



GP

Gesundheitspolitische
Informationen

Nr. 3/2011

www.bundesgesundheitsministerium.de

GESETZESVORHABEN

Für eine gute Versorgung

Die wohnortnahe medizinische Versorgung ist eine der wichtigsten Leistungen unseres Gesundheitssystems. Aber schon heute stehen nicht mehr in allen Regionen genügend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung. Jetzt will die Bundesregierung mit einem Versorgungsstrukturgesetz umfassende Maßnahmen auf den Weg bringen, die eine gute und flächendeckende Versorgung auch für die Zukunft sichern.



Jenseits der klassischen Praxismodelle:
Versorgung flexibel organisieren

In den nächsten Jahrzehnten droht ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten insbesondere in hausärztlichen und fachärztlichen Praxen in strukturschwachen Regionen. Die Gründe sind vielfältig. Einerseits sorgen die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt für eine stetig stei-

gende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Zugleich werden viele Ärztinnen und Ärzte in den kommenden Jahren aus Altersgründen ihre ärztliche Tätigkeit beenden. Um dieser Entwicklung zu begegnen, müssen nicht nur mehr Medizinstudenten ausgebildet und für die Versorgung der Patienten gewonnen werden. Die Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausübung müssen insgesamt deutlich verbessert und die Strukturen der medizinischen Versorgung modernisiert werden. Und dies alles so, dass der Alltag für die Patienten spürbar verbessert wird.

Für die Patientinnen und Patienten

Die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen richten sich vor allem auf folgende Ziele: die Versorgung der Patientinnen und Patienten insgesamt durch Überwindung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, durch besseren Zugang zu Innovationen und weitere Maßnahmen zu verbessern; neue Möglichkeiten zu schaffen, die medizinische Versorgung in unterversorgten Regionen jenseits der klassischen Praxismodelle zu organisieren; neue Anreize für die Tätigkeit als niedergelassener Arzt auf dem Land zu setzen; den Arztberuf insgesamt wieder attraktiver zu machen und für eine leistungsgerechte Vergütung zu sorgen; die Bedarfsplanung zielgenauer und > Fortsetzung auf Seite 2

Liebe Leserin, lieber Leser,



wir müssen heute die richtigen Entscheidungen treffen, wenn wir die Qualität unserer medizinischen Versorgung dauerhaft sichern wollen. Die Menschen sollen sich darauf verlassen können, überall gut versorgt zu sein, jetzt und auch in Zukunft. Wir sehen gegenwärtig, dass viele junge Mediziner in die Forschung, in die Industrie oder ins Ausland gehen und dass Haus- und Fachärzte auf dem Land oft keinen Nachfolger mehr für ihre Praxis finden. Deshalb wollen wir mit dem Versorgungsstrukturgesetz eine Reihe von Maßnahmen auf den Weg bringen, die den Arztberuf wieder attraktiver machen und jungen Mediziner die Entscheidung für eine Tätigkeit in der Gesundheitsversorgung erleichtern. Wir sorgen für gerechtere und flexiblere Vergütungsregeln. Wir verbessern die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Wir bauen Überregulierung und Bürokratie ab, wo sie die Ärzte über Gebühr belasten. Und: Wir schaffen insbesondere neue Anreize für eine Tätigkeit auf dem Land.

Ihr

Daniel Bahr

IN DIESER AUSGABE

Regionen unterstützen Hausärzte	3	Änderung Transplantationsgesetz	10
Minister Daniel Bahr im Gespräch	4	Hospiz in Oświęcim (Auschwitz)	11

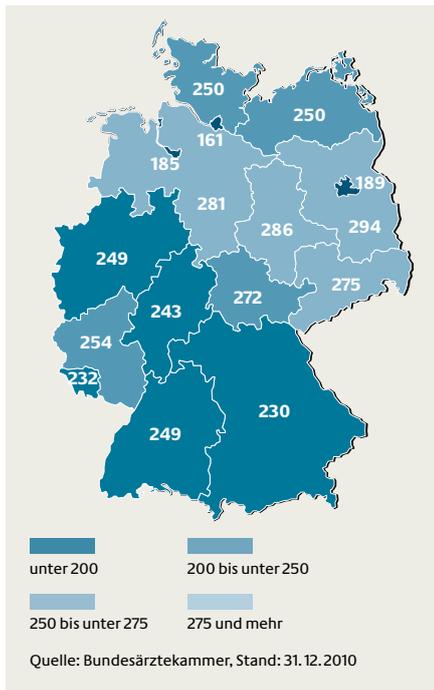
> Fortsetzung von Seite 1

flexibler zu gestalten. Dies stellt sicher, dass die Menschen in allen Teilen Deutschlands – auch in strukturschwachen und ländlichen Regionen – weiterhin zeitnah und ortsnah auf dem Stand des medizinischen Fortschritts eine ihrem Bedarf entsprechende hochwertige medizinische Versorgung erhalten. Das Gesetz soll noch im Sommer in die parlamentarische Beratung gehen und zum 1. Januar 2012 in Kraft treten.

Die wichtigsten geplanten Neuregelungen (Stand: Referentenentwurf):

Bessere Versorgung für die Patienten

- Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwinden: Schaffung eines sektorenübergreifenden spezialärztlichen Versorgungsbereiches für die Behandlung von Patienten mit seltenen Erkrankungen oder besonderen Krankheitsverläufen und für weitere Leistungen
- Innovation fördern: Erprobung nicht-medikamentöser Behandlungsmethoden durch den G-BA; bessere Datengrundlage für die Versorgungsforschung



Unterschiedliche Ärztedichte in Deutschland:
Einwohner je berufstätigen Arzt

- Bürokratie abbauen: langfristige Genehmigungen bei Heilmitteln möglich
- Leistungswettbewerb der Krankenkassen stärken: Kassen können ihren Versicherten mehr Satzungsleistungen anbieten, z. B. in folgenden Bereichen: Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, nicht zugelassene Leistungserbringer

Besser versorgt auch auf dem Land

- Übergreifend versorgen: Ärzte in Reha- und Pflegeeinrichtungen können in unterversorgten Gebieten künftig zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ermächtigt werden, bei Krankenhäusern wird dies erleichtert, der sektorenübergreifende Notdienst wird gestärkt
- Andere Träger zulassen: Kommunale Träger können mit Zustimmung der KV Praxen als Eigeneinrichtung betreiben
- Ärzte entlasten: Die Partner der Bundesmantelverträge erstellen eine Vorschlagsliste, welche ärztlichen Tätigkeiten von anderen Gesundheitsberufen übernommen werden können
- Mobile Versorgungskonzepte (z. B. Zweigpraxen) und Telemedizin ausbauen

