

ersatzkasse magazin.

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

G20634

4. AUSGABE 2026



Höchste Zeit für die Pflegereform

Belastungen bei der
Neuausrichtung der
sozialen Pflegeversiche-
rung fair verteilen

»Die finanzielle Stabilität muss gesichert sein«

Interview mit Markus
Algermissen, Präsident
des Bundesamtes für
Soziale Sicherung (BAS)

Lücke bei Zahnvorsorge im Pflegeheim

Unterschiedlicher Zugang
zur Zahnvorsorge bei
stationär Pflegebedürftigen

vdek 
Die Ersatzkassen

DIE MITGLIEDSKASSEN

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen mehr als 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-Mitgliederversammlung: Verbot sozialer Medien für Kinder unter 13 Jahren gefordert. Wir unterstützen Bundesfamilienministerin Karin Prien bei ihrem aktuellen Vorhaben, sich für eine EU-weite Altersgrenze von 13 Jahren für die Nutzung sozialer Medien einzusetzen. Das entspricht einer Forderung der Ersatzkassen, die die vdek-Mitgliederversammlung im Rahmen der kürzlich verabschiedeten Resolution [...] erhebt.

in Das Bundeskabinett hat das Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) verabschiedet. Wir unterstützen zentrale Inhalte des Entwurfs, sehen aber auch Nachbesserungsbedarf: Mit digitaler Ersteinschätzung, E-Überweisung und einer Plattform für schnellere Termine werden wesentliche Bausteine einer Primärversorgung aufgebaut. Der Zeitplan sollte allerdings gestrafft werden [...]



EDITORIAL

Ein dick gefülltes Aufgabenheft

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) ist im Juli nach einem heftigen politischen Ringen bis zuletzt im Parlament verabschiedet worden. Das kann die nun ins Kanzleramt wechselnde Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU) als Erfolg verbuchen: Es ist immerhin das größte Sparpaket seit rund zwei Jahrzehnten und soll zumindest für 2027 und 2028 für stabile Beiträge sorgen. Ihrem überraschend ernannten Nachfolger Carsten Linnemann (CDU) übergibt sie auf jeden Fall ein prall gefülltes Aufgabenheft. An erster Stelle steht hier die Reform der sozialen Pflegeversicherung (SPV), die es vor der parlamentarischen Sommerpause leider nicht mehr ins Kabinett geschafft hat. Dabei drängt es angesichts der Milliardendefizite der SPV. Dann stehen dringende Strukturreformen auf der Agenda, allen voran die Reform der Primärversorgung oder die Reform der Arzneimittelversorgung. Auch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat bei all diesen Reformen ein großes Stück mitzureden, etwa was die Sicherung der Funktions- und Finanzierungsfähigkeit der GKV und der SPV als Aufsicht und Finanzverwaltung anbelangt. Im Interview mit *ersatzkasse magazin* erläutert BAS-Präsident Markus Algermissen, der die Leitung des BAS im Dezember 2025 übernommen hat, welche Rolle er seinem Amt beimisst. Das BAS feiert in diesem Jahr sein 70-jähriges Bestehen. Wir sagen herzlichen Glückwunsch!

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

In einer Resolution fordern die Ersatzkassen entschiedene Maßnahmen der Gesellschaft und Politik für einen kompetenten und gesundheitsbewussten Umgang von Kindern und Jugendlichen mit digitalen Medien. → **Mehr dazu auf Seite 14**

Gefälschte Rezepte sind kein neues Thema, sie begleiten das Gesundheitswesen seit Jahrzehnten. Allerdings haben sich Hintergründe und insbesondere die Dimensionen sowie Professionalität deutlich verändert. → **Mehr dazu auf Seite 16**



21

»Die finanzielle Stabilität muss gesichert sein«

POLITIK & VERSORGUNG Über die Rolle des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) in Politik und Gesellschaft und über Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und sozialen Pflegeversicherung (SPV) spricht BAS-Präsident Markus Algermisen im Interview mit *ersatzkasse magazin*. Es geht darum, finanzielle Stabilität zu sichern, Strukturreformen anzugehen und das Vertrauen in einen gut funktionierenden Sozialstaat zu festigen.



36

Höchste Zeit für die Pflegereform

SCHWERPUNKT Der Aufschub der Pflegereform in den Herbst ändert nichts an ihrer Dringlichkeit. Allein 2026 fehlt der sozialen Pflegeversicherung (SPV) mindestens eine Milliarde Euro. Der im Rentenentwurf vorgesehene stärkere Fokus auf Prävention, häusliche Pflege und Digitalisierung zielt in die richtige Richtung. Aber es braucht im Gesundheitswesen auch eine faire Lastenverteilung.

Lücke bei Zahnvorsorge im Pflegeheim

ERSATZKASSEN Unterschiede beim Zugang zu zahnärztlicher Prävention führen laut dem BARMER-Zahnreport bei stationär Pflegebedürftigen zu einer Versorgungslücke. Zwar zeigen die Daten insgesamt eine gesteigerte Inanspruchnahme zahnärztlicher Präventionsleistungen, von der aber nicht alle Personengruppen profitieren. Gerade für Pflegebedürftige kann schlechte Mundgesundheit gravierende körperliche Folgen haben.

46



AKTUELL

- 6 Primärversorgung: Digitale Bausteine
- 7 Wechsel im Gesundheitsressort
- 8 Aus dem G-BA
- 9 vdek-Mitgliederversammlung

POLITIK & VERSORGUNG

- 10 GKV-Spargesetz beschlossen
- 12 Stabile Finanzen und Reformen meistern
- 14 Resolution zur Medienkompetenz
- 16 Rezeptfälschungen eindämmen
- 18 Soziale Selbstverwaltung in den Schulen
- 21 Interview: Markus Algermissen
- 26 Gesundheitsförderung gestalten
- 28 #regionalstark
- 35 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 38 Pflegereform lässt auf sich warten
- 40 Eigenanteile weiter gestiegen
- 41 Drei Fragen: Prof. Dr. Heinz Rothgang
- 42 Pflegebegutachtung neu denken

ERSATZKASSEN

- 44 Soziale Medien beeinflussen Kaufverhalten
- 45 Selbsttests ergänzen medizinische Versorgung
- 46 Zahnmedizinische Versorgungslücke im Pflegeheim

VERMISCHTES

- 48 Gesundheitsfolgen extremer Hitze
- 49 Podcast: Lärm ist mehr als ein Ärgernis
- 50 PS: Kuscheltiere ohne Schadstoffe
- 50 Impressum

Guter Auftakt für ein Primärversorgungssystem

Das Bundeskabinett hat Mitte Juli 2026 das Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) beschlossen. Das GeDIG soll unter anderem mit der digitalen Ersteinschätzung, der E-Überweisung und einer Plattform für schnellere Termine zentrale Bausteine einer künftigen Primärversorgung etablieren. „Das findet unsere klare Unterstützung, weil die Versorgung so bedarfsgerechter und effizienter werden kann“, betonte vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Gut sei auch, dass dabei die elektronische Patientenakte (ePA) als zentrale Plattform für die Versorgung weiter gestärkt werden soll. Dass digitale Tools wie die Ersteinschätzung, E-Überweisung oder Terminbuchungen über die

ePA-Apps gesteuert und die Ergebnisse ebenfalls in der ePA abgelegt werden sollen, sei ein großer Schritt hin zu einer zeitgemäßen, zukunftsorientierten Versorgung. Der vdek begrüßt zudem die differenzierte Ausgestaltung der Ersteinschätzung. „Entwicklung und Betrieb eines solchen Tools dürfen aber nicht allein bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) liegen, sondern müssen Sache der gemeinsamen Selbstverwaltung sein.“ Außerdem sollten die Zeitpläne für die einzelnen Elemente der Primärversorgung noch einmal gestrafft werden. Dass die Krankenkassen in den neuen Reallaboren die ihnen vorliegenden Daten noch besser nutzen können, biete neue Ansätze für eine innovative Versorgung, so Elsner weiter. „Und auch die geplanten erweiterten Möglichkeiten für die Krankenkassen, ihre Versicherten über Versorgungs- und Präventionsangebote zu beraten, bringen einen echten Mehrwert.“ Dabei sollten die Krankenkassen ihre Versicherten auch immer dann beraten dürfen, wenn eine chronische Krankheit droht. *pm*





Dr. Ute Wiedemann wurde als Vorstandsmitglied der DAK-Gesundheit vom DAK-Verwaltungsrat einstimmig für weitere sechs Jahre wiedergewählt. Die neue Amtszeit beginnt am 1. März 2028. Wiedemann gehört dem Vorstand seit

März 2022 an und verantwortet zentrale Zukunftsfelder wie Organisations- und Personalmanagement, Markt, IT und Infrastruktur sowie Marketing. Sie ist Medizinerin und war in unterschiedlichen Führungspositionen des Gesundheitswesens tätig, bevor sie zur DAK-Gesundheit kam. Sie verbindet medizinische Expertise mit strategischer Gestaltungskraft und setzt sich für eine zukunfts-fähige, innovative Gesundheitsversorgung ein.



Marion von Wartenberg wurde auf der Generalversammlung der Association Internationale de la Mutualité (AIM) am 23. Juni 2026 als Vizepräsidentin wiedergewählt. Von Wartenberg vertritt in dem internationalen Netzwerk von Krankenkassen

die deutschen Mitglieder, zu denen auch der vdek gehört. Die studierte Pädagogin ist seit 2020 Vizepräsidentin der AIM und unter anderem Mitglied im Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit. Von 2013 bis 2016 war sie politische Staatssekretärin im Kultusministerium Baden-Württemberg und zuvor stellvertretende DGB-Landesvorsitzende in Baden-Württemberg.



Dr. Sonja Optendrenk ist seit dem 1. Juli 2026 unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie folgt auf Prof. Josef Hecken, der den G-BA aus persönlichen Gründen in der laufenden Amtsperiode

verlässt. Optendrenk war seit Januar 2024 Staatssekretärin im hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege. Davor hatte sie verschiedene leitende Positionen und Funktionen im Bundesgesundheitsministerium und dem Bundeskanzleramt inne. Ihre Amtszeit endet am 30. Juni 2030, eine erneute Berufung ist möglich. *pm*

Kabinettsumbildung: Wechsel im Gesundheitsressort



Zur Ablösung von Bundesgesundheitsministerin **Nina Warken** (Foto oben) durch **Carsten Linnemann** (Foto unten) erklärt Boris von Maydell, Vertreter des Vorstandes des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek): „Bundesministerin Nina Warken übergibt das Gesundheitsressort, nachdem das größte Sparpaket seit rund zwei Jahrzehnten beschlossen und der Grundstein für stabile Kassenfinanzen gelegt worden ist. Das war dringend notwendig, um die beitragszahlenden Versicherten und Arbeitgeber vor weiteren Erhöhungen zu bewahren. Dafür gebührt Ministerin Warken unser ausdrücklicher Dank. Die Benennung als Bundesministerin für besondere Aufgaben und Chefin des Bundeskanzleramts zeigt, dass ihre Arbeit für die Bundesregierung von hoher Bedeutung ist. Zu ihrem neuen Amt gratulieren wir und wünschen ihr viel Erfolg. Zugleich gratulieren wir Carsten Linnemann zu seiner neuen Aufgabe und bieten ihm unsere konstruktive Zusammenarbeit an. Jetzt kommt



es darauf an, dass die dringend benötigten Strukturreformen zur Verbesserung der Versorgung nicht ins Stocken geraten. Die Einführung der Primärversorgung, die Reform der Pflegeversicherung sowie die Reform der Notfallversorgung müssen zügig auf den Weg gebracht werden. Wir wünschen uns vom künftigen Bundesgesundheitsminister Linnemann, dass er hier ohne Verzögerung anknüpft und die Vorhaben in den nächsten Monaten ins parlamentarische Verfahren bringt. Wir als vdek stehen dabei gerne als verlässlicher Ansprechpartner mit unserer Expertise zur Verfügung, um ihn auf diesem Weg zu unterstützen.“ *pm*

83,6



DIE ZAHL Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt betrug in Deutschland im Jahr 2025 für Frauen 83,6 Jahre. Im Vergleich zum Vorjahr stieg sie um knapp zwei Monate – und erreichte damit einen neuen Höchstwert. Bei den Männern stieg die Lebenserwartung um drei Monate auf den neuen Höchstwert von 79,1 Jahren (2025). Verglichen mit 2022 sind die Werte für Frauen und Männer nach den Rückgängen der Coronazeit deutlich gestiegen. Frauen haben seitdem statistisch gesehen etwa neun Monate hinzugewonnen, Männer über ein Jahr (fast 13 Monate). *pm*



AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

Mindestmenge für Magenkrebs-OPs

Krankenhäuser müssen künftig eine Mindestmenge bei der chirurgischen Behandlung des Magenkarzinoms erfüllen. Für planbare Magenkrebs-Operationen gilt nach Übergangsfristen ab 2031 eine Mindestmenge von 20 pro Jahr und Standort. Neben der systematischen Literaturrecherche des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und Datenanalysen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bezog der G-BA auch die Expertise medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften mit ein. Mindestmengen

sollen sicherstellen, dass schwierige und planbare Operationen an Krankenhausstandorten durchgeführt werden, die über die notwendige Routine und Erfahrung verfügen und somit nachweislich bessere Behandlungsergebnisse erzielen.

Neugeborenen-Hörscreening

Die Vorgaben für das Neugeborenen-Hörscreening sind im Hinblick auf den Algorithmus der Testverfahren, die Anzahl von Testversuchen bei der Erstuntersuchung und die Kontrolluntersuchung angepasst worden. Ziel ist es, die Qualität der Früherkennung auf angeborene Hörstörungen zu verbessern. Für das Neugeborenen-Hörscreening können grundsätzlich zwei Verfahren angewendet werden: die Messung der sogenannten otoakustischen Emissionen oder die Hirnstammaudiometrie. Angeborene Hörstörungen lassen sich in den meisten Fällen

zwar nicht heilen, aber wirksam behandeln, sodass das betroffene Kind weitgehend normal am Leben teilhaben kann.

Häusliche Krankenpflege: Beratungen ruhen

Der G-BA hat entschieden, das Beratungsverfahren über Leistungen der häuslichen Krankenpflege für Versicherte mit einer komplexen Versorgungssituation, wie zum Beispiel einem erhöhten Überwachungsbedarf, zu unterbrechen. Ausschlaggebend dafür sind ungeklärte leistungsrechtliche Abgrenzungsfragen zwischen verschiedenen Sozialleistungssystemen. Nur der Gesetzgeber oder die höchstrichterliche Rechtsprechung können nach Auffassung des G-BA die notwendige leistungsrechtliche Grenze zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V) und der Eingliederungshilfe (Sozialgesetzbuch IX) ziehen. *pm*

 **10.09.2026** Motto des Kongresses für Prävention und Langlebigkeit ist „Glory in Prevention – Gemeinsam die Gesundheit der Zukunft gestalten“. Im Fokus stehen Prävention und Public Health als tragende Säulen resilienter Gesundheitspolitik – und Prävention als Hebel zur Bewältigung gesundheitspolitischer Herausforderungen. → t1p.de/yoh3o

 **15.09.–16.09.2026** Der Zi-Congress Versorgungsforschung 2026 widmet sich im Frühherbst den Herausforderungen und Zukunftsperspektiven einer digital unterstützten ambulanten Versorgung. Beleuchtet werden Einsatzfelder und Grenzen von Telemedizin, Nutzen von Routinedaten und KI sowie Voraussetzungen für resiliente Versorgungsstrukturen. → t1p.de/blguv



PRESSESCHAU

Neuer Bundesgesundheitsminister I

„Warum es Linnemann in seinem neuen Job schwer haben dürfte: Von einem Gesundheitsminister erwarten die Menschen keine flotten Sprüche („Einfach mal machen“), sondern Empathie und Verständnis für ihre Sorgen und Nöte. Gesundheit und Pflege sind keine klassischen Wirtschaftsbranchen, weil es immer auch um menschliches Leid geht.“

FRANKFURTER RUNDSCHAU, 27.07.2026

Neuer Bundesgesundheitsminister II

„Wie seine Vorgängerin ist er [...] nicht vom Fach [...] Das deutsche Gesundheitswesen ist schwer zu durchschauen [...] Jeder Umbau ist ein Kampf, nicht zuletzt wegen der Lobbyverbände, die Interessen von Kliniken, Fachärztinnen, Hausärzten [...] vertreten. Dem großen Ganzen sehen sie sich weniger verpflichtet, das wird auch Linnemann die Arbeit erschweren.“

SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, 27.07.2026

Pflegereform

„Die scheidende Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU) wollte ihre Pflegereform eigentlich so zügig über die Bühne bringen wie die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). [...] Im Raum stehen Kostensteigerungen für Pflegebedürftige, Änderungen bei den Pflegegraden [...] Doch das Projekt hakt, die Kritik an Warkens Vorschlag ist groß, auch koalitionsintern.“

MOZ.de (MÄRKISCHE ODERZEITUNG), 24.07.2026

Keine weiteren Belastungen für Versicherte und Arbeitgeber



Angesichts der Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und sozialen Pflegeversicherung (SPV) hat vdek-Verbandsvorsitzender Uwe Klemens auf der **Mitgliederversammlung des vdek am 3. Juli 2026** eindringlich an die Politik appelliert, weitere Belastungen der Versicherten und Arbeitgeber zu verhindern.

Alle Akteure im Gesundheitswesen müssten ihren Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der Beitragssätze und der GKV leisten, betonte Klemens mit Blick auf das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG), welches wenige Tage später am 10. Juli 2026 im Bundestag beschlossen wurde. Dass das Gesundheitsministerium mit der Stabilisierung der GKV ernst machen will, begrüßte er. Es habe mit dem Gesetz auch einen wichtigen Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik eingeleitet: „Weg vom ständigen Zuschütten aller Probleme mit Geld und zurück zu einer vernünftigen Steuerung, bei der die Ausgaben nicht schneller steigen dürfen als die Einnahmen.“ Das Defizit für 2027 werde voraussichtlich auf 19 Milliarden Euro ansteigen. Diese Summe müsse mindestens durch die entsprechenden Sparmaßnahmen erreicht werden. „Auch wenn sich der Bund jetzt erneut aus der finanziellen Verantwortung zieht, was die ausreichende Refinanzierung der versicherungsfremden Leistungen anbelangt, lassen wir als GKV nicht locker“, sagte Klemens. Allein bei den Gesundheitskosten für Grundsicherungsbeziehende stehe der Staat jährlich mit 12 Milliarden Euro gegenüber der GKV in der Kreide. Gegen diesen verfassungswidrigen Zustand wehren wir uns mit einer Klage, bis die Politik nicht mehr anders kann, als einzulenken.“

Auch an der geplanten Pflegereform gehe angesichts des prognostizierten Defizits der sozialen Pflegeversicherung (SPV) in Höhe von 7,6 Milliarden Euro für 2027 kein Weg vorbei, so Klemens. Um die Finanzen der SPV stabil zu halten, werde es auch berechnete Einschnitte bei den Leistungen geben müssen, wie die stärkere Gewichtung von Versicherten mit erheblichem Pflegebedarf bei den Pflegegraden. Bei den Eigenanteilen in der stationären Pflege sei die Belastungsgrenze allerdings erreicht. Vollkommen unverständlich sei die im Referentenentwurf zum Pflege neuordnungsgesetz (PNOG) geplante Senkung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige. „Das entlastet zwar die SPV, widerspricht aber komplett dem Ziel, die häusliche Pflege sowie pflegende An- und Zugehörige zu stärken.“ Im Übrigen seien diese Beiträge, wie auch die Erstattung der Milliardenbeträge für die Coronakosten, eindeutig eine Aufgabe des Staates. So würden die Beitragszahlenden auch durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die erneute Steigerung der Beiträge für Kinderlose wieder einmal mehr belastet. Insgesamt seien die Finanzwirkungen des PNOG zu knapp bemessen und reichten für eine nachhaltige Stabilisierung der SPV-Finanzen nicht aus. „Die notwendigen Nachbesserungen dürfen jedoch nicht weiter zulasten der Versicherten und Arbeitgeber gehen.“ pm

→ Mehr dazu auf den Seiten 10, 38 und 40

Paradigmenwechsel mit größter Kraftanstrengung erreicht

Text von **Malte Behmer, Antje Kapinsky und Dr. Ines Koller**

Mit dem **GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG)** hat die Regierungskoalition die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik im Grundsatz geschafft, wenn auch mühsam und unter maximalem politischem Druck von allen Seiten. Damit ist ein dringend erforderlicher Paradigmenwechsel gelungen. Ob auch die Ära der ständigen Problemlösungen mit neuen Finanzausgaben zu Ende gegangen ist, bleibt abzuwarten.

