

ersatzkasse magazin.

5. AUSGABE 2026

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

G 20634



Datenbasierte Versorgung stärken

Gezielte Nutzung von
Gesundheitsdaten: sicher,
praxisnah und nachhaltig

»Nur mit Transparenz kann man auch Akzeptanz schaffen«

Interview mit Dr. Sonja
Optendrenk, unparteiische
Vorsitzende des Gemeinsamen
Bundesausschusses (GBA)

Pflegequalität sichtbar machen

Neues Qualitätssystem soll
bessere Orientierung geben

udek 
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 Notfall: Vernetzung #116117 und #112 zu #Gesundheits-leitstelle gehört zu den Kernelementen der **#Notfallreform!** [...] Vernetzte Gesundheitsleitsysteme geben den Versicherten Orientierung, stellen passgenaue Versorgung sicher, sparen Ressourcen und müssen jetzt schnell auf den Weg gebracht werden. Gleichzeitig gilt es, die Anzahl der **#Leitstellen** von aktuell bundesweit 244 maßgeblich zu reduzieren. Eine Regierungskommission hat bereits 2023 festgestellt, dass [...]

in vdek Arzneimittel: Keine Standortklausel zulasten der Beitragszahler! Mit dem GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz (BStabG) wurde beschlossen, dass auf patentgeschützte Arzneimittel ein zusätzlicher Herstellerabschlag fällig wird, mit dem auch die Pharmaindustrie einen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Beiträge leisten soll. [...] Deutschland gehört zu den Ländern mit einer besonders schnellen Verfügbarkeit neuer Medikamente. Dafür zahlt die GKV hohe Arzneimittelpreise. [...]



EDITORIAL

Eine lange Liste an Aufgaben

Das wichtige Gesetzesvorhaben zur Finanzstabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) – hat zwar die parlamentarischen Hürden genommen, aber abgeschlossen ist es damit noch lange nicht. In einigen Bereichen – Krankenhäuser, Pharma, Psychotherapie, (haus)ärztliche Vergütung – wird es durch Entschließungsanträge wieder aufgeweicht, es sei denn, Gesundheitsminister Linnemann gelingt es, entsprechende Maßnahmen zur Gegenfinanzierung durchzusetzen. Sonst wird es eng mit den Sparzielen und stabilen Beitragssätzen. Finanziell eng ist die Lage auch in der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Der Minister will das Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) nun rasch durchs Kabinett bringen, um die Finanzierungslücke von bis zu zehn Milliarden Euro für 2027 zu schließen. Eine Fachkommission soll darüber hinaus strukturelle Vorschläge für eine Reform der Pflege entwickeln. Auch in der GKV sollen jetzt die Strukturreformen angegangen werden. Manche davon liegen schon länger in der Pipeline, wie die Notfallreform oder auch das Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG). Mit beiden Gesetzen werden wichtige Voraussetzungen für die Etablierung einer künftigen Primärversorgung mit digitaler Ersteinschätzung, E-Überweisung und einer Plattform für schnellere Termine geschaffen. Außerdem wird eine bessere Nutzung von Gesundheitsdaten ermöglicht, wie unser Schwerpunkt zeigt. Um möglichst viel Evidenz und Transparenz geht es auch der neuen unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), Dr. Sonja Optendrenk. Im Interview betont sie, dass der GBA ausreichend Handlungsspielraum bräuchte sowie Rahmenbedingungen, unter denen er evidenzbasiert entscheiden könne.

Michaela Gottfried

Abteilungsleiterin Kommunikation beim vdek

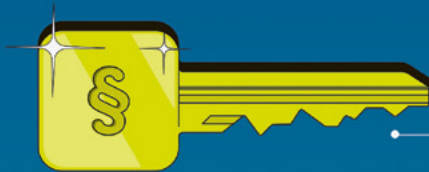
Ein neues Qualitätssystem in der Langzeitpflege soll pflegebedürftige Personen und pflegende Angehörige dabei unterstützen, die für sie passende Pflege zu erhalten. Die Darstellung und Vergleichbarkeit von Qualität ist ein wesentlicher Bestandteil.

→ **Mehr dazu auf Seite 12**

Zertifizierte Präventionskurse leisten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit. Um mit diesen wirksamen Angeboten möglichst viele Menschen zu erreichen, wurde unter anderem eine neue Website entwickelt, die einen zentralen und niedrigschwelligen Zugang ermöglicht. → **Mehr dazu auf Seite 14**

32 Datenbasierte Versorgung stärken

SCHWERPUNKT Gesundheitsdaten gelten als ein Schlüssel für eine moderne, evidenzbasierte Gesundheitsversorgung. Mit dem Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) und dem Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) entstehen neue Rahmenbedingungen, um Daten für Forschung, Innovation und Versorgungsanalysen besser nutzbar zu machen. Voraussetzung dafür sind jedoch hohe Standards bei Datenschutz, Datensicherheit und Interoperabilität.



**ersatzkasse
magazin.
online**

www.vdek.com/magazin



20

»Nur mit Transparenz kann man auch Akzeptanz schaffen«

INTERVIEW Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) trifft richtungsweisende Entscheidungen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Seit Juli dieses Jahres führt Dr. Sonja Optendrenk das Gremium als unparteiische Vorsitzende. Im Interview spricht sie über die Herausforderungen der aktuellen Gesundheitspolitik, die Bedeutung des GBA für die Versorgung und die Notwendigkeit, Entscheidungen transparent und nachvollziehbar zu vermitteln.





Bewegung: Genialer Allrounder für die Kindesentwicklung

ERSATZKASSEN Kinder bewegen sich immer weniger und entwickeln zunehmend motorische Defizite. Die Folgen reichen von Einschränkungen der Grob- und Feinmotorik bis zu gesundheitlichen Risiken im späteren Leben. Dabei ist Bewegung weit mehr als Training für den Körper: Sie fördert auch die geistige Entwicklung, Sprache und soziale Kompetenzen. Präventionsprogramme wie „Fitness für Kids“ können bereits im Kita- und Grundschulalter Bewegungsfreude vermitteln.



AKTUELL

- 6 Honoraranstieg
- 7 Doppelspitze der BARMER
- 8 Aus dem GBA
- 9 Delegation und Digitalisierung fördern

POLITIK & VERSORGUNG

- 10 Stärkung der Patientensicherheit
- 12 Pflegequalität sichtbar machen
- 14 Mehr Prävention im Alltag
- 16 Vermeidbare Gesundheitsschäden
- 18 Grenzenlose Versorgung in der EU
- 20 Interview: Dr. Sonja Optendrenk
- 25 #regionalstark
- 31 Einwurf

SCHWERPUNKT

- 34 Neue Perspektiven für die Datennutzung
- 36 Forschungsdatenzentrum Gesundheit
- 38 Agentische Künstliche Intelligenz

ERSATZKASSEN

- 40 Arzneiverordnungen auf Rekordniveau
- 41 Viele verschweigen Beschwerden
- 42 Bewegung: Genialer Allrounder

VERMISCHTES

- 44 Soziale Selbstverwaltung: Gelebte Demokratie
- 45 Podcast: Hype um Supplements
- 46 PS: Volle Innovationskraft voraus!
- 46 Impressum

Honoraranstieg um mehr als 1,1 Milliarden Euro

Der Bewertungsausschuss aus Vertreterinnen und Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat sich auf den Orientierungswert für ärztliche Leistungen 2027 geeinigt: Der Orientierungswert, nach dem sich die Preise für alle vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen berechnen, soll um 2,2 Prozent steigen. Diese Anhebung entspricht einer Honorarerhöhung von über 1,1 Milliarden Euro. „Mit dieser Entscheidung ist die ärztliche Versorgung auch im nächsten Jahr solide finanziert – und dies trotz der sehr angespannten Finanzlage der GKV“, erklärte vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Der Vergütungsanstieg von 2,2 Prozent berücksichtigt die gestiegenen Kosten der Praxen wie Personalkosten und Mieten. Der Beschluss ist Grundlage für die Verhandlungen in den Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). „Als Gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärztinnen und Ärzten sind wir zusammen in der Verantwortung, hier gute Lösungen zu entwickeln“, so Elsner weiter. Alle haus- und kinderärztlichen Leistungen, Impfungen, neue Untersuchungen und Behandlungsmethoden werden unbegrenzt und ohne Budgetgrenze finanziert. „Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) nimmt lediglich Änderungen an der Vergütung zurück, von denen man sich eine bessere Versorgung versprochen hatte, die nachweislich nicht eingetreten ist. Diese Fakten dürfen in der Kommunikation mit Versicherten nicht unter den Tisch fallen“, betonte Elsner abschließend. *pm*



Verwaltungsrat der BARMER beschließt Doppelspitze



Die BARMER richtet ihre Führungsstruktur neu aus und wird ab dem kommenden Jahr auf Vorstandsebene von einer alternierenden Doppelspitze geführt. Der Verwaltungsrat hat auf seiner Sitzung am 16. September 2026 in Berlin **Simone Schwering** (Foto oben), derzeit stellvertretende Vorstandsvorsitzende der BARMER, ab dem 1. Januar 2027 für zwölf Monate zur Vorstandsvorsitzenden gewählt. Zum 1. Januar 2028 wird **Uwe Repschläger** (Foto mittig), seit vielen Jahren in Leitungsfunktionen der BARMER tätig, das Amt für ein Jahr übernehmen. Unabhängig vom jährlich wechselnden Vorsitz werden beide Vorstandsmitglieder die BARMER gleichberechtigt führen, die Verantwortung für die Leitung gemeinsam tragen und ihre Entscheidungen auf Augenhöhe treffen. Künftig wird Schwering die Geschäftsbereiche Personal und Organisation, Vertrieb, Kundenservice und Informationstechnologie verantworten, Repschläger die Bereiche Finanzen, Versorgung, Controlling und das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung. Nach gut 15 Jahren als Vorstandsvorsitzender wird **Prof. Dr. Christoph Straub** (Foto unten) zum 31. Dezember 2026 sein Amt vor Ende der Vertragslaufzeit auf eigenen Wunsch hin niederlegen. „Mit ihm verlieren wir einen ausgewiesenen und hoch angesehenen Experten des Gesundheitswesens“, sagte Sylvi Krusch, Verwaltungsratsvorsitzende der BARMER. Zugleich zeigte sich der Verwaltungsrat überzeugt, dass die BARMER ihren erfolgreichen Kurs unter der künftigen Doppelspitze mit alternierendem Vorstandsvorsitz fortsetzen werde. Dieses Modell sei zudem ein wesentliches Merkmal der Weiterentwicklung der BARMER zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen, das auf gemeinsame Verantwortung, unterschiedliche Perspektiven und mehr Vielfalt in der Entscheidungsfindung setze. *pm*

Die Zahl der im Ausland erworbenen und in Deutschland anerkannten Berufsabschlüsse ist im Jahr 2025 erneut gestiegen. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, wurden 2025 rund 86.600 Anerkennungsanträge positiv beschieden, das sind knapp zehn Prozent mehr als im Jahr 2024 (79.100). Damit zeigt sich allerdings eine Verlangsamung des Wachstums (2024: +21 Prozent, 2023: +25 Prozent).

Der mit Abstand am häufigsten anerkannte Beruf war mit 32.000 Anerkennungen erneut der Beruf der Pflegefachfrau/des Pflegefachmanns (einschließlich der Vorgängerberufe Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:in sowie Gesundheits- und Krankenpfleger:in).

Am zweithäufigsten wurde der Beruf der Ärztin/des Arztes (13.900) anerkannt. Die meisten Anerkennungen stammen aus der Türkei (9.800), der Ukraine (8.300), Syrien (6.100), Indien und Tunesien (jeweils 5.400). *pm*



230.000

DIE ZAHL Jährlich erkranken mindestens 230.000 Menschen in Deutschland an Sepsis (umgangssprachlich Blutvergiftung genannt), mindestens 85.000 von ihnen überleben sie nicht. Bei dieser schwersten Verlaufsform einer Infektion gerät die körpereigene Immunabwehr außer Kontrolle und beginnt, die eigenen Organe zu schädigen. Unbehandelt endet eine Sepsis immer tödlich. Der Welt-Sepsis-Tag am 13. September 2026 stärkte das Bewusstsein für diese lebensbedrohliche Erkrankung. Der vdek unterstützt die 2021 ins Leben gerufene Kampagne #DeutschlandErkenntSepsis. *pm*
→ deutschland-erkennt-sepsis.de

GBA

AUS DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

www.g-ba.de

Ärztliche Zweitmeinung

In Deutschland werden überdurchschnittlich viele Linksherz-Katheteruntersuchungen durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine invasive bildgebende Methode, um die linke Herzkammer und die Gefäße (Arterien) zu untersuchen. Werden an den Herzkranzarterien Verengungen festgestellt, können sie durch die transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung aufgeweitet und mit einer Gefäßstütze (Stent) behandelt werden. Der GBA hat daher beschlossen, dass gesetzlich Versicherte künftig eine zweite ärztliche Meinung

einholen können, wenn ihnen dieser planbare Eingriff aufgrund ihrer chronischen koronaren Herzkrankheit empfohlen wird. Für eine reine Diagnostik der chronischen koronaren Herzkrankheit steht mit der Computertomographie-Koronarangiographie ein nicht-invasives Verfahren zur Verfügung.

Screening auf Darmkrebs

Derzeit gibt es keine ausreichenden Belege, die für ein organisiertes Screening auf Darmkrebs für Personen unter 50 Jahren mit einem familiären Risiko sprechen. So lässt sich die Studienlage zusammenfassen, auf die der GBA seinen Beschluss vom 20. August 2026 stützt. Er hat daher die Richtlinie zur organisierten Krebsfrüherkennung nicht geändert. Aktuell wird allen gesetzlich Versicherten ab 50 Jahren

die Früherkennung auf Darmkrebs angeboten. Sie können entweder alle zwei Jahre einen Test auf Blut im Stuhl machen oder zweimal im Abstand von zehn Jahren eine Darmspiegelung (Koloskopie) durchführen lassen.

Neue Früherkennung für Kinder

Künftig wird es auch für Kinder im Alter zwischen 9 und 10 Jahren ein ärztliches Früherkennungsangebot – bekannt als „U-Untersuchung“ – geben. Der Fokus liegt auf den Themen Übergewicht, körperliche Aktivität, digitaler Medienkonsum und psychische Auffälligkeiten. Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist die Impfberatung, um insbesondere die Rate der Impfungen gegen Humane Papillomaviren (HPV) sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen zu erhöhen.^{pm}



11.–13.10.2026 Auf dem **World Health Summit** in Berlin diskutieren unter dem Motto „From Crisis to Resilience: Innovating for Health“ Akteur:innen aus allen Bereichen des weltweiten Gesundheitswesens über die Herausforderungen der internationalen Gesundheitsversorgung und erarbeiten innovative Lösungsmodelle. → t1p.de/g2tiz



12.–13.11.2026 Auf dem **Neuen Qualitätskongress Gesundheit** in Berlin kommen Entscheidungsträger:innen aus Politik, Selbstverwaltung, Krankenkassen, Krankenhäusern, Ärzteschaft und Wissenschaft zusammen. Im Fokus stehen die aktuellen Strukturreformen und Herausforderungen im Gesundheitswesen. → t1p.de/03yb1



PRESSESCHAU

Primärversorgung

„Die frühere Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU) hatte angekündigt, noch in diesem Jahr einen Gesetzentwurf für die Primärversorgung vorzulegen. Allerdings tagt derzeit noch eine Expertenkommission. Sie soll bis Jahresende Vorschläge machen, wie sich die grundsätzliche Struktur des Gesundheitssystems verbessern lässt. Wenn die Bundesregierung die Vorschläge der Kommission ernst nehmen will, ist es schwierig, vorher eine so tiefgreifende Änderung wie die Primärversorgung zu präsentieren.“

SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, 23.09.2026

Terminvergabe

„Angestoßen hatte die jüngste Diskussion in der CDU-Führung Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann. Er hatte die unterschiedliche Terminvergabe an gesetzlich und privat Versicherte im Präsidium angesprochen, erzählen Teilnehmer. Wenn sich der Eindruck verfestige, Privatversicherte bekämen sofort Leistungen, während gesetzlich Versicherte Wochen oder Monate warten müssten, sei dies ein „Gerechtigkeitsproblem“.“

HANDELSBLATT, 23.09.2026

Pflegereform

„Tatsächlich stehen Linnemann als Nachfolger der heutigen Kanzleramtschefin Nina Warken (CDU) zahlreiche wichtige Reformen im Gesundheitssektor bevor. Insbesondere die strukturellen Änderungen und Einsparungen bei der Pflege werden den Minister fordern, angesichts der Milliardendefizite im System. Linnemann hatte zuletzt angekündigt, für die Vorbereitung einer umfassenderen Pflegereform eine Expertenkommission einzusetzen.“

RHEINISCHE POST, 21.09.2026

Delegation und Digitalisierung konsequent fördern

Im Zuge des angekündigten Gesetzentwurfs für ein Primärversorgungssystem appelliert der vdek an die Politik, stärker auf die Delegation ärztlicher Leistungen mit Unterstützung digitaler Instrumente zu setzen. Nur so lassen sich die Herausforderungen des demografischen Wandels und knapper werdender ärztlicher Ressourcen bewältigen. Wie dieses Zusammenspiel in der Praxis funktionieren kann, erprobt der vdek bereits im Projekt „Regionale Gesundheitspartner der Ersatzkassen“. So wird beispielsweise der Einsatz von Nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa) mit einem sogenannten Telemedizinrucksack im Versorgungsalltag getestet genauso wie die Delegation ärztlicher Leistungen an Physician Assistants. Boris von Maydell, Vorstandsvertreter und Abteilungsleiter Ambulante Versorgung beim vdek, ist überzeugt: „Durch das intelligente Zusammenspiel von Digitalisierung und Delegation werden Versorgungsprozesse beschleunigt, Ressourcen zielgerichtet eingesetzt und Ärztinnen und Ärzte können sich auf ihre Kernaufgaben fokussieren. Diese Bausteine sollten deshalb neben der digitalen Ersteinschätzung, der E-Überweisung und einer Plattform zur schnelleren Terminvermittlung zu den zentralen Elementen eines künftigen Primärversorgungssystems gehören.“ pm

→ t1p.de/c9vog



Rund 87 Prozent der Versicherten sind mit der Pflegeberatung ihrer Pflegekasse zufrieden.