Landarztstätigkeit wird attraktiver

- Bessere Vergütung in strukturschwachen Gebieten: keine Abstufung, regionale Preiszuschläge möglich
- Auch für Zahnärzte: Sicherstellungszuschläge bei Unterversorgung
- Regionale Förderung: KV können mit Strukturfonds Niederlassungen fördern
- Zukunftsperspektiven verbessern: Wer längere Zeit in einem unterversorgten Gebiet tätig war, hat später bessere Chancen bei der Bewerbung um einen anderen Vertragsarztsitz

Gute Rahmenbedingungen für den Arztberuf

- Leistungsgerechte Vergütung: Flexibilisierung und Regionalisierung der Honorarverteilung; KV erhalten die alleinige Kompetenz zur Honorarver-

teilung, sie erlassen hierzu einen Honorarverteilungsmaßstab im Benehmen mit den Krankenkassen

- Weiterentwicklung der Zahnarztvergütung: Vorrang der Beitragssatzstabilität und Anbindung an Grundlohnsummenentwicklung entfällt; mehr Spielraum für regionale Vertragspartner
- Vorrang für die Medizin: MVZ dürfen nur noch von Krankenhäusern, Vertragsärzten oder gemeinnützigen Trägerorganisationen gegründet werden, der ärztliche Leiter muss im MVZ selbst auch tätig sein
- Weniger Bürokratie: Ambulante Kodierrichtlinien entfallen; Flexibilisierung, Deregulierung und bessere Beratungsmöglichkeiten im Bereich der Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen; Entlastung bei DMP
- Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf: längere Vertretungsmöglichkeit nach Entbindung, Beschäftigung eines Entlastungsassistenten länger möglich, Anerkennung von Erziehungsjahren bei Bewerbung um einen Vertragsarztsitz
- Mehr Flexibilität: generelle Aufhebung der Residenzpflicht

Zielgenaue Bedarfsplanung

- Weiterentwicklung der Bedarfsplanung: Flexibilisierung der Planungsbereiche; Einbeziehung ambulant tätiger KH-Ärzte; Berücksichtigung von Demografie und regionalen Besonderheiten
- Stärkere Einwirkungsmöglichkeiten für die Länder: Mitberatungsrecht der Länder bei Fragen der Bedarfsplanung im G-BA; Mitberatungsrecht und Rechtsaufsicht der Länder bei den Landesausschüssen
- Abbau von Überversorgung: KV erhalten mehr Möglichkeiten, den freiwilligen Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung zu fördern, und ein Vorkaufsrecht für frei werdende Praxisplätze (unter eng definierten Gegebenheiten)

WEITERE INFOS

www.bundesgesundheitsministerium.de/versorgungsstrukturgesetz

REGIONALE LÖSUNGEN

Da lockt die Landarztpraxis

In vielen Regionen Deutschlands haben die Akteure, die die ärztliche Versorgung organisieren müssen, eigene Lösungsansätze entwickelt, damit Ärzte auch weiterhin aufs Land gehen und den Patienten lange Fahrten und Wartezeiten erspart bleiben.



Stipendien für Medizinstudenten

Der Freistaat Sachsen setzt auf die Gewinnung von Nachwuchsmedizinern. Deshalb haben das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen beschlossen, die sogenannte Studienbeihilfe an Medizinstudenten zu vergeben. Sie müssen sich dafür verpflichten, nach Studienabschluss als Hausarzt an der vertragsärztlichen Versorgung in einem unterdurchschnittlich versorgten Gebiet in Sachsen teilzunehmen. Auf der Internetseite www.aerzte-fuer-sachsen.de finden Medizinstudenten und Ärzte alle Informationen über Stipendien, Fortbildungen und freie Stellen in Sachsen. Auch ausländische Ärzte können sich dort über die Niederlassungsbedingungen informieren.



Bequeme Blockweiterbildung

In Thüringen haben die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesärztekammer mit dem Programm Blockweiterbildung Allgemeinmedizin ein attraktives Angebot für angehende Hausärzte entwickelt. Die jungen Ärztinnen und Ärzte müssen die Stationen nicht selbst koordinieren, sondern durchlaufen individuell zugeschnittene Weiterbildungen komplett an einem Ort. Der stationäre Teil der Weiterbil-

dung wird an einem der am Programm teilnehmenden Krankenhäuser durchgeführt, der ambulante in einer nahegelegenen Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum. Die Vergütung im ambulanten Teil wurde deutlich erhöht. Die Ärzte in Weiterbildung werden vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena und von den teilnehmenden Institutionen fachlich unterstützt.



Hilfe bei den Hausbesuchen

Niedersachsen fördert die Zusammenarbeit von Ärzten und medizinischen Fachangestellten im „Modell Niedersachsen“ (MoNi). Als Modellregionen wurden die Landkreise Vechta und Schneverdingen ausgesucht. Denn hier ist die Zahl der Ärzte vergleichsweise gering und die Entfernungen sind groß. Das Modellprojekt sieht vor, dass medizinische Fachangestellte vom Arzt delegierbare Tätigkeiten im Wohnumfeld der Patienten selbstständig ausführen. Die Fachangestellten sind in einer Praxis angestellt und können unter konkreten Vorgaben des Arztes Hausbesuche übernehmen, Blutdruck und Blutzucker messen oder Medikamente nach ärztlicher Verordnung verabreichen. Die Patienten werden auf diese Weise umfassend zu Hause versorgt, ohne dass Ärzte unter ständigem Zeitdruck zu Hausbesuchen unterwegs sind. Das Projekt ist im vergangenen Herbst gestartet. Insgesamt beteiligen sich acht Arztpraxen. Die AOK Niedersachsen, die Betriebskrankenkassen, die Knappschaft und die Landwirt-

schaftliche Krankenkasse unterstützen das Modellprojekt mit insgesamt 100.000 Euro pro Jahr. Nach zweijähriger Laufzeit wird es vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung wissenschaftlich evaluiert.