Kern der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik ist die künftig wieder grundsätzlich als Obergrenze für Vergütungs- und Preissteigerungen in nahezu allen Leistungsbereichen geltende Grundlohnrate. Darüber hinaus wird die Veränderungsrate in den Jahren 2027 bis 2029 nochmals zusätzlich abgesenkt, um die prognostizierten Defizite der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auszugleichen. Damit kehrt der Gesetzgeber zu einem finanzpolitischen Grundsatz zurück, der bereits in früheren Phasen der GKV-Finanzierung eine zentrale Rolle spielte: Ausgabensteigerungen sollen sich wieder stärker an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und den Beitragseinnahmen orientieren. Ein Wermutstropfen sind die zahlreichen Schlupflöcher, die kurz vor Toresschluss noch in das Gesetz eingewebt wurden und das Prinzip der einnahmeorientierten

Ausgabenpolitik aushöhlen. So müssen im Krankenhaus, in der medizinischen Rehabilitation und der häuslichen Krankenpflege weiterhin Tariflohnsteigerungen oberhalb der Grundlohnrate zumindest teilweise durch die GKV refinanziert werden. Bei Arzneimitteln wurde der Bezug zur Einnahmeentwicklung beim Herstellerabschlag gar gänzlich gestrichen und in einen pauschalen Abschlag umgewandelt.

Der Bund entlastet sich auf Kosten der Beitragszahlenden

Auf die Versicherten und ihre Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber wurde dagegen weniger Rücksicht genommen. Sie zahlen auch bei dieser Reform den Hauptteil der Zeche. So werden die Beitragsbemessungsgrenze sowie die Versicherungspflichtgrenze zusätzlich angehoben, die beitragsfreie Familienversicherung für Ehepartnerinnen und Ehepartner

eingeschränkt und Zuzahlungen für Versicherte erhöht. Und die Arbeitgeber müssen höhere Beiträge zur GKV für geringfügig Beschäftigte zahlen.

Der Bund nimmt dies achselzuckend zur Kenntnis und verschärft die Schieflage noch. Während die breite Öffentlichkeit die Verschiebung sozialpolitisch begründeter Ausgaben wie beispielsweise für die Gesundheitsversorgung von Grundsicherungsbeziehenden in die GKV längst als ungerecht erkannt hat, kürzt die Politik den sogenannten Bundeszuschuss mit Verweis auf das Defizit im Bundeshaushalt ungerührt weiter. Zwar erhöht der Bund die pauschalen Beiträge für Beziehende von Grundsicherungsgeld im Jahr 2027 um eine Milliarde Euro und ab 2031 um jährlich 2,75 Milliarden Euro. Weiterhin tragen aber die Beitragszahlenden den Großteil der tatsächlichen Deckungslücke von aktuell 12 Milliarden Euro. Hinzu kommt, dass die Kürzung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen um 1,4 Milliarden Euro höher ausfällt als die Mehreinnahmen aus den erhöhten Beiträgen für Grundsicherungsempfangende von einer Milliarde Euro. Im Ergebnis sinken die Bundesmittel für die GKV im Jahr 2027 um 400 Millionen Euro, statt wie nötig zu steigen.

Dauerhaft ist Beitragssatzstabilität nur mit Strukturreformen möglich

Mit längerer zeitlicher Perspektive wird das Gesetz dennoch positive Wirkungen entfalten. Die Koalition hat eines der weitreichendsten Kostendämpfungsgesetze der vergangenen Jahre auf den Weg gebracht. Für die Jahre 2027 und 2028 dürften die Zusatzbeiträge relativ stabil bleiben und somit das Ziel des Gesetzes zumindest kurzfristig erreicht werden. Ab 2029 drohen jedoch wieder steigende Zusatzbeitragssätze, sofern nicht zeitnah tiefgreifende Strukturreformen umgesetzt werden, die bis dahin ihre finanzielle Wirkung entfalten.

Ob dies gelingt, ist trotz der umfassenden Reformagenda des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) unsicher. Exemplarisch hat sich im Laufe des kurzen Gesetzgebungsverfahrens gezeigt, dass die Veränderungsbereitschaft bei den beteiligten Akteuren trotz der erheblichen Defizite und Wirtschaftlichkeitspotenziale im Gesundheitswesen kaum vorhanden ist. Selten wurden Szenarien über

vermeintliche Gesetzesfolgen so überzeichnet. Während der Beratungen erhoben insbesondere Länder, Krankenhäuser, Ärzteverbände und Arzneimittelhersteller lautstarken Protest und forderten immer neue Lockerungen, warnten vor Einschnitten in die Versorgung und einer zusätzlichen finanziellen Belastung der Einrichtungen. Das Gesetzgebungsverfahren glich einem Abwehrkampf gegen immer

Das Gesetzgebungsverfahren glich einem Abwehrkampf gegen immer neue Ausnahmewünsche einzelner Akteure.

neue Ausnahmewünsche einzelner Akteure. Der vdek hielt mit zahlreichen Pressemitteilungen und Statements dagegen, warnte vor weiteren Zugeständnissen zulasten der Beitragszahlenden und forderte einen konsequenten Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens.

Am Ende wurden im Parlament zahlreiche Regelungen ergänzt oder verändert, insbesondere im Krankenhaus. Dort wurden unter anderem neue Instrumente zur Ambulantisierung eingeführt, darunter Kurzzeitfallpauschalen. Aus vdek-Sicht positiv zu bewerten sind die Ausweitung der Prüfquoten und verschärfte Regelungen zur Fallzusammenführung bei Wiederaufnahmen. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) dürfen künftig nur noch in Universitätskliniken und ausgewählten Krankenhäusern vergütet und erprobt werden. Die Zuordnung und Konzentration von NUB auf spezialisierte Einrichtungen soll die Qualität der Versorgung verbessern und gleichzeitig die Ausgabenentwicklung begrenzen – ein wichtiger Schritt.

Nach der Reform ist vor der Reform

Noch offen ist, wie sich die Zugeständnisse des Bundes an die Länder auswirken, mit denen die Anrufung des Vermittlungsausschusses verhindert wurde. Die in einer Protokollerklärung des BMG zugesagten zusätzlichen Mittel für Krankenhäuser und Ausnahmen beim Herstellerabschlag für die Pharmaindustrie werden im Herbst vermutlich in ausgabensteigernde Gesetze münden. Die Finanzkommission Gesundheit arbeitet bereits an ihrem zweiten Bericht, der ebenfalls im Herbst veröffentlicht werden soll. Darin werden Reformvorschläge beispielsweise zur Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors, zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung oder zur Stärkung der Prävention erwartet. Die Prinzipien des BStabG müssen auch dann gelten. ■



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



Antje Kapinsky
ist Abteilungsleiterin
Politik/Selbstverwaltung
beim vdek



Dr. Ines Koller
ist Abteilungsleiterin
Finanzen/Versicherung
beim vdek

Stabile Finanzen und Reformen Hand in Hand meistern

Text von **Dr. Tanja Gloomt**

Vertreterinnen und Vertreter aus dem Gesundheitswesen haben am 24. Juni 2026 auf dem Hauptstadtkongress (HSK) in Berlin unter dem Titel **Quo vadis GKV – Stabile Finanzen für eine bezahlbare Versorgung** darüber diskutiert, wie die Finanzierungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen werden kann. Dabei wurde deutlich: Über die Stabilisierung der GKV-Finanzlage hinaus besteht die Herausforderung darin, die Versorgungsstrukturen neu auszurichten.

Den finanziellen Rahmen der Debatte skizzierte eingangs Dr. Martin Albrecht, Geschäftsführer des IGES Instituts. Er bezeichnete die Situation der GKV-Finanzen als „ernst, aber nicht hoffnungslos“. Das Grundproblem für die wachsende Finanzierungslücke sei hinreichend bekannt: die Ausgaben wachsen schneller als die beitragspflichtigen Einnahmen. Anhand von IGES-Projektionen der Jahre 2025 bis 2035 verdeutlichte Albrecht, dass sich die Finanzierungslücke ohne Reformen innerhalb von nicht einmal zehn Jahren der Marke von 100 Milliarden Euro annähern könnte. Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz könne zwar Entlastungen bringen, dies allein würde aber nicht ausreichen, um die langfristigen Finanzprobleme zu lösen. Ausgabendämpfung hat aus Sicht des Gesundheitsökonomen aktuell zwar Priorität, aber es brauche auch eine Perspektive der strukturellen Reformen. Zudem sei eine nachhaltige Stärkung der Einnahmebasis dringend vonnöten, da die GKV angesichts der demografischen Entwicklung

und Überalterung der Gesellschaft stark unter Druck stehe. „Hier ist der Schlüssel die Steigerung von Umfang und Produktivität der Beschäftigung“, so Albrecht und verwies dabei auch auf eine kürzlich veröffentlichte Studie (→ t1p.de/f322r) im Auftrag des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek).

In der anschließenden Diskussion bezeichnete die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner die Ausgabenkonsolidierung im Gesundheitswesen als alternativlos. Darüber hinaus bekräftigte sie, dass das Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik die Grundlage für stabile GKV-Finanzen sei: „Es muss zukünftig über alle Leistungsbereiche hinweg wieder eingehalten werden und für eine angemessene Steigerung von Vergütungen und Preisen sorgen.“ Wichtig sei, auch bei der Entwicklung der Leistungsmenge zu wirksamen Steuerungsinstrumenten zurückzukehren. Zugleich warb Elsner dafür, die aktuelle Konsolidierungsdebatte stärker mit der dringend notwendigen Versorgungsreform zu verknüpfen. Denn entscheidend sei die Frage, wie die



Dr. Tanja Gloomt
ist Referentin in der
Abteilung Kommunik-
ation beim vdek



Vortragsredner Dr. Martin Albrecht (IGES Institut)



Auf dem Podium (v.l.): Dr. Martin Albrecht (IGES Institut), Ulrike Elsner (vdek), Dr. Ina Lucas (ABDA), Prof. Dr. Dirk Heinrich (Virchowbund), Thomas Bublitz (BDPK), Moderator Thomas Hommel (Ärzte Zeitung)

vorhandenen Mittel künftig effizienter eingesetzt werden können. Dafür brauche es ein Primärversorgungssystem und eine gezielte Patientensteuerung in die richtigen Versorgungsebenen.

Ein intelligenter Einsatz von Versorgungsressourcen war auch für die Vizepräsidentin der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V., Ina Lucas, ein wichtiges Anliegen. Dabei brachte sie eine stärkere Einbindung der Apotheken bei Prävention, Früherkennung und Primärversorgung ins Spiel. Für eine ehrlichere Debatte beim Thema GKV-Finanzien sprach sich der Virchowbund-Vorsitzende Dr. Dirk Heinrich aus. Wenn die Gesundheitskosten für Bürgergeldbeziehende durch den Staat übernommen würden, wäre mehr Luft für Strukturreformen. Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), betonte, dass auch die Krankenhäuser ihren Beitrag für eine effizientere Versorgung leisten wollten, verwies aber zugleich auf Herausforderungen für die Krankenhäuser.

Breiter Konsens bestand in der zentralen Rolle, die die Digitalisierung in einem digital gestützten Primärversorgungssystem mit stärkerer Patientensteuerung spielen soll. Im Kern geht es um eine einheitliche und verbindliche digitale Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs, der erfolgt, bevor Patientinnen und Patienten Arztpraxen, Notaufnahmen oder andere Versorgungsangebote aufsuchen. Mit diesem Instrument wird der individuelle Behandlungsbedarf eingeschätzt und ein geeigneter Versorgungspfad empfohlen. Dadurch lassen sich Ressourcen gezielter einsetzen und unnötige Arztkontakte vermeiden. ■



Systemumbau im Zeitalter leerer Kassen

Bei der Podiumsdiskussion „Finanzierung des Systemumbaus im Zeitalter leerer Kassen“ am 24. Juni 2026 auf dem Hauptstadtkongress (HSK) stand die Transformation der Krankenhauslandschaft im Blickpunkt der Debatte. Während der Diskussionsrunde, an der die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner sowie mehrere Krankenhausvertreterinnen und -vertreter teilnahmen, wurde deutlich, dass es notwendig ist, bestehende Strukturen weiterzuentwickeln, Bürokratie zu reduzieren und die Versorgung stärker sektorenübergreifend zu organisieren. „Wir müssen die Brücke zwischen Notfallversorgung, ambulanter und stationärer Versorgung schlagen, Patientinnen und Patienten besser steuern und schauen, welche Leistungen wo am sinnvollsten erbracht werden. Gleichzeitig gibt es viele bürokratische Vorgaben, die wir gemeinsam abbauen könnten“, betonte Elsner.

Kinder und Jugendliche bei der Nutzung digitaler Medien schützen und stärken

Die Ersatzkassen fordern verschiedene Maßnahmen der Gesellschaft und Politik für einen kompetenten und gesundheitsbewussten Umgang von Kindern und Jugendlichen mit digitalen Medien. In einer gemeinsamen **Resolution** haben die ehrenamtlichen Versicherten- und Arbeitgebervertreter der Ersatzkassen Maßnahmen zur Stärkung der Medien- und Digitalkompetenz sowie wirksame Regeln gegen Mediensucht und Gewalt im Netz formuliert.

Digitale Medien bieten große Potenziale für Bildung und Teilhabe, bergen bei unreflektierter und unbegrenzter Nutzung jedoch erhebliche Risiken für die physische und psychische Gesundheit, insbesondere von Kindern und Jugendlichen. Um Heranwachsende zu schützen und zugleich ihre Medienkompetenz zu stärken, braucht es einen kinder- und jugendgerechten digitalen Raum, sodass Heranwachsende einerseits mit den Potenzialen der digitalen Medien vertraut werden, und andererseits einen reflektierten Umgang damit finden können. Zentrale Voraussetzungen dafür sind die systematische Förderung von Medien- und Digitalkompetenz sowie wirksame Maßnahmen gegen Mediensucht und Gewalt im Netz. Politik und Wissenschaft sind gefordert, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, um junge Menschen insbesondere vor Auswirkungen wie Selbstentfremdung, sozialer Isolation und psychischen sowie somatischen Erkrankungen zu schützen.

Die Mitgliederversammlung des vdek fordert deshalb entschiedene Maßnahmen für einen kompetenten und gesundheitsbewussten Umgang mit digitalen Medien. Die Vermittlung von Medienkompetenzen ist

eine zentrale Bildungsaufgabe, die originär in der Verantwortung der Länder liegt. Die flächendeckende und verbindliche Umsetzung der Strategie der Kultusministerkonferenz (KMK) „Bildung in der digitalen Welt“ ist dabei konsequent voranzubringen und mit Regelungen auf nationaler und europäischer Ebene zielgerichtet zu flankieren.

Das heißt konkret: Wir brauchen Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen

Um den gesundheitlichen Auswirkungen von übermäßigem Medienkonsum entgegenzuwirken, setzen die Ersatzkassen bereits heute vielfältige Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, einschließlich Medienkompetenz von Kindern und Jugendlichen, um. Damit eine gesamtgesellschaftliche Wirkung erzielt werden kann, muss das bisherige Engagement der Ersatzkassen für eine gesundheitsbewusste Nutzung digitaler Medien durch richtungsweisende politische Entscheidungen verstärkt werden. Dafür braucht es die Übernahme von Verantwortung und die Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen in Kommunen sowie in Kitas und Schulen.

Die Verantwortung zur Ausprägung gesundheitsfördernder Verhältnisse liegt beim Bund und insbesondere bei den Ländern und Kommunen.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

1. Die Länder und Kommunen müssen die Förderung digitaler Medienkompetenz bei Kindern und Jugendlichen flächendeckend umsetzen – durch verbindliche Regelungen in Kitas und Schulen, pädagogische Konzepte und die feste Einbindung des Familiensettings, um verantwortungsvollen und gesundheitsförderlichen Medienumgang nachhaltig zu stärken. Eltern und Bezugspersonen sind von Anfang an in ihrer Vorbildfunktion im Umgang mit Medien zu stärken.

4. Kinder wachsen jetzt auf. Auf der Ebene des Bundes und der EU ist ein Verbot sozialer Medien für Kinder unter 13 Jahren umzusetzen. Insbesondere auch deshalb, weil die Anbieter bislang nicht gewährleisten können, dass Kinder wirksam vor nicht altersgerechten, entwicklungsbeeinträchtigenden oder gesundheitsschädlichen Inhalten geschützt werden. Darüber hinaus muss die Nutzung von Social-Media-Plattformen durch Heranwachsende von Eltern, Bezugs- und Lehrpersonen begleitet werden, um der besonderen Schutzbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden.



Privatdozentin Dr. Kerstin Paschke, Leiterin des Deutschen Zentrums für Suchtforschung des Kindes- und Jugendalters (DZKSJ) am UKE Hamburg

»Kinder und Jugendliche sind entwicklungsbedingt besonders anfällig für manipulative Design-Mechanismen kommerziell motivierter Plattformen zur Nutzungszeitmaximierung: Das Belohnungssystem des Gehirns reift früher als die steuernden Kontrollregionen. Suchtartige Nutzungsmuster sozialer Medien haben sich in den letzten Jahren mehr als verdoppelt. Sie gehen mit mehr Depressivität, Ängsten und Schlafmangel einher. Wirksamer Schutz ist die Voraussetzung für altersgerechte Befähigung und wahre Teilhabe.«

2. Flächendeckende und einheitliche Regelungen für die Nutzung digitaler Endgeräte (zum Beispiel Smartphone, Tablet, Laptop) an Schulen mit klar definierten Ausnahmen für einen sinnvoll geplanten Medieneinsatz zur gezielten Kompetenzbildung.

3. Die strukturelle Förderung von Bewegung ist eine Querschnittsaufgabe der Bildungspolitik, für die Bund und Länder Strategien und verbindliche Regelwerke etablieren, ausreichende finanzielle Ressourcen bereitstellen und die Aus-, Fort- und Weiterbildung pädagogischer Fachkräfte im Bereich Bewegungsförderung systematisch stärken. Bewegung schafft „medienfreie“ Zeit und ist ein wichtiger Baustein zur Prävention von Mediensucht, weil sie sowohl psychologische, körperliche als auch soziale Schutzfaktoren stärkt.

5. Definition von klaren gesetzlichen Vorgaben für Plattformbetreiber auf europäischer und nationaler Ebene, um den Zugang auf altersgemäße Beiträge zu beschränken, verbindliche Maßnahmen gegen strafbare Inhalte durchzusetzen und Algorithmen mit erheblichem Suchtpotenzial zu reglementieren. Bei Verstößen sind wirksame Sanktionen vorzusehen.

