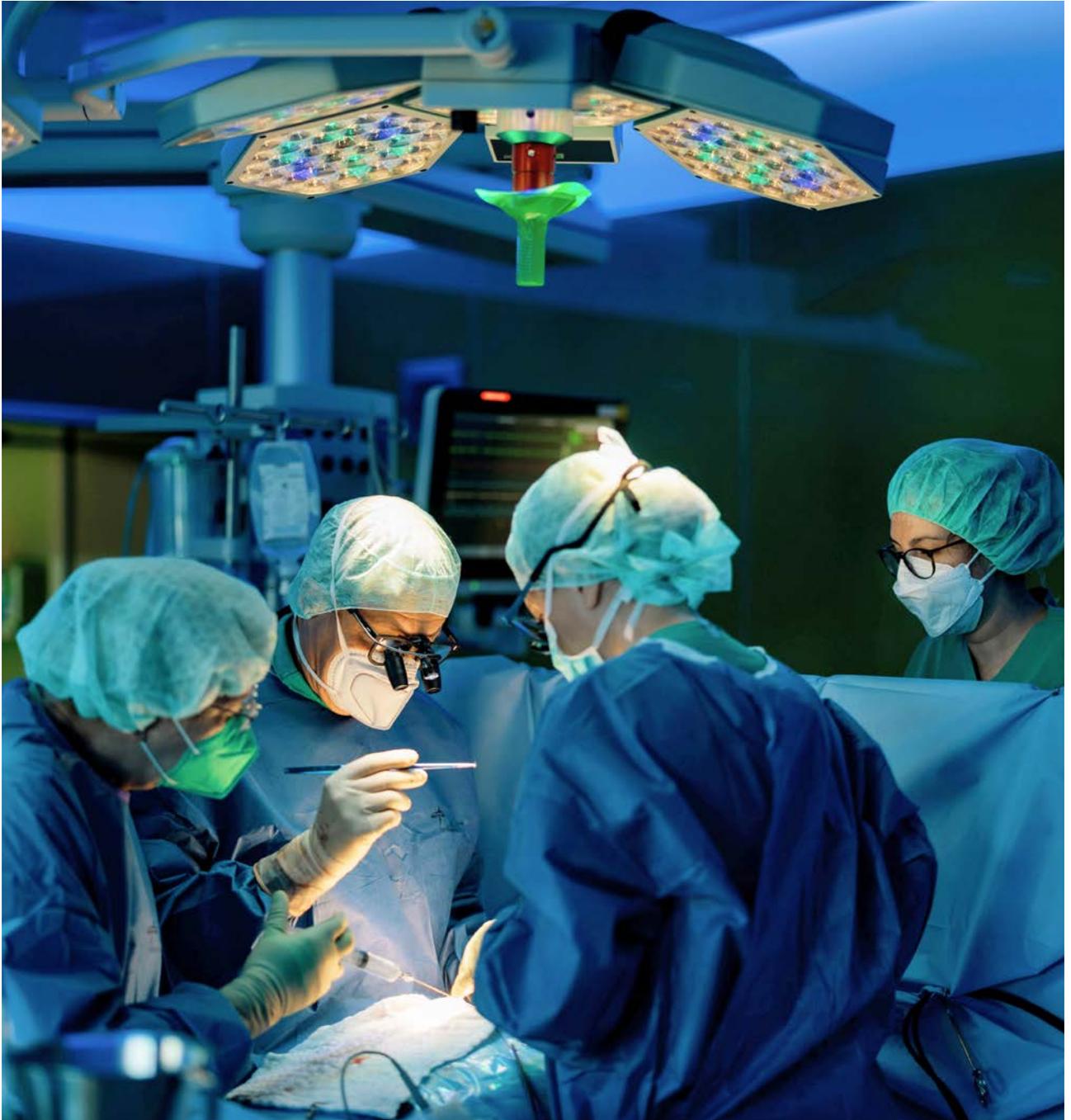


Im Dialog

Das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit

Mai 2023 | Ausgabe Nr. 10



Schwerpunkt

**Die Krankenhaus-
landschaft der Zukunft**

Ratgeber

**Long COVID: Ein Krankheitsbild
mit vielen Unbekannten**



Bundesministerium
für Gesundheit



04

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen
11055 Berlin

www.bundesgesundheitsministerium.de

V. i. S. d. P.: Meike Mader-Luckey

Redaktion und Gestaltung:

TERRITORY GmbH, 20459 Hamburg

Gestaltungskonzept:

CP/COMPARTNER, 45128 Essen

Druck: Bonifatius GmbH, 33042 Paderborn

Papier: Vivus 100 (Umschlag) und Steinbeis Silk (Innenteil);

Blauer-Engel-zertifiziert, FSC-zertifiziert

Redaktionsschluss: 17. April 2023

Titelbild: Ein Ziel der geplanten Krankenhausreform ist die optimale Ausstattung der Krankenhäuser. Moderne Technik wie im Herz- und Gefäßzentrum im Hamburger Albertinen Krankenhaus kommt Patientinnen und Patienten zugute.

Bildnachweis: Jonas Wresch/Agentur Focus (1); Getty Images/Tom Werner (2 o., 4, 5); Henning Schacht (2 u., 16); BMG/Michael Schinkel (3 l., 6, 8); BMG/Thomas Ecke (3 r.); Gregor Schlaeger (9); Illustrationen: BMG/die wegmeister (10, 11); Jewgeni Roppel (12, 13); Getty Images/Maskot (14); BMG/Jan Pauls (17, 32); Getty Images/Westend61 (18, 19); Jessica Liers (20, 21); Jörg Dietrich/PanoramaStreetline.com (22, 23); Fritz Brunier Fotografie (24 o.); Bildarchiv Preußischer Kulturbesitz, Berlin (24 l. u.); Wolfgang Bittner (24 M. r. und r. u., 25 u., 26 u., 27); HOCHTIEF/Christoph Schroll (25 o., 26 o.); privat (28); Adobe Stock/Nuthawut (30, 31); Illustrationen: Christina Gransow (34); BMG/Bianca Pistoll (35)

Bestellmöglichkeit:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Servicetelefon: 030 182722721

Servicefax: 030 18102722721

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Bestellung über das Gebärdentelefon:

gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de

Online-Bestellung: www.bundesregierung.de/publikationen

Kostenloses Abonnement:

E-Mail: ImDialog@bmg.bund.de

Bestellnummer für die Ausgabe 10: BMG-G-11179

Diese Publikation wird vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen seiner Öffentlichkeitsarbeit herausgegeben. Die Publikation wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für Wahlen zum Europäischen Parlament.

04 Schwerpunkt

Die Krankenhauslandschaft der Zukunft

Deutsche Kliniken wirtschaften am Rande ihrer Belastungsgrenze. Die geplante Krankenhausreform will das ändern.

Stabiler auf zwei Säulen

Prof. Dr. Jonas Schreyögg erklärt die geplante Reform der Krankenhausvergütung.

10 Digitalisierung

Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege

12 Die Story

Gesundheitskioske sollen deutschlandweit ein neues Beratungsangebot schaffen

14 Ratgeber

Long COVID: Ein Krankheitsbild mit vielen Unbekannten

16 Hintergrund

Runder Tisch und Bewegungsgipfel: Gemeinsam für mehr Bewegung und Sport



16



18 Gesundheitswissen

Initiative gegen Lieferengpässe bei Arzneimitteln

20 Serie

Ergotherapeutinnen und -therapeuten:
Den Alltag selbst bewältigen helfen

22 Panorama

Zwischen Geschichte und Moderne

Der neue Berliner Dienstsitz des Bundesministeriums für Gesundheit

28 Pflege

Pflege in den eigenen vier Wänden:
So bekommen Sie Unterstützung

30 Ratgeber

BMG im Dialog: 5 Fragen zum Thema
Krebsfrüherkennung

32 Global Health

Klimaschutz ist Gesundheitsschutz

34 Junge Seiten

Die Zoo-Olympiade



Liebe Leserin, lieber Leser,

ob Geburt, lebensrettende Operation oder ein Eingriff, der die Lebensqualität deutlich verbessert: Einige der wichtigsten Momente unseres Lebens spielen sich im Krankenhaus ab. Kliniken sind ein zentrales Element unserer Gesundheitsversorgung. Die Menschen erwarten zu Recht, dass sie dort bestmöglich versorgt werden. Um das für die Zukunft sicherzustellen, benötigen wir jetzt eine tiefgreifende Reform der Krankenhausfinanzierung. Denn Kostendruck und Fehlanreize im aktuellen Finanzierungssystem dürfen nicht dazu führen, dass bedarfsnotwendige Krankenhäuser schließen müssen. Die Krankenhauslandschaft muss sich dem Bedarf der Patientinnen und Patienten anpassen – nicht umgekehrt. Hierfür hat die *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung* – von der Ampel-Koalition im Mai 2022 eingesetzt – Empfehlungen vorgelegt. In der mittlerweile zehnten Ausgabe von „Im Dialog“ stellen wir Ihnen diese Empfehlungen und den aktuellen Stand der Krankenhausreform vor, für die wir gemeinsam mit den Ländern Eckpunkte erarbeiten. Mit dieser Reform wollen wir erreichen, dass künftig ein dichtes Netz aus optimal ausgestatteten Krankenhäusern für eine hohe Versorgungsqualität sorgt. Hierfür werden wir den wirtschaftlichen Druck auf Kliniken senken und den Fokus im Krankenhaus wieder stärker auf das lenken, was wirklich zählt: die Gesundheit der Patientinnen und Patienten.