Zuschüsse und Umsatzgarantie

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg unterstützt Ärzte, die sich in unterversorgten Regionen niederlassen, mit Investitionskostenzuschüssen. Ärzte können einen Zuschuss von 50.000 Euro bekommen, wenn sie eine Praxis übernehmen, und 40.000 Euro, wenn sie eine Praxis neu gründen. Bei Weiterführung einer Praxis in Form einer Zweigpraxis können Ärzte einen Zuschuss in Höhe von 15.000 Euro erhalten. Außerdem gibt es für Ärzte, die eine bestehende Praxis in einer unterversorgten Region übernehmen, eine Umsatzgarantie. Diese beträgt zwei Drittel des Durchschnittsumsatzes je Quartal der Fachärzte in der gleichen Arztgruppe. Damit sich interessierte Ärzte und Nachwuchsmediziner schnell und einfach über die verschiedenen Fördermöglichkeiten und freien Stellen informieren können, wurde unter Federführung des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz das Internetportal www.arzt-in-brandenburg.de eingerichtet. Einen anderen Weg gehen die Landkreise Elbe-Elster, Barnim, Uckermark und die Stadt Eberswalde. Sie vergeben Stipendien an Medizinstudenten, die sich verpflichten, die ersten Jahre nach dem Abschluss im Landkreis tätig zu werden. ■

INTERVIEW

„Wir setzen die richtigen Anreize“

Teilzeit, Elternzeit, flexible Lebensplanung: Junge Mediziner von heute haben klare Erwartungen an ihre Berufsausübung, und die geltenden Rahmenbedingungen stehen oftmals quer dazu. Im Gespräch mit der GP erklärt Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, wie der Arztberuf wieder attraktiver werden soll.

Herr Minister, die Experten streiten sich: Haben wir tatsächlich einen Ärztemangel oder lediglich ein Verteilungsproblem?

Wir haben einen drohenden Ärztemangel. Schon heute erfahren wir in ganz Deutschland, dass Haus- und Fachärzte Probleme haben, einen Nachfolger für ihre Praxis zu finden, und dass viele Krankenhäuser offene Stellen nicht besetzen können. Und wenn wir uns die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte anschauen, dann wissen wir, dass in zehn Jahren viele Praxen nachbesetzt

werden müssen. Also müssen wir jetzt die richtigen Anreize schaffen, um mehr junge Mediziner für den Arztberuf zu begeistern.

Tatsächlich gehen nur 60 Prozent der approbierten Ärzte in die Krankenversorgung. Ist der Arztberuf so unattraktiv geworden, oder haben sich Ansprüche und Erwartungen der Medizinstudenten geändert?

Ich denke, dass sich gesellschaftlich etwas gewandelt hat, worauf das Gesundheitswesen noch nicht reagiert hat. Frü-

her war der Arztberuf männlich. Es war ein Beruf mit 60, 70 Wochenstunden, während die Frau sich um die Familie gekümmert hat. Heute sehen wir, dass von den Medizinstudierenden zwei Drittel junge Frauen sind. Und wir sehen, dass sowohl junge Männer als auch junge Frauen nach familienfreundlichen Arbeitszeiten schauen. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist den meisten sehr wichtig. Deswegen entscheiden sich ja auch viele junge Mediziner für andere Berufe, wo sie geregelte Arbeitszeiten und ein geregeltes Einkommen haben.

Der Arztberuf im Wandel

- Insgesamt gibt es in Deutschland 333.600 berufstätige Ärzte. Davon arbeiten 91,5 Prozent in der Versorgung, 8,5 Prozent der Ärzte sind in Behörden, Institutionen, in der Industrie oder in anderen Bereichen tätig. (Stand: 2010)
- Der Arztberuf wird weiblicher: Der Anteil der berufstätigen Ärztinnen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen, 2010 betrug er 43 Prozent. Der Anteil der Medizinstudentinnen lag im Jahr 2009 bei knapp 64 Prozent.
- Die niedergelassenen Ärzte werden immer älter: Belief sich das Durchschnittsalter bei den Vertragsärzten im Jahr 1995 noch auf knapp 47,6 Jahre, ist es bis zum Jahr 2010 auf 52,3 Jahre gestiegen.
- In der ambulanten Versorgung sinkt der Anteil der Hausärzte im Verhältnis zu den Fachärzten. So waren 1996 noch rund 54,8 Prozent der Vertragsärzte Hausärzte und 45,2 Prozent waren Fachärzte. 2010 lag der Anteil der Fachärzte bereits bei 52,4 Prozent.
- Die meisten Ärzte zieht es in die Stadt: 42 Prozent würden sich ggf. in einer Großstadt niederlassen, 36 Prozent in einer Kleinstadt, nur fünf Prozent können sich vorstellen, eine Praxis auf dem Land zu eröffnen.

Quellen: Infratest dimap, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer.

Immer mehr Studierende sind Frauen. Welche Auswirkungen hat das auf die ambulante Versorgung und das Berufsbild?

In den Strukturen muss sich etwas ändern. Die Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung, die Organisation einer klassischen Arztpraxis sind nicht auf Teilzeit und Vereinbarkeit von Familie und Beruf eingerichtet. Deswegen werden wir im Versorgungsstrukturgesetz die Chancen dafür verbessern. Junge Frauen wie Männer sollen sich Auszeiten für ihre Kinder nehmen können, ohne Sorge zu haben, gleich die Praxis aufgeben zu müssen.

Gerade in den ländlichen Gebieten werden dringend Ärzte gebraucht. Aber nur fünf Prozent der Ärzte können sich vorstellen, auf dem Land tätig zu werden. Warum ist das für viele Ärzte so undenkbar?

Da ich aus dem Münsterland komme, einer Region, die eine Großstadt in der Mitte, aber sonst ländliche Strukturen hat, weiß ich, dass die jungen Leute sich



„Heute sehen wir, dass von den Medizinstudierenden zwei Drittel junge Frauen sind. Und wir sehen, dass sowohl junge Männer als auch junge Frauen nach familienfreundlichen Arbeitszeiten schauen. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist den meisten sehr wichtig.“

vor allem drei Fragen stellen: Findet mein Partner, meine Partnerin dort auch einen Job? Wie sieht es mit der Kinderbetreuung aus? Und was ist mit dem kulturellen Angebot? Das gilt allgemein, nicht nur für Mediziner. In Ballungsräumen sind diese Fragen natürlich einfacher zu beantworten. Dazu kommt der Gedanke: Wenn ich in die Fläche gehe, habe ich mehr Patienten – das wird aber nicht hinreichend anerkannt, sondern sogar noch bestraft: mit Mengenabstaffelung, Regressdrohung, mehr Wochenenddiensten. Deswegen werden wir mit dem Versorgungsstrukturgesetz mehr Verlässlichkeit schaffen für diejenigen, die sich auf dem Land niederlassen. Die Mengenabstaffelungen werden für Ärzte in unterversorgten Gebieten aufgehoben.

Die Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen wird immer wichtiger. Es gibt viele Modellprojekte, bei denen ärztliche Tätigkeiten delegiert werden. Sind das zukunftsweisende Konzepte?

