber nur die Sozialversicherungsträger sind zur aktiven Mitwirkung verpflichtet. Dabei hängt der Erfolg der Präventionsstrategie für die Menschen in ihren Lebenswelten stark von den Beteiligten und ihrem Engagement ab. [...]

## **Worte können heilen – aber auch schaden**

**PODCAST** Wie gute Kommunikation den medizinischen Behandlungserfolg beeinflusst, untersucht ein breit aufgestelltes Team des Sonderforschungsbereichs „Treatment Expectation“ an der Universitätsmedizin Essen. In ihrem neuen Podcast „**Wirkstoff Wort – Der Podcast für gute Kommunikation in der Medizin**“ gehen beteiligte Forscherinnen und Forscher spannenden Fragen nach: Welche Unterstützung hilft Patientinnen und Patienten in schwierigen Momenten und was zeichnet gute Kommunikation unter Zeitdruck aus? Dass dabei auch individuelle Erwartungshaltungen eine wichtige Rolle spielen, weiß die Neurologin Prof. Dr. Ulrike Bingel aus der Schmerzforschung zu berichten. So könne eine positive Erwartung an eine erfolgreiche Schmerzbehandlung dazu beitragen, das Schmerzerleben zu lindern. *tag* → [t1p.de/00cwy](https://t1p.de/00cwy)



**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)

### **Zukunftsfähiges Gesundheitswesen**

Der Sammelband zeigt, wie digitales Wissensmanagement im Gesundheitswesen Versorgung, Qualität und Wirtschaftlichkeit stärkt. Es verbindet rechtliche, organisatorische und technologische Perspektiven und bietet praxisnahe Strategien für Wissenssicherung, Compliance, Onboarding und digitale Lernkultur – ein hilfreicher Leitfaden für Pflege- und Klinikalltag in Zeiten von Fachkräftemangel und wachsender Regulierung.

Adrian Thiessen, Carla Eysel (Hg.) | **Wissensmanagement im Gesundheitswesen. Zukunftsfähige Strategien für Qualitätsversorgung** | 2026, 242 S., € 59,95 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

### **Neuordnung der Krankenhausversorgung**

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) bringt seit 2025 tiefgreifende Veränderungen für die Krankenhauslandschaft. Das Buch erläutert verständlich die zentralen Elemente der Reform – von Leistungsgruppen und Vorhaltevergütung bis hin zu sektorenübergreifenden Versorgungszentren. Praxisnah werden Chancen, Herausforderungen und mögliche Perspektiven für künftig tragfähige Versorgungsstrukturen aufgezeigt.

Matthias Borchers, Jan Appel | **Krankenhausreform verstehen. Grundlagen, Hintergründe und Auswirkungen** | 2026, 129 S., € 18 | W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

# PS: Nächtliches Leuchten

Die Erde bei Nacht leuchten zu sehen, ist faszinierend. Forschungsteams der University of Connecticut haben gemeinsam mit der NASA und weiteren Forschenden in den USA und Deutschland anhand einer Satellitendatenanalyse gezeigt, dass das nächtliche Leuchten bewohnter Bereiche der Erde zwar zunimmt, aber die Zu- und Abnahme der Beleuchtung wesentlich dynamischer ist als angenommen. Während einige Industriestaaten im Auswertungszeitraum von 2014 bis 2022 immer heller leuchteten, nahm die Beleuchtung in anderen Ländern eher ab, weil diese zum Beispiel auf LED-Beleuchtung umstellen oder die nächtliche Beleuchtung regulieren, um Lichtverschmutzung einzudämmen. Das nächtliche Leuchten auf der Erde steht also auch für eine immense Lichtbelastung, der die Menschen ausgesetzt sind. So zeigte eine im Fachmagazin JAMA Network Open veröffentlichte Studie einen deutlichen Zusammenhang zwischen nächtlicher Lichtverschmutzung und einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Weniger künstliche Beleuchtung in der Nacht kann gesundheitliche Risiken verringern – und den Energieverbrauch natürlich auch.