Daneben finden Sie auch in dieser Ausgabe viele weitere informative Artikel zu aktuellen Gesundheits- und Pflegethemen. Wir nehmen Sie beispielsweise mit in einen Gesundheitskiosk in Hamburg, der im Stadtteil Billstedt einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitskompetenz der Bewohnerinnen und Bewohner leistet. Ein Erfolgsmodell, das wir bald auch an vielen weiteren Orten umsetzen wollen!

Erfahren Sie in dieser Ausgabe der „Im Dialog“, weshalb Klimaschutz immer auch Gesundheitsschutz ist, begleiten Sie uns auf einem Rundgang durch den neuen Berliner Dienstsitz des Bundesministeriums für Gesundheit und lernen Sie die Digitalisierungsstrategie für Gesundheit und Pflege kennen. Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen und laden Sie herzlich ein, mit uns weiter „im Dialog“ zu bleiben! Vielleicht sehen wir uns ja auch beim Tag der offenen Tür am 19. und 20. August 2023 in Berlin?

Ihr

Prof. Dr. Karl Lauterbach
Bundesminister für Gesundheit





Für die Bereitstellung von Vorhalteleistungen – beispielsweise ausreichend Personal, eine Notaufnahme oder die erforderliche Medizintechnik – sollen Krankenhäuser künftig einen festen Geldbetrag erhalten.

Die Krankenhauslandschaft der Zukunft

Krankenhäuser in Deutschland wirtschaften am Rande ihrer Belastungsgrenze – und darunter leidet die Qualität der medizinischen Versorgung. Die geplante Krankenhausreform will das ändern: Für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sollen Finanzierung und Abrechnung weiterentwickelt und einheitliche Standards für die Ausstattung von Kliniken geschaffen werden.

— Christina Wiesner

Schon lange ächzen viele Kliniken unter finanziellem Druck. Etwa 60 Prozent der rund 1.900 deutschen Kliniken schrieben zuletzt rote Zahlen, berichtet der neue „Krankenhaus Rating Report“ des RWI Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung und des Institute for Healthcare Business. Und die Deutsche Krankenhausgesellschaft warnt, dass ohne eine große Reform 10 bis 20 Prozent der Krankenhäuser in diesem Jahr Insolvenz anmelden müssten. »

» Probleme auf vielen Ebenen

Sorge bereitet aber nicht nur die wirtschaftliche Lage der Kliniken. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach musste auch Qualitätsdefizite in der Versorgung feststellen. Oft fehle es an gut ausgebildetem Personal, viele medizinische Geräte seien veraltet und die Gebäude wiesen teils gravierende Mängel auf – höchste Zeit für eine Krankenhausreform.

Um die Krankenhausversorgung zukunftsfähig zu machen, hatte die Ampelkoalition schon im Mai 2022 die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ – kurz „Regierungskommission Krankenhaus“ – eingerichtet. In dem 17-köpfigen Gremium wurden Kompetenzen aus den Bereichen Gesundheitsversorgung, Wirtschaft und Recht gebündelt, um Empfehlungen für eine grundlegende Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft zu erarbeiten. Diese Vorschläge sind Ausgangspunkt und Diskussionsgrundlage für die weitere Gesetzesplanung. Am 5. Januar 2023 trafen sich der Bundesminister für Gesundheit, die Gesundheitsministerinnen und -minister der Länder sowie Fachleute der Koalitionsfraktionen zum „Krankenhausgipfel“, einem Treffen der „Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform“, um über die Empfehlungen zu beraten. Ergebnis: Bis zur Sommerpause sollen

Eckpunkte für einen Gesetzesentwurf zur Reformierung der Vergütungs- und Planungsstruktur von deutschen Kliniken vorliegen. „Wir stehen am Vorabend einer notwendigen Revolution im Krankenhaussektor“, resümierte Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Lauterbach.

Fallstrick Mengenanreize

Kern der großen Krankenhausreform ist das seit 2003 in Deutschland bestehende Finanzierungs- und Abrechnungssystem nach diagnosebezogenen Fallpauschalen, auch DRG-System genannt. Kliniken erhalten dabei pro stationärem Behandlungsfall einen Pauschalbetrag, der die laufenden Betriebskosten decken soll. Mit deren Einführung wollte die Politik die Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus verkürzen. Die Dauer der Behandlung und der stationäre Versorgungsaufwand im jeweiligen Einzelfall werden aber nicht umfassend vergütet. Diese Leistungsvergütung hat die Krankenhäuser zusätzlich zu anderen Einflussgrößen in ein ökonomisches Hamsterad gebracht: Um wirtschaftlich rentabel zu bleiben, investieren zu können oder gar einen Gewinn zu erzielen, müssen möglichst viele Behandlungen möglichst kostengünstig durchgeführt werden. Oft eine Rechnung zu Lasten von guter Medizin und Pflege. Masse statt Klasse – so die Einschätzung vieler Fachleute.



Prof. Dr. Karl Lauterbach berichtet im Februar 2023 gemeinsam mit Klaus Holetschek (Bayern) und Melanie Schlotzhauer (Hamburg) über die Arbeit der „Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform“.

Ein finanzielles Sicherheitsnetz

Genau das will Prof. Dr. Lauterbach ändern: „Eine gute Grundversorgung für jeden muss garantiert sein und Spezialangebote müssen auf besonders gut ausgestattete Kliniken konzentriert werden“, sagt er. Momentan würden zu oft Mittelmaß und Menge honoriert werden. Künftig sollten Qualität und Angemessenheit die zentralen Kriterien für gute Versorgung sein.

Die Lösung: Neben den Fallpauschalen sollen Kliniken ein Vorhaltebudget erhalten, welches gemeinsam mit dem bereits ausgegliederten Pflegebudget einen Großteil der Fixkosten abdecken und den Krankenhäusern ermöglichen soll, ausreichend Personal, eine Notaufnahme und erforderliche Medizintechnik für den Bedarfsfall bereitzustellen. „Wie die Feuerwehr, die ja auch nicht nur bezahlt wird, wenn es brennt“, sagt Prof. Dr. Tom Bschor, Koordinator der „Regierungskommission Krankenhaus“.

Die neue Krankenhauslandschaft

Künftig sollen Kliniken bundesweit einheitlich und eindeutig einer von drei Versorgungsstufen – auch Levels genannt – zugeordnet werden. Verbunden mit dieser Einteilung sind konkrete Vorgaben für die technische, räumliche und personelle Ausstattung als verbindliche Mindeststandards. Level 1 soll alle Kliniken der Grundversorgung umfassen, die eine flächendeckende und wohnortnahe Basisversorgung der Bevölkerung garantieren sollen. Dazu gehören Krankenhäuser, die schwerpunktmäßig neben stationären je nach Bedarf auch ambulanten Leistungen erbringen sollen (Level 1i). Weil Krankenhäusern des Levels 1i eine besondere Bedeutung beigemessen wird, könnten sie sogar ganz aus dem DRG-System genommen und über Tagespauschalen vergütet werden. Aber auch Kliniken, die bei akuten Gesundheitsproblemen wie einem Knochenbruch eine medizinische Notfallversorgung gewährleisten (Level 1n), sollen sich auf der ersten Versorgungsebene finden. Es ist vorgesehen, dass Krankenhäuser dem Level 2 zugeordnet werden, in denen gegenüber der Grundversorgung zusätzliche oder spezialisierte Medizinleistungen durchgeführt werden, wie beispielsweise die Schlaganfallversorgung. Universitätskliniken und vergleichbare Einrichtungen der Maximalversorgung sollen Level 3 bilden und Eingriffe wie Organtransplantationen oder hochkomplexe Behandlungen bei Seltenen Erkrankungen durchführen.

Gruppiertes Leistungsangebot für höchste Qualität

Sogenannte Leistungsgruppen sollen eine weitere Schwachstelle im Versorgungssystem überwinden: Bisher ist nicht immer ausgeschlossen, dass Krankenhäuser auch solche Fälle behandeln, für die andere Kliniken aufgrund ihrer technischen Ausstattung oder der Qualifizierung des Fachpersonals besser geeignet wären.

Das liegt unter anderem daran, dass den Kliniken die Fachabteilungen von den Landesplanungsbehörden oft lediglich grob zugewiesen werden, ohne dass stets alle Spezialgebiete abgedeckt werden. So kann beispielsweise nicht jede Abteilung für Innere Medizin einen Eingriff wie die Linksherzkatheteruntersuchung bei einem Herzinfarkt durchführen. Dazu braucht es kardiologische Expertise und ein Herzkatheterlabor. »

Meilensteine auf dem Weg zur deutschen Krankenhauslandschaft der Zukunft

2022

- **Mai** Einrichtung der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“
- **Juli** Erste Stellungnahme der Regierungskommission
- **September** Zweite Stellungnahme der Regierungskommission
- **Dezember** Verabschiedung des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes + Dritte Stellungnahme der Regierungskommission

2023

- **Januar** Beginn der Testphase zur neuen Personalbemessung an ausgewählten Standorten + erstes Treffen der „Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform“
- **Februar – Juni** Regelmäßige Treffen der „Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform“
- **Februar** Vierte Stellungnahme der Regierungskommission
- **September** Beginn des parlamentarischen Gesetzgebungsverfahrens zur Krankenhausreform
- **Dezember** Geplanter Abschluss des Verfahrens zur Krankenhausreform

2024

- **Januar** Geplantes Inkrafttreten des Krankenhausreformgesetzes

2023 und 2024

Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel für Kinderkliniken und Kliniken mit Geburtshilfeabteilung

2025

Einführung des neuen Personalbemessungsinstruments und Finanzierung der Personalkosten für Hebammen über das Pflegebudget

» Bald sollen daher jeder Klinik genaue Leistungsgruppen mit Mindestvorgaben für die technische, räumliche und personelle Ausstattung zugeordnet werden. Die Komplexität einer medizinischen Leistung legt dabei fest, ob sie an Krankenhäusern aller drei Level erbracht werden darf oder nur an Krankenhäusern höherer Level. Die Auszahlung einer Vorhaltevergütung ist dann nur noch möglich, wenn einer Klinik die entsprechende Leistungsgruppe zugeteilt ist und sie die Mindeststrukturvorgaben erfüllt.