6. Die Persönlichkeitsrechte der Kinder und Jugendlichen sind vor manipulierten Video-, Audio- oder Bildaufnahmen durch Künstliche Intelligenz, wie zum Beispiel DeepFakes, zu schützen. Die Erstellung und Verbreitung dieser Aufnahme ist als Straftatbestand gesetzlich zu regeln. ■
→ t1p.de/9u9tt

Vom Einzeltäter zur organisierten Kriminalität

Text von **Kornelia Bach** und **Claudia Michelz-Niebank**

Gefälschte Rezepte sind kein neues Thema. Sie begleiten das Gesundheitswesen seit Jahrzehnten und werden es vermutlich auch weiterhin tun. Allerdings haben sich im Vergleich zu den vergangenen Jahren die Hintergründe und insbesondere die Dimensionen sowie die Professionalität deutlich verändert.



Kornelia Bach ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek



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

In der Vergangenheit wurde versucht, mit gefälschten Rezepten vor allem an stark wirksame Schmerzmittel, Psychopharmaka oder auch Potenzmittel zu kommen. Die häufig gestohlenen Blankorezepte wurden mit gefälschten Arztstempeln versehen und in der Apotheke eingelöst. Sie dienten in erster Linie dem Eigenkonsum oder dem Weiterverkauf im Umfeld der klassischen Beschaffungskriminalität.

Mittlerweile hat sich dieses Bild deutlich gewandelt. Die Einzeltäter für den Eigengebrauch gibt es weiterhin. Allerdings treten jetzt auch organisierte Gruppen in Erscheinung, die Fälschung und Einlösung systematisch und arbeitsteilig betreiben. Während bestimmte Personen für die Erstellung der Fälschungen zuständig sind, übernehmen weitere die Einlösung und eine dritte Gruppe den Weiterverkauf der erlangten Arzneimittel. Zwar geraten bei polizeilichen Erfolgen häufig die Einlösenden ins Visier, die als „kleine Fische“ gelten. Die Identifikation der

Hintermänner stellt die zuständigen Ermittlungsbehörden jedoch vor große Herausforderungen. Durch das Bundeskriminalamt (BKA) wird diese Serie inzwischen als Phänomen der organisierten Kriminalität eingestuft.

Nach aktuellem Stand erfolgt der Betrug ausschließlich mittels gefälschter Papierrezepte. Auch wenn die Fälschungen für Apotheken zunehmend schwerer zu erkennen sind, gibt es Merkmale, die eine Identifikation ermöglichen:

- Um sicherzustellen, dass ein bestimmtes Präparat in der Apotheke vorrätig ist, wird häufig telefonisch angekündigt, dass eine entsprechende Verordnung vorliegt und diese kurzfristig eingelöst werden soll.
- Es werden bevorzugt Zeiten gewählt, zu denen eine Arztpraxis für mögliche Rückfragen nicht mehr erreichbar ist wie Freitagnachmittag oder am Wochenende. Für das Apothekenpersonal entsteht dadurch Druck: Viele der gefälschten Verordnungen betreffen Arzneimittel, die üblicherweise als Dauermedikation eingesetzt werden und deren Unterbrechung gesundheitliche Risiken bergen kann.
- Betroffen sind insbesondere Wachstumshormone, GLP-1-Rezeptorantagonisten, besser bekannt unter der „Abnehmspritze“, sowie Krebsmedikamente und eine Vielzahl weiterer Arzneimittel. Neben den „Fälschungslieblingen“ der Vergangenheit haben die neuen Präparate eine Gemeinsamkeit: Sie sind mit Preisen von oft deutlich über 1.000 Euro pro Packung äußerst lukrativ und zugleich stark nachgefragt.

Um diesem Vorgehen entgegenzutreten, hat der vdek die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und den Deutschen Apothekerverband (DAV) um Unterstützung gebeten. Zum einen sollen die Ärztinnen und Ärzte ihrer seit Anfang 2024 bestehenden Verpflichtung nachkommen, E-Rezepte auszustellen. Zum anderen sollen Apotheken dafür sensibilisiert werden, wenn mit einer Papierverordnung hochpreisige Arzneimittel verlangt werden. In einzelnen Bundesländern gibt es bereits Verständigungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Landesapothekerverbänden darüber, wie mit der Problematik umgegangen werden kann und die vom vdek sehr begrüßt werden. Neben der Absprache, die in Rede stehenden Arzneimittel nur noch bei elektronischer Verordnung abzugeben, gibt es auch Portallösungen, die einen schnellen Austausch zwischen den Apotheken ermöglichen. Ein weiterer niederschwelliger Ansatz ist, dass sich die Apotheke die Krankenversichertenkarte vorlegen lässt, wenn einschlägige Merkmale erfüllt sind. Damit kann der Apotheker überprüfen, ob die Person mit den Angaben auf dem Papierrezept übereinstimmt.

Die Belieferung von gefälschten Verordnungen gefährdet die Versorgungs- und Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. Dringend benötigte Arzneimittel stehen den Versicherten dadurch unter Umständen nicht zur Verfügung und der finanzielle Schaden ist am Ende von allen Beitragszahlenden zu tragen. Für die Jahre 2024 und 2025 hat das BKA im April 2026 allein bei den Ersatzkassen und dem AOK-System eine Gesamtschadenssumme von 10,5 Millionen Euro festgestellt – Tendenz steigend.

Die zunehmende Verbreitung des E-Rezepts sowie die verbesserte Zusammenarbeit aller Beteiligten bilden die Grundlage, um Rezeptfälschungen künftig weiter einzudämmen. Darüber hinaus erfordert die zunehmende Professionalisierung organisierter Banden weiterhin Wachsamkeit. ■



Soziale Selbstverwaltung in den Schulen

Text von Michaela Gottfried und Nadiya Romanova

Wie funktionieren die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung? Warum betreffen die Themen Gesundheit und Rente auch junge Menschen? Und wie können Versicherte selbst mitbestimmen? Mit diesen Fragen haben sich Berufsschülerinnen und Berufsschüler am 29. Juni 2026 im Rahmen der **Zukunftswerkstatt „MITeinander REDEN!“** auf dem EUREF-Campus Berlin gemeinsam mit ehrenamtlichen Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern beschäftigt.

Mitreden! Bei Rente und Gesundheit – unter diesem Claim haben die Ersatzkassen und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) im Mai 2025 gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) eine neue Informationsinitiative zur Sozialen Selbstverwaltung ins Leben gerufen. Sie soll eine kommunikative Brücke zwischen den alle sechs Jahre stattfindenden Sozialwahlen schlagen. Ziel ist es, die Soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung bekannter zu machen sowie zu erklären, welche Aufgaben die in den Sozialwahlen gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber bei Rente und Gesundheit übernehmen und warum diese Form der demokratischen Mitbestimmung so wichtig ist. Einer der Schwerpunkte der Informationsinitiative liegt dabei auf der Ansprache

der jungen Generation, um sie frühzeitig für die wichtigen Themen zu sensibilisieren und ihr Interesse an einer Teilnahme an den Sozialwahlen zu fördern. Es entstanden verschiedene Kommunikationsformate, darunter ein neues Logo, eine Website, Social-Media-Kanäle auf Instagram und Facebook, Podcast-Kooperationen sowie ein Newsletter.



Direkter Dialog und Austausch

Mit der Zukunftswerkstatt „MITeinander REDEN!“ wurde in diesem Jahr erstmals ein direktes Beteiligungsformat mit Blick auf die junge Generation entwickelt. Ziel des Projekts für 2026 ist es, Berufsschülerinnen und Berufsschüler mit ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertretern der Sozialen

Selbstverwaltung in einen direkten Dialog zu bringen. Auf dem EUREF-Campus in Berlin diskutierten die Schülerinnen und Schüler aus Berlin und Brandenburg Ende Juni über Fragen, die sie unmittelbar



Bild oben links: Diskussion um Mitbestimmung und Teilhabe (v.l.): Maren Teichmann (KKH), Maya-Louisa Brandt, Alexander Gade (beide OSZ Ästhetik und Technik), Dr. Anne Thomas (TK), Rüdiger Herrmann (DRV Bund), Gerd Brück (OSZ Ästhetik und Technik) und Hans-Christoph Keller (DRV Bund)



Bild oben rechts: Moderatorin Maren Teichmann (KKH) und Moderator Hans-Christoph Keller (DRV Bund) eröffneten die Veranstaltung.



Michaela Gottfried
ist Abteilungsleiterin
Kommunikation beim
vdek



Nadiya Romanova
ist Referentin in der
Abteilung Kommunik-
ation beim vdek

betreffen: Warum ist die Krankenversicherung weit mehr als nur ein Thema für ältere Menschen? Was bedeutet die gesetzliche Rentenversicherung für mich? Und wie kann jede und jeder Einzelne von uns die Sozialversicherung demokratisch mitgestalten?

Bereits im Vorfeld der Zukunftswerkstatt besuchten Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter mehrere Berufsschulen in Berlin und Potsdam und sprachen mit den Schülerinnen und Schülern über zentrale Zukunftsfragen rund um Rente, Gesundheit und Mitbestimmung. Anschließend entwickelten die Schülerinnen und Schüler des Oberstufenzentrums II Potsdam (Brandenburg) und des Oberstufenzentrums Ästhetik und Technik (Berlin) daraus in einer Projektphase gemeinsam mit den Lehrkräften eigene Positionen und Lösungsansätze und präsentierten diese auf der Zukunftswerkstatt in Form von Podcasts, Plakaten oder Onepagern. In der lebendigen Diskussion mit den Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern wurde deutlich, dass junge Menschen großes Interesse entwickeln, wenn politische und



Bild mittig: Die Berufsschülerinnen und Berufsschüler wie hier im Bild Livas Gopali, Auszubildender bei der BARMER, zeigten großes Interesse.
Bild unten rechts: Tauschten sich zum Thema Rente aus (v.l.): Maren Teichmann (KKH), Nadiya Romanova (v.l.) und Nele Brambach (beide OSZ II Potsdam)





Bild oben: Teilnehmende der Zukunftswerkstatt
Bild unten links: Grußwort von Doris Barnett, stellvertretende Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen

gesellschaftliche Themen konkret und lebensnah vermittelt werden. Sie kommen bereits während ihrer Ausbildung, im Studium, bei Nebenjobs oder im Krankheitsfall mit den Leistungen der Sozialversicherung in Berührung.

Demokratiebildung vorantreiben

Auch die stellvertretende Bundeswahlbeauftragte für die Sozialversicherungswahlen, Doris Barnett, unterstrich auf der Veranstaltung die Bedeutung moderner Beteiligungsformen. Die Zukunftswerkstatt sieht sie als einen weiteren gelungenen Anstoß, dieses Ziel voranzubringen. Gemeinsam mit dem Bundeswahlbeauftragten Peter Weiß und der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), dem Bundesverband der Lehrkräfte für Berufsbildung e. V. (BvLB) sowie mit wissenschaftlicher Expertise aus der Wirtschaftspädagogik führt sie derzeit Gespräche, um das Thema Demokratiebildung und die Einbindung

von Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern in Berufsschulen voranzubringen. Ziel ist es, politische Bildung mit konkreten Erfahrungen aus der Sozialen Selbstverwaltung zu verbinden und jungen Menschen praxisnah zu vermitteln, wie demokratische Mitgestaltung im Alltag funktioniert. Gleichzeitig hob Barnett die Bedeutung zukünftiger Online-Sozialwahlen zur Modernisierung der Sozialwahlen hervor. Die nächste Sozialwahl wird 2029 stattfinden. ■



Bild unten rechts: Das Thema Gesundheit im Fokus (v.l.): Maren Teichmann (KKH), Marion von Wartenberg (DAK-Gesundheit), Hansjürgen Schnurr (KKH), Christian Ermler (BARMER) und Hans-Christoph Keller (DRV Bund); **Bild unten links:** Vorstellung der Projektergebnisse

Wer mehr über das Projekt, die Soziale Selbstverwaltung und die Sozialwahlen erfahren möchte, findet ausführliche Informationen auf sozialwahl.de

»Die finanzielle Stabilität muss gesichert sein«

Interview von **Michaela Gottfried und Annette Kessen**

In diesem Jahr feiert das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) sein 70-jähriges Bestehen. Präsident des BAS ist seit Dezember letzten Jahres **Markus Algermissen**. Im Interview erläutert er die Rolle des BAS in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und sozialen Pflegeversicherung (SPV), betont die Notwendigkeit der aktuellen Reformvorhaben und blickt auf die Bedeutung des Sozialstaats in der heutigen Zeit. →



Was waren die Aufgaben des BAS zur Zeit seiner Gründung vor 70 Jahren, warum wurde es errichtet und wie hat es seine Rolle verändert?

MARKUS ALGERMISSEN Mit der Gründung des damaligen Bundesversicherungsamtes am 9. Mai 1956 ging es in der noch jungen Bundesrepublik darum, erstmals eine zentrale Aufsichtsbehörde für die bundesunmittelbare Sozialversicherung zu schaffen. Die Aufgaben konzentrierten sich damals zunächst auf Grundsatzfragen und die Rechtsaufsicht. Im Laufe der Zeit ist daraus eine moderne, hoch spezialisierte Behörde geworden.

Wie unabhängig ist das BAS?

Wir sind eine selbständige Bundesoberbehörde und diese Unabhängigkeit wird auch gewahrt. Das heißt aber nicht, dass wir im luftleeren Raum agieren, die Nähe zur Regierung ist zwangsläufig gegeben und wichtig, vor allem zu dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und dem Bundesgesundheitsministerium (BMG). Es gibt Situationen, wo wir uns mit den Ministerien abstimmen und austauschen, insbesondere wenn neue Vorhaben auf der Agenda stehen, die auch eine politische Dimension haben. Grundsätzlich haben wir unterschiedliche

Rollen: Im Ministerium werden Gesetze vorbereitet, im BAS geht es mehr um die Umsetzung von Gesetzen. Das ist eine andere Perspektive und prägt den wechselseitigen Blick der beiden Häuser aufeinander. Mir ist auch persönlich wichtig, dass man im Gespräch miteinander ist.

Inwieweit hat sich das BAS zu den aktuellen Gesetzesvorhaben positioniert, etwa zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und Pflegeneuordnungsgesetz?

Wir äußern uns zu Gesetzentwürfen und werden von der Bundesregierung um Stellungnahme gebeten. Das war auch jetzt bei den von Ihnen genannten Gesetzen der Fall. Aus meiner Sicht ist es angesichts der finanziellen Situation der Sozialversicherungszweige notwendig und ausdrücklich zu begrüßen, dass die Politik diese Themen jetzt angeht. Wir sehen jeden Tag die Zahlen und damit auch, dass Handlungsbedarf besteht. An den Diskussionen zu den einzelnen Maßnahmen im Detail beteiligen wir uns nicht, das ist nicht

unsere Rolle. Unsere Aufgabe besteht aber sehr wohl darin zu prüfen, ob Dinge, die vorgeschlagen werden, aus unserer Sicht funktionieren sowie gegebenenfalls Vorschläge einzubringen, wie man es anders machen könnte oder sollte. Wir gucken uns auch an, welche Aufwände und weitere Konsequenzen mit Vorschlägen,

die auf dem Tisch liegen, verbunden sind. Wir agieren recht nah an der Praxis; daher ist es wichtig, dass wir unsere Erkenntnisse zurückspiegeln, damit erhält der Gesetzgeber einen weiteren Blick auf die Vorhaben.



Unsere Umbenennung in Bundesamt für Soziale Sicherung im Jahr 2020 spiegelt diese Entwicklung wider. Denn wir beaufsichtigen längst nicht mehr nur die bundesunmittelbaren Träger. Wir führen zum Beispiel auch den Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung durch oder verwalten den Gesundheitsfonds sowie den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Die Digitalisierung, neue gesetzliche Vorgaben und komplexere Finanzierungsstrukturen haben unsere Arbeit dabei grundlegend verändert. Unser Auftrag ist allerdings im Grundsatz immer derselbe geblieben: Wir sorgen dafür, dass die Sozialversicherung verlässlich und im Einklang mit dem geltenden Recht arbeiten kann.

»Wir sorgen dafür, dass die Sozialversicherung verlässlich und im Einklang mit dem geltenden Recht arbeiten kann.«

Wie zuversichtlich sind Sie, dass die GKV und SPV durch die Gesetze in Zukunft weiterhin finanziell stabil aufgestellt sind? Für die GKV ist ein Finanzdefizit von 19 Milliarden Euro für 2027 prognostiziert, für die Pflege in Höhe von 4,5 Milliarden Euro.



Für mich als BAS-Präsident geht es darum, dass die finanzielle Stabilität weiterhin gesichert ist. Ich sehe, dass die Regierung Maßnahmen auf den Weg bringt, die überhaupt erstmal zu diesem Ziel beitragen, und das ist richtig und wichtig. Dass Handlungsbedarf besteht, ist evident. Wir sehen täglich die Zahlen und begrüßen daher die Reformbemühungen ausdrücklich. Die Debatten rund um die GKV und Pflege sind derzeit auch davon geprägt, dass auf der einen Seite beide Reformvorhaben, das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, das nunmehr verabschiedet worden ist, und das Pflege neuordnungsgesetz, das als Referentenentwurf vorliegt, vor allem auf die dringend notwendige finanzielle Stabilisierung abzielen – man könnte es auch als Notbremse bezeichnen. Auf der anderen Seite wird im selben Moment kritisch hinterfragt, dass dies noch keine Struktur-reformen seien. Natürlich sind darüber hinaus weitere Struktur-reformen notwendig und wünschenswert. Und das passiert ja auch beispielsweise in Form der Notfallreform oder der Pläne des Gesetzgebers zur Etablierung einer Primärversorgung. Im Krankenhauswesen hatten wir bereits echte Struktur-reformen, die nun erstmal greifen müssen.

Das BAS hat beim Ausgleichsfonds konkrete Aufgaben. Wie wird sichergestellt, dass die Liquidität der Pflegekassen gesichert ist, wie läuft das ganz praktisch ab? Und was würde passieren, wenn das Geld für die Versorgung nicht reicht? Es wird auch von Insolvenzen der Pflegekassen gesprochen.

Eine einzelne Pflegekasse kann nicht insolvent gehen, dafür sorgt der Ausgleichsfonds mit dem Finanzausgleich als seiner

Kernfunktion. Er stellt ein Sondervermögen aller Pflegekassen dar. Der Finanzausgleich soll regionale oder strukturelle Finanzkraftunterschiede zwischen den Pflegekassen ausgleichen. Alle Pflegekassen erheben einen einheitlichen Beitragssatz, die Leistungsausgaben der einzelnen Pflegekassen unterscheiden sich aber vor allem aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur ihrer Versicherten. Hier greift der monatliche Finanzausgleich, weil durch ihn diese Unterschiede im Ergebnis ausgeglichen werden. So erhält der Fonds die überschüssige Liquidität der Pflegekassen, deren Leistungsausgaben geringer sind als deren Einnahmen. Mit diesen Mitteln werden die Pflegekassen versorgt, die einen Ausgabenüberschuss zu verzeichnen haben. Mit dem Pflege neuordnungsgesetz sind – das habe ich angesprochen – Maßnahmen vorgesehen, die auf eine Stabilisierung der Liquidität des Ausgleichsfonds der SPV abzielen bis hin zu möglichen Bundesdarlehen. Das begrüßen wir als Verwalter des Ausgleichsfonds sehr, denn wir tragen eine Verantwortung für die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung.

Im Rahmen der Krankenhausreform wurde ein Transformationsfonds zur strukturellen Erneuerung der Krankenhauslandschaft eingerichtet. Das BAS verwaltet diesen nicht nur, sondern führt auch das Förderverfahren durch. Die Krankenhäuser können entsprechende Förderanträge stellen. Wie ist da der Stand?