Eine schöne Sommerzeit wünscht Ihnen

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  
redaktion@vdek.com  
vdek.com/magazin  
✉@vdek\_Presse  
📠 Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

### Layout

Festland Berlin GbR  
festland-berlin.de

### Illustrationen

Anton Hallmann (Titelseite, S.4/5, 21, 30/31, 32, 42)  
antonhallmann.com

### Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

### Erscheinungsdatum

Juni 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. 6: shapecharge/iStock/Getty Images/E+ | S. 7: vdek/Tobias Mayer; vdek/Tobias Mayer | S. 9: Studia72/iStock/Getty Images | S. 10: vdek/Georg J. Lopata | S. 11: vdek/Georg J. Lopata | S. 12: vdek/Georg J. Lopata; vdek/Georg J. Lopata | S. 14: Hilla Südhaus | S. 15: Hilla Südhaus | S. 16: Hilla Südhaus | S. 17: Hilla Südhaus | S. 18: Hilla Südhaus | S. 19: Hilla Südhaus | S. 20: privat; privat | S. 22: Ariawan Armoko/iStock/Getty Images | S. 23: Ariawan Armoko/iStock/Getty Images; AIM; privat | S. 24: Cavan Images/Drentwett Niedring/iStock/Getty Images | S. 25: vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg; KI-generiert | S. 26: Westend61/iStock/Getty Images; vdek-Landesvertretung Bayern | S. 27: vdek-Landesvertretung Niedersachsen | S. 28: bestechend.de | S. 29: vdek/Georg J. Lopata | S. 36: Wavebreakmedia Ltd/Wavebreak Media/Getty Images Plus | S. 37: vdek/Manfred Schild; privat; F. Tischer, DHZC | S. 38: privat; vdek/Manfred Schild; Andrei Akushevich/iStock/Getty Images | S. 39: Andrei Akushevich/iStock/Getty Images | S. 40: Maskot/iStock/Getty Images | S. 44: vdek | S. 45: SFB/TRR 289 – Treatment Expectation | S. 46: Michala Garrison/NASA Earth Observatory

## 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 Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.


### vdek-Zentrale

Askanischer Platz 1  
10963 Berlin

Tel.: 0 30/2 69 31-0

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

lv-baden-wuerttemberg@  
vdek.com

 vdek Baden-Württemberg

### Bayern

Arnulfstraße 201a  
80634 München

Tel.: 0 89/55 25 51-0

lv-bayern@vdek.com

 vdek Bayern

### Berlin/Brandenburg

Stresemannstraße 91  
10963 Berlin

Tel.: 0 30/25 37 74-0

lv-berlin.brandenburg@  
vdek.com

 vdek Berlin/Brandenburg

### Bremen

Martinistraße 34  
28195 Bremen

Tel.: 04 21/1 65 65-6

lv-bremen@vdek.com

 vdek Bremen

### Hamburg

Sachsenstraße 6  
20097 Hamburg

Tel.: 0 40/41 32 98-0

lv-hamburg@vdek.com

 vdek Hamburg

### Hessen

Walter-Kolb-Straße 9-11  
60594 Frankfurt a. M.

Tel.: 0 69/96 21 68-0

lv-hessen@vdek.com

 vdek Hessen

### Mecklenburg-Vorpommern

Werderstraße 74a  
19055 Schwerin

Tel.: 03 85/52 16-0

lv-mecklenburg-  
vorpommern@vdek.com

 vdek Mecklenburg-  
Vorpommern

### Niedersachsen

Schillerstraße 32  
30159 Hannover

Tel.: 05 11/3 03 97-0

lv-niedersachsen@vdek.com

 vdek Niedersachsen

### Nordrhein-Westfalen

Ludwig-Erhard-Allee 9  
40227 Düsseldorf

Tel.: 02 11/384 10-0

lv-nordrhein-westfalen@  
vdek.com

 vdek Nordrhein-Westfalen

### Geschäftsstelle

#### Westfalen-Lippe

Königswall 44  
44137 Dortmund

Tel.: 02 31/91 77 1-0

gs-westfalen-lippe@  
vdek.com

### Rheinland-Pfalz

Wilhelm-Theodor-  
Römheld-Straße 22  
55130 Mainz

Tel.: 0 61 31/9 82 55-0

lv-rheinland-pfalz@vdek.com

 vdek Rheinland-Pfalz

### Saarland

Heinrich-Böcking-  
Straße 6-8  
66121 Saarbrücken

Tel.: 06 81/9 26 71-0

lv-saarland@vdek.com

 vdek Saarland

### Sachsen

Glacisstraße 4  
01099 Dresden

Tel.: 03 51/8 76 55-0

lv-sachsen@vdek.com

 vdek Sachsen

### Sachsen-Anhalt

Schleiufer 12  
39104 Magdeburg

Tel.: 03 91/5 65 16-0

lv-sachsen-anhalt@  
vdek.com

 vdek Sachsen-Anhalt

### Schleswig-Holstein

Wall 55 (Sell-Speicher)  
24103 Kiel

Tel.: 04 31/9 74 41-0

lv-schleswig-holstein@  
vdek.com

 vdek Schleswig-Holstein

### Thüringen

Lucas-Cranach-Platz 2  
99097 Erfurt

Tel.: 03 61/4 42 52-0

lv-thueringen@vdek.com

 vdek Thüringen



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

# vdek online

vdek.com

X@vdek\_Presse



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