Das geht aus dem Bericht zur Evaluation der Pflegeberatung des IGES-Instituts im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes hervor. Im Vergleich zur letzten Erhebung aus dem Jahr 2023 ist das ein Anstieg der Zufriedenheit um fast 5 Prozent. **Die Pflegekassen bieten demnach ein verlässliches und qualitativ hochwertiges Beratungsangebot an, das von den Versicherten als neutral und fachlich kompetent wahrgenommen wird.** Neben dem sehr positiven Bild der Beratungsqualität zeigt die Evaluation jedoch Verbesserungsbedarf bei der Sichtbarkeit des Angebots und der Nutzung digitaler Formate auf. pm

Pflegereform vorantreiben: Weitere strukturelle Schritte erforderlich

Im Zuge der Debatte um das Pflegeeneuordnungsgesetz (PNOG), die kurz vor der geplanten Kabinettsfassung Ende September 2026 entbrannt ist, hat der vdek an die Koalitionäre von SPD und CDU/CSU appelliert, den Zeitplan für die Pflegereform jetzt voranzutreiben. Die soziale Pflegeversicherung (SPV) steht vor einer Finanzierungslücke von bis zu zehn Milliarden Euro im Jahr 2027.

Daher braucht es einen Kabinettsbeschluss, der sowohl die Finanzierung der SPV zumindest für dieses und das kommende Jahr sichert als auch die versprochene Beitragssatzstabilität gewährleistet. Zu den gebotenen politischen Sofortmaßnahmen gehören die Zusage des Bundes, die Coronakosten von einmalig rund fünf Milliarden Euro zurückzuzahlen, die die SPV dem Staat während der Pandemie geliehen hat. Weiteren Spielraum brächte die Übernahme der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige von aktuell rund fünf Milliarden Euro jährlich. Dass Gesundheitsminister Dr. Carsten Linnemann nach der Einleitung des PNOG-Gesetzgebungsverfahrens eine Kommission einrichten will, die über kurzfristige Stabilisierungsmaßnahmen hinaus Lösungen für eine zukunftsfeste Pflegeversicherungsstruktur erarbeiten soll, begrüßt der vdek. Bestandteil muss dann auch ein Solidarausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung sein, um das aktuell bestehende Ungleichgewicht zu beseitigen. pm



Patientensicherheit als Schlüssel für eine bessere Versorgung

Anlässlich des Internationalen Tags der Patientensicherheit am 17. September 2026 hat vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner an alle im Gesundheitswesen Beschäftigten appelliert, die Patientensicherheit weiter zu stärken. Für eine **stärkere Sicherheitskultur im Gesundheitswesen** engagieren sich der vdek und seine Mitgliedskassen gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) seit vielen Jahren.

Kranke oder pflegebedürftige Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass die Sicherheit bei der Behandlung einen sehr hohen Stellenwert hat“, betonte Elsner. Das sei auch wichtig, um knappe Ressourcen im Gesundheitswesen effizient einzusetzen und das solidarische Gesundheitssystem zu stärken. Im Aufbau eines sicheren Gesundheitssystems habe sich in den letzten 30 Jahren schon viel getan. Checklisten, interdisziplinäre Medikationspläne, Behandlungsteams, klare Verantwortlichkeiten und Strukturen könnten dazu beitragen, Behandlungsfehler oder Medikationsprobleme zu vermeiden und Informationsverluste an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung abzubauen. Auch die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten sei ein wichtiger Faktor, der noch weiter ausgebaut werden könne. Dazu trägt die vom vdek unterstützte Aufklärungskampagne → deutschland-erkennt-sepsis.de bei, die für die frühe Erkennung der lebensbedrohlichen Erkrankung sensibilisiert. Darüber hinaus haben die Ersatzkassen mit dem Meldesystem → mehr-patientensicherheit.de ein Angebot geschaffen, über das Versicherte und Angehörige kritische Ereignisse und Sicherheitsrisiken sowie besonders gelungene Gesundheitsversorgung auf einer Internetseite melden können (→ **Kasten auf Seite 11**). „Doch können wir noch besser werden“, so die Vorstandsvorsitzende. Jede vermiedene Komplikation, jede verhinderte Fehlbehandlung und jede unnötige Wiedereinweisung entlaste auch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und alle Menschen, die im Gesundheitssystem arbeiten.

Das APS widmete den diesjährigen Welttag der Patientensicherheit der Frage, was zu einer sicheren Versorgung für chronisch kranke Menschen gehört.



In ihrem Grußwort auf der APS-Veranstaltung zum diesjährigen Welttag der Patientensicherheit spricht sich Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, für eine stärkere Sicherheitskultur im Gesundheitswesen aus.

Ersatzkassenprojekt gewinnt 2. Platz bei Deutschem Preis für Patientensicherheit

→ mehr-patientensicherheit.de, eine Initiative des vdek und seiner Mitglieds-kassen, hat beim Deutschen Preis für Patientensicherheit den zweiten Platz belegt. Mit dem Preis würdigt das APS herausragende Projekte, die einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit leisten. Auf → mehr-patientensicherheit.de können Versicherte und Angehörige anonym ihre Erfahrungen aus der Gesundheitsversorgung mitteilen. Inzwischen wurden knapp 2.000 Fallberichte gesammelt. Sie zeigen einerseits, was besonders gut lief und zum Standard werden sollte und andererseits, wo Prozesse im Versorgungsalltag zu optimieren sind. Zudem erscheinen auf der Website regelmäßig aus den Berichten abgeleitete Tipps für Versicherte. „Wir sind stolz auf die Anerkennung. Die Vielzahl und hohe Qualität der eingegangenen Berichte unterstreicht einmal mehr, wie unverzichtbar die Perspektive der Versicherten für das Thema Patientensicherheit ist“, so vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Das Webportal ging im Februar 2024 mit Unterstützung des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Stefan Schwartze, an den Start. „Diese Auszeichnung kann dazu beitragen, dem Projekt noch mehr Aufmerksamkeit zu verschaffen und die Perspektive von Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen stärker in die Weiterentwicklung der Versorgung einzubeziehen“, so Schwartze. Denn eine Stärkung der Patientensicherheit könne nur gelingen, wenn sowohl positive als auch negative Erfahrungen berichtet, ausgewertet und in konkrete Verbesserungsmaßnahmen überführt würden. *pm*

Im Zuge einer zweitägigen Veranstaltung im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin setzte es mit zahlreichen Expertinnen und Experten, Engagierten und Interessierten wichtige Impulse. Rund 40 Millionen Menschen in Deutschland leben nach Angabe des APS mit einer chronischen Erkrankung, das oft über viele Jahre oder ihr ganzes Leben. Nicht selten müsse das Leben umgestellt und vielleicht der Beruf gewechselt werden. Die Krankheit beanspruche durch häufige Besuche bei Ärztinnen und Ärzten, regelmäßige Therapien und vorbeugende Maßnahmen viel Zeit und erfordere finanzielle Aufwände, die teilweise selbst getragen werden müssten. Gleichzeitig zählten

Freuen sich über die Auszeichnung für das Webportal → mehr-patientensicherheit.de (v. l.): Sibylle Malinke (wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kompetenzzentrum Medizin des vdek), Dr. Marcus Rall (Gründer und Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Patientensicherheit), Prof. Dr. Albrecht Stier (stellvertretender Vorsitzender des APS), Maren Teichmann (Pressesprecherin der KKH), Dr. Viola Sinirlioglu (Beauftragte für Patientensicherheit der DAK-Gesundheit), Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg (Vorsitzende des APS) und Dr. Franziska Diel (Generalsekretärin des APS).



chronische Erkrankungen auch zu den größten Treibern für Krankheitsgeschehen und Kosten im Gesundheitssystem. Das APS forderte eine konsequente Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen, Schnittstellen und digitaler Vernetzung. Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Vorsitzende des APS, betonte, dass ein gutes Leben mit chronischer Erkrankung eine stabile Versorgung brauche, die Patientinnen und Patienten aktiv einbinde und Übergänge lückenlos gestalte. *pm*



Pflegequalität stärken und sichtbar machen



Text von **Sandra Schwarz**

Wer auf professionelle Pflege angewiesen ist, möchte sich selbst oder seine Angehörigen in guten Händen wissen. Ein **neues Qualitätssystem** in der Langzeitpflege soll dazu beitragen. Dieses beinhaltet auch eine Qualitätsdarstellung, die Orientierung gibt und dabei hilft, die Qualität verschiedener Pflegeanbieter zu erkennen und zu vergleichen.

Die Auswahl eines geeigneten Pflegeanbieters ist besonders herausfordernd und von großer Bedeutung. Unterstützen sollen dabei die Veröffentlichungsportale der Pflegekassen, wie beispielsweise der → pfege.lotse.de vom vdek. Dort werden die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen sowie weitere Angaben der Pflegeanbieter als Qualitätsdarstellung veröffentlicht. Dies ermöglicht den Vergleich verschiedener Pflegeanbieter, gibt einen Überblick über die erbrachte Pflegequalität und das Leistungsangebot und hilft bei der Auswahl eines geeigneten Pflegeanbieters.

Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die pflegerische Versorgung sicherzustellen, die Qualität der Pflege weiterzuentwickeln und die Rechte von Pflegebedürftigen zu stärken. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) 2008 und dem zweiten Pflege-Stärkungsgesetz (PSG II) 2017 wurde das gesetzliche Qualitätssystem in der Langzeitpflege umfassend reformiert. Auf wissenschaftlicher Grundlage wurde dazu ein neues Qualitätssystem entwickelt. Es besteht aus dem internen Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtung, der externen Qualitätsprüfung und der Darstellung der Qualität. Das neue Qualitätssystem wurde 2019 in die stationäre und zum 1. Juli 2026 in die ambulante Pflege eingeführt. Damit wurden auch die bekannten „Pflegenoten“ endgültig abgeschafft, die insbesondere aufgrund ihrer begrenzten Aussagekraft in die Kritik geraten waren.

In der neuen Qualitätsdarstellung werden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen differenzierter veröffentlicht und sollen die tatsächliche Pflegequalität stärker in den Mittelpunkt rücken. Dieses Ziel ist aus Sicht des vdek jedoch noch nicht erreicht, da die Qualitätsdarstellung zwar fachlich präziser, aber auch komplexer und umfangreicher geworden ist. Sie muss alltagstauglich werden und auf den ersten Blick erkennbar machen, ob eine Pflegeeinrichtung eine gute Pflegequalität aufweist und welche Pflegeeinrichtung im Vergleich die bessere Versorgung leistet. Diese Weiterentwicklung fordert der vdek aktiv ein und erwartet wichtige Erkenntnisse aus der gesetzlich vorgesehenen Evaluation des stationären Qualitätssystems.

Grundlage der Qualitätsdarstellung sind die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen. Diese sind ein unverzichtbares Instrument des Qualitätssystems.

Sie zeigen auf, wo Pflege gut funktioniert und wo Schwachstellen bestehen, stoßen Verbesserungen an und stellen damit Pflegequalität dauerhaft sicher. Auch die Qualitätsprüfungen wurden weiterentwickelt. Während vorher die Pflegedokumentation im Mittelpunkt stand, drehen sich die Fachgespräche heute stärker um die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen.

Perspektivisch soll aus Sicht des vdek der beratungsorientierte Ansatz weiter ausgebaut und zu einer partnerschaftlichen Begleitung weiterentwickelt werden. Denkbar ist beispielsweise eine Art Patenschaft, bei der Pflegeeinrichtungen einen festen und verlässlichen Partner an ihrer Seite haben, der die internen Strukturen, Prozesse und Entwicklungen kennt und sie dauerhaft und individuell nach Bedarfslage begleiten kann.

Die Qualitätsdarstellung ist der Teil des Qualitätssystems, der bei den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen ankommt. Dahinter stehen zahlreiche Verfahren, die unter anderem bei den vdek-Landesvertretungen in ihrer Funktion als Landesverbände der Pflegekassen ablaufen. Die Landesverbände beauftragen die Qualitätsprüfungen, verantworten die Veröffentlichung der Qualitätsdarstellung, gestalten die Rahmenbedingungen in der Pflege mit und wirken darauf hin, dass sich die

Perspektivisch soll aus Sicht des vdek der beratungsorientierte Ansatz weiter ausgebaut und zu einer partnerschaftlichen Begleitung weiterentwickelt werden.

Qualität bei den Pflegeanbietern kontinuierlich weiterentwickelt. Mit der Umstellung auf das neue Qualitätssystem mussten auch diese Verfahren angepasst werden. Der vdek hat daher auf Bundesebene die Initiative ergriffen und ein kassenartenübergreifendes Vorgehen vorangetrieben. So wurden zum 1. Juli 2026 bundesweit einheitliche Rahmenbedingungen für die Umsetzung des neuen Qualitätssystems durch die Landesverbände der Pflegekassen geschaffen. Dadurch werden parallele Strukturen vermieden und ein einheitliches Vorgehen sowie eine verlässliche Qualitätssicherung unterstützt. ■



Sandra Schwarz
ist Referentin
in der Abteilung
Gesundheit beim
vdek

Neue Suchseite bietet Chance für mehr Prävention im Alltag

Text von **Melanie Dold** und **Ria Maguhn**

Zertifizierte Präventionskurse der gesetzlichen Krankenkassen stehen allen Versicherten offen. Mit einer neuen Plattform, fachlicher Beratung und der stärkeren Nutzung der ärztlichen Präventionsempfehlung sollen künftig noch mehr Menschen von den nachweislich wirksamen Angeboten profitieren.



Melanie Dold ist Referatsleiterin Zentrale Prüfstelle Prävention in der Abteilung Gesundheit beim vdek



Ria Maguhn ist Referentin in der Abteilung Gesundheit beim vdek

Präventionsangebote tragen erwiesenermaßen dazu bei, gesundheitliche Beschwerden frühzeitig zu vermeiden oder zu reduzieren. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur körperlichen und psychischen Gesundheit. Damit Versicherte auf qualitativ hochwertige und wirksame Angebote vertrauen können, übernimmt die Zentrale Prüfstelle Prävention seit 2014 im Auftrag aller gesetzlichen Krankenkassen die bundesweit einheitliche Qualitätssicherung der Präventionsangebote nach § 20 SGB V. Grundlage dafür ist der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands, der kontinuierlich mit wissenschaftlicher Expertise weiterentwickelt wird. Geprüft werden Präventionskurse in Präsenz und als Onlineformat sowie die Qualifikationen der Kursleitungen. Erfüllen die Angebote die festgelegten Qualitätsanforderungen des Leitfadens Prävention, erhalten sie das Siegel „Deutscher Standard Prävention“ und können von den Krankenkassen (anteilig) erstattet werden. Die Kursangebote müssen nach drei Jahren erneut geprüft werden, die Kursleitungen bleiben dauerhaft anerkannt. Jährlich werden über 100.000 Anträge geprüft.