Erste Entlastungen: die „kleine Krankenhausreform“

Bereits im Dezember 2022 wurden die ersten von der „Regierungskommission Krankenhaus“ vorgelegten Vorschläge per Gesetz auf den Weg gebracht. Die „kleine Krankenhausreform“ nimmt zunächst die Kinderheilkunde und Geburtshilfe in den Fokus, für die in den kommenden Jahren zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt werden. Sie sollen das Netz an Kinderkliniken und Kliniken mit Geburtshilfeabteilungen erhalten und eine sichere Hebammenversorgung für die Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen gewährleisten. Das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz soll mittelfristig auch die Situation für Pflegepersonal in deutschen Krankenhäusern verbessern. Im Rahmen von „tagesstationären Behandlungen“ gemäß § 115e SGB V können Krankenhäuser in medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung eine Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Durch diese Tagesbehandlungen sollen Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus entfallen, sodass weniger Nachtschichten besetzt werden müssen.

Weiterhin soll eine Pflegepersonalbedarfsermittlung (PPR 2.0) helfen, bessere Arbeitsbedingungen für die häufig überbelasteten Pflegekräfte zu schaffen. In einer Testphase an ausgewählten Kliniken soll im ersten Halbjahr 2023 das Instrument zur Personalbemessung (PPR 2.0) eingesetzt werden, das im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und Ver.di entwickelt wurde. Nach der Testphase soll es ab 2024 durch Rechtsverordnung der Bundesregierung zur Bemessung von „Idealbesetzungen“ für alle Krankenhäuser angewendet werden.

Die nächsten Schritte

Die letzte große Krankenhausreform liegt 20 Jahre zurück, der Handlungsbedarf ist groß. Doch der Umbau der Krankenhauslandschaft benötigt Zeit. Für die Umsetzung der geplanten Änderungen sind Übergangsfristen und -zeiträume vorgesehen (siehe Meilensteine auf Seite 7). Und die Finanzierung der geplanten Krankenhausreform muss geklärt werden. Doch das Ziel der Reform ist klar: Statt der Ökonomie soll die Medizin in den Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung gerückt werden.

Kommissionskoordinator Tom Bschor und Gesundheitsminister Karl Lauterbach präsentieren die Kommissionsempfehlungen zur Krankenhausreform.



Glossar

Fallpauschalen

Kliniken werden je Behandlungsfall vergütet. Wieviel Geld es für welche Leistung gibt, ist im DRG-Katalog festgelegt. Je nach Art und Schwere einer Erkrankung und den erbrachten Leistungen sind darin Fallgruppen, die sogenannten Diagnosis Related Groups (DRGs), definiert.

Leistungsgruppen

Medizinische Behandlungen werden gebündelt. Anhand ihrer Komplexität werden Mindeststrukturvoraussetzungen an die technische, räumliche und personelle Ausstattung festgelegt. Ziel ist, dass eine so definierte Leistung nur noch in dafür optimal ausgestatteten Krankenhäusern durchgeführt wird.

Versorgungsstufen (Level)

Die finanzielle Förderung der Kliniken soll sich künftig an der Zuteilung zu einer der drei Kategorien Grundversorgung (Level 1), Regel- und Schwerpunktversorgung (Level 2) oder Maximalversorgung (Level 3) orientieren.

Vorhalteleistungen

Krankenhäuser sollen in Zukunft einen festen Geldbetrag dafür bekommen, dass sie bestimmte Leistungen wie ausreichend Personal, eine Notaufnahme und erforderliche Medizintechnik permanent bereitstellen – auch, wenn diese nicht in Anspruch genommen werden.

Weitere Informationen:

www.bundesgesundheitsministerium.de/krankhausreform



Stabiler auf zwei Säulen

Die vorgeschlagene Krankenhausreform soll vor allem den Kostendruck auf die Krankenhäuser senken. Dafür soll das Vergütungssystem verändert werden. Wie genau das funktioniert und wie Patientinnen und Patienten davon profitieren, erklärt der Ökonom Prof. Dr. Jonas Schreyögg.

Seit vielen Jahren ist klar, dass die Krankenhausvergütung in Deutschland reformbedürftig ist. Zahlreiche Studien haben aufgezeigt, dass das in Deutschland vor knapp 20 Jahren implementierte System der Fallpauschalen zu einseitig ist und falsche Anreize setzt. Krankenhäuser erhalten bisher überwiegend nur Geld, wenn sie Fälle erbringen. Dabei wird im Grunde unterstellt, dass jedes Krankenhaus vollständig ausgelastet ist. Viele Krankenhäuser insbesondere auf dem Land oder auch Universitätsklinika müssen aber bestimmte Leistungen für die Bevölkerung vorhalten, unabhängig davon, ob sie gerade ausgelastet sind oder nicht. Oftmals dürfen sie gar nicht voll ausgelastet sein, um für den Notfall Reservekapazitäten bereitzustellen. Gerade für diese Krankenhäuser erzeugt das bisherige System Probleme, da sie unter Umständen auf einem Teil ihrer Kosten sitzen bleiben.

Deshalb hat sich die Ampelkoalition in ihrem Koalitionsvertrag eine Reform der Krankenhausvergütung vorgenommen. Sie hat dabei die Empfehlung von Experten unter anderem des Sachverständigenrates für Gesundheit und Pflege umgesetzt und eine Vergütung von Vorhaltepauschalen angestrebt. Eine eingesetzte Kommission zur Krankenhausreform hat nun eine Stellungnahme vorgestellt, wie das Vorhaben des Koalitionsvertrages umgesetzt werden soll.

Im Kern wird dabei vorgeschlagen, neben die bisherige Vergütung über Fallpauschalen eine Vorhaltepauschale als zweite Säule der Krankenhausvergütung zu stellen. Diese Vorhaltepauschale soll aber nicht für alle Krankenhäuser identisch sein, sondern in ihrer Höhe von der Versorgungsstufe (Level), das heißt dem Umfang und der Struktur der vorgehaltenen Leistungen abhängen. Ein Krankenhaus der Grundversorgung auf dem Land benötigt weniger Geld zur Vorhaltung bestimmter Leistungen, zum Beispiel für einen OP-Saal, als ein großes Krankenhaus der Maximalversorgung mit circa tausend Betten, das komplexe Leistungen wie zum Beispiel eine Stroke Unit für Schlaganfälle oder ein Zentrum für Seltene Erkrankungen anbietet. Damit ein Krankenhaus in eine höhere Stufe gelangen kann, muss es bestimmte Strukturvoraussetzungen erfüllen, zum Beispiel muss es eine Mindestanzahl von Intensivbetten oder einen Hubschrauberlandeplatz vorhalten.

Ein Anteil von 20 Prozent der gesamten Krankenhausvergütung soll über die Vorhaltepauschalen an die Krankenhäuser fließen, für ausgewählte Fachabteilungen sogar bis zu 40 Prozent. Ziel

dieser Maßnahme ist es, den Mengenanreiz zu senken. Insbesondere die bereits beschriebenen Krankenhäuser, die ihre Kapazitätsauslastung nicht gut planen können, werden so deutlich weniger Druck zur Fallzahlausweitung verspüren. Entsprechend steht auch das Personal in diesen Krankenhäusern weniger unter Druck, möglichst viele Fälle zu behandeln. Es sinkt auch die Wahrscheinlichkeit der Schließung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser.

Ein weiterer wichtiger Vorschlag in der Stellungnahme ist die Bindung der Vergütung an Strukturvorgaben gemäß Leistungsgruppen. Das heißt, wenn ein Krankenhaus eine Leistung abrechnen möchte, dann muss es bestimmte Strukturvoraussetzungen erfüllen. Für die Abrechnung eines komplexen Schlaganfalls muss das Krankenhaus gewährleisten, dass mindestens eine Ärztin oder ein Arzt 24 Stunden pro Tag im Krankenhaus verfügbar ist. Falls das Krankenhaus dies nicht nachweisen kann, darf es diese Leistung auch nicht abrechnen. Diese Regelung existiert bereits für 53 Leistungen, soll aber gemäß dem Vorschlag der Kommission deutlich ausgeweitet werden. Die Umsetzung dieses Vorschlags wäre für Patientinnen und Patienten in Deutschland ein großer Fortschritt, da so künftig bei jedem Krankenhaus sichergestellt wäre, dass es tatsächlich die Mindestvoraussetzungen erfüllt, eine Leistung kompetent zu erbringen.