Im Versorgungsstrukturgesetz werden wir die Delegation erleichtern, denn in der Praxis funktioniert es oft sehr gut. Ich habe selbst mal Nächte mit dem Rettungsdienst verbracht und erlebt,

wie gut Notärzte und Rettungsassistenten zusammenarbeiten. Ich weiß, dass Ärzte heute schon viele Tätigkeiten an andere Berufe delegieren, denen sie vertrauen. Das ist die gelebte Realität.

Was muss man sich unter delegationsfähigen Leistungen vorstellen?

Wir brauchen zunächst einmal die Liste mit delegationsfähigen Aufgaben. Die Politik wird diese Liste nicht vorgeben, sondern wir brauchen dazu Anregungen aus der Fachwelt. Deshalb wollen wir den Partnern der Bundesmantelverträge eine Frist setzen, bis zu der eine solche Liste erarbeitet wird.

Der Bedarf von Ärzten wird auch aufgrund des demografischen Wandels steigen. Brauchen wir jetzt mehr Studienplätze für Medizin?

Ja. Allerdings ist das Medizinstudium das teuerste Studium überhaupt. Wir als Bund haben Gespräche mit den Ländern gesucht, damit zusätzliche Studienplätze geschaffen werden, aber letztlich ist das Aufgabe der Länder.

Ist der Numerus clausus noch ein zeitgemäßes Auswahlverfahren?

Aus meiner Sicht ist der gute Mediziner

nicht derjenige, der die beste Abiturnote hatte, sondern derjenige, der medizinisches Wissen mit sozialem Einfühlungsvermögen verbindet.

Die Bundesregierung bekennt sich ausdrücklich zur Freiberuflichkeit des Arztes. Was bedeutet das?

Die Freiberuflichkeit ist die unverzichtbare Basis für die Unabhängigkeit des Arztes. Wir wollen, dass der Arzt sein medizinisches Wissen anwenden und bei den Patienten das machen kann, was notwendig und zweckmäßig ist. Hier geht es um das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, und das ist uns sehr wichtig. Die Freiberuflichkeit gilt übrigens genauso für angestellte Ärzte. Die Berufsordnung der Ärzte sieht vor, dass der Arztberuf dem Wesen nach ein freier Beruf ist.

Herr Minister, was sagen Sie jungen Medizinstudierenden, warum es sich lohnt, den Arztberuf zu wählen?

Der Arztberuf ist ein sozialer Beruf, in dem man mit Menschen zu tun hat, die Erfolge seiner Arbeit sieht und dabei sehr viel Dankbarkeit von den Patienten bekommt. Das hat man in vielen anderen Berufen nicht. ■

PFLEGEREFORM

Und was denken die Bürger?

Was können wir tun, um die Pflege besser zu machen? Zur Vorbereitung der Pflegereform führte das BMG gezielte Dialoge mit Fachleuten und Betroffenenvertretern zu den Schwerpunktthemen des geplanten Gesetzes. Was aber, so fragte eine Veranstaltung am 18. Mai, denken eigentlich die Bürger?

Sie habe gar nicht gewusst, wie wichtig dem Bundesministerium für Gesundheit das Thema Pflege sei, stellt am Ende die jüngste Teilnehmerin fest. Diese Einschätzung teilten nahezu alle Bürgerinnen und Bürger, die am 18. Mai 2011 zu der Veranstaltung „Im Dialog: Pflege der Zukunft“ in den Berliner Dienstsitz des BMG eingeladen worden waren. Überwiegend per Zufallsprinzip ausgewählt, waren sie gekommen, um über die Zukunft der Pflege zu diskutieren. Einige brachten die Sicht der eigenen Pflegebedürftigkeit ein, manche die Sicht von Unternehmen mit pflegenden Beschäftigten. Einige hatten berufliche Erfahrungen mit der Pflege, andere Erfahrung mit der Pflege Angehöriger. So entstand ein lebhafter Meinungsaustausch – das eigentliche Ziel der Veranstaltung, die in dieser Form zum ersten Mal vom BMG durchgeführt wurde: um auch mit „normalen“ Menschen ins Gespräch zu kommen, ihnen zuzuhören



Intensive Tischdiskussionen zur Pflege: Bürgerdialog im BMG, Mai 2011

und über die notwendigen Verbesserungen in der Pflege zu sprechen.

Nach der Begrüßung und einem kurzen Podiumsgespräch mit Pflegeexpertinnen und -experten gab es zwei Durchläufe intensiv geführter Tischdiskussionen: Mit „Fachkräftemangel und Ausbildung“, „Bürokratieabbau“, den „Herausforderungen von Demenz“ und der zukünftigen Unterstützung von „Ehrenamtlichem Engagement und

pflegenden Angehörigen“ waren die Themen gesetzt. Moderatoren sorgten dafür, dass alle zu Wort kamen und ihre ganz persönlichen Sichtweisen gehört wurden. Die Ergebnisse der acht Tischrunden wurden fortlaufend von einem Redaktionsteam zusammengefasst und Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und den Experten seines Hauses präsentiert. Überraschend: Die Bürger befanden fast die gleichen Punkte für wichtig wie die Fachleute in den vorangegangenen Expertendialogen, zum Beispiel die hohe Arbeitsbelastung oder die Notwendigkeit, ehrenamtlichen Kräften pflegerisches Wissen zu vermitteln. „Die Diskussion über die Gestaltung der Pflege“, betonte Bahr in seiner abschließenden Rede, „gehört in die Mitte der Gesellschaft.“

WEITERE INFOS

www.bundesgesundheitsministerium.de/buergerdialogpflege

TELEMATIK

Die Karte kommt

Die Vorbereitungen für die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sind in vollem Gange. Bundesweit werden zurzeit Praxen, Krankenhäuser und Apotheken mit neuen Kartenlesegeräten ausgestattet, die sowohl die alten als auch die neuen Karten lesen können. Ab Oktober 2011 beginnen die gesetzlichen Krankenkassen, die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) an ihre Versicherten auszugeben. Die neue Karte übernimmt zunächst die Funktion der Krankenversichertenkarte und ent-

hält die Verwaltungsdaten (Name, Anschrift, Krankenkasse, Versicherungsstatus). Sie ist technisch allerdings für weitere Anwendungen geeignet, zum Beispiel Speicherung der Notfalldaten oder elektronischer Arztbrief. Ein Lichtbild auf der Karte trägt dazu bei, den Kartenmissbrauch einzudämmen. Bis Ende des Jahres sollen die gesetzlichen Krankenkassen nach dem GKV-Finanzierungsgesetz mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte ausstatten.