Die Bandbreite an zertifizierten und selektierbaren Kursangeboten sowie anerkannten Kursleitungen ist seit Jahren groß und hat sich fortlaufend erweitert. Aktuell stehen den Versicherten über 120.000 Präventionsangebote (mehrheitlich Präsenzangebote) in den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement sowie Sucht zur Verfügung. Am stärksten vertreten ist der Bewegungsbereich mit rund 65.000 Angeboten, gefolgt von Stress- und Ressourcenmanagement (etwa 40.000 Angebote). Neben allgemeinen Bewegungskursen umfasst das Angebotsspektrum auch spezielle Verfahren wie Aquagymnastik, Nordic Walking und Pilates sowie Beckenbodentrainings zur Stärkung der Frauengesundheit. Positiv ist auch die Gesamtreichweite der Angebote mit jährlich gut 1,9 Millionen teilnehmenden Versicherten – Tendenz steigend.

Die Wirksamkeit der Maßnahmen ist im wissenschaftlichen Umfeld vielfach nachgewiesen. Bestätigt wurden die positiven Effekte erneut durch eine umfangreiche Evaluation des GKV-Spitzenverbands anhand der Bewegungskurse (Präsenzangebote). Bei den Teilnehmenden wurden nicht nur Beschwerden

und Schmerzen signifikant reduziert, sondern auch nachhaltig mehr Bewegung und eine Stärkung der psychischen Gesundheit erreicht.

Damit diese wirksamen Angebote möglichst viele Menschen erreichen, ist ein einfacher Zugang zu diesen von besonderer Bedeutung. Vor diesem Hintergrund wurde im Sommer 2026 die neue Website → praevention-direkt-finden.de im Namen aller Krankenkassen veröffentlicht, aktiv begleitet durch die Bundesärztekammer. Die Plattform bietet einen zentralen und niedrighschwelligen Zugang zu zertifizierten Präventionskursen und unterstützt damit insbesondere Fachkräfte im Gesundheitsbereich bei der Suche nach passenden Angeboten.

Besonders unterstützend ist das digitale Tool für Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Beratungsstellen direkt im Praxisalltag und bei der Beratung ihrer Patientinnen und Patienten. Durch den regelmäßigen Kontakt können sie Präventionsbedarfe frühzeitig erkennen und auf geeignete Angebote aufmerksam machen. Die einfach selektierbaren Angebote sind für Anfängerinnen und Anfänger geeignet, alltagsnah und werden mit Titel, Inhalt und Zielsetzung übersichtlich dargestellt. Sie lassen sich über Filter gezielt eingrenzen, etwa nach Online- oder Präsenzkursen vor Ort, nach Angeboten für Kinder und Jugendliche sowie für ältere Menschen.

Zahlreiche Ergebnisse aus Einzelstudien deuten darauf hin, dass Präventionsangebote verbindlicher



genutzt werden, wenn Fachpersonen die Maßnahmen empfehlen. Eine wichtige Rolle spielt dabei die persönliche Empfehlung durch Gesundheitsfachkräfte. Zusätzliche Impulse kann die ärztliche Präventionsempfehlung (Muster 36) geben. Dieses Instrument wird bislang selten eingesetzt, bietet jedoch großes Potenzial, die Inanspruchnahme wirksamer Präventionsangebote weiter zu erhöhen.

Zugleich entwickeln sich die Angebote kontinuierlich weiter und orientieren sich immer stärker an den unterschiedlichen Lebenslagen der Versicherten. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gewinnen beispielsweise Kurse zur Sturz-, Arthrose- und Osteoporoseprävention sowie Angebote wie etwa solche zur Resilienz von pflegenden Angehörigen an Bedeutung. Onlineformate ermöglichen zudem eine flexible Teilnahme im Alltag und erreichen verstärkt auch Männer und jüngere Personen. Darüber hinaus greifen sie aktuelle gesellschaftliche Herausforderungen auf, etwa die Förderung sozialer Teilhabe und die Vermeidung von Einsamkeit.

Die Kombination aus qualitätsgesicherten Präventionsangeboten, wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit und einem einfachen digitalen Zugang schafft gute Voraussetzungen, um noch mehr Menschen für Prävention zu gewinnen. Damit kann Prävention ihre Wirkung dort entfalten, wo sie den größten Nutzen bringt: im Alltag der Versicherten. ■■

→ praevention-direkt-finden.de

Zahlreiche Ergebnisse aus Einzelstudien deuten darauf hin, dass Präventionsangebote verbindlicher genutzt werden, wenn Fachpersonen die Maßnahmen empfehlen.



Vermeidbare Gesundheitsschäden verursachen Milliardenkosten

Der Medizinische Dienst hat im vergangenen Jahr bundesweit 11.735 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. In jedem vierten Fall (3.098 Fälle) stellte er einen Behandlungsfehler mit Schaden fest. Entsprechend fordert er **gesundheitspolitisches Handeln**. Denn unsichere Versorgung verursacht nicht nur unnötiges menschliches Leid, sondern auch erhebliche unnötige Kosten.

Aus der aktuellen Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung des Medizinischen Dienstes geht hervor, dass in 2.700 Fällen der Behandlungsfehler ursächlich für den erlittenen Schaden war. In 97 Fällen hat der Fehler zum Tod geführt oder wesentlich dazu beigetragen. Zwei Drittel aller erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe bezogen sich auf Leistungen in der stationären Versorgung, zumeist in Krankenhäusern (7.633 Fälle). Ein Drittel (4.073 Fälle) entfiel auf den ambulanten Bereich. Die 11.735 Verdachtsfälle umfassten knapp 1.000 verschiedene Diagnosen. Dabei würden die Begutachtungszahlen nur einen kleinen Ausschnitt des tatsächlichen Fehlergeschehens zeigen, so der Medizinische Dienst. Die Dunkelziffer sei hoch.

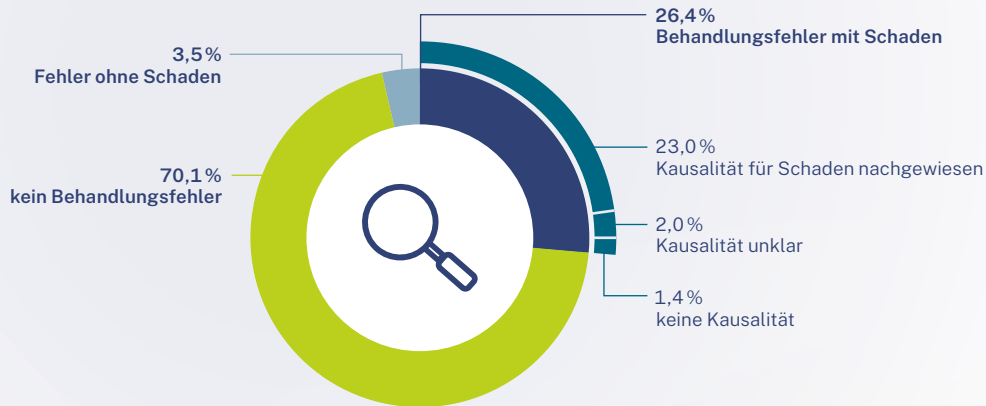
Wissenschaftliche Untersuchungen gingen davon aus, dass es bei etwa zwei bis vier Prozent der stationären Behandlungen zu vermeidbaren Schadensereignissen komme. Auf Deutschland übertragen entspreche das einer Größenordnung von rund 350.000 bis 700.000 Ereignissen pro Jahr. Dies führe zu zusätzlichen Behandlungen, längeren Krankenhausaufenthalten, dauerhaften Gesundheitsschäden und Pflegebedürftigkeit mit erheblichen Folgekosten für das Gesundheitssystem. Die OECD schätzt, dass in hochentwickelten Ländern rund 15 Prozent der Kosten der stationären Versorgung für die Folgen vermeidbarer Schadensereignisse aufgewendet werden. Übertrage man diesen Schätzwert auf die Krankenhausaufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland, ergebe sich für 2025 eine Größenordnung von rund 16,7 Milliarden Euro.

„Wir diskutieren intensiv über steigende Beitragssätze, Finanzierungslücken und Einsparpotenziale. Dann müssen wir auch darüber sprechen, wie viele Ressourcen durch vermeidbare Schäden in Medizin und Pflege gebunden werden“, sagt Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund. Nicht alle diese Kosten würden sich vermeiden lassen. „Aber jeder vermeidbare Schaden, den wir verhindern, bedeutet weniger Leid und vermeidet zugleich unnötige Folgekosten. Mehr Patientensicherheit ist deshalb auch eine Frage der Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitswesens.“

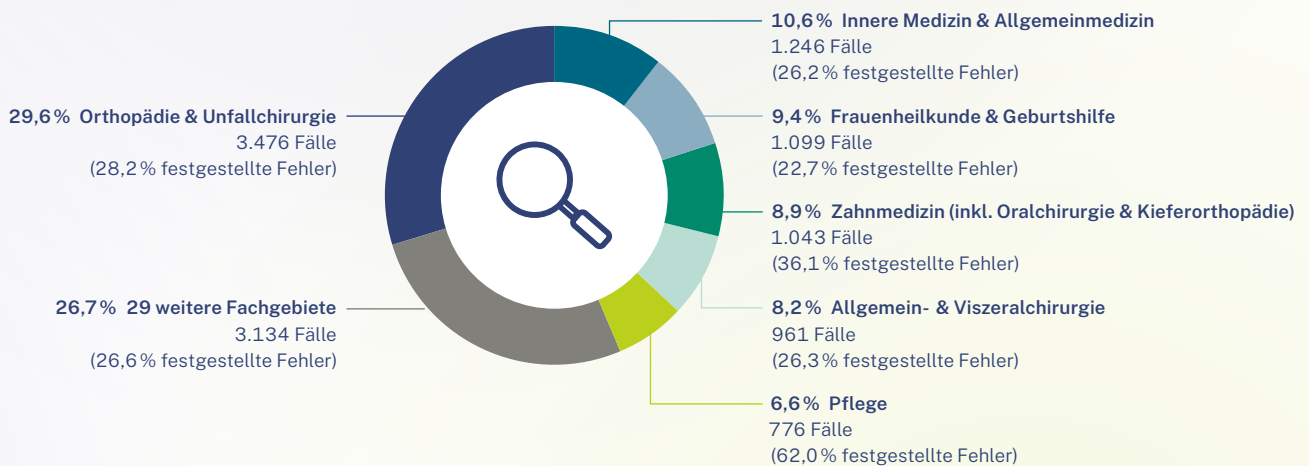
Systematische Maßnahmen zur Fehlervermeidung gelte es konsequent einzuführen und umzusetzen: Dazu gehörten ein obligatorisches, pseudonymisiertes und sanktionsfreies Meldesystem für schwere, aber eindeutig vermeidbare Schadensereignisse, sogenannte Never Events, sowie die Pflicht zur Offenheit der Leistungserbringenden. Behandelnde müssten gesetzlich verpflichtet werden, Patientinnen und Patienten umgehend zu informieren, wenn bei ihrer Behandlung etwas Unerwünschtes passiert ist und es Anhaltspunkte dafür gibt, dass ein Behandlungsfehler die Ursache sein könnte. Eine solche Informationspflicht stärke nicht nur die Rechte der Betroffenen. Sie schaffe auch einen zusätzlichen Anreiz, solche Ereignisse aufzuarbeiten und Maßnahmen zu ergreifen, damit sie sich nicht wiederholen.

150 Fälle stuften die Gutachterinnen und Gutachter als Never Events ein (2024: 134). Dazu zählen schwerwiegende Medikationsfehler, unbeabsichtigt im Körper zurückgebliebene Fremdkörper nach Operationen, Patienten- und

Gutachterliche Ergebnisse zu 11.735 vorgeworfenen Fällen



Verteilung der Vorwürfe auf die Fachgebiete (gruppiert)



Quelle: Medizinischer Dienst

Seitenverwechslungen, die zu erheblichen Schäden führen können. Wenn solche folgenschweren Fehler geschehen, weist das aus Sicht des Medizinischen Dienstes eindeutig auf Risiken im Versorgungsprozess hin, denen systematisch nachgegangen werden müsse, um weitere Schadensfälle zu verhindern. Never Events seien für das Erkennen, Umsetzen und Bewerten von Sicherheitsmaßnahmen wichtig und würden daher in vielen

Ländern erfolgreich für die Prävention genutzt. Deutschland hänge hinterher. International anerkannte Konzepte zur systematischen Fehlervermeidung sollten auch hierzulande eine Selbstverständlichkeit in der Versorgung sein. Dabei diene die Meldung von Never Events ausschließlich der Verbesserung der Patientensicherheit und sei frei von Haftungsfragen. Das müsse gesetzlich garantiert sein. *pm*

Grenzenlose Versorgung in der EU: ein Erfolgsmodell

Text von **Julian von Kleist**

Reisen ist eine der liebsten Urlaubsbeschäftigungen vieler Menschen. Natürlich gehört Gesundheit dazu, um den Urlaub unbeschwert zu genießen. Doch was ist, wenn man dann ernsthaft erkrankt? Die gute Nachricht: **Krankenversicherungsschutz** besteht für gesetzlich Versicherte auch im EU-Ausland.

Jeder gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland hat auf der Rückseite seiner Krankenversicherungskarte eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC). Die EHIC garantiert bei einem vorübergehenden Aufenthalt (zum Beispiel Urlaub) im EU-Ausland, Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz den Zugang zu medizinisch notwendigen Behandlungen zu denselben Bedingungen und Kosten wie für die Einwohner des jeweiligen Reiselands. Geregelt ist dies in den EU-Verordnungen (883/2004 und 987/2009).

Die grenzüberschreitende Versorgung in Europa ist ein Erfolgsmodell. Dies zeigt sich daran, dass Versicherte die EHIC im Ausland immer häufiger einsetzen. In diesem Jahr könnten ausländische Forderungen gegenüber deutschen Krankenkassen erstmals ein Volumen von einer Milliarde Euro erreichen. 2013 lagen diese Forderungen noch bei 600.000 Euro. Natürlich können auch ausländische Versicherte ihre EHIC in Deutschland einsetzen. 2025 hat sich die Höhe der deutschen Forderungen gegenüber dem Ausland auf 1,2 Milliarden Euro erhöht. Darunter sind nicht nur ausländische

Touristen, sondern auch in Deutschland wohnende Familienangehörige von im Ausland beschäftigten Deutschen.

Reisende sollten allerdings folgende Einschränkungen beachten: Es können nur medizinisch notwendige Behandlungen bei Vertragsärzten und Vertragskliniken im Ausland über die EHIC abgerechnet werden. Geplante Behandlungen sind nicht abgedeckt. Auch medizinisch notwendige Rücktransporte, Rettungskosten beispielsweise nach Skiunfällen, Behandlungen bei Privatärzten oder in Privatkliniken, Eigenanteile und Zuzahlungen (zum Beispiel für Arzneimittel) werden durch die EHIC nicht abgedeckt. Eine private Reiseversicherung ist für solche Risiken deshalb empfehlenswert.

Wie funktioniert grenzüberschreitende Krankenversorgung?

Ein Beispiel macht deutlich, wie die Versorgung im Detail funktioniert: Eine Familie, die Eltern Anna und Philipp mit Sohn Finn, macht Urlaub in Italien. Dort spielt Finn mit italienischen Jungs Fußball auf einem Campingplatz und wird dabei unglücklich am Fuß getroffen, der sofort stark schmerzt und



Julian von Kleist
ist Referent in der
Abteilung Politik/
Selbstverwaltung
beim vdek

anschwillt. Ganz klar: Hier liegt ein medizinischer Notfall vor. Anna, die Mutter von Finn, legt bei einem italienischen Vertragsarzt des italienischen Gesundheitsdienstes die EHIC vor. Zu beachten ist hierbei allerdings, dass es insbesondere in Urlaubsregionen viele Privatärzte gibt, die keine EHIC akzeptieren – deshalb besser vorher informieren anhand der Urlaubsermerklärungen der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA). Anna muss die in Italien vorgesehenen Zuzahlungen sofort leisten. Die medizinische Behandlung für das Röntgen wird aber über die EHIC abgerechnet.

Der italienische Vertragsarzt kann die Kosten für das Röntgen mit einer italienischen Krankenkasse abrechnen. Über die italienische Verbindungsstelle und die DVKA erreicht die zuständige deutsche Krankenkasse dann die entsprechende Kostenforderung. Die deutsche Krankenkasse prüft die Forderung und überweist berechtigt erhobene Kosten für die medizinische Behandlung an die DVKA, diese an die italienische Verbindungsstelle und letztere an die aushelfende italienische Krankenkasse.

Auf nationaler Ebene ist die Fachkonferenz DVKA das wichtigste Gremium für Fachfragen zur grenzüberschreitenden Versorgung.

Damit diese grenzüberschreitende Versorgung funktioniert, wurden und werden Arbeitsprozesse digitalisiert. Über das eigens eingerichtete IT-Netzwerk EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) haben deutsche Sozialversicherungsträger seit 2019 Nachrichten in sieben Millionen Fällen an europäische Sozialversicherungsträger übermittelt.

Was leistet der vdek?