Der Transformationsfonds ist ein aktueller Arbeitsschwerpunkt des BAS. Er soll dazu beitragen, die Krankenhauslandschaft neu aufzustellen und so die Versorgung zu verbessern und dauerhaft zu sichern. Dafür stellen Bund und Länder bis 2035 bis zu 50 Milliarden Euro bereit, was eine gute Nachricht ist. Denn mit so einer Summe kann man wirklich Dinge verändern. Es gibt bestimmte Förderatbestände, die zum Beispiel darauf abzielen, Krankenhäuser zusammenzubringen, aus bisherigen Krankenhäusern ambulante Strukturen zu schaffen oder auch in den Krankenhäusern zu digitalisieren. Was mit dem Transformationsfonds hingegen nicht gefördert werden soll, ist allein in bestehende Strukturen zu investieren. Erste Förderanträge konnten wir auch schon bewilligen und ich denke, das wird in den nächsten Monaten an Fahrt aufnehmen. →



Wie schätzen Sie die Bereitschaft der Krankenhäuser ein, neue Strukturen zu schaffen?

Ich glaube, dass die Bereitschaft sehr groß ist. Allein schon aus der Tatsache heraus, dass sich viele Krankenhäuser in einer schwierigen finanziellen Situation befinden und sich zukunftsfähig aufstellen müssen. Im Grunde ist allen Beteiligten klar, dass sich die Strukturen verändern müssen. Natürlich führen solche Veränderungen vor Ort auch zu Kontroversen, weil sie mit der Sorge verbunden sind, dass die Versorgung schlechter wird. Aber darum geht es ja gerade genau nicht, sondern im Gegenteil: Es ist wichtig, dass die Menschen vor Ort verstehen und sehen, dass Dinge wie Zentralisierung für den stationären Bereich qualitätserhöhend wirken. Zugleich müssen wir stärker auf Ambulantisierung setzen sowie auf „digital vor ambulant vor stationär“.

Neben der Verwaltung der Fonds ist die Aufsichtstätigkeit eine wesentliche Aufgabe des BAS. Das BAS ist aber nur für die bundesunmittelbaren Krankenkassen zuständig, zu denen auch die Ersatzkassen gehören. Andere Krankenkassen unterliegen der Landesaufsicht. Ist da eine einheitliche Aufsicht gewährleistet? Es heißt, das BAS legt die Aufsicht strenger aus, etwa mit Blick auf Selektivverträge, Satzungsleistungen oder Marketingmaßnahmen.

Die Aufsichtsfunktion ist eine Kernaufgabe des BAS und betrifft neben der GKV und SPV auch die Unfallversicherung und Rentenversicherung. Ob das BAS strenger kontrolliert – und ich weiß gar nicht genau, ob ich lieber strenger oder weniger streng sein möchte –, ist eine spannende Frage und liegt letztlich wohl im Auge des Betrachters. Ich glaube, die Kritik einer hier und da uneinheitlichen Aufsicht gibt es schon so lange, wie es den Föderalismus gibt. Ich kann verstehen, dass die Diskussion geführt wird. Ich glaube, dass die Träger einen Anspruch darauf haben, mit einer möglichst einheitlichen Aufsicht konfrontiert zu sein. Dafür gibt es bestimmte Instrumente, die das sicherstellen sollen. So tagen die Aufsichtsbehörden zweimal im Jahr, wo man unterschiedliche Auffassungen diskutiert und versucht, sich auf eine einheitliche Linie zu verständigen. Das BAS bringt sich dabei auch sehr aktiv in die Diskussionen ein. Daneben gibt es anlassbezogene Runden oder auch verbindliche Prüfhandbücher, die gemeinsam von den Aufsichten und den Prüfdiensten erarbeitet werden. Immer einer Meinung zu sein, funktioniert nicht an jeder Stelle, das gehört zur Wahrheit mit dazu.



Eine wichtige Rolle übernimmt das BAS auch im Kontext des GKV-Schätzerkreises, den Sie als Behörde koordinieren. Hier werden belastbare Finanzprognosen für die GKV erstellt. Und er ist Basis für die Prognose des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes im folgenden Jahr. Neben dem BAS sind der GKV-Spitzenverband und das BMG beteiligt. Wie schwierig ist es, eine Einigung herbeizuführen?

Mein Eindruck ist schon seit Langem, dass mit hoher Ernsthaftigkeit miteinander gerungen wird, denn die Schätzung muss ja auch fachlichen Gesichtspunkten genügen. Und alle Beteiligten – Fachleute des BMG, GKV-Spitzenverbandes und BAS – wissen, dass das Ziel ist, ein Einvernehmen herzustellen. Das gelingt auch oft, aber auch nicht immer. Da sehen wir uns als BAS sicherlich in der Rolle, dabei mitzuhelfen und beizutragen, ein einvernehmliches Ergebnis zu erzielen. Letztendlich legt nach geltendem Recht das BMG die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes fest, aber eben auf Basis der Schätzung des GKV-Schätzerkreises.

Daraufhin legen die Krankenkassen ihren individuellen Zusatzbeitrag fest. Wie läuft das Verfahren hier und wann beanstanden Sie?

Im Grunde genommen tun wir zwei Dinge. Zum einen schauen wir uns den Haushalt an, ob dieser im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit passt. Ein wesentliches Element ist hier der individuelle Zusatzbeitragssatz, bei dem wir prüfen, ob er auskömmlich ist oder nicht. An dieser Stelle haben die Krankenkassen erstmal einen vergleichsweise großen Entscheidungsspielraum. Aber es gibt Situationen, in denen wir zu dem Schluss kommen, dass die Kalkulation nicht aufgehen

könnte. Dann reden wir mit den Krankenkassen darüber, ob der Zusatzbeitragssatz unter Umständen höher sein sollte, vielleicht niedriger, was auch schon vorkam. Der Zusatzbeitragssatz wird dann von uns als Satzungsänderung genehmigt. Zum anderen ist es so, dass ein Haushalt von uns grundsätzlich nicht genehmigt wird, sondern – wenn wir es für nötig halten – beanstandet. Wenn der Haushalt gut aussieht, müssen wir uns im Grunde gar nicht dazu verhalten. Und Beanstandungen sind

Markus Algermissen, geboren 1969 in Hildesheim, studierte Rechtswissenschaften in Marburg, Canterbury und London. Anschließend arbeitete er bis 2005 in der Verwaltung des Deutschen Bundestages, anschließend ein Jahr im Bundeskanzleramt. Von 2006 bis 2025 leitete er verschiedene Referate und Unterabteilungen im Bundesgesundheitsministerium (BMG), 2025 war er auch im Niederländischen Gesundheitsministerium tätig. Seit Dezember 2025 ist er Präsident des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) mit Sitz in Bonn.

wirklich der Ausnahmefall. Denn wir führen vorher schon Gespräche, die meistens dazu führen, dass gemeinsam eine Lösung gefunden wird.

In der Vergangenheit kam es immer wieder zu Fusionen von Krankenkassen. Welche Rolle spielt das BAS dabei?

Die Frage von Fusion ist zunächst etwas, das die Krankenkassen selbst für sich entscheiden und Lösungen finden müssen. Das BAS muss diese Vereinigung allerdings genehmigen, entsprechend sind die Krankenkassen oft bestrebt, frühzeitig auf uns zuzugehen. Das ist gut. Wir sehen uns als im Zweifel wohlwollender Begleiter einer gewünschten Fusion und müssen dann auf bestimmte Punkte achten, zum Beispiel Wirtschaftlichkeit und Höhe des Zusatzbeitragssatzes, der aus der Hochzeit hervorgehen soll und muss. Eine Art Frühwarnsystem, mit dem wir proaktiv fortlaufend die Kassenlandschaft danach durchscannen, wo wir einen möglichen Fusionsfall sehen, gibt es nicht. Und wir haben ja auch glücklicherweise nicht oft mit Insolvenzen zu tun. Ich denke, wenn Fusionen selbst aus dem System herauswachsen, dann spricht viel dafür, dass dieser Weg richtig ist.

Die Soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen wünscht sich etwa mit Blick auf Zusatzbeiträge oder Berichtspflichten mehr Beinfreiheit. Inwiefern kann dem entsprochen werden?

Beinfreiheit für die Krankenkassen und Selbstverwaltung muss auf jeden Fall sein. Und es ist ja nicht so, als hätten sie keine Spielräume. Das BAS führt eine maßvolle Rechtsaufsicht, was zwangsläufig eine Beinfreiheit impliziert. Zugleich ist auch nicht alles in Stein gemeißelt. In den Ergebnissen des Koalitionsausschusses Anfang Juli dieses Jahres ist auch von einer risikoorientierten Aufsicht zu lesen. Das ist ein interessanter Punkt. Man wird sehen, was das für die Rolle von Aufsicht und die Frage der Beinfreiheit der Träger bedeutet. Prinzipiell glaube ich schon, dass wir alle angehalten sind, Aufsicht immer wieder auch kritisch zu hinterfragen, auch zusammen mit den Landesaufsichten. Und wenn wir zum Beispiel identifizieren können, welche Berichtspflichten nicht mehr gebraucht werden, bin ich da sehr offen. Insgesamt sehe ich in dem Papier des Koalitionsausschusses sowie auch den aktuellen Reformen den Geist, Dinge einfacher zu gestalten, zu entschlacken und zu entbürokratisieren.

Wie blicken Sie insgesamt auf die Soziale Selbstverwaltung?

Selbstverwaltung ist etwas ganz Besonderes in unserem Sozialversicherungssystem. Gleichzeitig ist sie immer wieder auch Gegenstand von Debatten. Ich denke, es ist wichtig, in der Gesellschaft das Verständnis dafür zu schärfen, was Soziale



Selbstverwaltung bedeutet und worin ihr Wert für den Sozialstaat besteht. Dazu gehört auch ein selbstkritisches Hinterfragen, wie gut die Dinge funktionieren, ob die Strukturen dann auch zu den gewünschten Ergebnissen führen, auch wie viel Einfluss die Selbstverwaltung hat. Die Grundidee der Selbstverwaltung an sich ist hervorragend.

Was bedeutet das BAS für Sie in unserem Sozialstaat?

Das BAS ist ganz sicher ein wichtiger Stabilitätsanker in unserem Sozialstaat, gerade jetzt in Zeiten, in denen das Vertrauen der Menschen in einen funktionierenden Sozialstaat wichtiger denn je und auch infrage gestellt ist. Der Sozialstaat ist ein sehr hohes Gut, das ausdrücklich im Grundgesetz verankert ist, aber er muss auch funktionieren. Das wird teilweise nicht mehr so wahrgenommen. Uns erreichen beispielsweise Petitionen von Menschen, die mit bestimmten Vorgängen unzufrieden sind. Wir verstehen uns im BAS an dieser Stelle ein bisschen auch als Seismograf und erkennen, wo der Schuh drückt. Wenn die Akzeptanz in der Bevölkerung für den Sozialstaat und damit einhergehende erforderliche Schritte nicht mehr so ausgeprägt ist, haben wir Handlungsbedarf. Am Ende des Tages ist der Sozialstaat kein Selbstzweck. Es geht um eine gute Versorgung der Menschen, das muss das Ziel sein. Deswegen muss es auch jetzt mit Blick auf die anstehenden Reformen, die auf dem Weg durchaus auch ein schmerzlicher Prozess sein können, darum gehen, den Sozialstaat weiter zu stärken, zu stabilisieren und in die Zukunft zu tragen. ■

»Selbstverwaltung ist etwas ganz Besonderes in unserem Sozialversicherungssystem.«

Gesundheitsförderung gemeinsam gestalten



Text von **Theresa Allweiss und Ella Hannemann**

Menschen mit Behinderungen haben vielfältige Potenziale, ihre Gesundheit und Lebensqualität aktiv zu stärken. Das Projekt **Gesundheit einfach machen 2.0** zeigt, wie Organisationen der Behindertenhilfe Gesundheit gemeinsam mit den Menschen vor Ort fördern können.

Die Förderung der Gesundheit von Menschen mit Behinderungen hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Mit dem Präventionsgesetz von 2015 wurden Menschen mit Behinderungen ausdrücklich als Zielgruppe der Gesundheitsförderung und Prävention in den Blick genommen. Ziel ist es, gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken und Gesundheitsförderung dort zu verankern, wo Menschen leben, lernen und arbeiten. Gleichzeitig zeigen Erfahrungen und Studien, dass Menschen mit Behinderungen noch nicht in gleichem Maße von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten profitieren wie die Allgemeinbevölkerung. Umso wichtiger sind Ansätze, die an ihren Lebenswelten ansetzen, individuelle Bedarfe berücksichtigen und gemeinsam mit den Betroffenen gestaltet werden.

Vor diesem Hintergrund kommt dem Projekt „Gesundheit einfach machen 2.0“, das der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) im Rahmen der Initiative „Gesunde Lebenswelten“ fördert, besondere Bedeutung zu. Unter der Koordination der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) wird das Projekt gemeinsam mit Special Olympics Deutschland (SOD) und dem Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport (FIBS) umgesetzt. Es zielt darauf ab, Gesundheitsförderung in Organisationen der Behindertenhilfe nachhaltig zu verankern und gemeinsam mit den Menschen vor Ort zu gestalten. Menschen mit Behinderungen

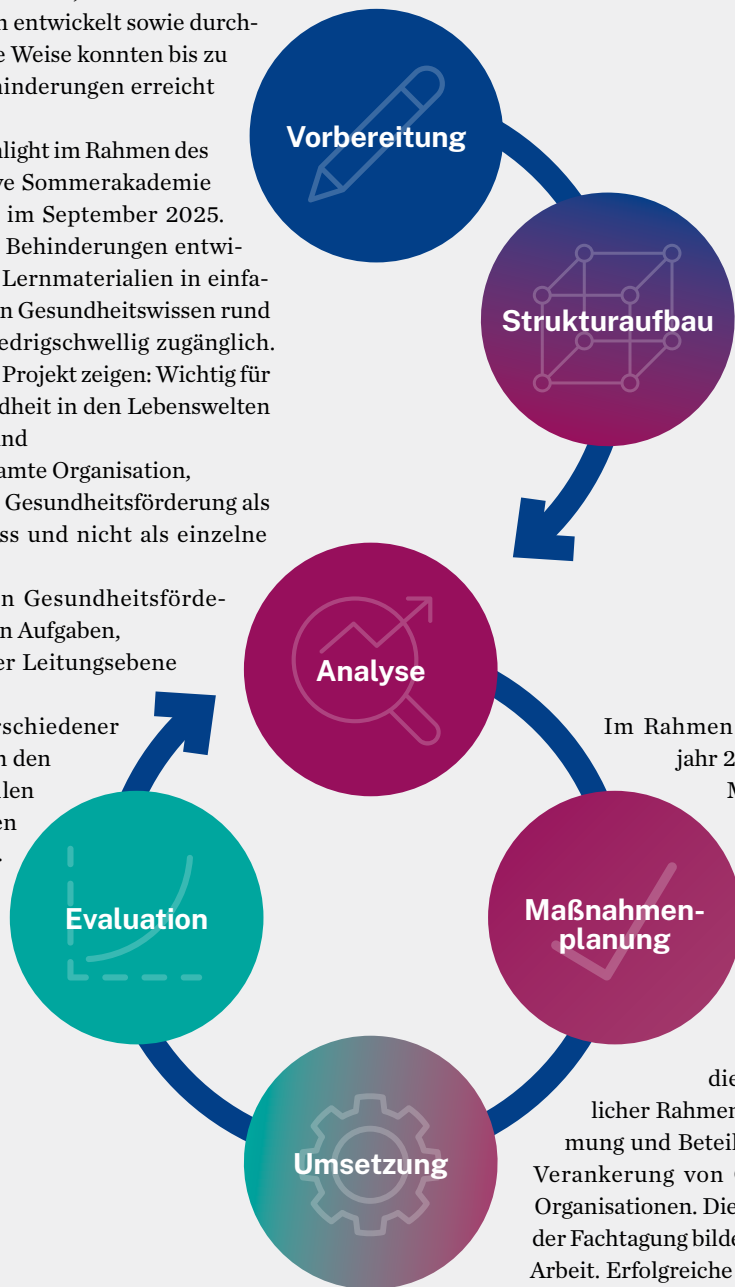
verbringen einen Großteil ihres Alltags in besonderen Wohnformen oder Werkstätten für behinderte Menschen.

Kern des Projekts ist ein speziell für diese Lebenswelten weiterentwickelter Gesundheitsförderungsprozess, der Organisationen dabei unterstützt, Gesundheitsförderung systematisch und nachhaltig in ihren Strukturen zu verankern (→ [Abb. auf Seite 27](#)). Der Prozess umfasst die sechs Phasen Vorbereitung, Strukturaufbau, Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation. Begleitet werden die Einrichtungen dabei über einen Zeitraum von 15 Monaten durch eine externe Fachberatung. Ziel ist es, gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen in den Organisationen zu schaffen und zugleich gesundheitsförderliches Verhalten von Menschen mit Behinderungen zu stärken.

Insgesamt elf Organisationen – fünf Werkstätten und sechs Anbieter für besondere Wohnformen – haben sich an dem Projekt beteiligt. Vor Ort gründeten sich inklusive Gesundheitsteams, mit denen Bedarfe erhoben und Maßnahmen entwickelt sowie durchgeführt wurden. Auf diese Weise konnten bis zu 3.800 Menschen mit Behinderungen erreicht werden.

Ein besonderes Highlight im Rahmen des Projekts war die inklusive Sommerakademie „Klima und Gesundheit“ im September 2025. Menschen mit und ohne Behinderungen entwickelten dort gemeinsam Lernmaterialien in einfacher Sprache und machten Gesundheitswissen rund um den Klimawandel niedrigschwellig zugänglich. Die Erfahrungen aus dem Projekt zeigen: Wichtig für die Förderung der Gesundheit in den Lebenswelten Werkstatt und Wohnen sind

- ein Blick auf die gesamte Organisation,
- das Verständnis von Gesundheitsförderung als langfristigen Prozess und nicht als einzelne Maßnahme,
- die Verzahnung von Gesundheitsförderung und alltäglichen Aufgaben,
- der Rückhalt aus der Leitungsebene und
- die Beteiligung verschiedener Personengruppen in den Organisationen – allen voran der Menschen mit Behinderungen.