Die elektronische Gesundheitskarte – mehr als eine neue Krankenversichertenkarte

LEUCHTTURMPROJEKT

Demenzkranke gut versorgen

13 Millionen Euro hat das Bundesministerium für Gesundheit für das Leuchtturmprojekt Demenz zur Verfügung gestellt. Im Rahmen des Vorhabens wurden 29 zukunftsweisende Projekte unterstützt. Eine umfassende Broschüre dokumentiert nun Beispiele einer optimalen pflegerischen und medizinischen Betreuung für demenziell Erkrankte.

Die Zahl der Demenzkranken ist groß, und sie wird in den kommenden Jahrzehnten noch weiter wachsen. Nach Schätzungen von Experten wird in Deutschland die Zahl von heute rund 1,2 Millionen Betroffenen in 20 Jahren auf 1,7 Millionen und in 40 Jahren auf über zwei Millionen steigen. Angesichts der Bedeutung des Themas für die Zukunft der Pflege führte das Bundesministerium für Gesundheit das „Leuchtturmprojekt Demenz“ durch. Aus 126 Anträgen wurden 29 zukunftsweisende Projekte ausgewählt und zwei Jahre lang gefördert. Es ging unter anderem darum, besonders gute Ansätze für die Versorgung von demenziell erkrankten Menschen daraufhin zu untersuchen, wie diese gestärkt und weiterentwickelt werden können. Im Herbst 2010 wurden die Ergebnisse im Rahmen eines großen Symposiums beleuchtet.

Eine Broschüre dokumentiert nun die Projektergebnisse und die auf der

Abschlussveranstaltung gehaltenen Vorträge. Sie richtet sich an alle, die sich über die Vielfalt an guten Konzepten und Maßnahmen im Bereich der Versorgung Demenzkranker informieren möchten. Die vier Schwerpunktthemen sind „Nichtmedikamentöse Maßnahmen: Wirksamkeit, Nutzen, Stellenwert“, „Was hilft den Angehörigen?“, „Erfolgsfaktoren in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz“ und „Koordination der ambulanten Versorgung“.

Der Abschluss des Leuchtturmprojekts ist zugleich Ausgangspunkt für die Planung von morgen. Wie kann das, was sich bewährt hat, breite Anwendung finden? Mit der Ausschreibung für eine „Zukunftswerkstatt Demenz“, die das BMG im Mai veröffentlicht hat, sollen die bisher gewonnenen Erkenntnisse ergänzt und Möglichkeiten erarbeitet werden, erfolgreiche Konzepte in die breite Fläche zu tragen. ■

NEUE BROSCHÜRE



Broschüre zum Leuchtturmprojekt Demenz

Kostenlos bestellen unter
publikationen@bundesregierung.de
Bestell-Nr.: BMG-F-10007

RKI-STUDIE

Wie gesund sind die Deutschen?

Ein großes Projekt geht in die Schlussphase: Nach drei Jahren, in denen 7.500 Erwachsene an bundesweit 180 Orten untersucht und befragt wurden, schließt das Robert Koch-Institut (RKI) Ende dieses Jahres die Erhebung für die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) ab.

Erstmals seit dem Bundes-Gesundheits-survey von 1998 stehen dann aktuelle und repräsentative Untersuchungsdaten über den Gesundheitszustand

der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland zur Verfügung. Die Erhebung DEGS ist Teil des Gesundheitsmonitorings am RKI, dessen weitere Teile der Kinder- und Jugendsurvey KiGGS und die jährliche Telefonbefragung „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ sind. Diese Erhebungen unterstützen die bedarfsgerechte Planung von Gesundheitsangeboten, die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und die Erforschung von Krankheitsursachen. Erfasst werden im DEGS

Daten zum Gesundheitszustand, zu gesundheitlichen Risiken, zum Gesundheitsverhalten und zum persönlichen Lebensumfeld. Auch die Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und die Nutzung der medizinischen Versorgung werden erfragt. Um Aussagen über die gesundheitliche Entwicklung über einen längeren Zeitraum zu erhalten, wurden auch Teilnehmer des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 eingeladen. Weitere Informationen: www.rki.de/degs ■

Meldungen

Arzneimittelfälschungen im Visier

Gefälschte Arzneimittel sind eine ernst zu nehmende Gefahr für die Patienten und für die öffentlichen Gesundheitssysteme. Deutschland hat mit Regelungen im Arzneimittelrecht das Herstellen und Inverkehrbringen von gefälschten Arzneimitteln und Wirkstoffen unter Strafe gestellt. Nationale Gesetze alleine bieten jedoch keinen umfassenden Schutz. Denn oftmals handelt es sich hier um international organisierte Kriminalität. Das Bundesministerium für Gesundheit hat nun federführend für Deutschland die Verhandlungen über das „Übereinkommen des Europarats über die Fälschung von Arzneimitteln und Medizinprodukten und über ähnliche die öffentliche Gesundheit gefährdende Straftaten“ im Strafrechtsausschuss des Europarates geführt. Mit dem Vertrag wird erstmals ein internationales Rechtsinstrument angeboten, das das Fälschen von Arzneimitteln und ihrer Bestandteile, von Medizinprodukten sowie der dazugehörigen Dokumente international strafrechtlich sanktioniert. Er tritt in Kraft, sobald ihn fünf Staaten unterzeichnen. Darunter müssen mindestens drei Mitglieder des

Europarates sein. Daneben können alle Mitglieder der EU, Staaten mit Beobachterstatus beim Europarat, weitere Staaten auf Einladung sowie Israel und Japan, die an der Ausarbeitung mitgewirkt haben, dem Vertrag beitreten.

+++++

„AKTION Saubere Hände“ geht in die zweite Runde

Die erfolgreiche „AKTION Saubere Hände“ wird seit Januar 2011 auch auf Alten- und Pflegeheime sowie den ambulanten Bereich ausgeweitet. Die Kampagne richtete sich seit 2008 vor allem an Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen, über 750 Einrichtungen nahmen bisher teil. Aufgrund der starken Vernetzung der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen bei der Betreuung von Patienten sollen jetzt alle Bereiche des Gesundheitswesens einbezogen werden. Die „AKTION Saubere Hände“ ist eine nationale Kampagne zur Verbesserung der Anwendung der Händedesinfektion in deutschen Gesundheitseinrichtungen. Sie wurde am 1. Januar 2008 mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit vom Nationalen Referenzzentrum für die

Surveillance nosokomialer Infektionen (NRZ), vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) sowie von der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) ins Leben gerufen. Weitere Informationen unter www.aktion-sauberehaende.de.