Das zuvor beschriebene Fallbeispiel mit Italien ist idealtypisch. In der Praxis stoßen die Ersatzkassen auf komplexe Konstellationen in der grenzüberschreitenden Versorgungspraxis. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist in den Gremien der DVKA vertreten und koordiniert die Interessen der Ersatzkassen gegenüber der DVKA und ausländischen Trägern, indem er auf Probleme aufmerksam

Wichtige Gesetzesänderung umgesetzt

Der vdek und die Ersatzkassen haben durch die Arbeit in der DVKA wichtige Verbesserungen erzielt und eine missbräuchliche Nutzung des Systems abstellen können: Immer mehr Versicherte der privaten Krankenversicherung (PKV) hatten sich nach Überschreiten der Altersgrenze (über 55 Jahre) im Ausland mit einer Scheinbeschäftigung anstellen lassen. Auf diesem Umweg wurde Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erlangt. Einige Makleragenturen haben hier ein regelrechtes Geschäftsmodell aufgebaut, um PKV-Versicherten den Weg in die GKV zu erschleichen. Dieses Schlupfloch wurde auf Initiative des vdek Ende 2025 gesetzlich geschlossen.

macht und Lösungen durchsetzt. Die DVKA passt daraufhin gegebenenfalls nationale Leitlinien an oder bespricht die adressierten Probleme bilateral mit ausgewählten europäischen Staaten oder in der europäischen Verwaltungskommission, in der alle EU- und EWR-Staaten vertreten sind.

Auf nationaler Ebene ist die Fachkonferenz DVKA das wichtigste Gremium für Fachfragen zur grenzüberschreitenden Versorgung. In einem weiter zusammenwachsenden Europa dient diese Arbeit nicht nur der Harmonisierung des Regelwerkes, sondern hilft reisefreudigen Versicherten ganz konkret. ■



»Nur mit Transparenz kann man auch Akzeptanz schaffen«

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) entscheidet als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Seit Juli dieses Jahres ist **Dr. Sonja Optendrenk** unparteiische Vorsitzende des GBA. Im Interview erläutert sie den Einfluss des GBA, kommentiert die aktuellen gesundheitspolitischen Reformen und betont die Notwendigkeit, Entscheidungen klar und offen zu kommunizieren.

Interview von Michaela Gottfried und Annette Kessen

Sie waren als Volkswirtin viele Jahre im Bundesgesundheitsministerium tätig, anschließend im Bundeskanzleramt, zuletzt waren Sie Staatssekretärin im Hessischen Gesundheitsministerium. Jetzt sind Sie als erste Frau unparteiische Vorsitzende des GBA. Was reizt Sie an Ihrem neuen Amt und inwiefern helfen Ihnen diese beruflichen Erfahrungen?

DR. SONJA OPTENDRENK Im Nachhinein hört sich so ein Lebenslauf immer logisch an, so als hätte es gar nicht anders kommen können. Wobei mich die unterschiedlichen Erfahrungen tatsächlich gut auf meine neue Verantwortung vorbereitet haben. Angefangen hat es mit meinem Studium der Volkswirtschaftslehre, wo ich mich im Schwerpunkt mit Sozialpolitik beschäftigt habe. Beim Verband Forschender Arzneimittelhersteller als Referentin für Politik wurde mir klar, dass mir Politik und Verwaltung gut liegen würden. Und so bin ich dann auf verschlungenen Wegen im Referat Arzneimittelversorgung des

Bundesministeriums für Gesundheit angekommen. Im Bundeskanzleramt ging es dann mehr um das Gesundheitssystem als Ganzes, was letztlich auch eine sehr gute Vorbereitung für mein Amt beim GBA war. Zudem hilft mir, dass ich durch meine Tätigkeit als Staatssekretärin auch die Perspektive der Länder auf die Gesundheitsversorgung kenne.

Welche Bedeutung hat der GBA für das Gesundheitswesen?

Es heißt oft: Wenn man den GBA nicht hätte, müsste man ihn erfinden. Ich glaube, das stimmt. Hier treffen alle aufeinander, die die Grundlagen für die Versorgung legen: die GKV, die Leistungen bezahlen muss, mit fünf stimmberechtigten Mitgliedern, die Leistungserbringer mit ebenfalls fünf stimmberechtigten Mitgliedern, drei unparteiische stimmberechtigte Mitglieder und die Patientenvertretung ohne Stimmrecht. Die Selbstverwaltung hat den Vorteil, dass sie



nah an den Versicherten, der Praxis ist – und somit gut funktionierende, bestmögliche Lösungen finden kann. Dafür braucht es aber ausreichend Handlungsspielraum. Und Rahmenbedingungen, unter denen wir evidenzbasiert entscheiden können. Dem Ansatz der Evidenzbasierung fühlen sich hier alle verpflichtet, auch wenn die Studien und Schlussfolgerungen daraus manchmal unterschiedlich bewertet werden. Aber genau das ist unsere Aufgabe, unterschiedliche Positionen zusammenzuführen, im Sinne einer guten und wirtschaftlichen Versorgung. Wir erreichen in den meisten Fällen einen Konsens. Es ist selten, dass wir etwas streitig entscheiden müssen.

Es gibt immer wieder Auseinandersetzungen mit der Politik zur Legitimation des GBA. Wie bewerten Sie diese?

Meiner Wahrnehmung nach ist die Akzeptanz und Wertschätzung für die Kraft, die Selbstverwaltung

entfalten kann, im Laufe ihrer langen Tradition leider etwas geschwunden. Das möchte ich ändern. Es soll wieder ins Bewusstsein kommen, dass die Selbstverwaltung bestimmte Dinge besser lösen kann als die Politik. Dafür müssen wir der Politik wiederum sagen, was wir brauchen, um dieser Rolle gerecht werden zu können. Da will ich Überzeugungsarbeit leisten. Wir machen unsere Entscheidungen seit vielen Jahren transparent und legen dar, wie wir zu den Entscheidungen gelangt sind. Damit müssen wir stärker durchdringen. Nur mit Transparenz schafft man auch Akzeptanz.

Inwiefern haben sich die Aufgaben des GBA im Laufe der Zeit verändert?

Klar ist, dass wir immer neue Aufgaben bekommen, beispielweise auch im Zuge der aktuellen Reformen. Diese Aufgaben sind von unterschiedlicher Komplexität, einige Aufträge sind besser formuliert, manche



»Ich sehe es als unsere Aufgabe an, die Politik dahingehend zu beraten, wie man Dinge vielleicht besser machen kann.«

schlechter. Das hängt oft davon ab, ob ein politischer Kompromiss gefunden werden musste. Unabhängig von neuen Aufträgen überprüfen wir natürlich regelhaft die vorhandenen Richtlinien und können hier innerhalb des gesetzlichen Rahmens selbst neue Akzente setzen. Zudem klinken wir uns in politische Debatten ein, teilen unsere Erfahrungen und geben Anregungen, etwa mit Blick auf Qualitätssicherung oder den Pharmadialog. Ich sehe es als unsere Aufgabe an, die Politik dahingehend zu beraten, wie man Dinge vielleicht besser machen kann.

Sie haben sich gleich zu Beginn Ihrer neuen Tätigkeit zum sehr umstrittenen Thema „Abnehmspritze“ öffentlich positioniert. Warum?

Mir ist wichtig, dass wir uns in der Gesellschaft überhaupt über das Thema Adipositas unterhalten. Als 2004 der sogenannte Lifestyle-Paragraf gemacht wurde, gab es noch keine zur Behandlung von Adipositas zugelassenen Arzneimittel,

die Anerkennung als Erkrankung war ohnehin noch ganz neu. Daher schließt der Paragraf bislang gewichtsregulierende Medikamente von der Erstattung durch die GKV generell aus. Jetzt sind wir 20 Jahre weiter und medizinische Leitlinien befassen sich mit Adipositas als einer chronischen Erkrankung. Deshalb müssen wir uns damit auseinandersetzen, ob es Arzneimittel oder andere Behandlungsmethoden gibt, die bei Adipositas helfen können. Wir müssen den medizinischen Nutzen genauso bewerten wie für jede andere Erkrankung auch. Ich finde es in einem solidarischen Gesundheitssystem nicht in Ordnung, wenn man sich eine Erkrankung nicht richtig anguckt. Adipositas ist ein medizinisches und mit Blick auf Stigmatisierung auch ein gesellschaftliches Problem. Daher brauchen wir eine Debatte darum, unter welchen Rahmenbedingungen welche Behandlungsoptionen sinnvoll wären und möglicherweise von der GKV bezahlt werden könnten.

Befürchtet werden Kosten in Höhe von Milliarden Euro. Wie lässt sich eine Ausgewogenheit zwischen guter Versorgung und Wirtschaftlichkeit erreichen?

Hätten wir Adipositas von Beginn an behandelt wie alle anderen Erkrankungen auch, würden wir uns diese Frage heute gar nicht stellen. Wir bezahlen für die Behandlung vieler Krankheiten sehr viel – was gut so ist, weil die Menschen Anspruch auf eine gute Versorgung haben. Natürlich muss auch die Behandlung von Adipositas evidenzbasiert und wirtschaftlich sein. Man könnte es ähnlich wie bei Medikamenten zur Tabakentwöhnung machen: Nach der Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers wurde vom GBA geschaut, was diese Suchterkrankung ausmacht und unter welchen Rahmenbedingungen es sinnvoll wäre, ausgewählte Medikamente zu erstatten. Das Ergebnis: Unter bestimmten Begleitbedingungen und nur für bestimmte Zeit

wird die Behandlung bezahlt. Wenn es so etwas auch für Adipositas-Arzneimittel geben soll, wirken wir gerne beratend und umsetzend mit.

Ein sehr wichtiges Arbeitsfeld des GBA ist die Nutzenbewertung von neuen patentgeschützten Arzneimitteln im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG). Wie bewerten Sie das Verfahren grundsätzlich?

Ich halte das AMNOG als System der frühen Nutzenbewertung für sehr gut. Es regelt seit 2011 die Preisbildung für neu zugelassene Medikamente mit neuen Wirkstoffen. Dafür werden sie direkt nach Markteinführung innerhalb von sechs



Monaten vom GBA – unterstützt vom Institut für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) – dahingehend bewertet, ob es einen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie gibt. Danach bemisst sich dann der Preis, die generelle Erstattung wird nicht infrage gestellt. Gegenüber vielen anderen europäischen Ländern haben wir damit den Vorteil, dass neue Medikamente direkt in die Versorgung kommen. Das ist gut für die Versicherten und die Hersteller. Trotzdem ist es anschließend wichtig, evidenzbasiert zu schauen, ob das Medikament einen zusätzlichen Nutzen gegenüber einer bereits verfügbaren und in der Regel preisgünstigeren Vergleichstherapie besitzt. An diesem System würde ich grundsätzlich nicht rütteln wollen.

Und wo sehen Sie Veränderungsbedarf?

Konkret würde ich mir zuerst Regelungen anschauen, die zu einer Privilegierung im AMNOG-System führen. Stichwort Orphan Drugs, also Arzneimittel zur Prävention, Diagnose und Behandlung von seltenen Erkrankungen.

Europäisch wurde gesagt, dass Orphan Drugs gefördert und Anreize für entsprechende Forschung gesetzt werden müssen. In Deutschland wird deshalb bei neuen Orphan Drugs automatisch ein Zusatznutzen als belegt angesehen. Eine Nutzenbewertung findet erst statt, wenn sie im ersten Jahr mehr als 30 Millionen Euro Umsatz mit der GKV gemacht haben. Die Idee dahinter: Orphan Drugs werden beim Zusatznutzen und damit auch die Preisbildung privilegiert, weil sie aufgrund weniger Fallzahlen voraussichtlich wenig Umsatz machen. Jetzt sehen wir aber, dass Bewertungen nach Überschreiten der Umsatzschwelle immer öfter vorkommen. Das führt zu drei Schwierigkeiten: Erstens muss auf Basis von Daten zur Markteinführung ein Jahr später eine zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmt werden. Das kann zu Bewertungsproblemen führen, da ältere Daten mit aktuellen Therapien verglichen werden. Zweitens entsteht für Unternehmer und GBA durch die zweifache Betrachtung ein erheblicher Aufwand. Und drittens läuft aktuell gerade das sogenannte EU-HTA-Verfahren an, also die europäische Nutzenbewertung, die eine Privilegierung von Orphan Drugs gar nicht vorsieht. Das heißt, es wird auf europäischer Ebene ab dem ersten Tag eine Nutzenbewertung durchgeführt. Da stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoller wäre, auch in Deutschland direkt eine Nutzenbewertung zu machen und die Privilegierung komplett in die Preisverhandlungen des GKV-Spitzenverbandes mit dem Hersteller zu verschieben. Damit entbürokratisieren wir das System und machen es zugleich konsistent – auch mit dem EU-HTA-Verfahren.



»Da stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoller wäre, auch in Deutschland direkt eine Nutzenbewertung zu machen und die Privilegierung komplett in die Preisverhandlungen des GKV-Spitzenverbandes mit dem Hersteller zu verschieben.«

Blicken wir auf das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz. Es stellt Vorsorgeleistungen auf den Prüfstand, etwa das Mammografie- sowie Hautkrebs-Screening und den Gesundheits-Check-up. Welche Rolle kommt dem GBA dabei zu und wie bewerten Sie das?

Grundsätzlich ist es gut, dass der Gesetzgeber uns den Auftrag gegeben hat, bestimmte Früherkennungen zu überprüfen, denn wir wollen ja wirksame Leistungen. Wenn man feststellt, dass womöglich Menschen nicht richtig erreicht werden, muss beispielsweise hinterfragt werden, ob die Intervalle, die Altersgruppen, die Inhalte stimmen. Unterscheiden muss man dann zwischen einem kompletten Ausschluss einer Früherkennungsleistung und der Frage, ob sie weiterentwickelt werden sollte. Ein kompletter Leistungsausschluss würde bedeuten, dass eine Untersuchung in der Früherkennung auch im Einzel- oder Ausnahmefall nicht mehr erbracht werden darf zulasten der GKV.





Dr. Sonja Optendrenk, geboren am 10. April 1972 in Nettetal, schloss 1996 ein Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Trier ab. Anschließend arbeitete sie dort als wissenschaftliche Mitarbeiterin sowie als Referentin für Gesundheitssystementwicklung beim Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa). Nach einem Regierungsreferendariat war sie ab 2002 als Referentin im Bereich der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Bundesgesundheitsministerium (BMG) tätig. 2005 wechselte sie als Referentin für Gesundheitspolitik ins Bundeskanzleramt und erstellte zeitgleich ihre Promotion über Reformen am Apothekenmarkt. Ab 2010 hatte sie verschiedene Leitungsfunktionen im Bundeskanzleramt inne. In den Jahren 2018 bis 2022 übernahm sie unterschiedliche Leitungsfunktionen im BMG. Von 2024 bis 2026 war sie Staatssekretärin im Hessischen Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege. Seit dem 1. Juli 2026 ist Dr. Sonja Optendrenk unparteiische Vorsitzende des GBA.

Liegt da nicht auch ein Kern des Problems in der Versorgung? Dass es leichter ist, neue Leistungen in den GKV-Katalog aufzunehmen, als alte Leistungen auszuschließen?

Der GKV-Katalog soll dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, neue Leistungen sind dafür unumgänglich. Der förmliche Ausschluss von bestehenden Leistungen durch den GBA ist möglich – aber ein solcher Ausschluss lässt dann auch keinerlei Ausnahmen mehr zu. Stattdessen ist es ja so, dass der medizinische Fortschritt zahlreiche Leistungen fortlaufend obsolet macht, ganz ohne eine Ausschlussentscheidung.

Das Gesetz zielt außerdem auf die Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) im Krankenhaus ab. So sollen nichtmedikamentöse NUB künftig einer Methodenbewertung unterzogen werden. Ein richtiges Vorhaben?

Bislang gibt es zwei unterschiedliche Grundsätze: Im ambulanten Bereich darf man nur das machen, was ausdrücklich erlaubt ist. Im stationären Bereich darf man alles so lange machen, bis es verboten ist. Die Idee dahinter ist, dass ein Krankenhaus in seinem Angebot auch innovativ sein soll. Es gibt allerdings bereits eine Einschränkung über die Finanzierung. Krankenhäuser können einen sogenannten NUB-Antrag auf ein zusätzliches Entgelt nur dann stellen, wenn die NUB aus der Fallpauschale nicht finanzierbar ist. Aber da geht es eben nur um die Finanzierung, nicht um die generelle Möglichkeit der Erbringung. Das Gesetz sieht jetzt ein erweitertes Verfahren für NUB vor, zu denen eine Anfrage auf ein höheres Entgelt gestellt wird. Bisher kamen für dieses sogenannte § 137h-Verfahren beim GBA nur NUB mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen infrage. Diese Eingrenzung auf hohe Risikoklassen entfällt jetzt. Und wir bekommen wieder den Auftrag, zentral das Potenzial als notwendige Behandlungsalternative zu bewerten und gegebenenfalls qualitätssichernde Maßnahmen für Krankenhäuser vorzusehen, die keine Hochschulkliniken sind. Aktuell stellen wir das Verfahren

dahingehend neu auf, wir müssen dann schauen, welche Effekte und Erkenntnisse das bringt.