Theresa Allweiss
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin



Ella Hannemann
ist Referentin in der Abteilung Gesundheit beim vdek

Im Rahmen des Projekts kamen im Frühjahr 2026 mehr als 90 Fachkräfte und Menschen mit Behinderungen in Berlin zu der Fachtagung „Gesundheitsförderung für und mit Menschen mit Beeinträchtigungen: Einfacher gemacht als gedacht?“ zusammen. Die Impulsvorträge und Praxisbeispiele verdeutlichten insbesondere die Bedeutung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen, von Selbstbestimmung und Beteiligung sowie einer langfristigen Verankerung von Gesundheitsförderung in den Organisationen. Die Projektergebnisse und Impulse der Fachtagung bilden die Grundlage für die künftige Arbeit. Erfolgreiche Ansätze sollen verstetigt und in weitere Organisationen übertragen werden. So leistet das Projekt auch in Zukunft einen Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit. ■

→ [gesunde-lebenswelten.com](https://www.gesunde-lebenswelten.com)

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



Führten „Gespräche am Wasser“ (v. l.): Dr. Sebastian Irmer (niedergelassener Internist), Patrick Raimund (KGSH), Prof. Dr. Iris Kesternich (HCHE), Gesundheitsministerin Prof. Dr. Kerstin von der Decken, Dr. Bettina Schultz (KVSH), Claudia Straub (vdek) und Axel Post (Klinik Manhagen)

VDEK-LANDESVERTRETUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

Weichenstellungen für die Gesundheit von morgen

Im Fokus der diesjährigen „Gespräche am Wasser“ zur Kieler Woche standen die aktuellen gesundheitspolitischen Reformvorhaben in Bund und Land. Rund 80 Gäste aus Gesundheitswesen und -politik waren zur gesundheitspolitischen Open-Air-Veranstaltung in den Innenhof des Sell-Speichers am Ufer der Kieler Förde gekommen. Claudia Straub, Leiterin der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein, lobte die ersten Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und hätte sich eine konsequente Umsetzung gewünscht. **Über die kurzfristig greifenden Sparmaßnahmen hinaus seien aber auch nachhaltige Strukturreformen zur Sicherung der Versorgung notwendig.** Die Gesundheitsökonomin Iris Kesternich vom Hamburg Center for Health Economics (HCHE) betonte, Deutschland habe eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt – aber

beim medizinischen Outcome seien wir nicht vorn dabei. Sie kritisierte unter anderem die unzureichende Patientensteuerung und die hohen Arzneimittelausgaben. Deutschland sei an einem Punkt, wo weitermachen wie bisher keine Option mehr sei. Gesundheitsministerin Kerstin von der Decken lenkte den Blick auf die unzureichende Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund als eine der Ursachen für die Finanzprobleme der GKV. **Es sei nicht vermittelbar, dass die Beitragszahler:innen dauerhaft Aufgaben finanzierten, die gesamtgesellschaftlicher Natur sind.** Im weiteren Verlauf der Veranstaltung beklagten Praktiker aus Klinik und Praxis große Unsicherheiten, die mit den angeschobenen Reformvorhaben verbunden seien. Alle Redner:innen äußerten sich aber optimistisch, dass die Versicherten die Notwendigkeit der Reformen verstehen würden. Aber man müsse sie den Menschen erklären. *fu*

Bündnis 52 setzt auf Künstliche Intelligenz

Der Empfang der Bündnis 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg stand im Zeichen aktueller gesundheitspolitischer Herausforderungen mit dem besonderen Schwerpunkt KI im Gesundheitswesen. „Die Bündnis 52-Verbändekooperation steht seit vielen Jahren für fachliche Kompetenz, für den Dialog im Gesundheitswesen und für die gemeinsame Verantwortung, Versorgung in Baden-Württemberg zukunftsfähig zu gestalten“, so Michael Mruck, Leiter der vdek-Landesvertretung. Für das Bündnis 52 seien im Gesundheitssystem die strukturellen Herausforderungen in der Krankenhauslandschaft, in der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie in der pflegerischen Versorgung

von besonderer Bedeutung. Angesichts von Milliardendefiziten stehe die Politik aktuell vor der Aufgabe, für die gesetzliche Krankenversicherung ein zumindest für die nächsten

Jahre tragfähiges Finanzkonzept zu entwickeln. Für die Landesregierung sprach Staatssekretärin Petra Krebs vom Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit. „Kritisch sehe ich insbesondere, dass der Bund die versicherungsfremden Leistungen weiterhin nicht ausreichend gegenfinanziert. Seit Jahren werden die Kosten für die gesundheitliche Versorgung von Grundversicherungsbeziehenden nur zu rund einem Drittel vom Bund ausgeglichen.“ Den Krankenkassen fehlten dadurch jährlich rund 12 Milliarden Euro. *fw*

→ t1p.de/q48x9



v. l.: Nicole Lüdeke (IKK classic), Tim Roder (IPA), Staatssekretärin Petra Krebs, Jacqueline Kühne (BKK Landesverband Süd), Michael Mruck (vdek), Jörg Stender (Knappschaft)

Telenotarzt: Digitale Unterstützung für den Rettungsdienst

Der Telenotarzt steht beispielhaft für die digitale Transformation der Notfallversorgung in Brandenburg. Über eine sichere telemedizinische Verbindung unterstützen erfahrene Notärztinnen und Notärzte die Einsatzkräfte im Rettungswagen in Echtzeit – per Sprache, Video und der Übertragung von Vitaldaten. Notärztliche Expertise wird damit unabhängig vom Einsatzort unmittelbar verfügbar. Dieses innovative Versorgungskonzept verbessert insbesondere in ländlichen Regionen den Zugang zu medizinischer Expertise und ermöglicht zugleich einen gezielteren Einsatz knapper notärztlicher Ressourcen. Nach einem erfolgreichen Pilotprojekt in der Lausitz wird das System nun schrittweise auf ganz Brandenburg ausgeweitet. Bereits 125 Rettungswagen und Notarzteinsatzfahrzeuge wurden mit der erforderlichen Technik ausgestattet. Die Erfahrungen der vergangenen Monate zeigen, dass der regelmäßige Einsatz des Telenotarztes die

Handlungssicherheit der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter erhöht, medizinische Entscheidungen beschleunigt und die Zusammenarbeit zwischen Leitstellen und Rettungsdiensten verbessert.

Vernetzte Telenotarztzentralen sorgen zudem dafür, dass die notärztliche Expertise landesweit jederzeit verfügbar ist. **Der Telenotarzt verdeutlicht, welches Potenzial in modernen digitalen Versorgungsformen steckt.** Damit solche Innovationen dauerhaft und flächendeckend genutzt werden können, braucht es jedoch die angekündigte Reform des Rettungsdienstes. Aus Sicht des vdek muss der Rettungsdienst künftig als



Teil der medizinischen Versorgung im SGB V verankert und eng mit der Notfallversorgung verzahnt werden. So können telemedizinische Konzepte dauerhaft rechtssicher etabliert, Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht versorgt und knappe notärztliche Ressourcen noch effizienter eingesetzt werden. *al*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BAYERN

Hitzeschutz: Schulungsunterlagen für die Pflegeberatung

Hitze ist das größte klimabedingte Gesundheitsrisiko in Deutschland und stellt insbesondere für ältere, chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen eine erhebliche

Belastung dar. Um die Bevölkerung besser auf Extremhitze vor-

zubereiten und Gesundheitsrisiken zu reduzieren, engagiert sich die vdek-Landesvertretung Bayern als Partner im Bündnis Hitzeschutz Bayern. Im Rahmen der Veranstaltung zum Hitzeaktionstag 2026 unter dem Motto „Gemeinsam vorsorgen für Extremhitze – wir übernehmen Verantwortung!“ hat die Landesvertretung Schulungs-

unterlagen für die Pflegeberatung vorgestellt. Die Materialien wurden gemeinsam mit der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V. (KLUG) entwickelt und unterstützen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater dabei, Hitzeschutz gezielt in ihre

Beratung zu integrieren. Sie vermitteln praxisnahes Wissen zu hitzebedingten Gesundheitsrisiken sowie geeigneten Schutzmaßnahmen und stärken damit die Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen. Ziel

ist es, die Gesundheitskompetenz im Umgang mit Hitze nachhaltig zu fördern und präventive Maßnahmen frühzeitig im Beratungsalltag zu verankern. Thomas Hackenberg, Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, betonte: „Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind wichtige Multiplikatoren, um pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen für die gesund-

heitlichen Folgen von Hitze zu sensibilisieren. Mit den Schulungsunterlagen leisten wir einen konkreten Beitrag, Hitzeschutz in der Pflegeberatung zu stärken und Prävention dort zu verankern, wo sie besonders wirksam ist.“ lf



VDEK-LANDESVERTRETUNG NORDRHEIN-WESTFALEN

Wohnungslos und pflegebedürftig – trotzdem gesund leben

Für Menschen, die gleichzeitig wohnungslos und pflegebedürftig sind, gibt es bisher kaum passende Gesundheitsangebote. Ein neues Präventionsprojekt soll das ändern. Dabei handelt es sich um ein gemeinsames Projekt der Ersatzkassen, das Anfang 2026 gestartet ist und in zwei Pflegeeinrichtungen im Kreis Borken stattfindet: im Haus Maria Veen in Reken und im St. Antoniusheim in Vreden. Beide Häuser gehören zum Verein für Katholische Arbeiterkolonien in Westfalen (Vfka). Das Projekt entwickelt einfache, gut erreichbare Angebote, die wohnungslosen Pflegebedürftigen helfen sollen, körperlich und seelisch stabiler zu werden – und besser im Alltag zurechtzukommen. Wichtige Ziele sind,

die eigene Widerstandskraft zu stärken, ein besseres Selbstbild zu entwickeln, außerdem Wege zu finden, mit psychischen Belastungen, Sucht und Gewalt umzugehen sowie gesundes Verhalten kennenzulernen und auszuprobieren. Dafür gibt es Gruppenangebote, die leicht zugänglich sind und bei denen die Teilnehmenden

mitbestimmen können. Dort wird praktisches Gesundheitswissen vermittelt, das im Alltag wirklich hilft. Auch das Umfeld der Einrichtungen wird einbezogen: Es entstehen themenbezogene Leitfäden und ein Konzept, um das Wissen weiterzugeben. Die wissenschaftliche Begleitung übernimmt Prof. Dr. Matthias

Mertin vom Lehrstuhl für Pflegewissenschaft der Hochschule Niederrhein. Er untersucht, welche Angebote für diese Zielgruppe besonders gut wirken. Viele wohnungslose Pflegebedürftige nutzen bestehende Angebote nicht, weil diese Angebote oft nicht zu ihren besonderen Lebenslagen passen. Genau hier setzt das Projekt an: Es entwickelt Strukturen, die erreichbar und passend sind. Denn alle Menschen wollen irgendwo sicher

unterkommen. Dirk Ruiss, Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, hat sich die Einrichtung in Reken persönlich angesehen. Sein Eindruck: „Das Projekt zeigt, dass eine bedarfsgerechte Gesundheitsförderung und Pflege für alle Menschen möglich sein kann.“ pb



in vdek NRW Auf unserer #NRW-Tour haben wir uns beim nächsten Stopp im ambulanten ärztlichen Bereich umgesehen und waren beim Gesundheitsnetz Gemeinsam Westmünsterland in #Legden zu Gast. Das anerkannte Praxisnetz im Kreis #Borken besteht aus rund 50 #Ärztinnen und #Ärzten und ist vor Ort eng verzahnt mit allen Versorgungsebenen wie dem stationären, dem pflegerischen, dem palliativen Bereich. [...]

in vdek Berlin/Brandenburg [...] Wer einen Angehörigen pflegt, braucht [...] die Möglichkeit, sich zu erholen oder bei Krankheit [...] auf Unterstützung zurückzugreifen. Mit der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege stehen hierfür wichtige Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung. Seit dem 1. Juli 2025 können beide Leistungen über einen gemeinsamen Jahresbetrag von bis zu 3.539 Euro flexibel genutzt werden.

VDEK-LANDESVERTRETUNG MECKLENBURG-VORPOMMERN

Ersatzkassenforum diskutiert Reformstart im Gesundheitswesen

Nach Jahren vielfach ausgebliebener Strukturreformen sollen nun die Weichen für eine moderne und zukunfts-fähige Gesundheitsversorgung gestellt werden. Über die Notwendigkeit dieses Prozesses besteht inzwischen weitgehend Einigkeit. Wie diese ausgestaltet werden sollen und welche Auswirkungen sie haben können, diskutierten rund 100 Führungskräfte und Fachleute aus Politik, Krankenkassen, Krankenhäusern, ärztlicher Selbstverwaltung, Verbänden und Verwaltung beim dies-jährigen Ersatzkassenforum Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin. Im Mittelpunkt standen die geplanten Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die Weiterentwicklung der Notfallversorgung sowie neue Ansätze in der Primärversorgung. Zugleich ging es um die Frage, wie die Gesundheitsversorgung angesichts des demografischen Wandels, des Fachkräftemangels und steigender Ausgaben langfristig gesichert werden kann. Claudia Straub, Leiterin der vdek-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, betonte die Notwendigkeit nachhaltiger Reformen. Ziel müsse es sein, die Versorgung verlässlich, finanzierbar und patientenorientiert weiterzuentwickeln. Gerade für Mecklenburg-Vorpommern seien tragfähige Lösungen für die Versorgung im ländlichen Raum, eine stärkere Vernetzung der Versorgungsbereiche und mehr Tempo bei der Digitalisierung

erforderlich. Einen Einblick in die Arbeit der FinanzKommission Gesundheit gab Prof. Dr. Verena Vogt. Die Kommission hatte im Frühjahr 2026 Vorschläge zur Stabilisierung der Finanzen der GKV vorgelegt und arbeitet derzeit an weiteren Empfehlungen für eine grundlegende Strukturreform. Angesichts steigender Ausgaben und wachsender Finanzierungslücken bestehe dringender Handlungsbedarf, so Vogt. Auch Staatssekretärin

Sylvia Grimm verwies auf die Herausforderungen für das Gesundheitswesen. **Neben steigenden Ausgaben und den Folgen des demografischen Wandels müsse insbesondere den Anforderungen eines Flächenlandes wie Mecklenburg-Vorpommern Rechnung getragen werden.** Die Diskussionen machten deutlich, dass finanzielle Stabilität und qualitativ hochwertige Versorgung gemeinsam erreicht werden können. Große Bedeutung maßen die Teilnehmenden dabei der Notfallversorgung sowie dem Aufbau moderner



Diskutierten auf dem Ersatzkassenforum (v.l.): Prof. Dr. Verena Vogt (Finanz-Kommission Gesundheit) und Sylvia Grimm (Staatssekretärin MSGS MV)

Primärversorgungsstrukturen bei. Die abschließende Podiumsdiskussion mit gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprechern zeigte trotz unterschiedlicher Positionen im Detail eine breite Zustimmung zum Reformprozess. Einigkeit bestand darüber, dass langfristig tragfähige Lösungen für eine qualitativ hochwertige und bezahlbare Gesundheitsversorgung entwickelt werden müssen. *sth*

VDEK-LANDESVERTRETUNG THÜRINGEN

Herzenssache Organspende: „vdek im Gespräch“ in Erfurt

Anlässlich des Tages der Organspende hat am 5. Juni 2026 die Veranstaltung „vdek im Gespräch: Herzenssache Organspende“ der vdek-Landesvertretung Thüringen stattgefunden. In Erfurt kamen Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft und Medizin zusammen, um sich zur gesellschaftlichen Debatte rund um das Thema Organspende auszutauschen. Zu Veranstaltungsbeginn begrüßte Robert Schöning (Foto oben), Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen, alle Teilnehmenden. Anschließend untermauerte Tina Rudolph, Staatssekretärin im Thüringer Gesundheitsministerium und selbst Ärztin, in ihrem Grußwort mit eindrücklichen Zahlen die Relevanz des Themas Organspende. **So stünden über 8.000 Patientinnen und Patienten auf der Warteliste nur rund 3.000 Transplantationen gegenüber, die jedes Jahr in Deutschland durchgeführt würden.** Die erste Keynote hielt Dr. Ebru Yildiz (Foto unten), Leiterin des Westdeutschen Zentrums Organtransplantation. Die Medizinerin war selbst jahrelang als Transplantationsbeauftragte tätig und hat die Initiative #DeutschlandEntscheidetSich mitbegründet, die in den sozialen Medien erfolgreich für die bewusste Auseinandersetzung mit dem Thema wirbt. Und so legten die Keynote als auch der Talk im Anschluss den Fokus auf das Thema Gesundheitskommunikation. Wie sprechen wir über Organspende? Und kommen wir damit bei den Menschen an? Darüber und mehr sprach Moderatorin Anne Osterland mit Yildiz und Dr. Annett Zielosko, die als Referatsleiterin im Thüringer Gesundheitsministerium für Transplantationsmedizin zuständig und zudem die Vorsitzende des Fachbeirates Ost der Deutschen Stiftung Organtransplantation ist. Das Herz der Veranstaltung bildeten zwei sehr persönliche Erfahrungsberichte. Die Erfurter Seniorin Karin

Giese erhielt 2020, mitten in der Hochphase der Corona-Pandemie, ein Spenderherz. Alexander Brick hatte zwei kleine Kinder, als klar wurde, dass er eine Spenderleber braucht. Eindrücklich schilderte er die Auswirkungen dieser Zeit auf eine junge Familie. Diese bewegenden Einblicke verdeutlichten einmal mehr, warum es sich lohnt, das Thema Organspende als Multiplikator aus dem Gesundheitswesen so positiv und motivierend wie möglich zu begleiten. Der zweite Teil der Veranstaltung widmete sich aktu-

ellen gesellschaftlichen Debatten. Prof. Dr. Hans Lilie von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg war von 2006 bis 2014 Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer und hat in dieser Funktion den Transplantations-skandal um mehrere deutsche Transplantationszentren aufgearbeitet. Er berichtete aus dieser Zeit und diskutierte im Anschluss mit Dr. Albrecht Günther, Transplantationsbeauftragter des Uniklinikums Jena, und Alexander Brick, der als Patientenvertreter dem Stiftungsrat der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) angehört. Themen waren die Debatte um die Widerspruchsregelung und die Möglichkeit der Transplantation nach Herz-Kreislauf-Stillstand. **Fazit: Die wirksame Kommunikation des Themas Organspende ist und bleibt eine gesamtgesellschaftliche**

Aufgabe. 85 Prozent der Menschen stehen dem Thema positiv gegenüber – aber nur 10 Prozent haben einen Organspendeausweis oder sind im Organspende-Register online angemeldet. Diese Menschen können zu einer dokumentierten Entscheidung motiviert werden. Mit persönlichen, positiven Geschichten und einer sachlich-klaaren Informationshaltung kann das gelingen, wenn man damit an die richtigen Orte geht – in die Lebenswelt der Menschen. *ao*



Es ist angerichtet: Pflege-Präventionsprojekt „MAHLZEIT!“

Gemeinsam – gesund – genießen lautet das neue Motto für vier stationäre Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz und im Saarland. Sie alle nehmen teil am dreijährigen Präventionsprojekt, das die vdek-Landesvertretungen aus beiden Bundesländern gemeinsam mit der Dienstleistung, Innovation und Pflegeforschung GmbH (DIP) durchführt. „MAHLZEIT!“ heißt es ab sofort für das Caritashaus St. Wendelinus in Wittlich und das Paritätische Seniorenzentrum in Langenlonsheim aus Rheinland-Pfalz sowie für das AWO-Seniorenhaus „Am Stumpen“ in Riegelsberg und die AWO-Seniorenresidenz Saarlouis aus dem Saarland. **Gemeinsam haben alle vier Pflegeheime ihren Bezug zu ländlichen Regionen – direkt oder angrenzend.** Damit leistet das Präventionsvorhaben einen



wichtigen Beitrag zur Stärkung der ländlichen Gebiete und zeigt, dass innovative Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur in Städten, sondern auch außerhalb der Ballungszentren umgesetzt werden kann. **Kern des Projekts ist die Verbesserung der Ernährungsversorgung in Pflegeheimen, um gesundheitsfördernde Strukturen zu schaffen und die Verpflegung noch stärker an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen vor Ort auszurichten.** Deshalb werden die Bewohnenden mit ihren Erfahrungen und Wünschen direkt in die Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen einbezogen. Parallel werden die Mitarbeitenden mittels Schulungen zu Multiplikator:innen. So entsteht wertvolles Wissen innerhalb der Pflegeheime, das langfristig erhalten bleibt und über Projektlaufzeit und -grenzen hinauswirkt. *tbö*