Insgesamt wäre die Umsetzung der Vorschläge der Kommission eine wichtige Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung in Deutschland, vor allem zur Reduktion des Mengenanreizes des Fallpauschalensystems. In Kombination mit anderen Reformen des Koalitionsvertrags, vor allem mit der Reform der Notfallversorgung, würde die positive Wirkung für Patientinnen und Patienten weiter verstärkt.



Der Autor

Der Ökonom Jonas Schreyögg ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg. Er forscht zur Wirtschaftlichkeit und Qualität von Praxen und Krankenhäusern, leitet das Hamburg Center for Health Economics als wissenschaftlicher Direktor und ist stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit und Pflege.

Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege

Ob Patientinnen oder Patienten, medizinisch-pflegerisches Personal oder Krankenkassen: Von der Digitalisierung des Gesundheits- und Pflegewesens profitieren alle. Damit der Wandel zügig gelingen kann, hat das Bundesgesundheitsministerium auf Basis eines breit angelegten Beteiligungsprozesses eine Digitalisierungsstrategie mit klaren Zielen und Zeitvorgaben erarbeitet.

— Jasmin Shamsi

Fachkräftemangel, eine alternde Bevölkerung, der teils erschwerte Zugang zu ärztlichen Behandlungen, lange Wartezeiten: Mit diesen Herausforderungen sehen sich das Gesundheitswesen und die Pflege in Deutschland konfrontiert. Wie wichtig widerstandsfähige Strukturen sind, um flexibel auf Veränderungen reagieren zu können, hat die Corona-Pandemie wie unter einem Brennglas verdeutlicht. Klar wird auch, dass die Gesundheits- und Pflegeversorgung in Zukunft zeitlich flexibler und flächendeckender erfolgen muss. Dafür braucht es digitale Technologien und Anwendungen, die nicht zuletzt auch das Fachpersonal in der täglichen Arbeit entlasten können. Die Erhöhung der Patientensouveränität ist dabei ein wichtiger Gradmesser für den Erfolg der digitalen Transformation.



Weniger Dokumentationsaufwand
90 Prozent der Pflegekräfte fühlen sich durch die Bürokratie belastet.

Elektronische Dokumentation erleichtert die Arbeit und spart Zeit, etwa wenn vernetzte Monitoringsysteme Vitalparameter dokumentieren.



Niedrigere Sterblichkeit
Herzinsuffizienz ist der häufigste Grund für stationäre Klinikaufenthalte.

Telemonitoring reduziert die Rehospitalisierungs- und Sterblichkeitsrate bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz.

Wie das funktionieren kann, zeigt die Digitalisierungsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit. In einem partizipativen Prozess ist diese gemeinsam mit zahlreichen Akteuren erarbeitet worden. Beteiligt waren u. a. Patientinnen und Patienten, deren Vertreterinnen und Vertreter sowie Angehörige pflegebedürftiger Menschen, Ärztinnen und Ärzte, weitere Gesundheitsberufe, aber auch Kranken- und Pflegeversicherungen und weitere Kostenträger.

Die übergeordnete Vision der Strategie lautet: „Die Digitalisierung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung ermöglicht ein gesünderes und längeres Leben für alle. Die medizinische Versorgung und Pflege werden besser und effizienter.“ Daran anknüpfend formuliert die Strategie drei übergreifende Ziele: Das wichtigste Ziel der Strategie ist die konsequente Ausrichtung der digital unterstützten Versorgung auf den Menschen. 96 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer breit angelegten Online-Befragung halten das für wichtig, um selbstbestimmt und informiert handeln zu können. Die Digitalisierungsstrategie soll zudem einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten. Von Bedeutung sind dabei insbesondere die konsequente Datennutzung, digital unterstützte Prozesse

Fehlmedikation reduzieren

30 bis 40 Prozent der Menschen, die älter als 65 sind, nehmen täglich mindestens vier Arzneimittel ein, ab 75 Jahren nimmt jeder Dritte mindestens acht Arzneimittel ein.

In der ePA integrierte Algorithmen können automatisiert auf Medikamenteninteraktionen hinweisen.



und der Einsatz von digitalen Innovationen. So ist beispielsweise geplant, Telematikinfrastruktur (TI) und elektronische Patientenakte (ePA) zu einer individuellen Gesundheitsplattform weiterzuentwickeln.

Das Erreichen des dritten Ziels, die Gesundheits- und Pflegeversorgung wirtschaftlicher und effizienter zu machen, wird unter anderem durch die intelligente Vernetzung von Menschen, Dingen und Diensten unterstützt. In einem digitalen Gesundheitsökosystem arbeiten die Ärzteschaft, Krankenhäuser, Apotheken und weitere Leistungserbringer sowie Pflege- und Krankenversicherungen Hand in Hand und tauschen relevante Gesundheitsinformationen digital aus. Dabei werden nicht nur Papier, Kosten und Zeit eingespart, sondern auch bessere Arbeitsbedingungen geschaffen. Auch ist es langfristig möglich, eine noch engere Zusammenarbeit über die Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg



Mehr Zeit für Patientinnen und Patienten
55 Prozent der Logopädiepraxen mit therapeutischem Personal klagen über Fachkräftemangel.

Durch Zeitersparnis durch Teletherapie lassen sich mehr Patientinnen und Patienten versorgen.

entstehen zu lassen. Nach der Veröffentlichung der Digitalisierungsstrategie im März 2023 werden in den folgenden drei Handlungsfeldern kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen umgesetzt:

- Etablierung personenbezogener und digital unterstützter Versorgungsprozesse, die sektoren- und professionsübergreifend sind.
- Generierung und Nutzung qualitativ hochwertiger Daten für eine bessere Versorgung und Forschung.
- Nutzenorientierte Technologien und Anwendungen.

So ist beispielsweise im zweiten Quartal 2023 die Etablierung eines Messenger-Dienstes für die Kommunikation zwischen Leistungserbringenden – ab 2024 dann auch zwischen Leistungserbringenden und Versicherten – geplant. Alle Versicherten sollen zudem ab 2024 eine digitale Medikationsübersicht erhalten und telemedizinische Leistungen wie Videosprechstunden schnell und unbürokratisch nutzen können. Die Strategie dient in erster Linie als Richtschnur und wird regelmäßig im Dialog mit beteiligten Akteuren evaluiert und fortgeschrieben. So soll sie einen entscheidenden Beitrag leisten, dass digitale Anwendungen die medizinische und pflegerische Versorgung immer weiter verbessern. —



Risiken schneller erkennen
Eine interventionell tätige Kardiologin hat durch hohe Strahlenbelastung ein erhöhtes Krebsrisiko.

Roboterassistierte Koronarinterventionssysteme können die Strahlenbelastung während der Operation für die Kardiologin oder den Kardiologen um 95,2 Prozent reduzieren.



Weitere Informationen zur Digitalisierungsstrategie sind abrufbar unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/digitalisierungsstrategie





Gesundheitskioske sollen deutschlandweit ein neues Beratungsangebot schaffen

Der Gesundheitskiosk im Hamburger Stadtteil Billstedt bietet etwas, das viele Praxen und Krankenhäuser nicht leisten können: Mit viel Zeit und Gefühl Menschen helfen, die bisher durch das Netz des Gesundheitssystems gerutscht sind. Was bisher nur vereinzelt erfolgt, soll auf gesetzlicher Grundlage nun in die Fläche gebracht werden – überall dort, wo Unterstützung gebraucht wird.

— Tabea Zabel

In der medizinischen Beratungsstelle in der Fußgängerzone von Billstedt ist viel los. Am Empfangstresen des Gesundheitskiosks wird eine Frau auf Türkisch beraten. Ihr Vater hat starke Schmerzen und sucht dringend eine passende Ärztin oder einen passenden Arzt. Ein Ehepaar möchte sich die Untersuchungsergebnisse ihres Diabetologen erklären lassen. Ihnen wird ein Dolmetscher für den nächsten Arztbesuch vermittelt. Im Nebenraum findet eine Hebammen-Sprechstunde statt. Die Leiterin des Gesundheitskiosks, Cagla Kurtcu, erzählt, was sie und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter antreibt: „Die Menschen, die chronisch und mehrfach erkrankt sind, vertrauen uns und kommen immer wieder – das ist das beste Zeichen.“ Die 33-Jährige hat vorher in einem Krankenhaus gearbeitet. Seit fast zwei Jahren leitet die studierte Pflegerin den Gesundheitskiosk in der Möllner Landstraße. Er soll niedrigschwellige, gesundheitliche Beratung und Aufklärung für die Anwohnerinnen und Anwohner ermöglichen.