+++++

RKI: Grundsteinlegung für Hochsicherheitslabor

Der Ausbau des Robert Koch-Instituts (RKI) zu einem modernen Public-Health-Institut für Deutschland ist in eine neue Phase getreten. Am 26. Mai 2011 legten Prof. Dr. Reinhard Burger, Präsident des Robert Koch-Instituts, und Karin Knuffmann-Happe, Abteilungsleiterin im Bundesministerium für Gesundheit, gemeinsam mit Rainer Bomba, Staatssekretär im Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, und Rita Ruoff-Breuer, Präsidentin des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung, den Grundstein für ein neues Gebäude des Robert Koch-Instituts in Berlin. Es wird als eines von wenigen Forschungsgebäuden in Deutschland Hochsicherheitslabore der Kategorie S4 beherbergen, daneben Büros und weitere Labore. Die Fertigstellung ist für Herbst 2013 geplant.

Die Bundesregierung investiert am Standort Seestraße insgesamt 123 Millionen Euro und ergänzt mit diesen Baumaßnahmen den personellen Ausbau des Robert Koch-Instituts, der seit 2008 schrittweise umgesetzt wurde. Insgesamt wurden bisher 134 neue Stellen für das RKI bereitgestellt. Sie sollen die zentrale Einrichtung der Bundesregierung für den Gesundheitsschutz in Deutschland in die Lage versetzen, sich den neuen Aufgaben und Herausforderungen zu stellen, die die veränderten Gesundheitsrisiken in Deutschland mit sich bringen: Alterung der Gesellschaft, Veränderungen des Lebensstils, Globalisierung und Klimawandel ziehen eine



Die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz mit dem malaysischen Gesundheitsminister Dato Sri Liow Tiong Lai: Zum Aufbau gesundheitspolitischer und zur Begleitung gesundheitswirtschaftlicher Beziehungen bereiste im Mai zum ersten Mal eine BMG-Delegation Malaysia und Singapur.



Verschiebung des Krankheitsspektrums und das Auftreten bisher hier nicht verbreiteter oder unbekannter Erreger nach sich. Hier müssen neue Risiken erforscht und Maßnahmen entwickelt werden. Zu den Aufgaben des RKI zählen die Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten, die Analyse langfristiger gesundheitlicher Trends in der Bevölkerung und die Abwehr akuter Gefahren, beispielsweise durch Krankheitsausbrüche oder bioterroristische Anschläge.

Neben seiner Funktion als Leitinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst ist das RKI auch ein international renommiertes Forschungsinstitut. Sowohl die Weiterentwicklung der Diagnostik von Krankheitserregern als auch die Entwicklung wirksamer Präventionsstrategien kennzeichnen seine hohe Expertise. Das RKI hat rund 990 Mitarbeiter, die sowohl am historischen Standort in Berlin als auch am Standort Wernigerode im Harz beschäftigt sind.

Reform der Gebührenordnung für Zahnärzte

Erstmals seit 23 Jahren wird die Gebührenordnung der Zahnärzte novelliert und in wichtigen Bereichen an den aktuellen Stand der Zahnmedizin angepasst. Der Verordnungsentwurf zur Änderung der GOZ sieht eine Erhöhung der privat Zahnärztlichen Honorare um durchschnittlich sechs Prozent oder rund 345 Mio. Euro vor. Die GOZ ist die verbindliche Abrechnungsgrundlage

für alle privat Zahnärztlichen Leistungen der Zahnärzte. Gesetzlich Krankenversicherte sind nur dann von der Novellierung der GOZ betroffen, wenn sie über die GKV-Leistungen hinausgehende Leistungen in Anspruch nehmen. In der Regel betrifft das besonders aufwändigen Zahnersatz oder Füllungsalternativen. Die Reform der GOZ bedarf der Zustimmung des Bundesrates und soll Anfang 2012 in Kraft treten.

Drogen- und Suchtbericht 2011 vorgestellt

Jugendliche in Deutschland trinken weniger Alkohol und greifen seltener zu Zigaretten und zu Cannabis als in den vergangenen Jahren. Dies ist das zentrale Ergebnis des Drogen- und Suchtberichts 2011, den die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans, am 17. Mai in Berlin vorstellte. So trinken gegenwärtig noch 13 Prozent der 12- bis 17-Jährigen regelmäßig Alkohol, 2004 waren es noch 21 Prozent. Problematisch ist allerdings die steigende Zahl der jugendlichen Rauschtrinker. Die Raucherquote bei den Jugendlichen sank von 23 Prozent (2001) auf 13 Prozent (2010). Beim Cannabiskonsum von Jugendlichen (gefragt wurde jeweils nach den letzten 12 Monaten) ist ein Rückgang von 10 Prozent (2004) auf 5 Prozent (2010) zu verzeichnen.

Auch neue Suchtbereiche wie die Computerspiele- und Internetsucht werden im Bericht dargestellt. Weitere Informationen sowie den Bericht finden Sie unter www.drogenbeauftragte.de.

Attraktives Arbeiten im Krankenhaus

Seit dem 20. April 2011 informiert das Internetportal www.pflege-krankenhaus.de über innovative und erfolgrei-

che Modelle der Arbeitsorganisation in Krankenhäusern. Es bietet Fachleuten und Entscheidungsträgern in Krankenhäusern Anregungen für verschiedene Bereiche: „Neue Arbeitsteilung und Prozessgestaltung“, „Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf“ und „Lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege“. „Die Modelle bieten gute Beispiele, wie die Arbeit im Krankenhaus für Nachwuchspflegekräfte und das bestehende Pflegepersonal attraktiver wird“, sagte die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz bei der Vorstellung des Portals. „Ich hoffe, dass sich möglichst viele weitere Krankenhäuser aktiv beteiligen.“ Unter der Federführung der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben sich der Deutsche Pflegerat e.V., die Bundesärztekammer, der Verband der Krankenhausdirektoren, der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschland e.V., ver.di, das Deutsche Krankenhausinstitut und die Katholische Fachhochschule Mainz am Aufbau des Internetportals beteiligt.

BROSCHÜREN



Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung
Bestell-Nr.: BMG-G-09030



Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz
Bestell-Nr.: BMG-G-10050



Ratgeber zur gesundheitlichen Prävention
Bestell-Nr.: BMG-V-09053

Kostenlos bestellen unter publikationen@bundesregierung.de

TRANSPLANTATIONSGESETZ

EU-Standards bei Transplantationen

Ob in Deutschland, Finnland oder Italien – die neuen Richtlinien zu Organtransplantationen sehen für alle 27 EU-Mitgliedsstaaten einheitlich geltende Qualitäts- und Sicherheitsstandards vor. Auch die Bundesregierung übernimmt die Vorgaben in das deutsche Transplantationsgesetz (TPG).