Die ambulante Versorgung soll mit der Einführung eines Primärversorgungssystems weiterentwickelt werden. Was sind Ihre Erwartungen?

Das Primärversorgungssystem ist momentan ein sehr schillernder Begriff, unter dem alle was anderes verstehen. Es gilt fast als eine Art Heilsbringer. Man muss sich vor allem überlegen, was eigentlich erreicht und wer wie gesteuert werden soll, also wie die Menschen in die jeweils für sie richtige Versorgung gebracht werden können. Es sind noch viele Fragen offen. Beispielsweise wurden vor über 20 Jahren Disease-Management-Programme (DMP) zur besseren Versorgung chronisch kranker Menschen aufgelegt, was bereits eine Steuerung beinhaltet. Da muss man überlegen, ob man das integriert. Als GBA können wir da inhaltlich eine ganze Menge beitragen, weil wir uns eben schon lange mit DMP beschäftigen. Was grundsätzlich unbedingt erforderlich ist, damit das Primärversorgungssystem greift, ist eine transparente Dokumentation. Da fehlt uns leider immer noch die funktionierende elektronische Patientenakte (ePA). Diese zu befüllen, ist eine Sache. Aber es braucht auch eine gute Struktur, damit ich die relevanten Dinge schnell und einfach finde.

Welche Themen stehen thematisch für die nächsten Monate bei Ihnen im GBA an oberster Stelle?

Wir haben die oben genannten neuen gesetzlichen Aufträge – unter anderem Teilarbeitsunfähigkeit, Hautkrebs-Screening, Gesundheitsuntersuchungen –, die wir natürlich mit Inhalten füllen werden. Zudem stehen weitere Strukturreformen an, die das BMG auf der Basis der Reformempfehlungen der Finanzkommission Gesundheit auf den Weg bringen will. Hier werden wir uns intensiv einbringen. Insbesondere auch im Bereich der Bündelung von Aufgaben und der Entbürokratisierung. ■

Ambulante Versorgung 2040: patientenorientiert und sektorenverbindend

Veranstaltung der vdek-Landesvertretung Hessen
am 11.08.2026 in Frankfurt

#regionalstark

ist eine gemeinsame
Öffentlichkeitsinitiative
der Ersatzkassen



Diskutierten über den hessischen Weg zur Modernisierung der ambulanten Versorgung (v.l.): Ulrike Elsner, Claudia Ackermann (beide vdek), Prof. Dr. Christian Höftberger (Hessische Krankenhausgesellschaft), Thomas Eckhardt (Ambulance Coördinatie Centrum Haaglanden), Stefan Sydow (Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege), Frank Dastych (Kassenärztliche Vereinigung Hessen), Moderator Florian Albert und Daria Hunfeld (Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants)

VDEK-LANDESVERTRETUNG HESSEN

Ein „Weiter So“ ist keine Option mehr

Die ambulante Versorgung in Hessen ist das Rückgrat des Gesundheitssystems. Gleichzeitig gerät sie zunehmend unter Druck. **Eine alternde Bevölkerung, Fachkräftemangel und wachsender Versorgungsbedarf treffen auf Strukturen und Prozesse aus einer Zeit reichlicher personeller und finanzieller Ressourcen.** Dies dürfte sich künftig noch weiter verschärfen: mehr chronisch kranke Patient:innen, weniger Personal und noch knappere Mittel. Ein Blick über die Grenzen zeigt, wie sich gegensteuern lässt. In den Niederlanden übernehmen Hausärzt:innen eine klare Lotsenfunktion, multiprofessionelle Teams steuern Patientenströme gezielt. „Die richtige Behandlung durch den richtigen Behandler an der richtigen Stelle“, betonte Thomas Eckhardt vom Ambulance Coördinatie Centrum Haaglanden auf dem diesjährigen Ersatzkassenforum zum Thema „Ambulante Versorgung 2040: patientenorientiert und sektorenverbindend“. Auch hierzulande gewinnen neue Berufsbilder an Bedeutung:

Physician Assistants können Ärzt:innen signifikant entlasten, erklärte Daria Hunfeld, Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants. Nach einem Grußwort von Stefan Sydow aus dem hessischen Gesundheitsministerium wurde in der Podiumsdiskussion deutlich, dass für die Modernisierung der ambulanten Versorgung drei Stellschrauben als entscheidend gelten: bessere Steuerung der Patient:innen, engere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit klar geregelten Verantwortlichkeiten und Nutzung digitaler Anwendungen sowie eine stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Claudia Ackermann, Leiterin der hessischen vdek-Landesvertretung, brachte es in ihrem Fazit auf den Punkt: **„Wir haben kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem. Wir müssen jetzt gemeinsam die Weichen für das Jahr 2040 stellen: Eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung entsteht durch mehr Kooperation, nicht durch Abschottung.“** *hk*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BAYERN

Gesunde Beschäftigte, starke Pflege

Gesund arbeiten, besser pflegen: Unter diesem Motto haben sich rund 90 Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei einer gemeinsamen Online-Veranstaltung der vdek-Landesvertretung Bayern in Kooperation mit Health Care Bayern e. V. darüber informiert, wie Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser ihre Beschäftigten langfristig gesund, motiviert und im Beruf halten können. **Im Mittelpunkt stand das ersatzkassengemeinsame Angebot MEHRWERT:PFLEGE.** Es unterstützt Krankenhäuser sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen dabei, gesundheitsförderliche Strukturen aufzubauen und ein nachhaltiges Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) zu etablieren. Ziel ist es, die Gesundheit der Beschäftigten zu stärken und Einrichtungen bei ihrer gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung zu begleiten. Welche Bedeutung ein wirksames BGM für Arbeitszufriedenheit und Mitarbeiterbindung



hat, zeigte Joachim Görtz, Leiter der Landesgeschäftsstelle Bayern und Leiter der Stabsstelle Gesundheitsprävention des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa). Johanna Drewicke, Referentin beim vdek, stellte das Angebot MEHRWERT:PFLEGE und dessen Umsetzung in der Praxis vor. Ergänzend präsentierte Dr. Doris Gebhard von der Technischen Universität München

aktuelle Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt EMMA zur Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege, das im Auftrag des vdek durchgeführt wurde. Die Veranstaltung machte deutlich: **Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen und ein systematisches BGM sind wichtige Voraussetzungen, um Fachkräfte zu gewinnen, zu binden und gesund im Beruf zu halten.** Damit leisten sie einen entscheidenden Beitrag zur Zukunftsfähigkeit der Pflege und zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. *lf*

VDEK-LANDESVERTRETUNG BERLIN/BRANDENBURG

Politische Positionen der Ersatzkassen: Forderungen und Impulse für Berlin

Zur Wahl des Berliner Abgeordnetenhauses am 20. September 2026 haben die vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg und die Ersatzkassen ihre gesundheitspolitischen Positionen vorgelegt. **Unter dem Titel „Bausteine für eine zukunftsfeste Gesundheits- und Pflegeversorgung in Berlin“ haben sie deutlich gemacht, welche Weichen aus ihrer Sicht gestellt werden müssen – im Wahlkampf und mit Blick auf die neue Legislaturperiode.** Die Herausforderungen sind vielfältig: Die Versorgung muss stärker am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet, besser vernetzt und effizienter gesteuert werden. Dafür braucht es unter anderem eine zukunftsfeste Krankenhausstruktur, ein verbindliches Primärversorgungssystem, eine integrierte Notfallversorgung und eine bezahlbare Pflege. Auch Prävention und Digitalisierung müssen

konsequent gestärkt werden. Viele der anstehenden Reformen werden auf Bundesebene angestoßen, ihre erfolgreiche Umsetzung entscheidet sich jedoch wesentlich vor Ort. Berlin ist deshalb

gefordert, die notwendigen strukturellen, finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu schaffen und die Akteure stärker zusammenzubringen. **Mit rund 1,9 Millionen Versicherten sind die Ersatzkassen der größte Kassenverbund innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Berlin.** Daraus leiten sie einen klaren Gestaltungsanspruch ab. Nach der Wahl gilt daher: Die Positionen sollen nicht nur Forderungen bleiben, sondern Impulse für die Gesundheitspolitik der neuen Legislaturperiode geben. Die Ersatzkassen stehen bereit, diesen Prozess mit Erfahrung und Expertise konstruktiv zu begleiten. *ug* → t1p.de/59qzs



in vdek Mecklenburg-Vorpommern Gutes Signal für pflegende Angehörige – gerade in Mecklenburg-Vorpommern! **#Bundesgesundheitsminister** Carsten Linnemann hat angekündigt, die von seiner Vorgängerin und heutigen Chefin des **#Bundeskanzleramtes**, Nina Warken, im Pflegeordnungsgesetz vorgesehene Kürzung der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige korrigieren zu wollen. Die Rentenpunkte sollen erhalten bleiben. [...]

in vdek Schleswig-Holstein „Heute ist Tag der **#Selbsthilfe**. Sie ist ein unverzichtbarer Bestandteil unseres Gesundheitswesens. Die vielen ehrenamtlich tätigen Menschen verdienen Anerkennung und Unterstützung für ihr großes Engagement“, würdigt Claudia Straub, Leiterin der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein, die wertvolle Arbeit. In Selbsthilfegruppen finden Menschen, die von einer Krankheit, [...]

VDEK-LANDESVERTRETUNG BADEN-WÜRTTEMBERG

Redebedarf zu wichtigen Gesetzen

Die vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg hat zwei Mitglieder des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag, Simone Fischer (Bündnis 90/Die Grünen) und Prof. Dr. Matthias Hiller (CDU), zu einem gesundheitspolitischen Austausch eingeladen. Im Mittelpunkt der Gespräche in Stuttgart standen das geplante Pflegeordnungsgesetz (PNOG) und das beschlossene GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG). Mehr als 6 Millionen Menschen erhalten Leistungen aus der Pflegeversicherung. Gemeinsam wurde hinterfragt: **Erreichen wir die Pflegebedürftigen und ihre individuellen Bedarfe?** Wie soll die Pflegeversicherung zukünftig finanziert werden, ohne die Beitragszahler zu überfordern? Wer kann in Baden-Württemberg den kontinuierlich steigenden Eigenanteil von derzeit 3.657 Euro monatlich in der stationären Pflege

zukünftig noch bezahlen? **Die Eigenanteile könnten deutlich niedriger sein, wenn das Land seiner Verantwortung nachkommen und die Investitionskosten der Pflegeheime vollständig übernehmen würde.** Ein weiteres Thema war die zukünftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Michael Mruck, Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg: „Das nunmehr vom Bundestag beschlossene BStabG ist sicherlich nur ein erster Schritt im Sinne einer Akutmaßnahme, um die Krankenkassen kurzfristig finanziell zu stabilisieren. Gut ist, dass das Gesetz jetzt beschlossen worden ist, auch wenn wir uns als Ersatzkassen hier deutlich mehr gewünscht hätten. Klar ist aber natürlich auch, dass weitere strukturelle Reformschritte, insbesondere in der Krankenhauslandschaft und der ambulanten ärztlichen Versorgung, kommen müssen.“ *fw*



Simone Fischer, Bundestagsabgeordnete von Bündnis 90/Die Grünen (Foto links, 3. v.l.), und Prof. Dr. Matthias Hiller, Bundestagsabgeordneter der CDU (Foto unten, 3. v.l.) im Austausch mit Vertreter:innen der Ersatzkassen und des vdek.



VDEK-LANDESVERTRETUNG SACHSEN

Starke Partnerschaften, starke Prävention: Zehn Jahre gemeinsames Handeln für Gesundheit in Sachsen

Zehn Jahre Zusammenarbeit, ein gemeinsames Ziel: die Gesundheit der Menschen in Sachsen nachhaltig stärken. Unter dem Leitgedanken „Gemeinsam für eine gesunde Zukunft“ sind am 7. September 2026 mehr als 70 Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Sozialversicherung, Kommunen, Wissenschaft und Gesundheitswesen in Dresden zusammengekommen, um auf eine Dekade erfolgreicher Präventionsarbeit zurückzublicken und über die Herausforderungen der Zukunft zu diskutieren. Für den vdek und die Ersatzkassen ist die Bilanz eindeutig: Prävention gelingt besonders erfolgreich dort, wo Akteurinnen und Akteure gemeinsam Verantwortung übernehmen. Als Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen und Vorsitzende des Steuerungsgremiums von P. SACHSEN eröffnete Silke Heinke die Jubiläumsveranstaltung und würdigte die Entwicklung der vergangenen zehn Jahre. Grundlage dieses Erfolgs ist die Landesrahmenvereinbarung, die 2016 zur Umsetzung des Präventionsgesetzes im Freistaat geschlossen wurde. Unter diesem Dach arbeiten seither Sozialversicherung, Landespolitik und Kommunen gemeinsam daran, Gesundheitsförderung und Prävention entlang der gesamten Lebensspanne zu stärken. Ihr gemeinsames Ziel: Gesundheit dort fördern, wo Menschen leben, lernen, arbeiten und älter werden. „Heute verfügen wir über eine gemeinsame landesweite Präventionsstrategie“, betonte Heinke. „Die enge Zusammenarbeit der beteiligten Partner hat

dazu beigetragen, Präventionsangebote lebensphasenübergreifend auszurichten und gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Zugleich gilt es, die bestehenden Strukturen dynamisch weiterzuentwickeln, um auf neue gesellschaftliche und gesundheitliche Herausforderungen reagieren zu können.“ **Der Blick in die Zukunft machte deutlich, dass die Bedeutung von Prävention weiterwachsen wird.** Alexander Dierks (CDU), Präsident des Sächsischen Landtages, warb in seinem Grußwort dafür, die vorhandenen Potenziale konsequent zu nutzen. „Gesundheitliche Herausforderungen lassen sich nur gemeinsam bewältigen“, so Dierks. Einen ähnlichen Akzent setzte Dagmar Neukirch, Staatssekretärin im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt. „Gesundheit entsteht vor allem in den Lebenswelten der Menschen. Deshalb muss Prävention als Querschnittsaufgabe verstanden und in allen Politikbereichen mitgedacht werden.“ In der Podiumsdiskussion wurde deutlich, dass erfolgreiche Prävention vor allem eines braucht: Kontinuität. Einig waren sich die Diskutierenden, dass Gesundheitsförderung nur dann nachhaltig Wirkung entfalten kann, wenn gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen im Alltag geschaffen werden. Ebenso wichtig sind eine ressortübergreifende Strategie mit klaren Verantwortlichkeiten sowie der politische Wille, Prävention langfristig als gesellschaftliche Aufgabe zu verankern. *mk*



Rückten Prävention in den Fokus (v.l.): Dagmar Neukirch (Staatssekretärin im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt), Alexander Dierks (Präsident des Sächsischen Landtages), Silke Heinke (Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen), Ulrike Pernack (Vizepräsidentin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. und Abteilungsleiterin Gesundheit beim vdek), Ines Lüpfer (2. Beigeordnete Landkreis Leipzig und Sozialdezernentin), Prof. Dr. Susanne Moebus (Leiterin des Instituts für Urban Public Health Essen) und Dr. Jana Gärtner (Vizepräsidentin der Sächsischen Landesärztekammer und Leiterin des Gesundheitsamtes Bautzen)

Patientensteuerung im Wandel – Landesausschüsse mit Gästen im Austausch

Primärversorgung und Patientensteuerung sind derzeit in aller Munde. Grund genug für die Landesausschüsse der Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz und im Saarland, diese Themen Ende August 2026 in den Fokus ihres jährlichen gemeinsamen Strategieworkshops zu stellen. Eingeladen hatten sie dazu Dr. Jonas Fröhlich, zweiter Vorsitzender des Hausärzterverbandes Rheinland-Pfalz, den Geschäftsführer des Instituts für digitale Gesundheitsdaten (IDG) Rheinland-Pfalz, Philipp Kachel, sowie Michael John, Geschäftsführer der Ärztekammer des Saarlandes. **Auf Basis des vdek-Modells der Regionalen Gesundheitszentren waren schnell drei große Bereiche der Primärversorgung von morgen identifiziert: Patientensteuerung, Digitalisierung und Delegation.** Was es dafür braucht, sind



gesetzliche Rahmenbedingungen und Planungssicherheit. Denn wenn die Delegation wirklich funktionieren soll, muss diese am Bedarf orientiert und wirtschaftlich stattfinden. Eine entscheidende Rolle für eine gut gesteuerte Patientenversorgung spielt auch die digitale Transformation, zum Beispiel durch eine digitale Ersteinschätzung. **Der Gesetzgeber hat hierzu nun mit dem Gesetz für Daten und digitale Innovation im**