Die Lage in Billstedt und Horn

Billstedt und Horn am östlichen Rand Hamburgs gehören zu den sozial besonders benachteiligten Vierteln der Stadt. Hier wohnen mehr Arbeitslose, Alleinerziehende und Menschen mit Migrationshintergrund als in den meisten anderen Stadtteilen. Schwierige Lebenslagen, Defizite in der Gesundheitskompetenz und oftmals auch Sprachbarrieren führen dazu, dass Patientinnen und Patienten die Diagnosen und Anordnungen der Ärztinnen und Ärzte nicht ausreichend verstehen. Im schlimmsten Fall nehmen sie keine Hilfe in Anspruch, was zu einer Verschlechterung der Krankheit und einer Einweisung ins Krankenhaus führen kann. Die Defizite im Stadtteil spüren auch die ansässigen Arztpraxen: „Das System ist überlastet“, erklärt Dr. Gerd Fass. Er ist Vorstandsvorsitzender des Ärztenetzes Billstedt/Horn und Vorsitzender des Ärztlichen Beirats des Gesundheitskiosks. „Viele Patientinnen und Patienten haben einen besonderen Beratungsbedarf, den wir allein nicht stemmen können.“

Der Gesundheitskiosk als niedrigschwellige Anlaufstelle

Genau hier greift das Versorgungsmodell des Gesundheitskiosks. Das Team vor Ort besteht aus fünf hochqualifizierten Pflegefachkräften. Sie beraten Menschen in gesundheitlichen Fragen möglichst unkompliziert, kultursensibel und in verschiedenen Sprachen. Die Beschäftigten arbeiten eng mit Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern sowie sozialen und pflegerischen Einrichtungen zusammen. Das Ziel: Die Versorgung und Gesundheitskompetenz der Menschen im Stadtteil langfristig stärken und eine Fehl- und Unterversorgung vermeiden. Die meisten Menschen, die in den Gesundheitskiosk kommen, werden von kooperierenden Arztpraxen oder Krankenhäusern vermittelt – eine Diagnose haben sie häufig schon. In einem Beratungsgespräch klären die Pflegefachkräfte dann ausführlich über die Krankheit und Präventionsmaßnahmen auf. Gemeinsam wird erarbeitet: Was braucht dieser Mensch in seiner Situation? Benötigt er



Der Gesundheitskiosk in Hamburg-Billstedt berät unkompliziert und auf Augenhöhe. Auch Hebammensprechstunden und Sportkurse gehören zum Angebot.

noch eine spezielle medizinische Versorgung, eine Therapie oder Betreuung in einer Mutter-Kind-Einrichtung? Auch wenn die Pflegefachkräfte selbst keine soziale Arbeit leisten: Sie erkennen den Bedarf und können die Menschen gezielt vermitteln. Denn wenn die Patientinnen und Patienten in anderen Lebensbereichen Schwierigkeiten haben, können sie sich oftmals nicht auf ihre Gesundheit fokussieren. Für den nächsten Termin im Gesundheitskiosk vereinbaren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Klientin oder dem Klienten ein konkretes Ziel: zum Beispiel die Teilnahme an einer Ernährungsberatung oder die Nutzung einer bestimmten App zur Raucherentwöhnung.

Erfolg des Versorgungsmodells Gesundheitskiosk

Die Datenlage zeigt: Der Gesundheitskiosk ist gefragt. Und er wirkt. „Aktuell gibt es etwa 600 Beratungen pro Monat, über 7.000 versicherte Menschen, die vorher nicht optimal versorgt waren, werden hier sichtbar angebunden. Es gibt mehr Arztbesuche bei deutlicher

Reduzierung von Krankenhauseinweisungen“, erklärt Geschäftsführer Alexander Fischer. Der Gesundheitsökonom kennt die langfristigen Vorteile: „Metaanalysen zu Präventionsmaßnahmen zeigen, dass es ab fünf, eher



Cagla Kurtcu leitet den Gesundheitskiosk in Billstedt.

aber nach zehn Jahren einen deutlichen Effekt auch auf Kostenbasis gibt.“ Jeder investierte Euro in Prävention kommt also vielfach zurück. Die Pflegefachkräfte im Gesundheitskiosk schaffen vor allem eins: Vertrauen. „Die Menschen sind erleichtert, dass da jemand ist, der sie versteht und sich Zeit für sie nimmt“, erklärt Cagla Kurtcu.

„Mit der Zeit bauen die Menschen ein anderes Verhältnis zu ihrer Gesundheit auf. Sie fangen an, sich eigenständig zu informieren und die nötigen Maßnahmen zu ergreifen.“ Im Optimalfall wird so die Fähigkeit erworben, sich gut um die eigene Gesundheit zu kümmern und somit die Gesundheitskompetenz gestärkt. Am Nachmittag findet der Sportkurs „Fit im Alter“ statt. Der Sporttrainer begrüßt jede Teilnehmerin und jeden Teilnehmer persönlich. Eine Mitarbeiterin erzählt, dass sie für eine Klientin gerade einen OP-Termin absagen konnte – weil sie inzwischen regelmäßig die Beratungen und präventiven Sportkurse im Gesundheitskiosk besucht. Die positiven Effekte ihrer Arbeit sind für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitskiosk spür- und auch messbar. Eine besondere Rolle spielt dabei die vertrauensvolle, sektorenübergreifende Zusammenarbeit, sagt Cagla Kurtcu. „Wir sind das beste Beispiel, dass ein gutes Miteinander zwischen Ärztinnen und Ärzten, der Pflege und sozialen Einrichtungen im Einklang funktionieren kann.“

Gesundheitskioske in ganz Deutschland dort, wo Unterstützungsbedarf besteht: Diesen Plan präsentierte Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach im Spätsommer vergangenen Jahres. Die Beratungsstellen sollen Menschen in sozial benachteiligten Regionen und Stadtteilen helfen: „In Deutschland dürfen weder der Geldbeutel noch der Wohnort über die Behandlung von Patientinnen und Patienten entscheiden.“

Gesundheitskioske können dabei einen entscheidenden Unterschied machen“, sagt Lauterbach. Das Bundesministerium für Gesundheit hat entsprechende Eckpunkte vorgelegt, die gesetzlichen Regelungen sollen zeitnah folgen.

Weitere Informationen: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk

Long COVID:

Ein Krankheitsbild mit vielen Unbekannten

Viele, die unter den Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung leiden, suchen händeringend nach Hilfe. Noch ist Long COVID aber kaum erforscht und es gibt keine Behandlung, die die Ursache von Long COVID selbst bekämpft. Mit dem Ausbau der Versorgungsforschung und einem Informationsangebot soll Betroffenen geholfen werden.

— Felix Funke



Hoffen auf Heilung: Viele Betroffene klagen über geistige und körperliche Erschöpfung, Schwindel und Konzentrationsschwäche als Folge der Erkrankung an Long COVID.

Es gibt immer noch diese Tage, an denen könnte sie nur im Bett liegen. Kopfschmerz, körperliche und geistige Schlapheit – das sind die Symptome, die der Autorin Margarete Stokowski bis heute zu schaffen machen. Es begann im Januar 2022, als sie sich mit

dem Coronavirus infizierte. Danach wurde sie nicht mehr gesund, schilderte die Berlinerin ihren Followerinnen und Followern auf Twitter. Schon „banale Sachen“ wie Duschen oder Telefonieren strengten sie an, ihrem Beruf als Schriftstellerin und Journalistin könne

sie an manchen Tagen nicht mehr nachkommen.

So wie Margarete Stokowski leiden bis heute viele Menschen unter den Langzeitfolgen ihrer Corona-Erkrankung. Häufig berichtete Symptome sind

Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrationsschwäche, Gedächtnisstörungen und eine ständige Erschöpfung, die als Fatigue bekannt ist. Treten diese Symptome noch vier Wochen nach der überstandenen Infektion auf, kehren wieder oder kommen neue Symptome hinzu, spricht man von Long COVID. Treten die Beschwerden auch noch nach mehr als zwölf Wochen auf, ist die Rede von Post COVID.

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach warnt davor, die Krankheit und ihre Folgen zu unterschätzen. „Das bedeutet für den Einzelnen häufig einen harten Schicksalsschlag und kann sogar für den Arbeitsmarkt relevant werden, wenn die Anzahl der Erkrankten weiter steigt.“

Das Problem: Long COVID ist noch weitgehend unerforscht. Weder ist klar, wie genau es dazu kommt, noch lässt sich das Krankheitsbild klar von anderen Erkrankungen abgrenzen. Was man bisher weiß: Wer schwer an COVID erkrankt ist, hat ein höheres Risiko, Long COVID zu entwickeln. Aber auch bei mildem Verlauf oder einer Infektion ohne Symptome sind Langzeitfolgen möglich. Die Auswirkungen können sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern auftreten. Doch viele Fragen bleiben bisher offen: Zum Beispiel, warum manche Menschen Long COVID bekommen und andere mit ähnlichem Infektionsverlauf nicht. Auch die Bandbreite der Symptome ist schwer einzugrenzen. Es sind viele, von Kurzatmigkeit bis hin zu Gedächtnisstörungen. Manchmal treten sie einzeln auf, manchmal in Kombination.

Was kann man tun?

Für Erkrankte stellt sich die Frage, wie sie mit der Krankheit umgehen und wie es um die Heilungschancen steht. Eine spezielle Therapie bei Long COVID gibt es derzeit noch nicht. Bislang orientieren sich Behandlungsansätze an den Symptomen. Um die Lebensqualität und die Belastbarkeit zu verbessern, ist eine frühzeitige und gezielt am Beschwerdebild orientierte Beratung und Behandlung nötig. Je nach Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen empfehlen sich unterschiedliche Maßnahmen wie Schmerztherapie, körperliches und kognitives Training, Anleitung zur Schlafhygiene, Methoden zum Stressabbau und eine psychotherapeutische Betreuung.

Es kann sein, dass sich Menschen mit Long COVID sehr schwach fühlen, schnell erschöpft sind und ein hohes Ruhebedürfnis haben. Diesen Zustand nennt man Fatigue. Außerdem können sich bei einigen Betroffenen die Beschwerden nach geistiger oder körperlicher Belastung deutlich verschlechtern. Das nennt man Belastungsintoleranz. Wer unter Belastungsintoleranz leidet, sollte Überlastung unbedingt vermeiden.

