

Für die Sprechstunde

01 Alkoholabhängigkeit: Behandlung beginnt oft viel zu spät

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss veröffentlichte am 21.08.2026 für die Modellregion Hamburg den Abschlussbeschluss zu PRAGMA, einer Analyse der Versorgungswege bei Alkoholabhängigkeit. In Routinedaten von 2016 bis 2021 nahmen nur 30 Prozent binnen 24 Monaten nach der Diagnose eine spezifische Behandlung wahr. Jeder weitere Tag bis zum Behandlungsbeginn war mit 0,3 Prozent höheren Odds einer späteren Hospitalisierung assoziiert.

Das ist keine Kausalitätsaussage: Routinedaten, Residualkonfundierung und teils kurze Beobachtungszeiten begrenzen die Übertragbarkeit. Der klare Versorgungshinweis bleibt der frühe, konkrete Anschlussweg statt einer offenen Empfehlung.

Sprechstundenimpuls: Nach einer Alkoholdiagnose Kurzintervention, konkrete Anlaufstelle und vereinbarten nächsten Kontakt möglichst sofort festlegen.

Quelle: [G-BA Innovationsfonds](#)

02 Mit dem Pflegegrad bricht die zahnmedizinische Versorgung häufig ein

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss veröffentlichte am 21.08.2026 den deutschen Abschlussbeschluss zu InSEMaP über Mundgesundheits bei ambulanter Pflegebedürftigkeit. Von 5.280 eingeladenen Versicherten antwortete knapp ein Drittel; knapp 40 Prozent berichteten seit Beginn der Pflegebedürftigkeit über seltenere oder ganz ausgefallene zahnmedizinische Versorgung. DAK-Routinedaten zeigten ebenfalls weniger Kontakte als bei Menschen ohne Pflegegrad.

Die klinische Teilstudie war stark selektiert. Trotzdem ist der Versorgungsknick konsistent genug für einen festen Koordinationspunkt; der entwickelte Pfad ist noch keine Regelversorgung.

Workflow-Hinweis: Bei neuem Pflegegrad Mundstatus, Zahnersatzprobleme und bestehende zahnmedizinische Anbindung verbindlich mit erfassen.

Quelle: [G-BA Innovationsfonds](#)

03 Selbstzahlerleistungen bei psychischen Erkrankungen: soziale Schieflage

Frontiers in Medicine veröffentlichte am 21.08.2026 eine deutsche PSYKIM-Querschnittsstudie zu selbst finanzierten komplementären und integrativen Verfahren bei psychischen Erkrankungen. Von 657 Teilnehmenden mit vollständigen Kostendaten berichteten 71,5 Prozent Ausgaben aus eigener Tasche; höheres verfügbares Einkommen ging mit größerer Zahlungswahrscheinlichkeit und höheren Ausgabenkategorien einher. Konventionelle Medikation wurde dadurch nicht seltener genutzt.

Der Befund ist angesichts der Reformdebatten und erwartbar wachsender Selbstzahlungsangebote aktuell. Er belegt aber weder einen reformbedingten IGeL-Anstieg noch die Wirksamkeit der Verfahren; Selbstzahlerleistungen sind zudem nicht automatisch IGeL. Die Stichprobe war selektiv und überwiegend weiblich.

Sprechstundenimpuls: Komplementäre Selbstzahlerleistungen wertfrei erfragen und Nutzenbeleg, Kostenbelastung sowie Wechselwirkungen gemeinsam prüfen.

Quelle: [Frontiers in Medicine](#)

FÜR DIE SPRECHSTUNDE · FORTSETZUNG

04 Nudging hilft: Konkrete Lebensmittel-Swaps verändern die Auswahl

PLOS Medicine veröffentlichte am 21.08.2026 eine randomisierte US-Studie mit 1.201 Erwachsenen in einem realitätsnahen Online-Supermarkt. Hinweise auf gesündere, klimafreundlichere oder kombinierte Alternativen verbesserten die Nährwertqualität der ausgewählten Produkte um 2,4 bis 4,7 Punkte auf der verwendeten 100-Punkte-Skala. Im Mittel wurden 25 bis 27 Prozent der angebotenen Swaps angenommen.