Gesundheitswesen (GeDIG) die allerersten Schritte unternommen – weitere müssen zügig folgen. Auch die Ersatzkassen bleiben bei dem Thema am Ball: Das gemeinsame Ersatzkassenforum Rheinland-Pfalz und Saarland am 10. November 2026 in Mainz widmet sich dieses Mal dem Thema „(Primär-)Versorgung mit System – Patientensteuerung neu gedacht.“ *tbö*

VDEK-LANDESVERTRETUNG THÜRINGEN

Impfen in Gesundheitsämtern möglich

In anderen Ländern längst gelebte Praxis und nun endlich auch in Thüringen möglich: Impfungen in den Gesundheitsämtern. Die Grundlage dafür wurde im vergangenen Juli durch eine Rahmenvereinbarung zwischen dem Thüringer Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie (TMSGAF) und den Landesverbänden der Krankenkassen gelegt. **Initiator und auch federführend für den Vorgang war die vdek-Landesvertretung Thüringen, in enger Zusammenarbeit mit dem Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz (TLV).** Was die Vereinbarung enthält: Thüringer Bürgerinnen und Bürger, die gesetzlich versichert sind, können sich die gängigen, von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen nun auch in den



regionalen Gesundheitsämtern verabreichen lassen. Die dabei entstehenden Sachkosten werden direkt mit den Krankenkassen abgerechnet. **Robert Schöning, Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen: „Die Impfvereinbarung gibt uns die wertvolle Möglichkeit, vorhandene Impflücken zu schließen.** Viele Menschen in

Thüringen sind nicht an eine Hausarztpraxis angebunden und erhalten deswegen häufig keinen Schutz vor vielen übertragbaren Krankheiten, wie zum Beispiel Diphtherie, FSME, Hepatitis A und B, Masern und vielen weiteren Erkrankungen, für die es eine verlässliche Impfung gibt. Über die Gesundheitsämter ist dieser Zugang nun besser gewährleistet. Die Kosten werden vollumfänglich durch die gesetzlichen Krankenkassen getragen.“ *ao*



Lebhafte Diskussion (v.l.): Hanno Kummer (vdek), Eva Hummers (Universitätsmedizin Göttingen), Björn-Ingemar Janssen (vdek), Mark Barjenbruch (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen), Matthias Berndt (Hausärztinnen- und Hausärztsverband Niedersachsen) und Nils Schneider (Medizinische Hochschule Hannover)

VDEK-LANDESVERTRETUNG NIEDERSACHSEN

Primärversorgung im Fokus des Ersatzkassenforums

Gute medizinische Versorgung ist weit mehr als nur eine Frage des Geldes. Gesetzlich Versicherte zahlen täglich rund eine Milliarde Euro ins Gesundheitssystem. Dennoch sind lange Wartezeiten auf Arzttermine an der Tagesordnung. Was ist zu tun? Dieser Frage gingen Expertinnen und Experten beim diesjährigen Ersatzkassenforum der vdek-Landesvertretung Niedersachsen nach. **Unter dem Titel „Primärversorgung: Game-Changer in der Praxis?“ diskutierten Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Wissenschaft, Gesundheitsversorgung und Krankenkassen in Hannover über die geplante Reform der ambulanten Versorgung und das Primärversorgungsmodell der Ersatzkassen.** Einigkeit herrschte darüber, dass die Herausforderungen im Gesundheitswesen größer werden. Neben langen Wartezeiten auf Facharzttermine zählen dazu eine komplexe Versorgungslandschaft sowie Begrenzungen beim Fachpersonal. „Wir erleben häufig Auseinandersetzungen um Vergütungen“, so Landesleiter Hanno Kummer. „Beim Thema Primärversorgung geht es um einen anderen Ansatz: Wie kann es mit vorhandenen Ressourcen gelingen, besser zu

werden? Und das ist ein richtiger Ansatz. Denn teuer ist nicht automatisch gut.“ **Einen gesundheitspolitischen Impuls setzte der niedersächsische Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi.** Fachliche Perspektiven brachten anschließend Prof. Dr. Eva Hummers, Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen, und Björn-Ingemar Janssen, Referatsleiter Ärzte beim vdek, ein. In der anschließenden Diskussion trafen Perspektiven aus Wissenschaft, Arztpraxen und Krankenkassen aufeinander. Dabei ging es unter anderem um die Frage, wie eine digitale Ersteinschätzung Patientinnen und Patienten Orientierung ermöglichen kann. Auch wenn es zu einzelnen Aspekten unterschiedliche Meinungen gab – dass der Gesetzgeber ein Primärversorgungsmodell einführen muss, war unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Ersatzkassenforums vollkommen unstrittig. Fazit von Hanno Kummer: „Eine Neuordnung ist notwendig, damit Patientinnen und Patienten künftig von vornherein und schneller die für sie passende Versorgung erhalten. Die Primärversorgung kann hier tatsächlich der Gamechanger sein.“ *siko*



EINWURF

Notfallreform: Bessere Versorgung durch zielgenaue Steuerung

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

Viele Versicherte fragen sich, was sie tun sollen, wenn sie oder ihre Angehörigen am Abend oder am Wochenende ein gesundheitliches Problem haben: Den Rettungswagen rufen? In die Notaufnahme gehen? Oder sind die Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) der richtige Anlaufpunkt? Auf diese drängenden Fragen gibt die Notfallreform Antworten, die voraussichtlich Anfang 2027 in Kraft treten wird. Nachdem es über mehrere Legislaturperioden immer wieder Anläufe gegeben hat, gelingt es dem neuen Bundesgesundheitsminister Dr. Carsten Linnemann, diese wichtige Reform über die Ziellinie zu bringen.

Mit der Reform werden zentrale Baustellen endlich angepackt. Denn gerade im Notfall zeigt sich die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems: Mehr Verbindlichkeit und moderne Steuerung schaffen Verlässlichkeit – und sichern die Versorgung für alle.

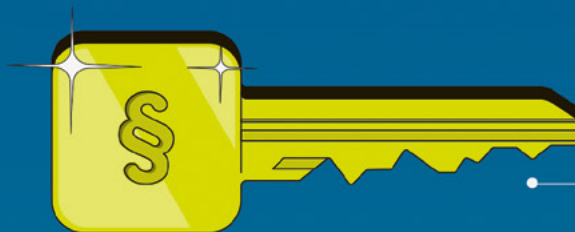
So ist die regelhafte, standardisierte Ersteinschätzung der Schlüssel dazu, Hilfesuchende von Beginn an zielgenau in die medizinisch passende Versorgungsebene zu lotsen. Sie ist das wirksamste Instrument gegen überfüllte Notaufnahmen und stark steigende Ausgaben durch immer mehr Rettungseinsätze. Denn allein zwischen 2023 und 2025 sind die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

für Flugrettung, Rettungs- und Notarztwagen um mehr als 20 Prozent gestiegen. Deshalb finden wir es richtig, dass Versicherte, die bereits am Telefon oder digital eine Ersteinschätzung durchlaufen haben, in den neuen Integrierten Notfallzentren – kurz INZ – bevorzugt versorgt werden. Das ist eine „Fast Lane“ für alle Patientinnen und Patienten, die dabei helfen, die Ressourcen im Gesundheitssystem zu schonen. Außerdem ist ein funktionierendes digitales Ersteinschätzungsverfahren eine gute Blaupause für das zukünftige Primärversorgungssystem.

Auch die engere Verknüpfung der Leitstellen der 112 und der 116 117 zu sogenannten Gesundheitsleitsystemen ist ein wichtiger Schritt – denn es sollte egal sein, welche Rufnummer die Versicherten wählen. Wichtig ist, dass sie von dort in die richtige Versorgung gelotst werden. Allerdings setzt der Gesetzgeber hier zunächst auf Freiwilligkeit: KV-Leitstellen und Rettungsleitstellen vernetzen sich nur dann zu Gesundheitsleitstellen, wenn die Leitstellenträger das wollen. Was wir aber dauerhaft brauchen, sind bundesweit einheitliche Lösungen mit vernetzten Leitstellen für die Hilfesuchenden. Und diese müssen neben dem Rettungswagen oder der Empfehlung für eine ärztliche Behandlung die Hilfesuchenden auch zu psychischen oder pflegerischen Versorgungsangeboten steuern dürfen. ■

Datenbasierte Versorgung stärken

Wie lassen sich Gesundheitsdaten so nutzen, dass sie Patientenversorgung, Forschung und Innovation voranbringen, ohne den Schutz sensibler Informationen zu gefährden? Mit dem Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) und dem Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) werden derzeit wichtige Weichen für eine datenbasierte Gesundheitsversorgung gestellt. Entscheidend sind dabei verlässliche Regeln für Datenschutz, Datensicherheit und den verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheitsdaten. Dabei sollten die Krankenkassen in die Ausgestaltung etwa der neuen Datenzugangsverfahren eingebunden werden. Auch die Finanzierung wird von zentraler Bedeutung sein.





Neue Perspektiven für die Datennutzung im Gesundheitswesen

Text von Anja Jungnickel

Bessere Versorgung durch gezielte Nutzung von Gesundheitsdaten: Mit dem **Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG)** will die Bundesregierung die Voraussetzungen für ein modernes, datenbasiertes Gesundheitswesen schaffen und die Umsetzung des Europäischen Gesundheitsdatenraums (EHDS) voranbringen. Ziel ist es, Forschung, Innovation und Versorgung gleichermaßen zu stärken. Entscheidend wird sein, die neuen Strukturen sicher, praxistauglich und nachhaltig umzusetzen.

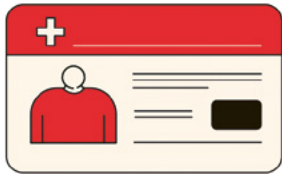
Am 15. Juli 2026 hat die Bundesregierung den Kabinettsentwurf zum GeDIG beschlossen. Das Gesetz soll Gesundheitsdaten stärker für Versorgung, Forschung und Innovation nutzbar machen. Dabei geht es nicht nur um neue digitale Anwendungen, etwa im Umfeld der elektronischen Patientenakte (ePA), sondern vor allem darum, vorhandene Gesundheitsdaten besser auszuwerten und für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens einzusetzen.

Ein zentraler Baustein ist die Umsetzung des EHDS (European Health Data Space). Dieser soll einen europaweit einheitlichen und datenschutzkonformen Rahmen für die gemeinwohlorientierte Nutzung von Gesundheitsdaten schaffen. Das GeDIG ergänzt hierfür das bestehende Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) und schafft die erforderlichen nationalen Strukturen.

Künftig soll ein dezentrales Zugangssystem für Gesundheitsdaten entstehen. Die beim

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Aufbau befindliche Datenzugangs- und Koordinierungsstelle (DACO) soll künftig als koordinierende Zugangsstelle die Datenzugangsverfahren steuern. Daneben sollen domänenspezifische Zugangsstellen Anträge auf Datennutzung prüfen und die Datenbereitstellung übernehmen. Eingebunden werden bestehende Einrichtungen wie das Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ Gesundheit), das Zentrum für Medizinregister und das Netzwerk Universitätsmedizin.

Der größte Mehrwert liegt in der besseren Vernetzung bislang getrennter Datenbestände. Eine breitere Datenbasis ermöglicht neue Erkenntnisse zu Krankheitsverläufen, Versorgungsbedarfen und Behandlungsergebnissen und kann damit einen wichtigen Beitrag zur evidenzbasierten Weiterentwicklung der Versorgung leisten. Perspektivisch könnten Routinedaten der Krankenkassen mit Daten aus medizinischen Registern oder der klinischen



öffentlichen Antragsregister des FDZ Gesundheit bereits erste Vorhaben veröffentlicht. Die Themen reichen von Analysen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und regionalen Impfquoten bis hin zu Untersuchungen der Arzneimittelversorgung und medizinischer Behandlungsmethoden. Die bislang veröffentlichten Vorhaben stammen von Forschungseinrichtungen, Unternehmen, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie dem GKV-Spitzenverband. Sie zeigen bereits heute die Bandbreite der Nutzungsmöglichkeiten von Gesundheitsdaten für Forschung und Versorgung. Künftig wird das FDZ Gesundheit als Zugangsstelle für die Daten der GKV eine zentrale Rolle im EHDS-System einnehmen.



Anja Jungnickel ist Referentin in der Abteilung Ambulante Versorgung beim vdek

Versorgung verknüpft und gemeinsam für Forschung und Versorgungsanalysen genutzt werden. Die datenschutzkonforme Verknüpfung von Daten aus unterschiedlichen Quellen soll künftig über eine einheitliche Forschungskennziffer erfolgen. Ergänzt wird dies durch ein Register für Betroffenenrechte, über das Versicherte ihre Widerspruchsrechte und weitere Rechte im Zusammenhang mit der Datennutzung zentral wahrnehmen können.

Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kommt dem FDZ Gesundheit eine besondere Bedeutung zu. Bereits heute liefern Kranken- und Pflegekassen ihre pseudonymisierten Leistungs-

Der vdek bewertet die mit dem GeDIG verbundenen Chancen grundsätzlich positiv. Eine bessere Nutzung von Gesundheitsdaten kann Forschung und Innovation fördern sowie eine datengestützte Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung unterstützen. Voraussetzung ist jedoch, dass hohe Anforderungen an Datenschutz, Datensicherheit und Interoperabilität erfüllt werden. Aus Sicht des vdek bedarf es einer ausgewogenen Ausgestaltung der neuen Datenzugangsverfahren. Dabei ist es wichtig, dass Krankenkassen angemessen in die Verfahren eingebunden werden und ihre Informationssouveränität gewahrt bleibt.

Neben der Ausgestaltung der Datenzugangsverfahren wird auch die Finanzierung der künftigen Dateninfrastruktur von zentraler Bedeutung sein. Der EHDS ist ein europäisches Infrastrukturprojekt und damit eine staatliche Aufgabe.

und Abrechnungsdaten an die Datensammelstelle beim GKV-Spitzenverband, die diese an das FDZ Gesundheit weiterleitet. Dazu gehören beispielsweise Informationen zu ambulanten und stationären Leistungen, Arzneimittelverordnungen sowie Diagnosen. Die dort verfügbaren Daten ermöglichen umfassende Analysen des Versorgungsgeschehens und bilden eine wichtige Grundlage für Forschung, Versorgungstransparenz und die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Seit dem Start des Antragsverfahrens im Oktober 2025 wurden im

Neben der Ausgestaltung der Datenzugangsverfahren wird auch die Finanzierung der künftigen Dateninfrastruktur von zentraler Bedeutung sein. Der EHDS ist ein europäisches Infrastrukturprojekt und damit eine staatliche Aufgabe. Zusätzliche Investitions- und Betriebskosten sollten daher nicht zulasten der Beitragszahlenden finanziert werden. Aus Sicht des vdek ist hierfür eine Finanzierung aus Steuermitteln erforderlich. Wie die neuen Strukturen und Verfahren letztlich ausgestaltet werden, werden die weiteren Gesetzgebungs- und Umsetzungsprozesse zeigen.

Mit dem GeDIG werden wichtige Weichen für eine stärker datenorientierte Gesundheitsversorgung in Deutschland und Europa gestellt. Gelingt es, die neuen Strukturen praxistauglich und datenschutzkonform umzusetzen sowie ihre Finanzierung nachhaltig sicherzustellen, können Gesundheitsdaten künftig noch gezielter dazu beitragen, Forschung und Innovation zu fördern und die Versorgung der Versicherten nachhaltig zu verbessern. ■

Was Daten über Versorgung sichtbar machen können

Text von **Dr. Steffen Heß**

Werden Frauen und Männer gleich gut versorgt? Wie häufig werden seltene Erkrankungen diagnostiziert – und wie werden Betroffene versorgt? Viele Antworten liegen möglicherweise bereits in Routinedaten. Entscheidend ist, sie so nutzbar zu machen, dass Forschung möglich wird und sensible Daten geschützt bleiben. Das **Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ Gesundheit)** ist hier ein zentraler Baustein.

Wer wissen will, wie gut ein Gesundheitssystem funktioniert, braucht mehr als einzelne Momentaufnahmen. Klinische Studien beantworten wichtige Fragen, arbeiten aber meist mit ausgewählten Populationen. Versorgungsdaten eröffnen eine andere Perspektive: Sie zeigen, welche Diagnosen gestellt, welche Arzneimittel verordnet und welche Leistungen im Alltag tatsächlich in Anspruch genommen werden – über lange Zeiträume und über Sektorengrenzen hinweg.