Bei Fatigue und Belastungsintoleranz hat sich das sogenannte „3P-Prinzip“ bewährt: Pacing, Planen, Priorisieren. Pacing ist eine Technik, die schon länger bei anderen Erkrankungen wie zum Beispiel dem chronischen Fatigue-Syndrom eingesetzt wird. Beim Pacing geht es um einen schonenden Umgang mit den eigenen Kräften. Dabei sollen Betroffene lernen, genau auf den eigenen Körper zu hören und ihre Kräfte richtig

einzuteilen. Zudem kann es hilfreich sein, Aktivitäten und ausreichend Pausen vorher genau zu planen. Beim Priorisieren geht es darum, genau zu überlegen, welche Dinge wirklich wichtig und dringend sind.

Um seine Kräfte zu schonen, muss man die eigene Belastungsgrenze kennen. Dabei kann es helfen, ein Tagebuch zu führen. In diesem wird vermerkt, welche Aktivitäten man durchgeführt hat und wann es zu Beschwerden gekommen ist. Das Tagebuch hilft dabei, den Krankheitsverlauf zu beobachten und Belastungen anzupassen.

Mehr Unterstützung für Betroffene

Das Bundesgesundheitsministerium nimmt Long COVID sehr ernst. Es ist ihm ein wichtiges und dringendes Anliegen, dass die Betroffenen eine angemessene Versorgung erhalten. Deswegen plant es einen Förderschwerpunkt für versorgungsnahen Forschungsprojekte zu Long COVID. Insbesondere soll die Schaffung eines deutschlandweiten Netzwerks von Kompetenzzentren und interdisziplinären Ambulanzen für die Langzeitfolgen von COVID-19 und das chronische Fatigue-Syndrom (ME/CFS) unterstützt werden, sodass der Informationsaustausch angeregt, Versorgungsforschung initiiert und so die Versorgung der Betroffenen verbessert wird. Ziel ist es, dass Forschungsergebnisse zur Behandlung von Long COVID möglichst zeitnah in der Versorgung ankommen und dass Daten aus der Versorgung für Forschende zur Verfügung stehen. Davon werden betroffene Patientinnen und Patienten zeitnah profitieren. ■■■■■

Weitere Informationen:

Auf der Website www.longcovid-info.de der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gibt es umfangreiche Informationen zu dem Krankheitsbild Long COVID, Tipps zum Umgang mit der Erkrankung im Alltag sowie Hinweise auf wichtige Anlaufstellen.

Hilfreiche Informationen bietet auch das Robert Koch-Institut (RKI) auf seinem Informationsportal unter www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Long-COVID/Inhalt-gesamt.



Aufbruchstimmung: Nancy Faeser und Prof. Dr. Karl Lauterbach wollen Menschen zu mehr körperlicher Aktivität animieren.

Runder Tisch und Bewegungsgipfel: Gemeinsam für mehr Bewegung und Sport

Körperliche Aktivität kommt im Alltag oft zu kurz – gerade auch bei Kindern und Jugendlichen. Um das zu ändern, hat das Bundesministerium für Gesundheit einen „Runden Tisch Bewegung und Gesundheit“ initiiert. Und Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach hat gemeinsam mit Bundesinnenministerin Nancy Faeser zu einem Bewegungsgipfel eingeladen.

— Felix Funke

Bewegung tut gut. Sie bringt das Herz-Kreislauf-System in Schwung, trägt zur Vermeidung von Übergewicht und vielen chronischen Krankheiten bei und hat positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt Erwachsenen, sich mindestens 150 Minuten in der Woche zu bewegen. Und das müssen keine schweißtreibenden Übungen sein. Oft machen kleine Veränderungen im Alltag einen großen Unterschied: das Benutzen der Treppe statt des Lifts zum Beispiel oder die Fahrt mit dem Fahrrad statt mit dem Auto. Vor allem

für Kinder und Jugendliche sind sportliche Übungen hilfreich. Sie unterstützen den Muskel- und Knochenaufbau, schulen das Körperbewusstsein und tragen zur positiven Selbstwahrnehmung bei. Auch Menschen im höheren Alter werden ausdauernde Bewegungsformen wie regelmäßiges Gehen oder Fahrradfahren empfohlen, Muskeltraining kann vor Stürzen und dem Abbau von Knochensubstanz bewahren. Doch in Deutschland sind viele Menschen zu wenig körperlich aktiv – nach den Auswertungen des Robert Koch-Instituts sind dies rund die Hälfte der Erwachsenen sowie der Kinder und

Jugendlichen. Es wird zu viel gegessen, ob vor dem Handy, Tablet, Computer oder Fernseher, im Auto oder in der Bahn. Und das betrifft zunehmend die junge Generation. Für sie ist es besonders wichtig, die Möglichkeiten von Alltagsbewegung und Sport frühzeitig kennenzulernen.

Die Frage, wie Menschen zu mehr Bewegung animiert werden können, stand deshalb auch im Mittelpunkt des ersten Bewegungsgipfels, der am 13. Dezember 2022 gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium des

Innern und für Heimat veranstaltet wurde. Zusammen mit Bund, Ländern, Kommunen und Verbänden wie dem Deutschen Olympischen Sportbund startete man eine Bewegungsoffensive, die in einer Gipfelerklärung mündete. Darin verständigten sich alle Beteiligten auf Maßnahmen, um „Bewegung und Sport für alle Menschen in Deutschland möglich und einfacher zu machen – unabhängig von Wohnort, Herkunft, Geschlecht, Alter, finanziellen Möglichkeiten und individuellen körperlichen und geistigen Fähigkeiten.“

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach betonte auf dem Gipfel die Bedeutung von körperlicher Bewegung für die Gesundheit und verknüpfte damit die Zuversicht, dass dem Thema endlich eine breite Aufmerksamkeit zukommt. „Regelmäßige körperliche Aktivität fördert in jedem Alter die Gesundheit. Deshalb ist es gut, dass Bewegung heute die Aufmerksamkeit erhält, die dem Thema zusteht. Durch die Pandemie ist einiges zu kurz gekommen. Dabei ist Bewegung der beste Weg, um verschiedene Folgen von Krisensituationen abzufedern.“ Ein wesentlicher Beitrag, um die Ziele des

Bewegungsgipfels zu erreichen, ist der „Runde Tisch Bewegung und Gesundheit“ des Bundesministeriums für Gesundheit. Dieser bringt die maßgeblichen Akteure zusammen, um Bewegung in Deutschland zu stärken. In einem gemeinsamen Dialog wird erörtert, wie Bewegung und ein aktiver Lebensstil bei allen Menschen gefördert werden können. Dabei setzt sich der Runde Tisch in den einzelnen Sitzungen gezielt mit der Situation unterschiedlicher Zielgruppen wie Kleinkindern und Familien, älteren Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen im Erwerbsalter oder älteren Menschen auseinander. Für jede Zielgruppe sollen die jeweiligen Herausforderungen identifiziert und konkrete Handlungsempfehlungen für die Bewegungsförderung erarbeitet werden. „Unser Ziel ist es, Menschen in Bewegung zu bringen. Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Ältere. Das Schöne an dem Thema ist, dass es eigentlich nicht wichtig ist, wie und wann Menschen körperlich aktiv sind. Hauptsache, sie sind aktiv!“, betonte Sabine Dittmar, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit. Insgesamt vier der geplanten sechs Runden Tische haben

21 Minuten reichen



Um sich fit zu halten, genügen moderate Aktivitäten. Die WHO empfiehlt mindestens 21 Minuten Bewegung pro Tag, die mäßig anstrengend sind, zum Beispiel Rasenmähen, Treppensteigen, Gehen, Laufen oder Fahrradfahren. Auf der Website der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung finden Sie Informationen, wie Sport und regelmäßige Bewegung die Gesundheit fördern können, und erhalten Tipps für einen aktiven Familienalltag unter shop.bzga.de/alle-kategorien/ernaehrung-bewegungsentspannung/bewegung.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung betreibt die Website www.uebergewicht-vorbeugen.de, die die Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen als Ziel hat.

mittlerweile stattgefunden. Noch in diesem Jahr sollen die Ergebnisse dieser Austauschrunden in ein Konsenspapier münden, in dem Vereinbarungen zur Umsetzung Erfolg versprechender Ansätze getroffen werden.



Hauptsache aktiv: Die Parlamentarische Staatssekretärin Sabine Dittmar befürwortet Angebote für jede Altersgruppe.



Gut gefüllte Regale in den Apotheken: Ein Gesetzespaket des BMG soll Produktion und Bevorratung dringend benötigter Arzneimittel fördern.

Initiative gegen Lieferengpässe bei Arzneimitteln

Immer wieder kommt es zu Lieferengpässen bei der Versorgung mit patentfreien Arzneimitteln – im letzten Winter vor allem bei Arzneimitteln für Kinder, aber auch bei Antibiotika und Arzneimitteln zur Krebstherapie. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) will diesem Missstand mit einem Gesetzespaket abhelfen.

— Frank Friedrichsen

Es ist beruhigend, wenn man sich darauf verlassen kann, dass die Apotheke Fieberzäpfchen oder Erkältungssäfte für Kinder selbst herstellen kann. Doch wenn sich Apothekerinnen und Apotheker wie im Winter 2022/2023 ins eigene Labor stellen müssen, ist dies Ausdruck eines ernststen Problems: Die Zahl der Lieferengpässe bei Arzneimitteln nimmt hierzulande seit Jahren zu. Und das gilt nicht nur für Kinderarzneimittel – auch Antibiotika und einige Arzneimittel zur Behandlung von Krebs sind betroffen. Apothekerinnen und Apotheker fahnden dann im Kollegenkreis nach Restbeständen knapper Arzneimittel oder telefonieren die Hersteller

von Alternativpräparaten ab. Oder greifen in letzter Konsequenz selbst zum Mörser, sofern sie die benötigten Wirkstoffe beschaffen können. In jedem Fall kostet sie all das Zeit und Mühe – und ihre Patientinnen und Patienten, die auf die Arzneimittel angewiesen sind, oft viele Nerven.