Damit funktioniert Nudging am Entscheidungspunkt, allerdings nur für simulierte Online-Einkäufe: Klinische Endpunkte, stationärer Handel und Übertragbarkeit auf Deutschland wurden nicht geprüft.

Sprechstundenimpuls: In der Ernährungsberatung eine konkrete, ähnliche Alternative anbieten statt nur allgemein zu gesünderem Essen zu raten.

Quelle: [PLOS Medicine](#)

Infektionen & Prävention

05 SARS-CoV-2 steigt langsam - auf niedrigem Niveau

Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten berichtete am 21.08.2026 im europäischen Wochenbericht 34/2026, dass die SARS-CoV-2-Aktivität in allen Altersgruppen noch niedrig ist, in einigen Ländern aber langsam zunimmt. Auch Klinikeinweisungen bleiben sehr selten, einzelne Länder melden jedoch kleine Anstiege.

Das passt zu Beobachtungen im hausärztlichen Praxisalltag, ist aber weder eine neue amtliche Schwelle noch der Nachweis einer flächendeckenden deutschen Welle.

Sprechstundenimpuls: Bei passender Atemwegssymptomatik und vulnerablen Patient:innen COVID-19 wieder bewusster differenzialdiagnostisch mitdenken.

Quelle: [ECDC Wochenbericht 34/2026](#)

06 Frankreich: lokales Chikungunya und Dengue kurz notiert

Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten meldete am 21.08.2026 für Frankreich, Datenstand 19.08., 25 lokal erworbene Chikungunya-Fälle, darunter zehn neue in der Berichtswoche. Zusätzlich waren vier lokal erworbene Dengue-Fälle in drei Clustern bekannt; zwei Cluster waren geschlossen, im aktiven Cluster kam ein Fall hinzu. Chikungunya und Dengue sind durch Stechmücken übertragene Viruserkrankungen.

Sprechstundenimpuls: Bei Fieber nach Frankreichaufenthalt Region und Zeitraum erfragen; starke Arthralgien sprechen eher für Chikungunya, Dengue bleibt ebenfalls möglich.

Quelle: [ECDC Wochenbericht 34/2026](#)

Sozialrecht

07 Krankengeld 2027: vier statt zehn Wochen – was wirklich gilt

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde am 29.07.2026 verkündet. Die hier erläuterten Änderungen gelten ab 01.01.2027. Wichtig vorweg: Es entsteht keine automatische Vier-Wochen-Frist für jede lange Arbeitsunfähigkeit. Auch die allgemeinen Grenzen – 70 Prozent des Regelentgelts, höchstens 90 Prozent des Nettoentgelts, sowie regelmäßig bis zu 78 Wochen wegen derselben Krankheit – werden dadurch nicht pauschal ersetzt.

1 | Reha und Teilhabe: Der Bescheid startet die Frist

Bisher: Nur wenn die Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse nach § 51 SGB V förmlich auffordern, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beantragen. Dafür durfte sie eine Frist von zehn Wochen setzen. Eine lange AU allein genügt nicht; entscheidend sind die gesetzliche Voraussetzung und der konkrete Bescheid.

Neu: Ab 2027 bleiben Anlass und Antragsarten gleich, aber die Frist sinkt auf vier Wochen – von 70 auf 28 Tage. Die Bundesregierung begründet dies mit einer schnelleren Einleitung von Reha, kürzeren AU-Zeiten und geringeren Krankengeldausgaben. Ein Rentenanspruch ist im Wortlaut nur in Sonderfällen direkt umfasst: bei Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland alternativ eine volle Erwerbsminderungsrente, bei erreichter Regelaltersgrenze die Regelaltersrente. Die verbreitete Kurzformel „Reha oder Rente“ ist für den deutschen Regelfall daher zu weit.