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

Präventionsprojekte stärken Gesundheitsschutz in Hessen

Wenn die Temperaturen tagelang hoch bleiben, verändert sich das Leben spürbar. Nächte bringen kaum Erholung, Wohnungen speichern Wärme und selbst kurze Wege werden anstrengend. **Gerade für ältere Menschen, chronisch Erkrankte oder Personen mit eingeschränkten Ressourcen kann Hitze jedoch zu einem ernsthaften Gesundheitsrisiko werden.** Hier setzt die bei der vdek-Landesvertretung Hessen angesiedelte ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit in Hessen an. Mit dem Förderschwerpunkt „Klima und Gesundheit“ standen insgesamt 200.000 Euro für kommunale Mikroprojekte bereit, eine Antragstellung war bis zum 30. November 2025 möglich. Aktuell werden vier Projekte umgesetzt. „Bewegung im Alter – Das Mobilitäts- und Generationenprojekt“ stärkt die Gesundheit älterer Menschen, vermittelt Wissen zum Umgang



mit Hitze und fördert den Generationendialog. „HEAT – Gi – Hitzeprävention und Anpassung älterer Menschen an Temperaturbelastungen“ qualifiziert Ehrenamtliche zu Hitze-Lotsinnen und -Lotsen, die niedrigschwellig beraten. **„KlimaStark – Gesundheit, Resilienz und Klimaanpassung für Alleinerziehende“ unterstützt Familien beim Umgang mit Gesundheitsrisiken.** „Klimafreundlich genießen – Ernährungskompetenz und Wohlbefinden im Alter stärken“ vermittelt älteren Menschen, wie eine gesunde, hitzeangepasste Ernährung im Alltag gelingt. Die Projekte zeigen, wie sich gesundheitlicher Hitzeschutz durch niedrigschwellige Informationsangebote, angepasste Bewegungs- und Begegnungsformate oder die gezielte Unterstützung von Einrichtungen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Umgang mit Hitze alltagsnah umsetzen lässt. *hk*

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN-ANHALT

Transformation des Rettungsdienstes

Im Mai 2026 hat der Landtag das neue Rettungsdienstgesetz (RettdG LSA) verabschiedet. Ziel ist es, den Rettungsdienst im ländlichen Raum zu stärken. Das Gesetz umfasst den flächendeckenden Einsatz von Gemeindenotfallsanitätern, Telenotärzten und smartphonebasiert alarmierten Ersthelfern. **Vorgesehen sind eine Abstimmungspflicht für die Planung der Notarztstandorte, landesweit einheitliche Qualitätsstandards für Mitarbeiter in den Rettungsdienstleitstellen sowie eine Fortbildungspflicht für das nicht-ärztliche Personal des Rettungsdienstes und der Mitarbeiter der Rettungsdienstleitstellen.** Laut Kassenverbänden braucht es weitere verbindliche Regelungen auf Landesebene. Nach Gutachten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist Sachsen-Anhalt mit den Luftrettungsstationen in Halle und



Magdeburg ausreichend versorgt. Einen geplanten Aufwuchs braucht es aus versorgungstechnischer und finanzieller Sicht nicht. Mit aktuell 13 Regionalleitstellen und damit der niedrigsten Einwohnerzahl pro Leitstelle fordert der vdek eine Reduzierung auf höchstens 4 Regionalleitstellen. Damit wären Versorgung und bedarfsgerechter Personaleinsatz gewährleistet. Mehr Digitalisierung und der reibungslose Einsatz von Telenotärzten verlangen, dass das Land für eine stabile digitale Infrastruktur sorgt. **Der vdek fordert Sanktionen bei Verweigerung, den Interdisziplinären Versorgungsnachweis (IVENA) zu nutzen.** Die Krankenhäuser müssten zudem mehr Notärzte stellen, um den Kostendruck für deren Einsatz zu senken. Eine Reduktion der Notarzt-Standorte ist für eine kosteneffizientere Koordination notwendig. *sof*

VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

Gesunde Lebenswelten im Zeichen des Klimawandels

Es war ein intensiver Tag voller Austausch und neuer Impulse zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung im Kontext des Klimawandels: Am 30. Juni 2026 fand in Leipzig die Veranstaltung „Zukunft Prävention“ des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Sachsen statt. Bereits der Vormittag war geprägt von spannenden Fachbeiträgen und zahlreichen Aha-Momenten. **Die Geschäftsstelle des GKV-Bündnisses gab einen Überblick zu Zielen, Strukturen und Fördermöglichkeiten.** Den fachlichen Auftakt bildete die Keynote von Dr. Kristin Köhler. Anhand aktueller Klimadaten beleuchtete sie die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels und machte deutlich, dass diese weit über Hitzebelastungen hinausgehen. Im Anschluss stellte die Deutsche Umwelthilfe e. V. ihr durch das



GKV-Bündnis gefördertes Klimaprojekt in Sachsen vor. Eine kurze Aktivierungseinheit mit klimabezogenen Fragen und Bewegung sorgte anschließend für neue Energie und Erkenntnisse im dicht gefüllten Programm. Am Nachmittag rückten Praxis und Transfer in den Mittelpunkt. In Fachsessions wurden die Themen Klimakommunikation, Co-Benefits, Vernetzung und Fördermöglichkeiten vertieft. **Ziel war es nicht nur, Wissen zu vermitteln, sondern auch konkrete Handlungsansätze anzustoßen.** Ebenso der intensive Austausch zeigte Wirkung: Aus den Impulsen sollen nun konkrete Projekte entstehen. Die Veranstaltung machte deutlich: Zukunft Prävention entsteht dort, wo Austausch, Praxis und gemeinsame Verantwortung zusammenkommen. *jm*



EINWURF

GKV-Spargesetz ist durch – jetzt müssen Struktur- reformen folgen

Text von Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek

Das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG) ist nun beschlossene Sache. Auch der Bundesrat hat dem Paket noch vor der parlamentarischen Sommerpause zugestimmt. Das ist erstmal eine gute Botschaft für die Versicherten und Arbeitgeber, denn das Gesetz soll die prognostizierte Finanzierungslücken für 2027 (18,8 Milliarden Euro) und 2028 (25 Milliarden Euro) schließen und für stabile Beiträge zumindest in den nächsten zwei Jahren sorgen. Doch damit ist es nicht getan. Im Nachgang darf es keine neuen Sonderzahlungen an einzelne Leistungserbringergruppen wie Krankenhäuser oder die Pharmaindustrie geben. Darüber hinaus müssen jetzt rasch Strukturreformen folgen. Andernfalls bleibt die angestrebte Beitragsstabilität nur ein kurzer Erfolg.

Das GKV-Sparpaket ist schon jetzt knapp auf Kante genäht. Laut Bericht des Haushaltsausschusses des Bundestags ist bei dem Gesetz kein Polster für Unwägbarkeiten eingeplant. Ob das Sparvolumen für 2027 und 2028 also tatsächlich ausreicht, um Beitragsatzanhebungen für alle Versicherten zu verhindern, hängt zum einen davon ab, wie sich die individuelle Finanzlage der Krankenkassen darstellt (ob beispielsweise noch Rücklagen aufgebaut werden müssen), zum anderen, ob das Sparpaket durch Sonderzahlungen an Leistungserbringer weiter verwässert wird. Genau dies kündigt sich aber bereits an. Damit der Bundesrat dem BStabG zustimmt, hatte die Bundesregierung den

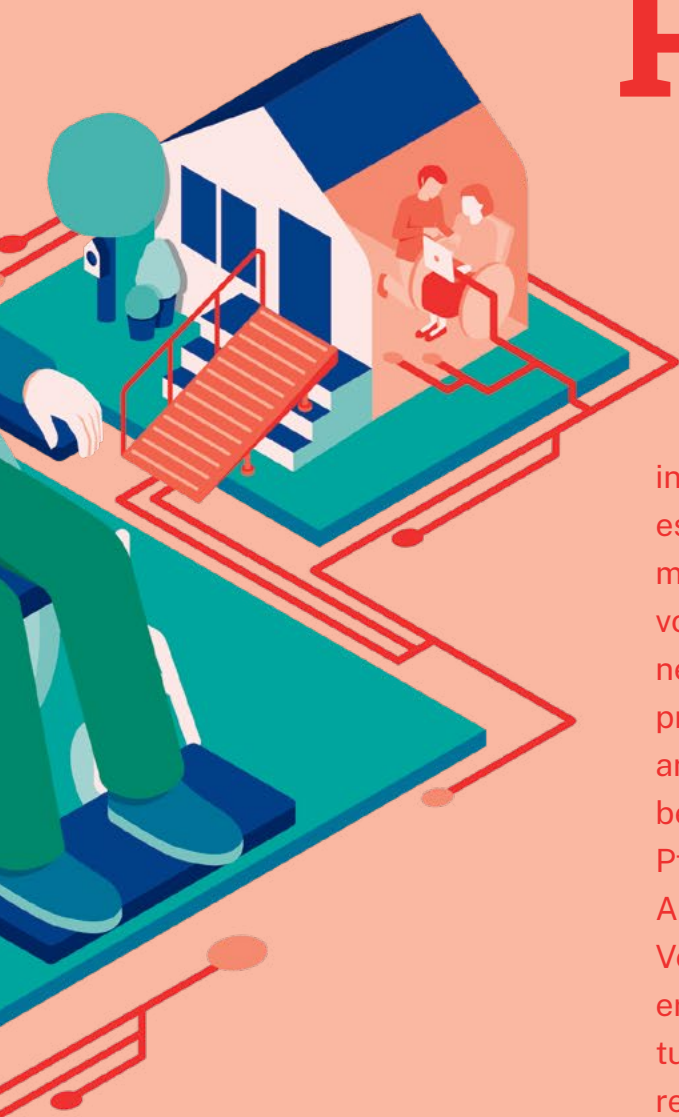
Ländern in einer Protokollnotiz bereits finanzielle Zusagen in Höhe von 550 Millionen Euro zur Unterstützung der Krankenhäuser gemacht. Darüber hinaus kündigte sie gegenüber pharmazeutischen Unternehmen weitere Ausnahmen vom zusätzlichen Herstellerrabatt an. Eine solche Begünstigung der zwei kostenintensivsten Leistungsbereiche ist angesichts der Milliarden Gewinne der Pharmaindustrie und der zahlreichen Sondervergütungen für Krankenhäuser (Transformationsfonds, Tarif- und Inflationsausgleiche etc.) nicht akzeptabel und würde zu weiteren Belastungen der Versicherten und Arbeitgeber führen.

Das BStabG ist als reines Spargesetz konzipiert. Die Einführung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik hat zwar bei konsequenter Umsetzung auch eine erhebliche steuernde Wirkung auf Mengen- und Preisentwicklung und sollte daher langfristig Richtschnur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bleiben. Es braucht aber flankierende strukturelle Reformen. Im Fokus stehen dabei für uns die Reform der Primärversorgung mit einer besseren (digitalen) Patientensteuerung sowie die Reform der Arzneimittelversorgung mit einer am Zusatznutzen orientierten Preisgestaltung neuer hochpreisiger Arzneimittel. Die Länder sollten sich zudem darauf konzentrieren, die Krankenhausreform im Rahmen ihrer Planungskompetenz konstruktiv umzusetzen, statt weitere Beitragsgelder zum Erhalt nicht mehr bedarfsgerechter Krankenhausstrukturen zu fordern. ■



Höchste Zeit

für die Pflege- reform



Angesichts der finanziellen Schieflage in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) braucht es nach der parlamentarischen Sommerpause mehr Tempo bei der Pflegereform. Mit dem vorliegenden Referentenentwurf zum Pflege-neuordnungsgesetz (PNOG) wird eine stärkere präventive und digitale Ausrichtung der SPV angestrebt. Die begrenzten Mittel sollen insbesondere bei Versicherten mit erheblichem Pflegebedarf zum Einsatz kommen. Die breite Akzeptanz für das Gesetz hängt indes von der Verteilung der Belastungen ab – und hier besteht erheblicher Nachbesserungsbedarf: Die Belastungen müssen von allen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen geschultert werden.

Die Pflegereform lässt auf sich warten

Text von **Malte Behmer**, **Dr. Anja Maria Rittner** und **Martin Schreck**

Große Pläne hat die Bundesregierung zuletzt Anfang Juli im Koalitionsausschuss verkündet: grundlegende Reformen in allen Säulen der Sozialversicherung, um Aufschwung und Beschäftigung zu fördern.

In der Pflege wird es höchste Zeit: **Die Belastungen wachsen** – für Pflegebedürftige und die der Pflegeversicherung.

Während eine erste Finanzreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bereits in trockenen Tüchern ist und in der Rente konkrete Vorschläge einer Reformkommission auf dem Tisch liegen, geht es bei der Pflege nicht recht voran. Bereits Anfang Juni legte das Bundesgesundheitsministerium den Referentenentwurf für ein Pflegeeinordnungsgesetz (PNOG) vor. Die Kabinettsbefassung wurde seitdem Woche um Woche verschoben und soll nun erst im Herbst vorliegen. Der Aufschub ändert nichts an der Dringlichkeit: Allein 2026 fehlt der sozialen Pflegeversicherung (SPV) mindestens eine Milliarde Euro trotz 3,2 Milliarden Euro Bundesdarlehen. 2027 werden es nach Berechnungen des Ministeriums 7,6 Milliarden Euro sein, 2028 bereits 15,4 Milliarden Euro.

Die finanzielle Schieflage hat mehrere Ursachen: Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde 2017 der Zugang zu Leistungen erweitert, besonders für Menschen mit kognitiven und psychischen Einschränkungen. Die Zahl der Leistungsberechtigten stieg deutlich. Hinzu kamen weitere Leistungsverbesserungen, etwa die seit 2022 gewährten Zuschläge zu den pflegebedingten Eigenanteilen in Pflegeheimen, die 2025 mit 7,15 Milliarden Euro zu Buche schlugen. Sie entlasten Pflegebedürftige spürbar, dennoch stiegen die Eigenanteile im ersten Heimjahr zuletzt auf durchschnittlich 3.364 Euro monatlich (→ [Mehr dazu auf Seite 40](#)). Denn Pflegekräftemangel,



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



Dr. Anja Maria Rittner
ist Abteilungs-
leiterin Gesundheit
beim vdek



Martin Schreck ist
Referent in der Ab-
teilung Gesundheit
beim vdek

steigende Löhne und die gewollte Tarifpflicht, die den Pflegeberuf attraktiver machen soll, treiben die Kosten weiter in die Höhe mit der Folge weiter steigender Eigenanteile.

Zusätzlich blieb ein erheblicher Teil der pandemiebedingten Mehrausgaben dauerhaft in der SPV hängen, weil der Bund sie nicht vollständig ausglich. Laut unabhängigen Rechtsgutachten stünde der SPV ein Betrag von etwa 5,2 Milliarden Euro zu. Auch die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, eine originär gesamtgesellschaftliche Aufgabe, finanziert die SPV bislang allein: 2027 bis 2030 sind das nach Angaben des Ministeriums 6 bis 7 Milliarden Euro jährlich. Selbst wenn der Bund beide Posten übernehme, geriete die SPV nach aktuellen Projektionen spätestens 2028 erneut in ein erhebliches Defizit (→ [Tabelle auf Seite 39](#)). Die Probleme sind damit nicht allein auf einzelne Sonderbelastungen zurückzuführen, sondern struktureller Natur.

Licht und Schatten des PNOG

Das PNOG setzt auf beiden Seiten der Bilanz an. Auf der Einnahmenseite stehen eine höhere Beitragsbemessungsgrenze, höhere Beiträge Kinderloser, die Begrenzung der Familienversicherung und die Einbeziehung bislang beitragsfreier Beschäftigungsverhältnisse. Auf der Ausgabenseite werden die Schwellenwerte der Pflegebegutachtung an den Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 ausgerichtet, die Höchstzuschläge zu den Eigenanteilen

Mögliche Finanzentwicklung

bei Rückzahlung Pandemiekosten und Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge durch Bund; in Mrd. Euro; isolierte Betrachtung ohne PNOG

	2027	2028	2029	2030
rechnerisches Defizit (gemäß Gesetzesbegründung zum PNOG)	-7,60	-15,40	-16,90	-17,40
Übernahme Rentenversicherungsbeiträge durch Bund	6,00	6,30	6,70	7,00
Zwischenergebnis: rechnerisches Defizit ohne Rentenversicherungsbeiträge	-1,60	-9,10	-10,20	-10,40
Rückzahlung Pandemiekosten (insgesamt 5,2 Milliarden Euro) durch Bund, verteilt auf 4 Jahre	1,30	1,30	1,30	1,30
abzüglich Bundesdarlehen (Rückzahlung an Bund)		-0,50	-0,74	-0,74
Ergebnis	-0,30	-8,30	-9,64	-9,84

in Pflegeheimen erst nach viereinhalb statt drei Jahren erreicht, und die eigenständige Leistung für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch entfällt.

An die Stelle einzelner Leistungen treten vier flexibler nutzbare Budgets. Neu sind eine Pflegebegleitung, besonders zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, ein digitales Pflege-Cockpit und ein Überbrückungsbudget für pflegerische Notfälle. Die Leistungsbeträge sollen künftig jährlich dynamisiert werden, ein Novum, wenn auch zunächst geringer als geplant. Prävention und Rehabilitation rücken stärker in den Fokus, mit datengestützten Risikoanalysen, Gesundheits-Check-Ups ab 60 und verpflichtenden Empfehlungen für Prävention und Rehabilitation.

Was die Ersatzkassen am Entwurf vermissen

Der vdek begrüßt den stärkeren Fokus auf Prävention, häusliche Pflege und Digitalisierung. Die zentrale Kritik betrifft die Lastenverteilung: Der Bund gleicht weder die Corona-Ausgaben aus, noch übernimmt er die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige. Stattdessen tragen Beitragszahlende, ihre Arbeitgeber und Pflegebedürftige selbst die Lasten dieser Reform. Sie entlastet den Bund nicht nur, sie kürzt zusätzlich bei den Betroffenen. Die Rentenversicherungsbeiträge, die die SPV für pflegende Angehörige zahlt, werden ab 2027 auf 70 Prozent abgesenkt. Das mindert die Rentenanwartschaft genau der Menschen, meist Frauen, die den Großteil der häuslichen Pflege tragen, und spart der SPV allein 2027 rund 1,8 Milliarden Euro zu deren Lasten. Das widerspricht dem

erklärten Ziel, die häusliche Pflege zu stärken. Zudem hält der vdek die veranschlagten Einsparungen für überhöht: Bei den verlängerten Verweildauerstufen für Zuschläge zum Pflegeheimaufenthalt sind statt 2,6 Milliarden Euro realistisch nur 1,5 bis 1,7 Milliarden Euro zu erwarten.

Auch die neue Pflegebegleitung ist noch nicht durchdacht. Zwar bietet eine vor Ort verankerte Beratung die Chance, regionale Versorgungsstrukturen besser zu berücksichtigen und die Beratung stärker an den Bedürfnissen vor Ort auszurichten. Die 146 Euro jährlich pro Pflegebedürftigem liegen weit unter den tatsächlichen Kosten. Zugleich drohen – besonders Kommunen, die Pflegebegleitung optional übernehmen – Doppelstrukturen, unterschiedliche Qualitätsstandards und ein Wettbewerb um Pflegefachpersonen. Mit rund 86 Prozent aller Pflegebedürftigen in häuslicher Versorgung bleibt zudem offen, ob die Reform dieser Realität ausreichend gerecht wird.