Genau hier setzt das FDZ Gesundheit am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) an. Seit Oktober 2025 können dort pseudonymisierte Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für gesetzlich festgelegte Zwecke genutzt werden. Die Daten reichen bis 2009 zurück und bilden mit rund 74 Millionen

Versicherten circa 90 Prozent der Bevölkerung ab. Weil das Pseudonym einer Person über die Jahre hinweg stabil bleibt, lassen sich auch längerfristige Versorgungspfade untersuchen. Die Größenordnung allein ist jedoch noch kein Erkenntnisgewinn. Entscheidend ist, welche Fragen sich mit den Daten sinnvoll beantworten lassen. Wie häufig werden seltene Erkrankungen diagnostiziert? Unterscheiden sich Behandlung und Mortalität zwischen Frauen und Männern? Wo zeigen sich Lücken bei Impfungen?

Solche Analysen können besonders dort wertvoll sein, wo klassische Studien wegen kleiner Fallzahlen, langer Beobachtungszeiträume oder hoher Kosten an Grenzen stoßen. Die Daten des FDZ Gesundheit ermöglichen populationsnahe Analysen des realen Versorgungsgeschehens. Das bedeutet aber nicht, dass sie jede Forschungsfrage beantworten können. Denn Abrechnungsdaten sind



Dr. Steffen Heß
ist Leiter des
FDZ Gesundheit
beim BfArM

Sekundärdaten. Sie entstehen in erster Linie im Zuge von Versorgung und Abrechnung, nicht für ein konkretes Forschungsprojekt. Eine dokumentierte Diagnose ist deshalb nicht automatisch mit dem Beginn einer Erkrankung gleichzusetzen. Veränderungen in Fallzahlen können auch durch neue Kodierpraxis, Screeningprogramme oder veränderte Versorgung entstehen. Gute Forschung mit Routinedaten beginnt daher mit einer ebenso wichtigen Frage wie der eigentlichen Forschungsfrage: Was bilden diese Daten ab – und was nicht?

Dass Gesundheitsdaten hochsensibel sind, prägt die Architektur des FDZ Gesundheit. Damit wird auch der Zugang zu Versorgungsdaten einfacher: Statt individuelle Datenüberlassungsverträge auszuhandeln oder für den Datenzugang ein Ethikvotum vorzulegen, stellen Forschende einen digitalen Antrag beim FDZ Gesundheit, das die gesetzlichen Voraussetzungen und die Plausibilität des beantragten Datenzuschnitts prüft. Forschende erhalten dann keinen frei verfügbaren Datensatz, sondern arbeiten in einer sicheren Verarbeitungsumgebung. Dort entwickeln sie ihre Analysen mit für den Antrag geeigneten Testdaten. Das fertige Analyseskript wird anschließend auf den pseudonymisierten Echtdaten ausgeführt, denn herausgegeben werden nur geprüfte Ergebnismengen. Damit wird Datenschutz nicht als Gegenargument zur Datennutzung behandelt, sondern als Voraussetzung für einen verlässlichen Zugang. Der entscheidende Punkt ist nicht, Schutzanforderungen zu senken, sondern Forschung so zu organisieren, dass sensible Einzeldaten die geschützte Umgebung nicht verlassen.

Mehr Breite, mehr Tiefe – und ein einfacherer Zugang

Das FDZ Gesundheit ist dabei kein fertiges System. Die erste technische Version ist live, zugleich werden Prozesse und Infrastruktur weiterentwickelt. Dazu gehört auch die Frage, wie Forschende mit unterschiedlichen methodischen und technischen Vorkenntnissen die Daten nutzen können. Im vierten Quartal 2026 soll deshalb ein No-Code-Analyseraum starten. Kohorten lassen sich dort per Point-and-Click zusammenstellen, auch einfachere Analysen können ohne eigene Programmierung durchgeführt werden. Das soll insbesondere Forschenden den Einstieg erleichtern, die bislang wenig Erfahrung mit der Analyse von Sekundärdaten oder mit SQL, R



und Python haben. Gleichzeitig wird die Datenbasis selbst erweitert. Ein wichtiger nächster Schritt sind Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA). Nach aktueller Planung beginnt ihre Übermittlung – solange kein Widerspruch vorliegt – zunächst mit der elektronischen Medikationsliste. Weitere strukturierte Inhalte folgen schrittweise. Damit können die bislang vor allem auf Versorgung und Abrechnung gerichteten Daten perspektivisch um zusätzliche klinische Informationen ergänzt werden.

Parallel verändert sich der politische Rahmen. Der European Health Data Space (EHDS) schafft schrittweise gemeinsame europäische Regeln für die Primär- und Sekundärnutzung elektronischer Gesundheitsdaten. Für große Teile der Sekundärnutzung greifen die Vorgaben ab 2029. Der vom Bundeskabinett beschlossene Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) soll die nationale Umsetzung ausgestalten und unter anderem Voraussetzungen dafür schaffen, Daten verschiedener Halter datenschutzkonform zu verknüpfen.

Der Nutzen einer solchen Infrastruktur entscheidet sich am Ende nicht an der Menge gespeicherter Daten oder an der Zahl verfügbarer Analysewerkzeuge. Er entsteht, wenn aus ihnen belastbare Erkenntnisse über Versorgung gewonnen werden – und wenn diese Erkenntnisse dazu beitragen, Versorgung gezielter zu verstehen und weiterzuentwickeln. Die zentrale Aufgabe lautet deshalb nicht: Datennutzung oder Datenschutz? Sondern: Wie gestalten wir beides so, dass Forschung möglich wird und Vertrauen bestehen kann? Das FDZ Gesundheit ist damit auch ein Beispiel dafür, wie diese Balance praktisch organisiert werden kann. ■

Der vom Bundeskabinett beschlossene Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) soll die nationale Umsetzung ausgestalten und unter anderem Voraussetzungen dafür schaffen, Daten verschiedener Halter datenschutzkonform zu verknüpfen.

Die nächste Evolutionsstufe für das Gesundheitswesen

Text von Prof. Dr. Heyo K. Kroemer und Prof. Dr. Alexander Meyer

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht unter Druck: Der Fachkräftemangel verschärft die Situation in Krankenhäusern, Therapiezentren, Pflegeheimen und Arztpraxen, die Bevölkerung altert, bürokratische Aufgaben lähmen und gleichzeitig wächst die Komplexität medizinischer Versorgung. Während politische Debatten vor allem um Finanzierung und Strukturreformen kreisen, entwickelt sich im Hintergrund eine Technologie, die das Potenzial hat, viele dieser Herausforderungen grundlegend zu verändern: **agentische Künstliche Intelligenz.**

Anders als die heute bekannten KI-Anwendungen, die vor allem analysieren und Empfehlungen geben, kann agentische KI eigenständig handeln. Sie erkennt nicht nur Muster in Daten, sondern plant, koordiniert und führt innerhalb definierter Grenzen ganze Prozessketten aus. Damit markiert sie den Übergang von der KI als Werkzeug zu einem aktiven digitalen Assistenten.

Ein Beispiel aus der Medizin verdeutlicht den Unterschied: Erkennt eine konventionelle KI anhand von EKG-Daten einen Herzinfarkt, liefert sie eine Diagnosewahrscheinlichkeit. Eine agentische KI könnte darüber hinaus automatisch das zuständige Behandlungsteam alarmieren, verfügbare Ressourcen prüfen, diagnostische Schritte koordinieren, die Dokumentation vorbereiten und den weiteren Behandlungsverlauf überwachen. Die medizinische Verantwortung tragen nach wie vor

Menschen, doch die Organisation der Prozesse wird erheblich effizienter.

Gerade darin liegt das enorme Potenzial. Ein großer Teil der Belastungen im Gesundheitswesen entsteht nicht durch die eigentliche Patientenversorgung, sondern durch Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben. Agentische KI könnte diese Prozesse weitgehend automatisieren. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte würden entlastet und könnten sich stärker auf ihre Kernaufgabe konzentrieren: die Behandlung von Menschen.

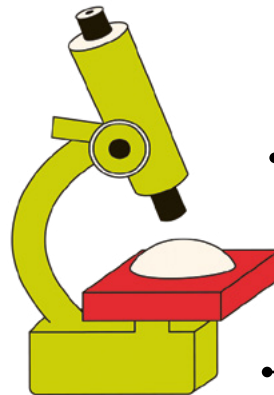
Die Technologie stellt nicht nur Effizienzgewinne in Aussicht, sie könnte auch die Qualität der Versorgung verbessern. Agentische KI ist in der Lage, große Mengen an strukturierten und unstrukturierten Daten zusammenzuführen, Leitlinien zu berücksichtigen und individuelle Behandlungspfade vorzuschlagen. Besonders bei chronischen Erkrankungen oder komplexen Therapien eröffnet dies

neue Möglichkeiten für eine personalisierte Medizin. Patientinnen und Patienten könnten durch digitale Begleiter kontinuierlich unterstützt werden, während medizinische Teams frühzeitig auf Risiken oder Komplikationen hingewiesen werden.

Hinzu kommt ein strategischer Aspekt. Agentische KI entwickelt sich weltweit zu einer Schlüsseltechnologie. Derzeit dominieren vor allem US-Unternehmen den Markt für leistungsfähige KI-Systeme. Europa und Deutschland verfügen zwar über exzellente Forschung, schaffen es jedoch noch zu selten, wissenschaftliche Erkenntnisse in Produkte zu überführen, die bis zur Marktreife weiterentwickelt werden können. Gerade im Gesundheitswesen droht dadurch eine wachsende technologische Abhängigkeit.

Deshalb geht es nicht allein um Innovation, sondern außerdem um digitale Souveränität. Deutschland sollte seine starke medizinische Forschung mit Kompetenzen aus Informatik und Datenwissenschaft verknüpfen und gezielt auf einzelne Fachgebiete zugeschnittene KI-Systeme für die Anwendung in Kliniken und Praxen fördern. Regionale Kompetenzzentren, enge Kooperationen zwischen Wissenschaft und Industrie sowie Investitionen in digitale Infrastruktur können dafür die Grundlage schaffen.

Agentische KI bietet große Chancen, wir dürfen zugleich die Risiken nicht unbeachtet lassen. Wenn KI-Systeme zunehmend eigenständig Entscheidungen vorbereiten oder Prozesse auslösen, stellen sich neue Fragen, vor allem nach Verantwortlichkeit und Kontrolle. Wer trägt die Verantwortung bei Fehlentscheidungen? Wie lassen sich sensible Gesundheitsdaten schützen? Und wie verhindert man, dass medizinische Fachkräfte wichtige Kompetenzen verlieren, weil Aufgaben dauerhaft an KI delegiert



Wenn KI-Systeme zunehmend eigenständig Entscheidungen vorbereiten oder Prozesse auslösen, stellen sich neue Fragen, vor allem nach Verantwortlichkeit und Kontrolle.

werden? Die Cybersicherheit gewinnt an Bedeutung: Je stärker KI-Systeme in klinische Abläufe eingebunden werden, desto attraktiver werden sie als Angriffsziel. Vertrauen in die Technologie entsteht daher nur, wenn Sicherheit, Nachvollziehbarkeit und menschliche Letztverantwortung von Anfang an mitgedacht werden.

Die entscheidende Frage lautet deshalb nicht, ob agentische KI Teil unseres Gesundheitssystems wird. Die technologische Entwicklung macht dies bereits heute absehbar. Die eigentliche Herausforderung besteht darin, die richtigen Rahmenbedingungen zu schaffen: innovationsfreundliche Regulierung, verlässliche Datenschutzstandards, leistungsfähige digitale Infrastrukturen und eine gezielte Förderung europäischer Lösungen.

Agentische KI ist kein fernes Zukunftsszenario. Sie könnte zu einem der wichtigsten Hebel werden, um medizinische Versorgung trotz knapper Ressourcen qualitativ hochwertig, effizient und zukunftsfähig umzusetzen. Jetzt ist der Zeitpunkt, die Voraussetzungen dafür zu schaffen. ■

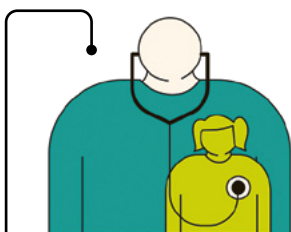
→ t1p.de/wrsde



Prof. Dr. Heyo K. Kroemer ist Pharmakologe und Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin



Prof. Dr. Alexander Meyer ist Leiter des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin





Arzneiverordnungen auf Rekordniveau

TK Eine Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) zeigt, dass TK-versicherte Erwerbspersonen im Jahr 2025 Rezepte für rund 34,3 Millionen Präparate mit 2.036 Millionen Tagesdosen einlösten, die über die Krankenkasse abgerechnet wurden. Im Schnitt bekam jede Erwerbsperson 292 Tagesdosen verschrieben. Damit ist das Verordnungsvolumen gegenüber dem Vorjahr mit 285 Tagesdosen um rund 2,6 Prozent gestiegen. Am häufigsten wurden Herz-Kreislauf-Medikamente verordnet, wie zum Beispiel Blutdrucksenker. Hier zeigen die Zahlen seit 25 Jahren einen weitgehend kontinuierlichen Anstieg der verordneten Tagesdosen (insgesamt um 129 Prozent zwischen 2000 und 2025). 2025 wurden rund 112 Tagesdosen je Erwerbsperson verordnet. Männer bekommen mit rund 142 Tagesdosen fast doppelt so viele Herzmedikamente verschrieben wie Frauen mit 76 Tagesdosen. In der Verordnungshäufigkeit folgen Präparate gegen Magen-/Darmbeschwerden und Sodbrennen (rund 37 Tagesdosen) sowie Arzneimittel für das Nervensystem, wie zum Beispiel Antidepressiva (rund 32 Tagesdosen). *pm*

→ tk.de → t1p.de/qgt9m

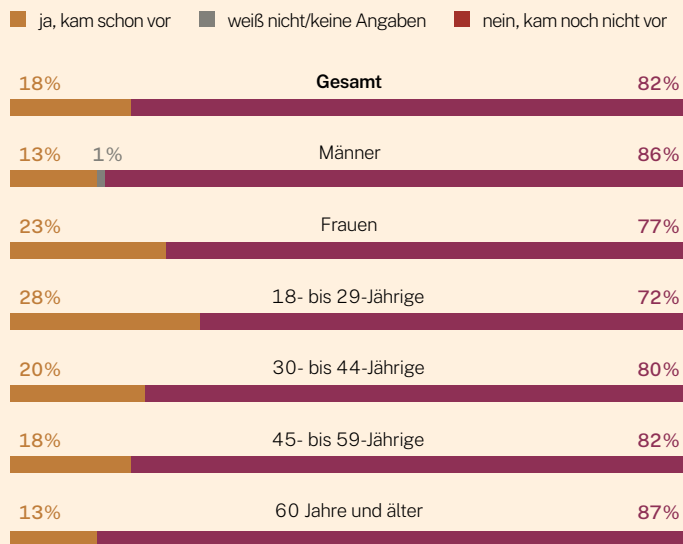
Viele verschweigen Beschwerden beim Arzt

BARMER 18 Prozent der Bevölkerung in Deutschland haben beim Arzt schon einmal gesundheitliche Probleme oder Beschwerden aus Scham, Peinlichkeit oder Misstrauen nicht angesprochen. Das geht aus einer repräsentativen Forsa-Umfrage im Auftrag der BARMER hervor. Demnach haben 23 Prozent der Patientinnen und 13 Prozent der Patienten bestimmte Themen nicht angesprochen. „Falsche Scham kann negative Folgen für den Behandlungsverlauf mit sich bringen und den Behandlungserfolg beeinträchtigen. Es besteht kein Anlass, bestimmte Beschwerden zu verschweigen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist geschützt, es unterliegt aus gutem Grund der ärztlichen Schweigepflicht“, sagt Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Der Umfrage zufolge haben gerade junge Menschen die größten Probleme, beim Arzt bestimmte Themen anzusprechen: In der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen haben nach eigenen Angaben 28 Prozent Beschwerden verschwiegen. *pm*

→ barmer.de → t1p.de/5jxlq

Knapp ein Fünftel hat Themen verschwiegen

Bestimmte gesundheitliche Probleme oder Beschwerden wurden aus Scham, Peinlichkeit oder Misstrauen beim Arztbesuch nicht angesprochen



Quelle: BARMER



HKK Der Krankenstand ist im ersten Halbjahr 2026 leicht zurückgegangen. Mit 5,0 Prozent lag er 0,2 Prozentpunkte unter dem Vorjahreswert. Im Durchschnitt entfielen 18,4 Fehltage auf jede beschäftigte Person. Das zeigt die aktuelle Fehlzeitenanalyse der hkk Krankenkasse auf Basis der Daten von rund 610.000 krankengeldberechtig-

ten Mitgliedern. **Deutlich verändert hat sich die Struktur der Fehlzeitenursachen: Die Fehltage wegen Atemwegserkrankungen gingen um 19,6 Prozent zurück, während sie bei psychischen Erkrankungen um 9,3 Prozent zunahmen.** Damit waren psychische Erkrankungen im ersten Halbjahr 2026 erstmals die häufigste Ursache für Fehltage und lösten Atemwegserkrankungen an der Spitze ab. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems blieben auf Platz drei. Die Entwicklung zeigt zugleich, dass die Häufigkeit einer Erkrankung nicht allein entscheidend für ihre Bedeutung im Krankenstand ist. Während Atemwegserkrankungen häufig zu kurzfristigen Ausfällen führen, gehen psychische Erkrankungen oftmals mit deutlich längeren Krankheitsverläufen einher. So machten im ersten Halbjahr 2026 Langzeiterkrankungen 3,2 Prozent der Fälle aus und verursachten 45,8 Prozent aller Fehltage. *pm*

→ hkk.de → t1p.de/vd1iu



DAK Immer mehr Kinder und Jugendliche erhalten in Deutschland eine ADHS-Neudiagnose. Im

Vergleich zum Vorjahr gab es 2024 einen Anstieg um 16 Prozent. Hochgerechnet wurde somit bundesweit bei rund 202.000 jungen Menschen erstmals ADHS diagnostiziert. Das ist das Ergebnis des aktuellen Kinder- und Jugendreports der DAK-Gesundheit. Besonders auffällig ist die Geschlechterverteilung: Jungen bekommen etwa doppelt so häufig eine Erstdiagnose wie Mädchen. Gleichzeitig steigen die Neudiagnosen bei Mädchen mit einem Zuwachs von 21 Prozent stärker an als bei Jungen mit 14 Prozent.