Versäumt? § 51 Absatz 3 bleibt streng: Mit Ablauf der Frist entfällt der Krankengeldanspruch; bei späterem Antrag lebt er erst am Antragstag wieder auf. Die Lücke wird nach dieser Vorschrift nicht rückwirkend geschlossen. Außerdem kann ein von der Kasse verlangter Reha-Antrag unter den Voraussetzungen des § 116 Absatz 2 SGB VI als Antrag auf Erwerbsminderungsrente gelten; Rücknahme oder Begrenzung können dann von der Zustimmung der Kasse abhängen.

Fiktives Beispiel: Der §-51-Bescheid nennt den 2. März als Fristende. Der Reha-Antrag geht erst am 20. März ein: Für den 3. bis 19. März besteht nach § 51 Absatz 3 kein Krankengeldanspruch; er lebt am 20. März wieder auf. Ohne einen solchen Bescheid beginnt die Vierwochenfrist nicht allein wegen der langen AU.

Für die Praxis: Kassenschreiben sofort mit Zugangsdatum und genanntem Fristende in die Akte übernehmen, am selben Tag einen Recall setzen und erforderliche Befundberichte priorisieren. Bei Zweifeln an Bescheid, Frist oder möglicher Rentenwirkung unverzüglich zu unabhängiger Sozialrechtsberatung vermitteln; nicht unterstellen, ein Widerspruch stoppe die Frist automatisch.

Quelle: [§ 51 bis 31.12.2026](#) · [§ 51 ab 01.01.2027](#) · [Regierungsbegründung S. 103 f.](#) · [LSG BW zum Dispositionsrecht](#) · [t-online, 22.08.2026](#) · [Pflegerwegweiser NRW](#)

07 · KRANKENGELD 2027 · FORTSETZUNG

2 | Arbeitsverhältnis endet während der AU

Bisher: Das Krankengeld wurde nach der allgemeinen §-47-Berechnung weitergeführt. Neu: Endet das Beschäftigungsverhältnis während der AU, beträgt es ab dem Folgetag 60 Prozent des Nettoarbeitsentgelts. 67 Prozent gelten bei mindestens einem berücksichtigungsfähigen Kind und den im Gesetz genannten Voraussetzungen für Ehe- oder Lebenspartner. Die Regierung will damit an das Arbeitslosengeld angleichen.

Fiktives Beispiel: Ende des Arbeitsverhältnisses am 30. Juni bei fortbestehender AU: ab 1. Juli 60 Prozent. Bei einem verheirateten, nicht dauernd getrennt lebenden Paar mit berücksichtigungsfähigem Kind und beiderseits unbeschränkter Einkommensteuerpflicht sind es 67 Prozent.

Für die Praxis: Das Ende des Arbeitsverhältnisses und die Familienkonstellation früh erfragen; die verbindliche Berechnung bleibt Aufgabe der Krankenkasse.

3 | Alters-Teilrente über zwei Dritteln

Bisher: § 50 Absatz 1 schloss vor allem Vollrente wegen Alters und volle Erwerbsminderungsrente aus; eine Alters-Teilrente konnte nach Absatz 2 das Krankengeld mindern. Neu: Auch eine Alters-Teilrente von mehr als zwei Dritteln der Vollrente beendet beziehungsweise verhindert den Krankengeldanspruch. Der Gesetzgeber will damit 99,99-Prozent-Teilrenten mit parallelem Krankengeld verhindern.

Fiktives Beispiel: 70 Prozent Teilrente: Ausschluss nach Absatz 1. Exakt zwei Drittel werden von dieser neuen Ausschlussgrenze nicht erfasst; eine Kürzung nach Absatz 2 kann je nach Beginn der Rente trotzdem zu prüfen sein.

Für die Praxis: Bei weiterarbeitenden Rentner:innen Höhe und Beginn einer Teilrente dokumentieren und vor Änderungen zur individuellen Kassen- und Rentenberatung schicken.