Auch innerhalb der Koalition mehren sich Rufe nach Nachbesserung, vor allem bei den Kürzungen der Rentenbeiträge. Hinzu kommt ein Vollzugsproblem. Angepasste Schwellenwerte ab 2027 und die flächendeckende Pflegebegleitung ab 2028 verlangen neue Verfahren, IT-Systeme und qualifiziertes Personal, das vielerorts schon heute fehlt. Die Verschiebung der Kabinettsbefassung in den Herbst verkürzt den Vorlauf weiter, ohne die Starttermine zu entlasten. Wie der Entwurf bis zur Kabinettsbefassung noch verändert wird, ist offen. Klar ist: Eine Reform, die zentrale Kostentreiber beim Bund unadressiert lässt, wird die strukturelle Schieflage der SPV nicht dauerhaft lösen. ■

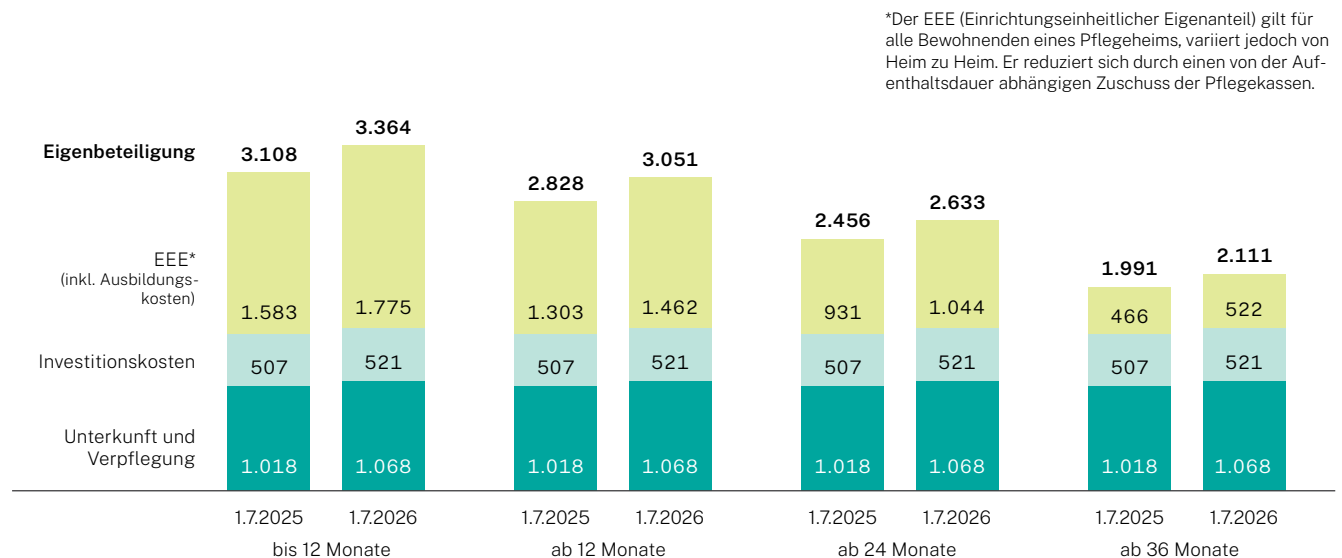
Eigenanteile für Pflege im Heim weiter gestiegen

In der stationären Pflege müssen pflegebedürftige Menschen im Jahr 2026 für die Eigenbeteiligung mehr Geld aufwenden als im Vorjahr. Aktuelle Zahlen des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zufolge zahlen sie im ersten Aufenthaltsjahr bundesweit durchschnittlich 3.364 Euro im Monat – das sind 256 Euro mehr als 2025. Hauptgrund für die Zunahme der finanziellen Belastungen sind die gestiegenen Personalkosten für Pflegekräfte. Die selbst zu tragenden Kosten der Pflegebedürftigen setzen sich zusammen aus dem Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) für die pflegerische Versorgung und die Ausbildungskosten der Pflegekräfte, den Investitionskosten für die Pflegeeinrichtung und den Kosten für Verpflegung und Unterkunft. Die Daten des vdek zeigen dabei einen besonders hohen Anstieg beim EEE, der im vergangenen Jahr um mehr als zwölf Prozent – von 1.583 Euro pro Monat im ersten Aufenthaltsjahr auf 1.775 Euro – gewachsen ist.

„Die Gehälter von Pflegekräften sind in den vergangenen Jahren stark gestiegen und liegen im Branchenvergleich nunmehr über dem Durchschnitt. Es gab Nachholbedarf und es ist richtig, dass Pflegekräfte gut bezahlt werden. Doch es kann nicht sein, dass das zu immer stärkeren Belastungen der Pflegebedürftigen führt. Wir brauchen eine Begrenzung des Kostenanstiegs. Die avisierte Pflegereform muss eine faire Lastenteilung und austarierte Eigenanteile erreichen“, sagt die vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Auch für die weiteren Bestandteile der Eigenbeteiligung – Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten für den Bau oder die Instandhaltung der Gebäude – müssen Pflegebedürftigen tiefer in die Tasche greifen. „Investitionskosten sind Ländersache und müssen endlich auch vollumfänglich von diesen getragen werden“, fordert Elsner. Das Gleiche gelte für die im EEE enthaltenen Kosten der Ausbildung der Pflegefachpersonen. *pm*

Finanzielle Belastung einer/eines Pflegebedürftigen im Pflegeheim

in Euro je Monat nach Aufenthaltsdauer; 1. Juli 2025 und 1. Juli 2026; Bund



Quelle: vdek

Drei Fragen an

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Mit dem Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) will die Bundesregierung die soziale Pflegeversicherung (SPV) finanziell stabilisieren und die Versorgung verbessern. Der Referentenentwurf nimmt auch die Pflegegrade in den Blick, die mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) im Jahr 2017 im Zuge eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingeführt wurden.

Gesundheitsökonom Prof. Dr. Heinz Rothgang von der Universität Bremen war damals an der Entwicklung und Ausgestaltung maßgeblich beteiligt.

Mit dem PSG II wurden zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und fünf Pflegegrade – statt der vormals drei Pflegestufen – in der Pflegeversicherung eingeführt. Welche Intention stand dahinter?

Der ursprüngliche Pflegebedürftigkeitsbegriff bildete die Unterstützungsbedarfe von Menschen mit Demenz nur unzureichend ab. Schon 2001 wurden daher für Menschen mit „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ zusätzliche Betreuungsleistungen eingeführt, die 2008 ausgebaut wurden. Ab 2013 hatten diese Personen erstmals Anspruch auf Pflegegeld und Pflegesachleistungen. Damit konnten auch nicht pflegebedürftige Personen Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff hat diese Anomalie beseitigt und eine umfassende Definition von Pflegebedürftigkeit etabliert, in der die Benachteiligung von Menschen mit kognitiver, psychischer und geistiger Beeinträchtigung beseitigt wurde.

Inwieweit haben sich die Pflegegrade mit dem dahinstehenden Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem Begutachtungsinstrument bewährt, wo liegen Herausforderungen in der Praxis? Die Politik hatte 2017

den Zugang zu Pflegeleistungen ja großzügiger definiert als von der Wissenschaft empfohlen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Begutachtungsinstrument haben sich zwar insgesamt bewährt, aber zu einer deutlichen Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen geführt, die inzwischen als problematisch empfunden wird.



Das PNOG befasst sich nun erneut mit dem Zugang zu Pflegeleistungen. So sollen die aktuellen Schwellenwerte durch die damaligen wissenschaftlichen Empfehlungen ersetzt werden. Wie sehen Sie dies mit Blick auf die dann nicht mehr von der SPV erreichten Personen?

Da die Politik den Pflegebedürftigkeitsbegriff bei seiner Einführung großzügiger ausgestaltet hat als seinerzeit vom Beirat für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgesehen, sollen die Schwellenwerte im PNOG für neue Begutachtungen jetzt wieder zurückgesetzt werden. Dies würde zu einer deutlichen

Reduktion der Zahl der Neufälle und zu einer niedrigeren Pflegegradverteilung führen. Letzteres wiederum ist problematisch, weil die Personalbemessung in Pflegeheimen von der Pflegegradverteilung abhängt. Bei gleichen Bedarfen wird so indirekt die Obergrenze für die finanzierbaren Pflegekräfte reduziert. ■

Pflegebegutachtung neu denken

Text von Carola Engler

Das geplante Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) gibt dem Medizinischen Dienst Rückenwind, die Pflegebegutachtung grundlegend weiterzuentwickeln. Ziel ist dabei auch eine **stärker präventiv ausgerichtete, individuelle Impulsberatung** – zum Nutzen der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen.

Mehr als sechs Millionen Menschen erhalten Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Die Zahl hat sich seit 2015 nahezu verdoppelt und wird auch in Zukunft weiter steigen. Seitdem ist auch die Anzahl der Begutachtungen rasant auf inzwischen 3,1 Millionen im Jahr gestiegen. Das System steht massiv unter Druck. Dennoch sind zugleich die Chancen groß, die in einer modernisierten Pflegebegutachtung liegen: Sie kann ihren Beitrag zur Prävention und Rehabilitation leisten und den bedarfsgerechten Zugang zu den Pflegeleistungen sicherstellen.

Der Referentenentwurf des PNOG enthält wichtige Weichenstellungen, um die Pflegebegutachtung in diesem Sinne weiterzuentwickeln, weil es Prävention und Rehabilitation in den Fokus nimmt. Der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ kann dazu beitragen, die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen länger zu erhalten. Doch damit dies gelingt, ist der Ausbau der bestehenden Angebote, insbesondere der geriatrischen Rehabilitation notwendig – dies adressiert das PNOG noch unzureichend.



Carola Engler ist stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bund

Früh ansetzen, Selbstständigkeit erhalten

Wer früh im Versorgungsprozess unterstützt wird, hat noch Ressourcen, die gezielt aktiviert werden

können. Die Gutachterinnen und Gutachter sind bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit oft die ersten professionellen Ansprechpersonen: Sie besuchen die Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld, verschaffen sich ein umfassendes Bild der Versorgungssituation und können konkrete Empfehlungen geben, um die Selbstständigkeit zu erhalten, einer Verschlechterung vorzubeugen und pflegende Angehörige zu entlasten.

Die aktuellen Begutachtungsdaten belegen, wie groß das Potenzial der Pflegebegutachtung als präventives Instrument bereits heute ist: Bei der Erstbegutachtung erhält deutlich mehr als jede zweite antragstellende Person (59,4 Prozent) eine Heilmittelempfehlung – etwa für Physio-, Ergo- oder Stimmtherapie; knapp jede zweite (43,6 Prozent) bekommt eine Hilfsmittelempfehlung, beispielsweise für Gehhilfen, Dusch- und Badehilfen oder Pflegehilfsmittel. Bei solchen Empfehlungen sind dann keine Verordnungen erforderlich. Sie können direkt umgesetzt werden.

Doch aus der Praxis wissen wir, dass viele andere Empfehlungen versanden: Pflegebedürftige und Angehörigen sind oft überfordert, wenn sie für die Umsetzung zusätzliche Verordnungen einholen müssen. Damit die Empfehlungen umgesetzt werden können, ist eine intensivere Vernetzung und Kommunikation zwischen Medizinischem Dienst,

Pflegekassen, geplanter Pflegebegleitung und Leistungserbringenden notwendig. Nur so können die Empfehlungen ihre Wirkung entfalten.

Lebenssituation in den Blick nehmen

Die Pflegebegutachtung von heute sollte zudem zu einem settingorientierten Verfahren weiterentwickelt werden. Das aktuelle Begutachtungsverfahren wird unabhängig von der individuellen Versorgungssituation vollumfänglich angewendet, obwohl die Erfordernisse je nach Situation sehr unterschiedlich sein können. Künftig sollte sich die Begutachtungstiefe an der individuellen Lebenssituation des Pflegebedürftigen orientieren: Dort, wo professionelle Pflege bereits eingebunden ist, kann auf Doppelerhebungen verzichtet werden. Dort, wo Menschen ohne professionelle Unterstützung zu Hause gepflegt werden, braucht es einen intensiveren Blick auf Präventionspotenziale und Beratungsbedarfe.

Um diesen Ansatz in die Praxis zu überführen, haben sich die Medizinischen Dienste bereits auf den Weg gemacht: Seit April dieses Jahres wird im Modellprojekt MEET wissenschaftlich erprobt, wie in Zukunft bedarfsorientierter begutachtet werden kann – insbesondere bei Menschen, die ohne oder nur mit geringer professioneller Unterstützung gepflegt werden.

Digitalisierung als Hebel nutzen

Positiv sind die im PNOG vorgesehenen Investitionen in die Digitalisierung zu bewerten. Digitalisierung kann dazu beitragen, Prozesse zu beschleunigen und Verwaltungsaufwände bei Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Medizinischem Dienst zu reduzieren. Damit das gelingt, muss die Interoperabilität der digitalen Verfahren gewährleistet sein. Die Digitalisierung sollte sich nicht auf Pflegeeinrichtungen beschränken. Die große Mehrheit der Pflegebedürftigen wird im häuslichen Umfeld durch An- und

Zugehörige versorgt, auch sie gilt es zu erreichen. Zusätzliches Potenzial sehen wir in der Videobegutachtung: Aus wissenschaftlichen Erprobungen wissen wir, dass sie auch in der Erstbegutachtung gut einsetzbar ist. Sie ermöglicht die Einbindung von Angehörigen, die nicht vor Ort sein können und spart Wege.



Wissenschaftliche Begleitung und politische Verantwortung klar trennen

Das PNOG sieht zudem die Einrichtung eines wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung beim Medizinischen Dienst Bund vor. Das ist längst überfällig. Die Pflegeversicherung steht vor langfristigen Herausforderungen, die durch einen kontinuierlichen wissenschaftlichen Entwicklungs- und Evaluationsprozess begleitet werden sollen. Dies begrüßt der Medizinische Dienst Bund ausdrücklich. Klar ist aber auch: Die Entscheidung über den Umfang der bereitgestellten Mittel für die Pflegeversicherung ist und bleibt eine politische Verantwortung des Gesetzgebers. Diese darf weder auf den Medizinischen Dienst Bund noch auf den wissenschaftlichen Beirat verlagert werden. ■

Positiv sind die im PNOG vorgesehenen Investitionen in die Digitalisierung zu bewerten.



Soziale Medien beeinflussen Kaufverhalten Jugendlicher

DAK 47 Prozent der Jugendlichen in Deutschland werden durch Werbung auf Social-Media-Plattformen auf Produkte aufmerksam, 40 Prozent durch Empfehlungen von Influencerinnen und Influencern. Das zeigt eine Sonderauswertung der Mediensuchtstudie von der DAK-Gesundheit und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Und fast vier von zehn Kindern stöbern nach Angaben der Forscherinnen und Forscher mindestens einmal pro Woche in Online-Shops. Auch wenn nicht jeder Besuch in einem Kauf münde, summierten sich die Ausgaben im Online-Handel auf bis zu 1.200 Euro pro Jahr. „Wenn Kaufimpulse vor allem über soziale Medien entstehen, müssen Kinder und Jugendliche lernen, Werbung und kommerzielle Interessen dahinter zu erkennen“, sagt Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. Die starke Präsenz von Influencerinnen und Influencern sowie algorithmisch gesteuerter Werbung bergen der Studie zufolge das Risiko der Online-Shoppingsucht: 1,2 Prozent der 10- bis 17-Jährigen gelten bereits als problematische Online-Käuferinnen und -Käufer. Dies sei ein Hinweis darauf, dass permanente Kaufimpulse und personalisierte Werbeformate suchtartige Verhaltensmuster fördern können. *pm*

→ dak.de → t1p.de/eyJ6w



HKK Fast jede zweite erwachsene Person in Deutschland hat innerhalb der vergangenen zwölf Monate mindestens einen Selbsttest für Zuhause genutzt. Gleichzeitig bleibt das Vertrauen in die ärztliche Diagnose hoch: **Die große Mehrheit der**

Bevölkerung betrachtet Selbsttests als sinnvolle Ergänzung, nicht aber als Ersatz für die medizinische Versorgung. Das

zeigt eine aktuelle repräsentative forsa-Umfrage im Auftrag der hkk Krankenkasse unter 2.230 Erwachsenen. Am bekanntesten sind Selbsttests auf Infektionskrankheiten wie Covid-19 oder Influenza: 96 Prozent der Befragten kennen diese Testangebote, 26 Prozent haben sie im vergangenen Jahr genutzt. Schwangerschaftstests kennen 95 Prozent der befragten Frauen. Andere Selbsttests, wie zum Beispiel Blutzucker- oder Cholesterintests sowie Stuhltests zur Darmkrebsfrüherkennung, werden deutlich seltener genutzt. *pm*

→ hkk.de → t1p.de/rviu5



Grundschul Kinder stärken

KKH Laut einer forsa-Umfrage der KKH Kaufmännische Krankenkasse haben 18 Prozent der Eltern von Sechs- bis Siebenjährigen den Eindruck, dass ihr Kind gestresst ist, sei es in der Schule oder im Alltag. 38 Prozent der Mütter und Väter geben an, dass der Druck beziehungsweise die psychische Belastung in den vergangenen ein bis zwei Jahren zugenommen hat. Zu möglichen Stressverursachern bei Grundschulkindern zählen Probleme mit Mitschüler:innen oder anderen Kindern – etwa Streit, Gruppenzwang und Mobbing. Mehr als die Hälfte der Eltern von sechs- bis siebenjährigen Kindern (54 Prozent) betrachtet derartige Konflikte als eine der größten Herausforderungen in Schule und Alltag. „Wichtig ist, dass wir Kinder früh emotional stärken, damit sie lernen, mit Herausforderungen wie Konflikten, Mobbing und Erwartungsdruck umzugehen“, betont der KKH-Vorstandsvorsitzende Dr. Wolfgang Matz. Genau hier setze das KKH-Programm 1000 Schätze unter der Schirmherrschaft des Bundesdrogenbeauftragten Prof. Dr. Hendrik Streeck an, indem es psychosoziale Kompetenzen von Erst- und Zweitklässler:innen unabhängig von ihrem Elternhaus fördert und einem riskanten Verhalten vorbeugt. *pm*

→ khh.de → t1p.de/4j1u6

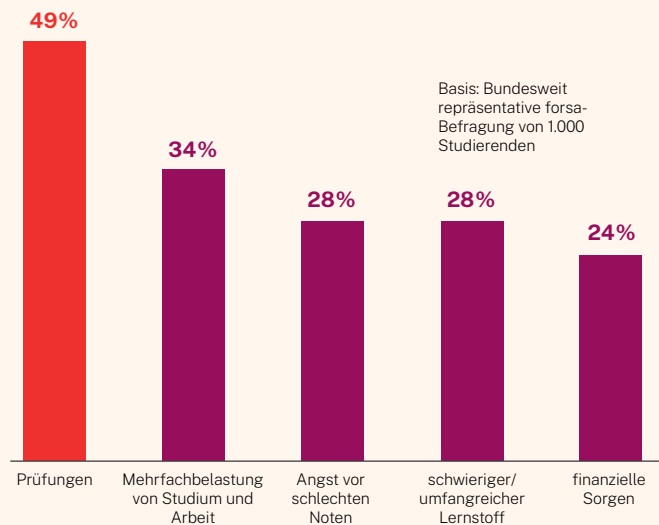
Hohe Stressbelastung bei Studierenden

TK 41 Prozent der Studierenden sind häufig gestresst – das geht aus dem Dossier 2026 „Wie geht’s Deutschlands Studierenden?“ der Techniker Krankenkasse (TK) hervor. Gegenüber 2023 (44 Prozent) sei das zwar ein leichter Rückgang, aber immer noch deutlich mehr als 2015 (23 Prozent) in der Vor-Corona-Zeit. Für das Dossier hat das Meinungsforschungsinstitut forsa im Auftrag der TK im Januar 2026 bundesweit repräsentativ 1.000 Studierende befragt: Hauptbelastungsfaktor sind Prüfungen, von denen sich knapp die Hälfte unter Druck beziehungsweise stark unter Druck gesetzt (49 Prozent) sieht. Es folgen Mehrfachbelastung durch Studium und Arbeit (34 Prozent), Angst vor schlechten Noten (28 Prozent), zu schwieriger oder umfangreicher Lernstoff (28 Prozent) sowie finanzielle Sorgen (24 Prozent). Daneben zeige sich bei vielen eine hohe oder sehr hohe emotionale Erschöpfung. „Ein gewisses Maß an Stress im Studium gehört dazu. Aber wenn sich die jungen Studierenden dauerhaft so stark belastet fühlen, sollte das zu denken geben“, sagt Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK. *pm*

→ tk.de → t1p.de/lh35n

Top 5 Belastungsfaktoren im Studium

Anteil der Befragten, die sich davon unter Druck bzw. stark unter Druck gesetzt fühlen



Quelle: TK-Dossier 2026: Wie geht’s Deutschlands Studierenden?