Die Richtlinie räumt den Mitgliedsstaaten einen weiten Spielraum für die Berücksichtigung nationaler Transplantationssysteme ein, so dass die Umsetzung keine grundlegenden Änderungen der bewährten Strukturen im deutschen Transplantationsgesetz (TPG) erfordert. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht vor, innerhalb dieser Strukturen vor allem die Pflichten der am Organspendeprozess Beteiligten, d. h. der Entnahmekrankenhäuser, der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) als Koordinierungsstelle und der Transplantationszentren, auf der Grundlage der in Deutschland geltenden hohen Qualitäts- und Sicherheitsstandards weiter auszugestalten.

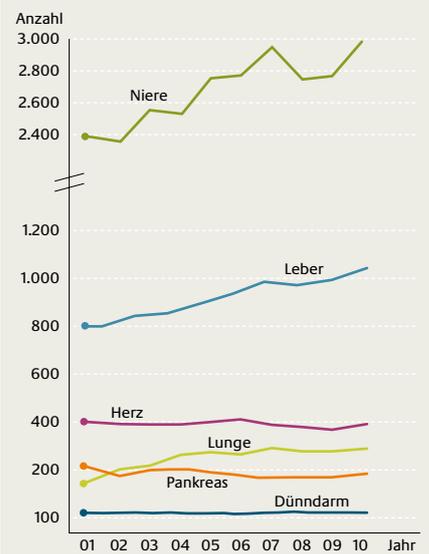
Bei der Richtlinienumsetzung werden die folgenden Schwerpunkte gesetzt: Die Aufgaben der Entnahmekrankenhäuser im Prozess der postmortalen Organspende werden durch eine eigenständige Vorschrift gesetzlich verankert und dadurch ihre Verantwortung und aktive Mitwirkungspflicht für die Organ-

spende unterstrichen. Die Rolle der DSO als Koordinierungsstelle wird gestärkt. Sie nimmt eine wesentliche Funktion in dem nach der EU-Richtlinie vorgesehenen System für Qualität und Sicherheit ein. Die Entnahmekrankenhäuser werden verpflichtet, mindestens einen Transplantationsbeauftragten zu bestellen. Die wesentlichen Grundsätze der Organ- und Spendercharakterisierung, die Qualitäts- und Sicherheitsaspekten dienen, werden festgelegt. Zur Ausgestaltung und Umsetzung soll eine Rechtsverordnung erlassen werden. Zum in der Richtlinie vorgesehenen System der Rückverfolgbarkeit und der Meldung schwerwiegender Zwischenfälle und schwerwiegender unerwünschter Reaktionen sieht das Gesetz ebenfalls den Erlass einer Rechtsverordnung vor. ■

WEITERE INFOS

www.bundesgesundheitsministerium.de/transplantationsgesetz

Organtransplantationen (einschl. Lebendspende-Transplantationen)



Quelle: Deutsche Stiftung Organspende (DSO)

2010 wurden in Deutschland 5.083 Organtransplantationen durchgeführt

„Ein klarer Auftrag an die Politik“



Nachgefragt: Ulrike Flach,
Parlamentarische Staatssekretärin im
Bundesministerium für Gesundheit

Welchen Beitrag leistet die EU-Richtlinie zur Verbesserung der Situation in Deutschland?

Die Qualität und Sicherheit der Organspende sind in Deutschland auf einem hohen Niveau. Die neue Richtlinie macht nun Organtransplantationen in ganz Europa noch sicherer: Künftig gelten einheitliche Qualitäts- und Sicherheitsstandards, zum Beispiel auch für Organe, die aus anderen Mitgliedsstaaten stammen und in Deutschland transplantiert werden.

Was plant die Regierung, um die Spendenbereitschaft zu erhöhen?

Wir wissen, dass drei Viertel der Deutschen zu einer Organspende bereit sind. Aber nur jeder Vierte hat einen Organspendeausweis. Diese Zahlen sind ein klarer Auftrag an die Politik, den Organspendeausweis breiter zu bewerben. Für die Aufklärung zur Organspende stellt die Bundesregierung im Jahr 2011 insgesamt 2,4 Millionen Euro zur Verfügung.

HISTORISCHE VERANTWORTUNG

Ein Hospiz in Oświęcim (Auschwitz)

Die Bundesregierung engagiert sich an dem Ort, der für das schlimmste Verbrechen in deutschem Namen steht. In Oświęcim wird in der Nähe des ehemaligen Vernichtungslagers Auschwitz im September 2011 mit deutscher Unterstützung ein Hospiz eröffnet.

In dem neuen Hospiz werden unheilbar kranke Menschen aus Oświęcim und Umgebung medizinisch und sozial betreut. Für die Fertigstellung des Hauses hat das Bundesministerium für Gesundheit Ende letzten Jahres 100.000 Euro bereitgestellt. Dies geschah in enger Zusammenarbeit mit der Stiftung Erinnerung, Verantwortung und Zukunft (EVZ), der Deutschen Botschaft in Warschau sowie dem deutschen Generalkonsulat in Krakau. Ergänzend zu dieser Förderung wird das Bundesministerium für Gesundheit auch den Erfahrungsaustausch zwischen dem Pflegepersonal in Oświęcim und deutschen Hospizeinrichtungen unterstützen. So stärkt die Bundesregierung nicht zuletzt auch die Verbreitung des Hospizgedankens in Polen. Auch dieses Beispiel einer deutsch-polnischen Zusammenarbeit zeigt: 20 Jahre nach der Unterzeichnung des deutsch-polnischen Freundschaftsvertrages ist aus Distanz, aus Unsicherheit im Umgang miteinander eine gut funktionierende Partnerschaft geworden. Ihre Grundlage ist wachsendes Vertrauen.

Dazu sagt Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr: „Terror, Vernichtung und Erniedrigung haben tiefe Wunden hinterlassen. Diese Wunden verheilen nicht von selbst, nur weil sie vor vielen Jahrzehnten geschlagen wurden. Denn Vergangenheit vergeht nicht. Aber wenn Geschichte zur gemeinsamen Erinnerung und aus dieser Erinnerung gemeinsames Handeln wird, entsteht Hoffnung für die Zukunft. Das Hospiz in Oświęcim ist keine in Stein gemeißelte Erinnerung. Es ist ein Ort, an dem in ganz besonderer Weise Lehren aus der Geschichte gezogen werden.“