4 | Wahlerklärung: 14 Tage oder drei Monate

Betroffen sind vor allem hauptberuflich Selbstständige und Beschäftigte ohne mindestens sechs Wochen Entgeltfortzahlung, die Krankengeld per Wahlerklärung einschließen. Bisher gab es dafür keine allgemeine 14-Tage-/Dreimonatslogik. Neu: Bei erstmaliger freiwilliger Mitgliedschaft oder unmittelbarem Verlust eines bisherigen Krankengeldschutzes durch Statuswechsel entsteht der Anspruch ab Zugang, wenn die Erklärung binnen 14 Tagen eingeht; sonst grundsätzlich erst nach drei Monaten. Bestehende AU verschiebt den Beginn, für unfallbedingte Erkrankungen gilt eine Ausnahme.

Fiktives Beispiel: Statuswechsel am 1. Februar, Eingang am 10. Februar, keine bestehende AU: Schutz ab Eingang. Eingang am 20. Februar: grundsätzlich drei Monate Wartezeit.

Für die Praxis: Bei absehbarem Wechsel in die Selbstständigkeit oder freiwillige Versicherung die 14-Tage-Frist ansprechen, aber Tarif- und Versicherungsberatung der Kasse überlassen.

07 · PRAXISUMSETZUNG & KORREKTUR**5 | Die Kasse darf von sich aus Kontakt aufnehmen**

Bisher: Es gab einen Anspruch auf Beratung und Hilfestellung; weitergehende Maßnahmen und Datenverarbeitung waren an eine vorherige Einwilligung geknüpft. Neu: Die Kasse darf Personen mit laufendem oder absehbarem Krankengeldbezug zur Beratung, Anspruchsprüfung und Wiedereingliederung proaktiv kontaktieren. Beim ersten Kontakt muss sie über das Recht informieren, weiteren solchen Kontakten zu widersprechen. Nach Widerspruch bleiben nur Kontakte zulässig, die für eine gesetzliche Pflicht zwingend nötig sind. Beispiel: Weitere Beratungstelefonate müssen dann unterbleiben; ein zwingend notwendiger Kontakt zur Leistungsentscheidung bleibt möglich.

Was hausärztliche Teams erinnern und unterstützen können

- Patient:innen mit länger dauernder AU bitten, jedes Schreiben der Krankenkasse zeitnah mitzubringen; ein allgemeiner Reha-Hinweis ist nicht dasselbe wie eine förmliche Aufforderung nach § 51.
- Bei einem §-51-Bescheid Zugang, Fristende und Rechtsbehelfsbelehrung dokumentieren, Recall anlegen und die medizinischen Unterlagen für den zuständigen Reha-Träger ohne vermeidbare Verzögerung bereitstellen.
- Wenn die Frist wegen Erkrankung, Klinikaufenthalt oder fehlender Unterlagen gefährdet ist, noch am selben Tag Kasse beziehungsweise Reha-Träger und eine unabhängige Sozialberatung einschalten. Die Praxis entscheidet weder über die Wirksamkeit des Bescheids noch über Krankengeld oder Rente.
- Bei Ende eines Arbeitsverhältnisses, geplanter Alters-Teilrente oder Statuswechsel zur Selbstständigkeit gezielt nachfragen: Diese Daten können ab 2027 Höhe oder Beginn des Krankengeldschutzes verändern.
- Beim Kassenanruf das Widerspruchsrecht erklären: Es betrifft weitere Kontakte nach § 44 Absatz 4 Satz 2, beseitigt aber keine gesetzlich zwingenden Mitwirkungs- oder Entscheidungskontakte.

Quelle: [BGBl. 2026 I Nr. 228 · § 44 ab 2027 · § 47 ab 2027 · § 50 ab 2027](#)

Korrektur in eigener Sache: Konsiliarbericht

Der psychotherapeutische Konsiliarbericht ist nicht generell abgeschafft. Seit 30.07.2026 ist er entbehrlich, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes erfolgt oder wenn sie sich an eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung anschließt und im Entlassbrief empfohlen wird. Das HIB hatte für diese Ausnahme am 30.07. fälschlich den 01.01.2027 genannt.