Das BMG rückt diesem Problem nun mit einem Gesetzespaket zu Leibe. Doch um die richtigen Maßnahmen gegen Lieferengpässe zu ergreifen, muss man die Ursachen dafür kennen. Und die sind vielfältig. So kommt es zeitweise vor, dass bestimmte Rohstoffe für die Arzneimittelproduktion



knapp werden. Zudem lassen die pharmazeutischen Unternehmen kaum noch in Europa, sondern vorwiegend in Drittstaaten wie China und Indien produzieren, und das auch nur an wenigen Standorten. Das erhöht das Risiko von Lieferengpässen, wenn Lieferketten reißen oder ein Produktionsstandort ausfällt. Ein weiterer Grund ist die Vorgabe der gesetzlichen Krankenkassen, bei Generika – also patentfreien Arzneimitteln – immer die preiswertesten Produkte auf dem Markt zu verschreiben. Der hohe Kostendruck insbesondere bei Generikaherstellern führt aber immer wieder dazu, dass Pharmaunternehmen die Produktion drosseln oder bei manchen Arzneimitteln sogar ganz einstellen. Wenn dann eine winterliche Infektionswelle die Nachfrage etwa nach Arzneimitteln gegen Erkältungssymptome sprunghaft ansteigen lässt, schwinden die ohnehin knappen Vorräte noch schneller, als sie wieder aufgestockt werden können.

Das Gesetzespaket des BMG soll nun Anreize schaffen, um die Produktion und Bevorratung dringend benötigter Arzneimittel zu steigern. „Wir haben es mit der Ökonomisierung auch in der Arzneimittelversorgung mit patentfreien Medikamenten übertrieben“, so Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach. „Besonders bei Kinderarzneimitteln spüren wir die Konsequenzen gerade hart. Dass man

in Deutschland nur schwer einen Fiebersaft für sein Kind bekommt, der im Ausland noch erhältlich ist, ist inakzeptabel. Deswegen werden wir die Preisgestaltung von Kinderarzneien radikal ändern.“ Konkret bedeutet das zum Beispiel, dass die Hersteller für bestimmte Festbetragsarzneimittel künftig bis zu 50 Prozent mehr verlangen dürfen, wenn dadurch Lieferengpässe entschärft werden können. Und das ohne höhere Zuzahlungen für die Patientinnen und Patienten, denn die Mehrkosten übernehmen die Krankenkassen. Ähnliches soll für Arzneimittel gelten, die fehlende Standardmedikamente ersetzen können, aber deutlich teurer sind: Auch hier werden Patientinnen und Patienten von Zuzahlungen befreit.

Die Pläne des BMG sehen außerdem vor, dass bei patentfreien Antibiotika und Arzneimitteln zur Therapie von Krebserkrankungen solche Präparate bevorzugt werden, die ganz oder teilweise in der EU hergestellt werden. Und schließlich will das Ministerium pharmazeutische Unternehmer, Hersteller und Großhändler verpflichten, künftig so rechtzeitig insbesondere über Produktionsmengen und Lagerbestände ihrer Arzneimittel zu informieren, dass Lieferengpässe vermieden werden können, bevor sie in den Apotheken akut werden. ■■■■■



Alles, was zu mehr Selbstständigkeit im Alltag verhilft: Die Ergotherapie widmet sich Geist und Körper.

Ergotherapeutinnen und -therapeuten: Den Alltag selbst bewältigen helfen

Den Schulweg trotz Angststörung meistern, die Jeans zuknöpfen trotz zitternder Hände: Ergotherapeutinnen und -therapeuten helfen Menschen dabei, auch mit einer Krankheit oder einer Behinderung ein selbstständiges Leben zu führen.

Emily Bartels

So richtig selbsterklärend findet Ergotherapeutin Jessica Liers den Namen ihres Berufs nicht. Unter „Ergotherapie“ können sich die meisten Menschen nicht viel vorstellen. Und ein bisschen sperrig ist der Begriff auch. Helferin im Alltag. Beraterin in allen Lebenslagen. Trainerin für Geist und Körper – das beschreibt es treffender. Genauer gesagt unterstützen Ergotherapeutinnen und -therapeuten Menschen mit Einschränkungen dabei, ihr Leben so selbstständig wie möglich zu leben. Sie können zum Beispiel helfen, wenn sich jemand nach einem Schlaganfall nicht mehr selbst anziehen kann oder wegen einer Depression den Einkauf im Supermarkt nicht mehr schafft. Jessica Liers arbeitet seit vierzehn Jahren als Ergotherapeutin und hat sich auf Kinder und psychisch Erkrankte spezialisiert. Seit 2017 leitet sie die Ergotherapie in einem Therapiezentrum in Paderborn. Der Job ist abwechslungsreich. „Jede Stunde beschäftigt mich mit einem anderen Thema, weil ich eine andere Klientin oder einen anderen Klienten vor mir habe“, sagt sie. Mal

begleitet Liers ein kleines Mädchen mit einer Angststörung bei dem großen Schritt in die Grundschule, mal hilft sie einer alten Dame, sich wieder eigenständig zu frisieren. Was Liers an ihrem Beruf so liebt: „Meine Empfehlungen haben Einfluss auf das Leben eines anderen Menschen und diesen Einfluss nutze ich, um etwas Positives zu bewirken. Ich verändere etwas mit den Klientinnen und Klienten, damit sie ein zufriedeneres Leben führen können.“

Die Ergotherapie behandelt keine Erkrankungen, sie heilt auch nicht deren Folgen. Sie erarbeitet Strategien für die Probleme, die die Erkrankung im Alltag verursacht. Die Behandelten können selbst etwas verändern. Deshalb spricht Liers auch lieber von Klientinnen und Klienten und nicht von Patientinnen und Patienten. Die Art und Weise, wie sie Menschen hilft, sind vielfältig. Bei der Dame, die sich selbst frisieren möchte, könnte es zum Beispiel nützen, wenn sie sich im Sitzen statt im Stehen



föhnt. Oder wenn sie ihre Armmuskulatur trainiert. Manchmal muss man einfach um die Ecke denken: Einen leichteren Föhn zu kaufen könnte der Seniorin am schnellsten helfen.

Die Ausbildung zur Ergotherapeutin oder zum Ergotherapeuten an einer Fachschule dauert drei Jahre, wobei sich theoretischer und praktischer Unterricht abwechseln und auch eine praktische Ausbildung stattfindet. In den praktischen Einheiten sammeln die Auszubildenden Erfahrungen in verschiedenen Schwerpunkten der Ergotherapie. Zu denen gehört die Arbeit mit Menschen aller Altersstufen, die etwa psychisch erkrankt oder orthopädisch-neurologisch eingeschränkt sind. Die Arbeitstherapie, bei der Menschen mit Behinderungen in ihrem Arbeitsumfeld unterstützt werden, ist ein weiterer Schwerpunkt.

Um an einer staatlich anerkannten Schule zu lernen, brauchen die angehenden Auszubildenden einen Realschulabschluss, einen gleichwertigen Abschluss oder eine nach einem Hauptschulabschluss abgeschlossene, mindestens zweijährige Berufsausbildung. Je nach Bundesland können sich angehende Ergotherapeutinnen und -therapeuten auch an Hochschulen – in dualen oder primärqualifizierenden Studiengängen – ausbilden lassen und nach erfolgreichem Abschluss den akademischen Grad eines „Bachelors of Science“ erwerben. Um zum Studium zugelassen zu werden, ist – je nach den einzelnen Vorgaben in den Bundesländern – in der Regel mindestens die Fachhochschulreife oder ein gleichwertiger Abschluss erforderlich. Ergotherapeutinnen und -therapeuten arbeiten häufig in Kliniken, Sonderschulen oder Praxen. Auch in Gesundheitszentren, sozialen Einrichtungen und Frühförderzentren können sie beschäftigt werden.



Trainerin für Geist und Körper: Jessica Liers.