Errichtet im Gedenken an die lokalen Helfer der Flüchtlinge: Hospiz Oświęcim

Mit Würde den letzten Lebensabschnitt begehen

Die Errichtung des Hospizes geht auf eine Idee des polnischen Schauspielers, Regisseurs und Autors August Kowalczyk zurück, der sich seit langem für Verständigung und Aussöhnung zwischen Polen und Deutschen einsetzt. Der heute 90-Jährige wurde im Dezember 1940 in Auschwitz interniert und konnte im Juni 1942 bei einem Massenflichtversuch entkommen. Sein weiteres Überleben verdankt er den Einwohnern der Städte Oświęcim, Bieruń und Bojszowy. Den vielen Menschen, die den Häftlingen der Konzentrationslager Auschwitz und Auschwitz-Birkenau unter Gefährdung ihres eigenen Lebens geholfen haben, wollte August Kowalczyk bereits seit langem mit der Errichtung eines Hospizes danken – immer in der betonten Absicht, an diesem Ort der Vernichtung auch in einer gemeinsamen deutsch-polnischen Anstrengung ein sichtbares Zeichen für die Achtung vor dem Leben, für den würdigen Umgang mit anvertrauten Menschen auf ihrem letzten Lebensweg zu setzen.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurde die „Stiftung Denkmal-Hospiz der Stadt Oświęcim“ gegründet, deren gegenwärtige Vorsitzende, Frau Helena Wisła, nichts unversucht ließ, den Bau des Hospizes zu realisieren.

Internationale Unterstützung

Das neue Hospiz wird in die Versorgungsstrukturen von Oświęcim und der Woiwodschaft Małopolskie (Kleinpolen) integriert. Es ist vorgesehen, dass sich der Nationale Gesundheitsfonds in Polen (Narodowy Fundusz Zdrowia/NFZ) an den Kosten der palliativen Betreuung der Patienten in diesem Hospiz beteiligt. Seit 2003 kann der NFZ auch in nicht staatlichen Einrichtungen entstehende Kosten übernehmen. Zur Vollendung der Baumaßnahmen haben neben der polnischen Regierung und der Wojwodschaft Kleinpolen auch die Regierungen in Italien, Japan und der Schweiz sowie private Spender zumal aus Deutschland beigetragen. ■

WEITERE INFOS

www.hospicjum-oswiecim.za.pl

Termine

Tag der offenen Tür der Bundesregierung

20./21. 8. 2011, Berlin

Das Bundeskanzleramt und die Bundesministerien in Berlin laden wieder ein zu einem bunten Informations- und Unterhaltungsprogramm für Groß und Klein. Auch im Bundesministerium für Gesundheit sind alle interessierten Bürger willkommen.

www.bundesgesundheitsministerium.de

Summer School Psychiatrie

5. – 14. 9. 2011, Universitätsklinik Ulm

Die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte erste Summer School Psychiatrie Ukraine – Deutschland – Polen will jungen Nachwuchswissenschaftlern methodische Grundlagen der Versorgungsforschung vermitteln als Basis für einen länderübergreifenden Vergleich und Erfahrungsaustausch.

www.uni-ulm.de/psychiatriell/summerschool/summerschool2011

Jahrestagung der Chinesisch-Deutschen Gesellschaft für Medizin

7./8. 9. 2011, Berlin

Die vom BMG geförderte Tagung befasst sich u. a. mit Gesundheitsreformen in China und Deutschland, Krankenhausmanagement, Katastrophen- und Rettungsmedizin sowie translationaler Medizin.

www.dcgmd.de

Bürgerdialog Nachhaltigkeit: Ist unser Land zukunftsfähig?

Bis 30.09.2011

Die Bundesregierung lädt alle Bürgerinnen und Bürger dazu ein, in einem Onlinedialog über den Entwurf des Fortschrittsberichts 2012 zur nationalen Nachhaltigkeitsstrategie zu diskutieren. Die Ergebnisse fließen in die Endfassung ein, die im kommenden Jahr erstellt wird.

www.dialog-nachhaltigkeit.de

Fachtagung zur Umsetzung der Patientenmobilitätsrichtlinie

27. 9. 2011, Berlin

Wie soll die neue EU-Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Deutschland umgesetzt werden? Das BMG lädt im Rahmen einer Fachtagung zur Diskussion. Infos zur Richtlinie unter www.bundesgesundheitsministerium.de/eupatientenrichtlinie.

Tag der Deutschen Einheit

1. – 3. 10. 2011, Bonn

Rund um den zentralen Festakt zum 21. Jahrestag der Wiedervereinigung Deutschlands findet in Bonn das große Bürgerfest statt. Besuchen Sie uns!

www.bundesregierung.de

Jahrestagung der Drogenbeauftragten

11. 10. 2011, Berlin

Die Drogenbeauftragte lädt zu ihrer Jahrestagung „Der Stoff aus dem Chemielabor. Speed, Spice und Co.“ ein. Die Tagung wird über synthetische Drogen informieren und die Herausforderungen der Drogen- und Suchtpolitik im Umgang mit dieser Problematik beleuchten.

www.drogenbeauftragte.de

Impressum

Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Kommunikationsstab, 11055 Berlin

V.i.S.d.P.: Tobias Martin

Gestaltung: A&B One **Druck:** Silber Druck oHG

Fotos: S. 6 gematik GmbH, S. 9 BBR/Frank Wecker

Diese Publikation können Sie unter Angabe der Bestellnummer BMG-G-11006 kostenlos per E-Mail anfordern: info@bmg-gp.de.

Dieser Ausgabe liegen zwei GP_Infoblätter bei. Möchten Sie die Gesundheitspolitischen Informationen nicht mehr im Abonnement beziehen? Dann senden Sie eine E-Mail an: info@bmg-gp.de

INFOANGEBOTE

Gesundheitspolitische Informationen

Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Sie können diese Publikationen kostenlos abonnieren unter:

www.bmg-gp.de

Infoblätter

Die „GP_Infoblätter“ bieten Ratgeberinformationen für Patienten und Verbraucher zu Einzelthemen der Gesundheitsversorgung und können per E-Mail bezogen werden:

www.bmg-gp.de

Newsletter

Der E-Mail-Newsletter bietet regelmäßig Neuigkeiten und Services aus der aktuellen Arbeit des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie finden das Anmeldeformular unter:

www.bmg-gp.de



Internet

Alle aktuellen Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Themen Gesundheit, Pflege und Prävention finden Sie auf unserem Onlineportal: www.bundesgesundheitsministerium.de

Publikationsverzeichnis

Das Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie unter Angabe der Bestellnummer BMG-G-07014 kostenlos anfordern:

publikationen@bundesregierung.de

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des BMG erreichen Sie Mo. bis Do. 8–18 Uhr und Fr. 8–12 Uhr. Der Anruf ist kostenpflichtig, es gilt ein Festpreis von 14 c/min aus den deutschen Festnetzen und max. 42 c/min aus den Mobilfunknetzen: **0 18 05/99 66-02**