Zahnmedizinische Versorgungslücke bei Pflegebedürftigen

Text von **Daniel Freudenreich**

Unterschiede beim Zugang zu **zahnärztlicher Prävention** führen bei stationär Pflegebedürftigen zu einer Versorgungslücke. Das zeigen Daten des aktuellen Zahnreports der BARMER. Wenn Einrichtungen keinen Kooperationsvertrag mit Zahnärzten haben, wird nur ein verschwindend geringer Anteil der präventiven Leistungen direkt vor Ort erbracht.

Wenn kaputte Zähne, eine schlecht sitzende Prothese oder Entzündungen das Kauen erschweren, essen viele Betroffene weniger. Das kann zu Mangelernährung, Gewichtsverlust und beispielsweise kardiovaskulären Erkrankungen führen. Gerade für pflegebedürftige Menschen kann eine schlechte Mundgesundheit damit gravierende körperliche Folgen haben. Umso alarmierender sind vor diesem Hintergrund die Ergebnisse des aktuellen Zahnreports der BARMER. Den Daten zufolge gibt es bei stationär Pflegebedürftigen eine Versorgungslücke durch Unterschiede beim Zugang zu zahnärztlicher Prävention. Im Jahr 2024 stellten Zahnärzte bei bundesweit

mehr als einem Viertel der BARMER-versicherten Pflegeheimbewohner den Mundgesundheitsstatus fest und erstellten einen Mundgesundheitsplan. Bei rund 80 Prozent der Leistungen erfolgte dies direkt in den Einrichtungen, die einen Kooperationsvertrag mit Zahnärzten abgeschlossen haben. Allerdings trifft dies nur auf weniger als die Hälfte aller Pflegeeinrichtungen zu. Auf die übrigen Pflegeheime ohne Kooperationsverträge entfielen lediglich zwei Prozent der entsprechenden Leistungen. Problematisch ist dies vor dem Hintergrund, dass für stationär Pflegebedürftige der Besuch einer Zahnarztpraxis kaum möglich ist. In Anbetracht dieser Versorgungslücke ruft die BARMER Pflegeheime dazu auf, entsprechende Kooperationsverträge mit Zahnärzten abzuschließen.

Ungleich verteilter Anstieg bei Inanspruchnahme

Die Daten des Zahnreports zeigen zwar insgesamt eine gesteigerte Inanspruchnahme zahnärztlicher Präventionsleistungen bei Pflegebedürftigen seit dem Jahr 2018. Dies liegt auch an der Einführung der Gebührennummern 174 a und b: Zahnärzte können sie für den Mundgesundheitsstatus mit Mundgesundheitsplan sowie die Mundgesundheitsaufklärung bei Pflegebedürftigen abrechnen. Allerdings haben von diesem Anstieg nicht alle Betroffenen Gruppen gleichermaßen profitiert. Während die Inanspruchnahme bei Heimbewohnern von rund zwölf Prozent im Jahr 2019 auf jeweils über 25 Prozent im Jahr 2024 anstieg, stagniert sie bei ambulant Pflegebedürftigen bei rund drei Prozent. Der Zahnreport zeigt damit, dass sich die Teilhabe Pflegebedürftiger an der zahnärztlichen Versorgung und insbesondere den Präventionsleistungen zwar insgesamt

verbessert hat, aber längst nicht für alle Personengruppen. Auch für ambulant Pflegebedürftige ist die Situation besorgniserregend. Zur Lösung dieser defizitären Situation herrscht aus Sicht der BARMER Handlungsbedarf.

Starke regionale Unterschiede

Auch der Blick in die Bundesländer zeugt von dringendem Verbesserungsbedarf. Denn laut Zahnreport ist die Inanspruchnahme zahnärztlicher Präventionsleistungen regional höchst unterschiedlich. Im Jahr 2024 reichte bei stationär Pflegebedürftigen die Quote für die Inanspruchnahme der Leistungen Mundgesundheitsstatus mit Mundgesundheitsplan und Mundgesundheitsaufklärung von 16,8 Prozent in Niedersachsen bis hin zu 45,5 Prozent in Berlin, bei einem bundesweiten Durchschnitt von 34,6 Prozent. Auch Hamburg und Sachsen lagen mit 42,7 beziehungsweise 42,6 Prozent auf einem hohen Niveau. Bei ambulant Pflegebedürftigen blieben die Inanspruchnahmeraten 2024 bundesweit auf einem insgesamt niedrigen Niveau von durchschnittlich 3,3 Prozent. In den alten Bundesländern lagen sie durchgehend unter drei Prozent, während Sachsen mit rund neun Prozent den höchsten Wert erreichte. Unter dem Strich ist die Inanspruchnahme

zahnärztlicher Präventionsleistungen bei Pflegebedürftigen in den östlichen Bundesländern grundsätzlich höher. Der Zugang zur Vorsorge darf aus Sicht der BARMER aber nicht von der Postleitzahl abhängen.

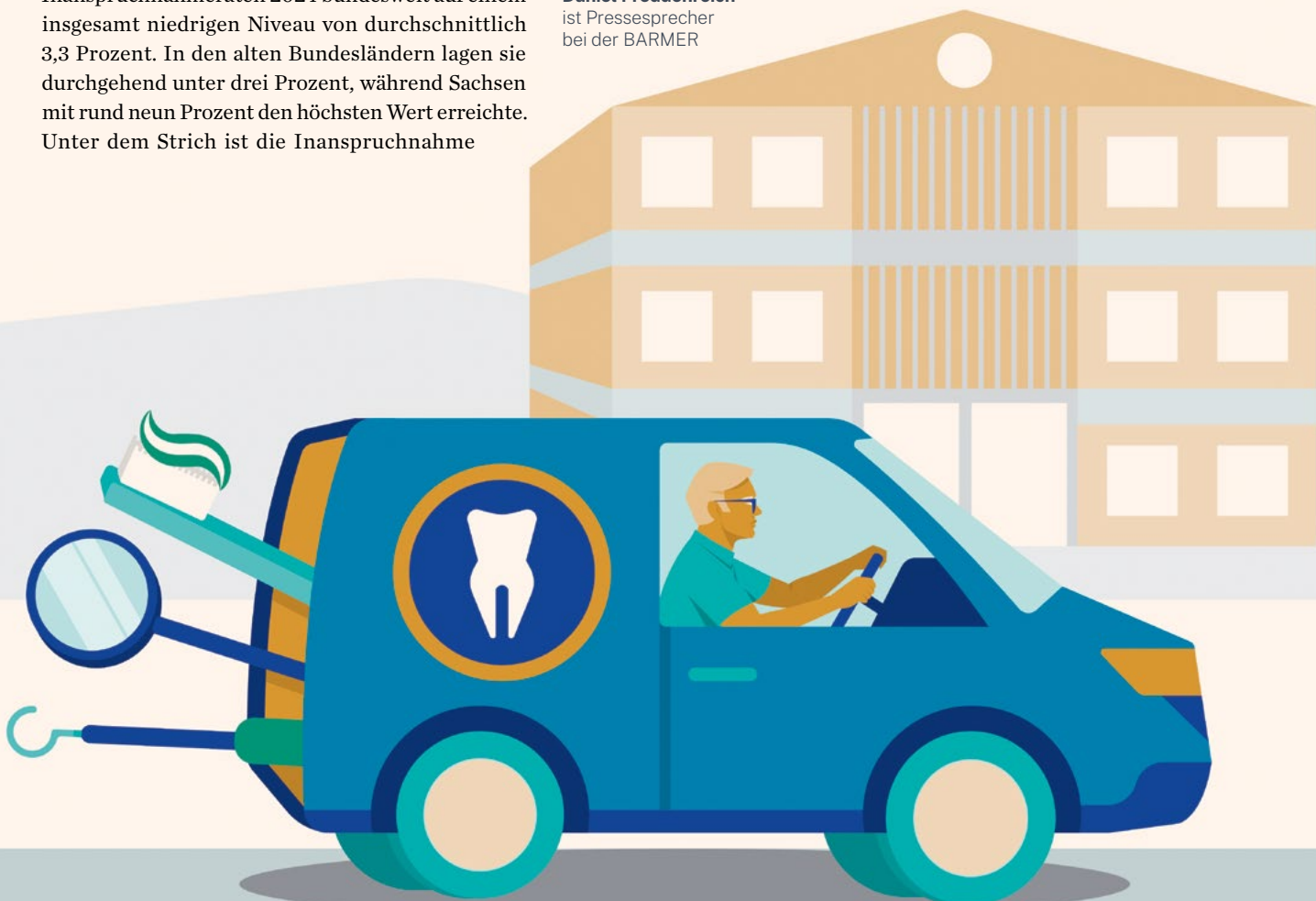
Laut Zahnreport ist die Inanspruchnahme zahnärztlicher Präventionsleistungen regional höchst unterschiedlich.

Der Zahnreport zeichnet damit ein differenziertes Bild der Versorgungssituation Pflegebedürftiger in Deutschland. Einerseits hat sich die zahn-

medizinische Versorgung mit Blick auf präventive Leistungen für einen Teil der Pflegebedürftigen deutlich verbessert. Dies ist eine uneingeschränkt begrüßenswerte Entwicklung. Andererseits herrscht bei ambulant Pflegebedürftigen und Bewohnern von Heimen ohne Kooperationsverträge mit Zahnärzten weiterhin erheblicher Nachholbedarf bei der Inanspruchnahme. An diesen Defiziten gilt es nun gezielt anzusetzen. ■



Daniel Freudenreich
ist Pressesprecher
bei der BARMER



Zum Jahresende 2025 haben in Deutschland gut 7,8 Millionen Menschen mit schwerer Behinderung gelebt. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, waren somit 9,4 Prozent der Menschen in Deutschland schwerbehindert. 49,9 Prozent der Schwerbehinderten waren Männer, 50,1 Prozent waren Frauen. Als schwerbehindert gelten Personen, denen die Versorgungsämter einen Behinderungsgrad von mindestens 50 zuerkannt sowie einen gültigen Ausweis ausgehändigt haben. Behinderungen bestehen vergleichsweise selten seit der Geburt oder im Kindesalter, sondern entstehen meist erst im fortgeschrittenen Alter. **Gut 91 Prozent der schweren Behinderungen wurden durch eine Krankheit verursacht, 3 Prozent waren angeboren oder traten im ersten Lebensjahr auf, während gut 1 Prozent auf einen**

Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen waren. Körperliche Behinderungen hatten 57 Prozent der

schwerbehinderten Menschen, geistige oder seelische Behinderungen hatten insgesamt 16 Prozent, zerebrale Störungen lagen in 9 Prozent der Fälle vor. Bei den übrigen Personen war die Art der schwersten Behinderung nicht ausgewiesen. *pm*



Gesundheitliche Folgen extremer Hitze

Die Hitzewelle bis Ende Juni 2026 hat nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI) 5.120 Menschen in Deutschland das Leben gekostet. Allein in der Woche mit den besonders heißen Tagen vom 22. bis 28. Juni habe es 4.310 hitzebedingte

Todesfälle gegeben. Im Vergleich zu Vorjahren ein großer Anstieg: 2025 sind etwa 2.600 Menschen an den Folgen hoher

Temperaturen gestorben, 2024 waren es rund 2.900 und 2023 etwa 3.200. Dabei machen Menschen im Alter von über 75 Jahren über 80 Prozent der Hitzetoten aus. Schätzungen des RKI zur hitzebedingten Mortalität zeigen, dass Hitzeperioden in Deutschland regelmäßig zu einem Anstieg der Sterblichkeit führen. Die höchste hitzebedingte Sterblichkeit der Jahre 2004 bis 2024 gab es bislang im Jahr 2018 mit schätzungsweise 8.500 Sterbefällen, gefolgt vom Jahr 2006 mit geschätzten 7.700 Sterbefällen. Insgesamt geht extreme Hitze mit gesundheitlichen Problemen einher. Hitzschläge, Sonnenstiche und andere durch Hitze oder Sonnenlicht verursachte Schäden haben nach Angaben des Statistischen Bundesamts (Destatis) im Schnitt in den Jahren 2004 bis 2024 zu knapp 1.400 Krankenhausbehandlungen in Deutschland geführt. *pm*

in Die neue Website „Prävention direkt finden“ [...] bietet ab sofort eine strukturierte Übersicht aller von der GKV geförderten Präventionskurse. Die Seite richtet sich gezielt an Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Beratungsstellen. Diese können nun schnell und einfach passende Angebote für ihre Patientinnen und Patienten herausuchen und empfehlen.

in Das **#BStabG** hat Bundestag und Bundesrat passiert. Für Versicherte und Arbeitgeber ist das eine gute Nachricht, weil damit stabile Beiträge für 2027 und 2028 möglich sind. Es war wichtig, dass Gesundheitsministerin Warken dieses Ziel im Laufe des stark kontrovers diskutierten parlamentarischen Verfahrens im Blick behalten hat. Das Gesetz ist ein Einstieg in die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik. [...]



Lärm ist mehr als ein Ärgernis

PODCAST Lärm beeinträchtigt Menschen überall im Alltagsleben und oft lässt er sich nicht vermeiden. Das gilt für den Dauerlärm auf der Baustelle vor dem eigenen Fenster, Gewerbe- und Fluglärm genauso wie für das Dauerrauschen stark befahrener Straßen. Aber wann wird Lärm zum gesundheitlichen Problem? Antworten hierauf gibt es in der Folge „**Wie viel Lärm ist zu viel**“ des Podcasts „**Wenden bitte!**“, der vom Öko-Institut gehostet wird. Lärm führe zum Verlust von Lebensqualität, betont Lärm-Experte Christoph Brunn vom Öko-Institut. Darüber hinaus bestehen in Verbindung mit Lärm Gesundheitsrisiken, die von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis zu Depression reichen. Ebenfalls zur Sprache kommen in der Folge, warum Lärm subjektiv wahrgenommen wird und welche Menschen besonders betroffen sind. tag
→ t1p.de/y1x27



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



Weitere aktuelle
Fachliteratur
→ vdek.com/buecher

Lobbyismus

Das Fachbuch bietet eine systematische und interdisziplinäre Analyse der Interessenpolitik im deutschen Gesundheitswesen. Es untersucht die Entstehung, Vermittlung und Durchsetzung von Interessen sowie die Bedeutung von Regulierung, Marktversagen und Lobbyismus für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse. Ein fundierter Beitrag für Wissenschaft, Studium und Praxis.

Wilfried Boroch | **Interessenpolitik im deutschen Gesundheitswesen. Lobbyismus verstehen und Gesundheitspolitik mitgestalten**
2026, 368 S., € 50, Hogrefe, Bern

Vernetzung

Dieser Sammelband zeigt, wie moderne Krankenhausverbünde durch Vernetzung, Digitalisierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit Versorgungsqualität und Effizienz verbessern können. Anhand eines praxisorientierten Modells werden Strategien für nachhaltige Krankenhausstrukturen, den gezielten Ressourceneinsatz und eine patientenzentrierte Versorgung dargestellt.

Knappschaft Kliniken GmbH (Hrsg.)
Strukturen, Strategien und Versorgung im Verbund. Vernetzte Versorgung neu gedacht
2026, 330 S., € 59,95, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

PS: Kuscheltiere ohne Schadstoffe

Online-Shopping ist bequem, kann aber auch mit gesundheitlichen Risiken einhergehen. Denn auf Internet-Marktplätzen werden häufig Produkte verkauft, die nicht europäischen Sicherheitsstandards entsprechen. Das gilt insbesondere für Billigware aus außereuropäischen Drittstaaten. So zeigen Zollkontrollmaßnahmen der EU, in deren Rahmen 20.000 Spielzeuge und Kleielektronik überprüft wurden, dass mehr als die Hälfte nicht den EU-Produktnormen entsprach. Eine Stichprobe dieser Produkte wurde zudem labor-technisch untersucht und 84 Prozent davon als gefährlich eingestuft. Als eines der jüngsten Beispiele für gesundheitsgefährdende Produkte nennt die Verbraucherzentrale ein mit Blei verseuchtes Kuscheltier. Doch sie gibt auch Tipps, worauf beim Online-Kauf von Kinder-Artikeln, elektrischen Geräten, aber auch Kosmetik, Kleidung, Schuhen und Haushaltswaren zu achten ist. → t1p.de/2p0tv. Damit Kuscheltiere wie der Plüschteddy oder der Schlummerhase bedenkenlos geknuddelt werden können.



Eine schöne Urlaubszeit!
Ihre Redaktion

IMPRESSUM

ersatzkasse magazin.

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

Herausgeber

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

Gesamtverantwortung

Michaela Gottfried (Abteilungsleiterin Kommunikation)

Redaktionsleitung

Annette Kessen

Redaktion

Dr. Tanja Glootz, Matthias Wannhoff

Kontakt

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

Layout

Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen

Anne-Marie Pappas
(Titelseite, S. 4, 5, 17, 36/37, 47
annemariepappas.com)

Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum

August 2026 | 106. Jahrgang
ersatzkasse magazin. erscheint
sechs Mal im Jahr.

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

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

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

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

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

S. 3: vdek/Georg J. Lopata | S. 4: vdek/Georg J. Lopata | S. 6: KI-generierte Grafik | S. 7: DAK-Gesundheit/Läufer; BMG/Jan Pauls; Tobias Koch; privat; Nadzeya_Dzivakova/iStock/Getty Images Plus; Svea Pietschmann/G-BA | S. 9: vdek/Tobias Mayer | S. 11: vdek/Georg J. Lopata | S. 12: vdek/Georg J. Lopata | S. 13: vdek/Tobias Mayer; vdek/Tanja Glootz | S. 15: UKE Hamburg | S. 16: privat | S. 19: sympathiefilm/Kathrin Heller; vdek/Georg J. Lopata | S. 20: sympathiefilm/Kathrin Heller | S. 21: vdek/Georg J. Lopata | S. 22: vdek/Georg J. Lopata | S. 23: vdek/Georg J. Lopata | S. 24: vdek/Georg J. Lopata | S. 25: vdek/Georg J. Lopata | S. 27: privat; KHSB/Frank Peter | S. 28: vdek/Jörg Brekeller | S. 29: vdek; Tempura/iStock/Getty Images | S. 30: BLÄK/Sylvia Willax; kuarmungadd/iStock/Getty Images | S. 31: vdek/Prochnow | S. 32: Tino Sieland | S. 33: shapecharge/iStock/Getty Images E+; Nikada/iStock/Getty Images | S. 34: Judith Haeusler/iStock/Getty Images; vdek | S. 35: vdek/Georg J. Lopata | S. 38: vdek/Georg J. Lopata; Cordula Feck | S. 41: Tim Gloystein/SOCIUM | S. 42: Medizinischer Dienst Bund | S. 43: SolStock/iStock/Getty Images | S. 44: DAK-Gesundheit/Getty Images | S. 46: BARMER | S. 48: chuchart duangdaw/iStock/Getty Images | S. 49: fstoimages/Malte Müller | S. 50: ndanko/iStock/Getty Images Plus

DER VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (vdek)

Beim vdek arbeiten bundesweit fast 800 Beschäftigte. Hauptsitz des Verbandes mit mehr als 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist die Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit nahezu 450 Beschäftigten sowie knapp 40 Mitarbeiterinnen und 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://vdek.com/ueber_uns/landesvertretungen)

vdek online

vdek.com



 vdek



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