Bei einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) handelt es sich um eine multifaktoriell bedingte Erkrankung, bei der sowohl die Genetik als auch Umweltfaktoren eine wichtige Rolle spielen. Die DAK-Daten zeigen, dass 5,2 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren 2024 mit einer ADHS-Diagnose medizinisch versorgt wurden. *pm*

→ dak.de → t1p.de/1twwg

Bewegung: Genialer Allrounder für die Kindesentwicklung

Text von Dr. Bettina Prigge

War es für frühere Generationen in ihrer Kindheit normal, viel draußen zu spielen und sich ausreichend zu bewegen, sitzen Kindergarten- und Schulkinder heute oft stundenlang passiv vor den Bildschirmen von Handy, PC & Co. Doch die intensive Mediennutzung ist nicht die alleinige Ursache für die Zunahme an Bewegungsmangel bei Heranwachsenden, der auch **motorische Störungen** zur Folge haben kann.

Fakt ist: Regelmäßige Bewegung fördert Ausdauer, Fitness, Muskelkraft und Geschicklichkeit. Doch in Bewegung steckt weitaus mehr Potenzial – vor allem auch für die persönliche Entwicklung Heranwachsender, sei es für das Denken, Fühlen oder das Sozialverhalten. Umso erschreckender: Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden unter motorischen Bewegungsstörungen. Laut einer Datenauswertung der KKH Kaufmännische Krankenkasse lag die Zahl der Diagnosen im Jahr 2024 bei Sechs- bis 18-Jährigen um 32 Prozent höher als zehn Jahre zuvor. Bei Heranwachsenden im Alter von 15 bis 18 Jahren liegt die Steigerungsrate sogar bei 67 Prozent.

Besonders alarmierend: Bewegungsstörungen nehmen nicht nur zu, sie treten auch immer früher auf. So ist bei den Sechs- bis Zehnjährigen mittlerweile jedes 18. Kind von Bewegungsdefiziten der Grob- und Feinmotorik betroffen. Im Jahr 2014 war es noch jedes 22. Kind in dieser Altersgruppe. Kinder sollten in dieser Lebensphase eigentlich unbeschwert und nach Herzenslust

laufen, hüpfen, balancieren, klettern, basteln, malen und puzzeln können.

Spielende Kinder im Stadtbild – ein seltener Anblick

„Gesellschaftliche Einflüsse wie digitale Medien führen dazu, dass sich Kinder im Alltag weniger bewegen. Das kann zu motorischen Defiziten, Übergewicht und Folgeerkrankungen wie Adipositas, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder auch Rückenleiden führen“, sagt KKH-Sportwissenschaftler Justin Onyechi. „Ein weiterer entscheidender Aspekt ist die hohe Verkehrsdichte in Wohngebieten und der Rückgang freier Spiel- und Bewegungsräume.“ Hinzu kommt die Sorge mancher Eltern, ihrem Kind könne beim Weg zur Schule und beim Spiel im Freien etwas zustoßen, weiß der Präventionsexperte. „Doch sollten Eltern unbedingt zulassen, dass ihr Kind seinen natürlichen Bewegungstrieb ausleben und seine Umwelt ungehindert entdecken kann. Denn die aktiven Kinder von heute sind die aktiven Erwachsenen von morgen.“



Dr. Bettina Prigge
ist Redakteurin der
KKH

Bewegung ist ein Wundermittel für die körperliche, geistige und seelische Entwicklung und Gesundheit von Kindern. „Sie fördert nicht nur die körperliche Fitness, sondern auch kognitive Fähigkeiten, die Sprachentwicklung und soziale Kompetenzen“, so Onyechi. „Denn Kinder entdecken durch Bewegung ihre Umgebung und den Umgang miteinander.“ Der Schlüssel, um all die Pluspunkte zu nutzen: Kindern so früh wie möglich Freude an Bewegung zu vermitteln und in ihren Alltag zu integrieren.

„Fitness für Kids“ trifft den Nerv der Zeit

Dies gelingt erfolgreich mit dem Projekt „Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten- und Grundschulalter“, konzipiert und umgesetzt vom Verein für Frühprävention e. V. Das von der KKH seit 20 Jahren geförderte, evidenzbasierte Präventionsprogramm setzt auf kindgerechte Übungen mit dem Ziel, den Grundstein für ein gesundes, aktives Leben zu legen. Inzwischen konnte es mehr als 15.000 Kinder in ganz Deutschland

für Bewegung begeistern. „Ob Bewegungslieder oder Hindernisparcours: die Bewegungsfreude steht im Mittelpunkt“, erläutert Gesundheitspädagogin Prof. Dr. Kerstin Ketelhut vom Verein für Frühprävention. „Dabei kommen ressourcenschonende Alltagsmaterialien zum Einsatz. Unsere qualifizierten Übungsleitenden führen unser Bewegungsprogramm ein halbes Jahr in Kitas und Grundschulen durch und bilden die Erzieher:innen zu Multiplikator:innen aus, damit sie es anschließend eigenverantwortlich fortsetzen können.“ Das Erfolgsrezept: „Fitness für Kids“ wird kontinuierlich weiterentwickelt. „Zukünftig möchten wir unser Programm in modifizierter Form auch chronisch kranken Kindern anbieten“, berichtet Ketelhut, die das Projekt ins Leben gerufen hat. „Hierzu sind wir im Austausch mit einer Kinderklinik in Berlin, um gemeinsam mit Physio- und Ergotherapie ein niederschwelliges Angebot für die jungen Patientinnen und Patienten zu schaffen.“ ■

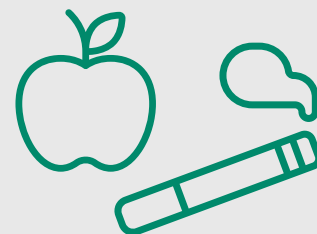
→ [Bewegungsförderung in Kindergärten | KKH](#)





Klima und Gesundheit: Mehr Engagement von Bund und Ländern gefordert

Vor dem Hintergrund der Hitzewellen in Deutschland in diesem Sommer und der damit verbundenen starken Zunahme von hitzebedingten Krankheits- und Todesfällen fordert der vdek mehr (finanzielles) Engagement vor allem von Bund und Ländern, um Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen klimaresilienter aufzustellen. Notwendig sei es, den Hitzeschutz künftig als zentrales Kriterium bei der Krankenhausplanung durch die Länder und bei Investitionen in Infrastruktur, Instandhaltung und Sanierung von Gebäuden zu berücksichtigen, so vdek-Vorstandsvorsitzende Ulrike Elsner. Dazu gehöre aber auch, dass die Länder ihrer Pflicht zur Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen überhaupt in ausreichendem Maße nachkommen. Zudem sei auch der Bund gefordert, Investitionen im Bereich Hitzeresilienz zu tätigen und einen nationalen Hitzeschutzplan mit einheitlichen Standards vorzulegen. Auch der vdek und die Ersatzkassen engagieren sich in vielfältiger Weise für das Thema „Klima und Gesundheit“. Dazu zählen das Programm „Klimawandel als Einflussfaktor auf die Bewegung von Menschen ab 65 Jahren (KliBe)“, ein Multiplikatorenschulungskonzept für Pflegeberatungen zum Hitzeschutz, die Beteiligung an Netzwerken wie das Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin sowie die enge Zusammenarbeit mit der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG). *pm*



Chronische Erkrankungen und Multimorbidität kommen bei Menschen ab 65 Jahren häufig vor. Sie stehen in engem Zusammenhang mit verhaltensbedingten Risikofaktoren. Dabei handelt es sich um Gewohnheiten oder Verhaltensweisen, die das Risiko für Krankheiten erhöhen können. Dazu gehören vor allem Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum und starkes Übergewicht (Adipositas). **Auswertungen der bundesweiten RKI-Studie „Gesundheit 65+“ zeigen, wie verbreitet diese fünf Risikofaktoren bei älteren Menschen in Deutschland sind.** 78 Prozent bewegen sich zu wenig, 72 Prozent essen nicht ausreichend Gemüse und Obst, 56 Prozent haben in der vergangenen Woche Alkohol getrunken, 21 Prozent haben starkes Übergewicht (Adipositas) und 10 Prozent rauchen. Dabei leben 83 Prozent der Menschen ab 65 Jahren mit mindestens zwei der untersuchten Risikofaktoren. Im Durchschnitt treten 2,4 Risikofaktoren pro Person auf.

Lediglich 2 Prozent der Menschen haben keinen der fünf Risikofaktoren. *pm*



in vdek Langlebigkeit – aber wie? Die Lebenserwartung steigt, doch hohes Alter geht nicht unbedingt mit Gesundheit und Wohlbefinden einher. Für uns als Ersatzkassen enden Prävention und Gesundheitsförderung daher nicht an einer Altersgrenze, sondern können bis ins hohe Alter die Lebensqualität verbessern und erhalten. Die Expertise und Erfahrungen aus Projekten wie „Gesund Altern und Pflegen im Quartier“ (GAP), „Pflegende An- und Zugehörige im Quartier“ (PfIAQ) und „Gesund gegen Einsamkeit im Quartier“ (GEPAQ) [...]

in vdek iga.Expertendialog: „#Frauengesundheit in der Arbeitswelt“ in der vdek-Zentrale (Initiative Gesundheit und Arbeit) [...] Wie können Unternehmen betroffene Frauen unterstützen? Das ist gar nicht so schwer, denn schon das Informieren, eine offene Kommunikation und Verständnis unter Kolleg:innen, aber auch mit den Führungskräften können helfen! Gemeinsam [...] werden Handlungsempfehlungen und Checklisten für mehr Frauengesundheit in der Arbeitswelt entwickelt. Wer das Thema im Unternehmen vertiefen möchte, kann [...]



Hype um Supplements: Mythen und Fakten

PODCAST Kreatin für mehr Leistung, Kollagen für strahlende Haut – sind Supplements wirklich notwendig oder reines Werbeversprechen? Tatsache ist, dass die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln einen festen Bestandteil der täglichen Routine vieler Menschen darstellt, wie beispielsweise eine Befragung des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) zeigt. Diesen Trend greift die Folge „Supplements: Was bringt wirklich was?“ des Podcasts „Eine Runde mit...“ der Deutschen Sporthochschule Köln auf. Zu Gast ist Sportwissenschaftler und Nährstoff-Experte Dr. Frank Hülsmann, der Einblicke gibt in die Studienlage, Social-Media-Trends aufzeigt und Influencer-Mythen hinterfragt. Zudem geht er darauf ein, in welchen Fällen Supplements der Gesundheit zuträglich sein können oder eher schaden. tag → t1p.de/axu5l



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

Rehabilitation neu gedacht

Dieser Sammelband zeigt eindrucksvoll, wie moderne Rehabilitation durch die Zusammenarbeit von Kliniken, Forschung, Start-ups und Kostenträgern neu gedacht werden kann. Das Buch verbindet globale Trends mit praxisnahen Ansätzen und beleuchtet Chancen durch neue Technologien und interdisziplinäre Kooperation. Eine inspirierende Perspektive auf Teilhabe, Selbstbestimmung und Lebensqualität.

Baenkler, Marc Adi (Hrsg.) | **Rehabilitation der Zukunft. Zwischen Hightech, Evidenz und Empathie** | 2026, 256 S., € 69,95 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Moderne Gesundheitsversorgung

Zum 50-jährigen Jubiläum blickt das Buch auf die Entwicklung der Sana Kliniken AG und die Zukunft der Gesundheitsversorgung. Beiträge aus Praxis, Wissenschaft, Politik und Management beleuchten zentrale Herausforderungen und Chancen – von Digitalisierung und Wirtschaftlichkeit bis zur patienten-zentrierten Medizin. Ein facettenreicher Impuls für alle, die Gesundheitsversorgung gestalten.

Thomas Lemke, Jens Schick, Irmgard Wübeling, Stefanie Kemp, Ralph Wiechers (Hg.) | **Innovation für die Gesundheit. Versorgung gestalten, Zukunft sichern** | 2026, 336 S., € 69,95 | Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin



Weitere aktuelle
Fachliteratur
→ vdek.com/buecher



PS: Volle Innovationskraft voraus!

Der Einsatz neuer Technologien im Gesundheitswesen schreitet voran – und das nicht nur bei Diagnostik und OP-Technik. So kommen in der Pflegeausbildung an der Katholischen Hochschule Freiburg moderne VR-Brillen zum Einsatz, mit denen die Studierenden komplexe Notfallszenarien und Pflegeabläufe digital simulieren können. In einer hochrealistischen Umgebung messen sie Vitalwerte und reagieren auf plötzliche Zustandsveränderungen von Patientinnen und Patienten. Das Gute beim Training: Fehler haben keine negativen Auswirkungen, die Abläufe lassen sich ohne Zeitdruck üben. Auch im Rehabilitationsbereich wird geforscht. Das Institut für Textiltechnik (ITA) der RWTH Aachen entwickelt eine digitale smarte Trainingsjacke mit integrierten Sensoren, die Bewegungsabläufe mit Künstlicher Intelligenz analysiert und bei Übungen zu Hause nach einer Reha-Maßnahme unterstützen soll. Diese und viele weitere Beispiele haben eines gemeinsam: Sie eröffnen innovative Wege, um Gesundheit zu erhalten, Therapien zu unterstützen und Versorgung neu zu denken.

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

Kontakt

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

Layout

Festland Berlin GbR
festland-berlin.de

Illustrationen

Matthias Seifahrt (Titelseite, S. 4/5, 12, 32–39, 43)
casamatze.com

Druck & Versand

DRUCKZONE, Cottbus; siblog, Dresden

Erscheinungsdatum

Oktober 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/Svea Pietschmann | S. 6: Westend61/iStock/Getty Images | S. 7: BARMER | S. 9: Maskot/iStock/Getty Images | S. 10–11: Eventfotosberlin/Danilo Ferrera | S. 13: privat | S. 14: Fotostudio Prokopy Potsdam; privat | S. 18: Julian von Kleist | S. 19: Gannet77/iStock/Getty Images E+ | S. 20–24: vdek/Svea Pietschmann | S. 25: bestechend.de | S. 26: Iparraguirre Recio/iStock/Getty Images; vdek | S. 27: vdek | S. 28: SLfG | S. 29: vdek; Alexander Raths/Adobe Stock | S. 30: vdek | S. 31: vdek/Georg J. Lopata | S. 35: privat | S. 36: BfArM/Jörn Wolter | S. 39: Charité/Wiebke Peitz; DHZC/Sarah Paff | S. 40: Westend61/iStock/Getty Images | S. 42: KKH | S. 44: Xurzon/iStock/Getty Images | S. 45: Deutsche Sporthochschule Köln/Sandra Bräutigam | S. 46: Nerthuz/iStock/Getty Images

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 65-0
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



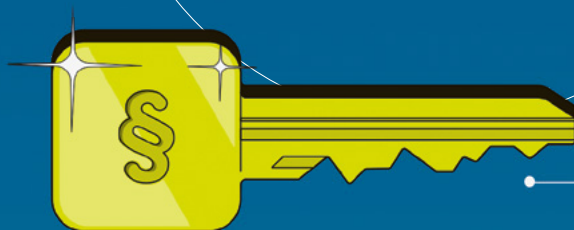
Die vdek-Landesvertretungen
finden Sie unter
→ [vdek.com/ueber_uns/
landesvertretungen](https://vdek.com/ueber_uns/landesvertretungen)

vdek online

vdek.com



 vdek



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