Fiktives Beispiel: Beginnt eine ambulante Psychotherapie ohne vertragsärztliche Überweisung und ohne entsprechende Empfehlung im Krankenhaus-Entlassbrief, greift die Ausnahme nicht; der Konsiliarbericht bleibt erforderlich.

Für die Praxis: Die Ausnahme nur anwenden, wenn Überweisung oder Krankenhaus-Empfehlung dokumentiert ist; sonst den Konsiliarweg beibehalten.

Quelle: [BGBl. 2026 I Nr. 228 · BT-Drs. 21/7016, S. 184](#)

Verordnung & Versorgung**08 Multisystematrophie: jetzt mit Datum 01.01.2027**

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschloss am 20.08.2026 bundesweit, die ICD-10-GM-Codes G23.2 und G23.3 für Multisystematrophie in die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf aufzunehmen. Inhaltlich war das bereits im Briefing; neu ist nur der im Beschlusstext genannte Termin 01.01.2027. Die G-BA-Seite führt den Beschluss formal noch als nicht in Kraft.

Praxisaktion: Den 01.01.2027 vormerken und die neue Listenposition erst nach Abschluss der formalen Bekanntmachung anwenden.

Quelle: [G-BA · Beschlusstext](#)

09 Codein-Kombinationen: neue Warnungen zu Abhängigkeit und Atmung

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft fasste am 21.08.2026 für Deutschland Änderungen aus einem europäischen PSUR-Verfahren zu Buclizin/Codein/Paracetamol- und Coffein/Codein/Paracetamol-Kombinationen zusammen. Die Produktinformationen sollen Abhängigkeit auch bei therapeutischer Dosierung, opioidinduzierte Hyperalgesie, zentrale Schlafapnoe und Hypoxämie sowie Pankreatitisrisiken ergänzen. Mit Gabapentin oder Pregabalin drohen zusätzlich Atemdepression, starke Sedierung, Koma oder Tod.

Die Warnung gilt für die konkret genannten Kombinationen und ist keine pauschale neue Aussage zu jeder Codeinanwendung; absolute Ereignisraten nennt das Verfahren nicht.

Workflow-Hinweis: Codein-Kombinationen, Einnahmedauer und Gabapentinoide in der Medikationsanamnese systematisch sichtbar machen.

Quelle: [AkdÄ Drug Safety Mail 2026-32](#)

10 APN in neun Praxen: Empfehlungen akzeptiert, Endpunkte unverändert

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss veröffentlichte am 21.08.2026 für Rheinland-Pfalz den Abschlussbeschluss zu FAMOUS, einem nicht randomisierten Modell in neun ländlichen hausärztlichen Praxen. Advanced Practice Nurses (APN) sind hier masterqualifizierte Pflegefachpersonen. Sie erhoben umfassende Assessments, planten und steuerten die Versorgung, berieten, kontrollierten Verläufe und bezogen weitere Leistungserbringende ein; verordnungspflichtige Maßnahmen wurden in wöchentlichen Fallkonferenzen ärztlich abgestimmt.

Die 5.130 APN-Empfehlungen waren somit patientenbezogene Vorschläge aus diesem Versorgungsprozess, keine allgemeine Leitlinie: 95 Prozent wurden vollständig, drei Prozent teilweise akzeptiert. Trotzdem sanken Notfallkontakte und ungeplante Aufnahmen nicht signifikant. Wegen fehlender Wirksamkeit und Baseline-Ungleichgewichten empfiehlt der Ausschuss keine Regelüberführung. APN-Kosten: rund 625 Euro im ersten, 445 Euro im Folgejahr pro Person.

Für den Hinterkopf: Neue Teamrollen nicht nur an Akzeptanz, sondern an patientenrelevanten Endpunkten und tragfähiger Finanzierung messen.

Quelle: [G-BA Innovationsfonds](#)