Um für jede Behandelte und jeden Behandelten eine individuelle, passende Lösung zu finden, sollten Ergotherapeutinnen und -therapeuten Einfühlungsvermögen und Kreativität mitbringen. Viele Klientinnen und Klienten brauchen jahrelange Unterstützung und oft stoßen die Therapeutinnen und Therapeuten an ihre Grenzen, wenn äußere Umstände wie der Arbeitsplatz oder das

Wohnumfeld der Behandelten keine Veränderung zulassen. Deshalb brauchen Ergotherapeutinnen und -therapeuten auch Geduld und ein dickes Fell. Liers sagt, nach den drei Jahren sei die Ausbildung noch nicht wirklich abgeschlossen. „Ergotherapie erfordert lebenslanges Lernen“, betont sie. Die Tätigkeiten und Fortbildungsmöglichkeiten seien so vielfältig. Außerdem wandle sich der Beruf auch mit gesellschaftlichen Entwicklungen: Eine Pandemie, das immer häufiger genutzte Homeoffice oder das allgegenwärtige Smartphone bringen neue Herausforderungen, aber auch neue Lösungen für die Ergotherapie mit sich. Um zu verstehen, was ihre kleinen Klientinnen und Klienten beschäftigt,

schaut Liers zum Beispiel regelmäßig Kindersendungen wie „Paw Patrol“. Und dann hilft sie den Kindern, so stark und selbstständig zu werden wie ihre vierbeinigen Superheldinnen und -helden. ■■■■

Informationen zum Beruf Ergotherapeutin/
Ergotherapeut und zu weiteren Gesundheitsberufen
gibt es unter:
[www.bundesgesundheitsministerium.de/
gesundheitsberufe](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsberufe)

Zwischen Geschichte und Moderne:

Der neue Berliner Dienstsitz des Bundesministeriums für Gesundheit

Nach rund vierjähriger Bauzeit konnte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zum Jahresende 2022 das Gebäude Mauerstraße 29 als neuen Berliner Dienstsitz übernehmen. Ein Einblick in die bauhistorischen Besonderheiten und die wechselvolle Geschichte, die bis ins 19. Jahrhundert zurückreicht.

Mitten im Zentrum Berlins befindet sich der neue Berliner Dienstsitz des BMG: Die eher filigran gestaltete Verbindungsbrücke zwischen dem Haus Mauerstraße 29 (Haus 1) und dem ebenfalls in Bundesbesitz befindlichen Haus Mauerstraße 27 (Haus 2) hebt sich von der wuchtigen Bauweise des restlichen Gebäudes ab.



Über 380 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BMG arbeiten an einem geschichtsträchtigen Ort: Der neue Berliner Dienstsitz in der Mauerstraße 29 wurde zwischen 1883 und 1896 als Stammsitz der Deutschen Bank erbaut, ab der Mitte des 20. Jahrhunderts vom Innenministerium der DDR genutzt und war seit der Wiedervereinigung Standort verschiedener Bundesministerien. Bereits 2012 fiel die Entscheidung, dass das BMG in das denkmalgeschützte Gebäude ziehen wird. Doch vorher mussten umfassende Sanierungs- und Umbaumaßnahmen an dem in die Jahre gekommenen Bau vorgenommen werden, die mit dem Berliner Landesdenkmalamt abgestimmt werden mussten. Auch mussten die Kellerbereiche, die teils hüfthoch unter Wasser standen, trockengelegt und gegen eindringendes Grundwasser abgedichtet werden. Mehrere tausend Tonnen Schadstoffe wurden beseitigt und fachgerecht entsorgt. »



» Neben dem ersten Dienstsitz des Ministeriums in Bonn ist das sanierte Gebäude der größte Standort des BMG. Die zentrale Lage in Berlin-Mitte mit großer Nähe zu anderen Bundesministerien begünstigt effiziente Arbeitsabläufe. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gehen ihren Aufgaben in einer Umgebung nach, in welcher Geschichte und Moderne gleichermaßen spürbar sind. Bei der Planung und Bauausführung spielten sowohl Aspekte der Nachhaltigkeit – beispielsweise Energieeffizienz beim Heizsystem mittels Heiz-/Kühldecken – als auch der Barrierefreiheit eine entscheidende Rolle. Hierfür wurden zum Beispiel ein ebenerdiger Hauptzugang von außen geschaffen, bestehende Geschosshöhenunterschiede durch den Einbau von Rampen oder Hubliften überwindbar gemacht und durch ein spezielles Leitsystem für sehbeeinträchtigte Menschen eine eigenständige Orientierung im Gebäude ermöglicht. ■■■■



Die Zentrale der Deutschen Bank an ihrer repräsentativen Ecke Mauer-/Behrenstraße um 1890.



Die meisten Arbeitsräume sind dezent und funktional eingerichtet. Es existieren aber auch einige Räume, in denen Holzverkleidungen und -böden aus den Fünfzigerjahren erhalten geblieben sind.



Während die meisten Treppenhäuser eher schlicht gehalten sind, haben an manchen Stellen prachtvolle marmorne Stufen und veredelte Metallgeländer aus der Kaiserzeit überdauert.



Orte der Begegnung: Die Kantine und das von Architekt Franz Ehrlich in der 1950er-Jahren umgestaltete Foyer laden zum Verweilen ein.



In der Kaiserzeit in vielen öffentlichen Verwaltungsgebäuden beliebt: der Paternoster. Das Exemplar in der Mauerstraße ist eines der letzten, das heute noch in Betrieb ist.

Haben Sie Interesse an einem Besuch?

Im neuen Besucherzentrum in der Berliner Mauerstraße informiert der Besucherdienst des Bundesministeriums für Gesundheit Besuchergruppen in kurzen Vorträgen über die Grundzüge des deutschen Gesundheitswesens, über Struktur und Aufgaben des Ministeriums sowie über aktuelle gesetzliche Regelungen und gibt Einblicke in die Geschichte des denkmalgeschützten Gebäudes.

Kontakt zum Besucherdienst:
Bundesministerium für Gesundheit
Referat L 9 – Besucherdienst
Postanschrift: Bundesministerium für Gesundheit,
11055 Berlin
E-Mail: BesucherdienstInland@bmg.bund.de



Mehr Informationen über die Geschichte des Hauses erhalten Sie auch in der Broschüre „Ein Haus im Wandel der Zeit“ des Bundesministeriums für Gesundheit. Diese können Sie unter www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/ein-haus-im-wandel-der-zeit herunterladen.

Pflege in den eigenen vier Wänden:

So bekommen Sie Unterstützung

Wenn eine Pflegesituation eintritt, stellen sich den Pflegebedürftigen wie auch ihren Angehörigen viele Fragen. Zum Beispiel, wer sich kümmert, wo man Hilfe erhält und welche Leistungen in Anspruch genommen werden können. Gesundheitsberaterin Karin Gaiser von der AOK Baden-Württemberg gibt eine erste Orientierungshilfe.

Wer entscheidet eigentlich, von wem und wo jemand gepflegt wird?

Grundsätzlich tun das die Pflegebedürftigen selbst. Angehörige oder enge Vertraute sind erfahrungsgemäß in der Regel eingebunden, denn es ist auch mit ihnen zu klären, ob und welche Rolle sie bei der Unterstützung und Versorgung übernehmen können, bzw. wie die Rahmenbedingungen aussehen. In den meisten Fällen beginnt die „Pflegebiografie“ im ambulanten bzw. häuslichen Umfeld. Es ist daher wichtig, sich frühzeitig zu überlegen, wo man bei Pflegebedürftigkeit leben und versorgt werden möchte. Wenn eine Pflegesituation eintritt, ist oft sehr schnelles Handeln gefragt. Da hilft es, wenn man im Vorfeld entsprechende Weichen gestellt hat. Das beginnt mit der Erteilung von Vollmachten, Barrierefreiheit in der Wohnung oder der Ansprache möglicher Unterstützerinnen und Unterstützer im sozialen Umfeld.

Wie sehen die ersten Schritte aus, um Hilfe in Anspruch zu nehmen? Wer kann beraten?

Pflegebedürftige oder deren Angehörige sollten sich in jedem Fall an ihre jeweilige Kranken- bzw. Pflegekasse wenden. Diese haben den gesetzlichen Auftrag, Pflegeberatung

anzubieten. Durch wen die Beratung erfolgt, ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Auch sind die Pflegekassen unterschiedlich organi-



Karin Gaiser vertritt die AOK Baden-Württemberg in einer bundesweiten Arbeitsgruppe, die sich mit niedrigschwelligen Beratungsangeboten befasst.

siert. Manche haben eigene Beraterinnen und Berater, andere greifen auf externe Beraterinnen und Berater zurück. Und dann gibt es noch die sogenannten Pflegestützpunkte. In vielen Bundesländern arbeiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Wohlfahrtsverbänden, Kommunen und Pflegekassen unter dem Dach des Pflegestützpunkts. In manchen Bundesländern sind Pflegestützpunkte wiederum kommunale

Einrichtungen und werden gemeinsam mit den Pflegekassen finanziert. Für Hilfesuchende ist am Ende aber entscheidend, dass der Zugang zu einem qualifizierten Beratungsangebot möglichst niedrigschwellig ist.

Worauf muss man sich noch vorbereiten?

Mit zunehmenden körperlichen oder geistigen Einschränkungen wird es immer wichtiger, auf ein gutes Netzwerk zurückgreifen zu können und die Pflege auf mehrere Schultern zu verteilen. Wenn Hilfebedürftige weiterhin zu Hause bzw. im gewohnten Umfeld leben möchten, brauchen sie und ihre An- und Zugehörigen sehr viel Unterstützung. Professionelle Pflege und jene durch Angehörige oder Nachbarinnen und Nachbarn können vielseitig kombiniert werden. Wie genau, darüber können Pflegekassen oder Pflegestützpunkte Auskunft geben, etwa welche Vereine, Selbsthilfegruppen oder Angebote es für Menschen mit Demenz und deren Angehörige gibt.

Welche finanziellen Leistungen stehen Betroffenen zur Verfügung?

Die soziale Pflegeversicherung bietet für die häusliche und stationäre Versorgung eine Vielzahl an Leistungen

in gesetzlich festgelegter Höhe, die man je nach Bedarf in Anspruch nehmen kann. Auf diese hat man Anspruch, sobald der Medizinische Dienst einen Pflegegrad festgestellt hat. Bei häuslicher Pflege kann sich die pflegebedürftige Person ab Pflegegrad 2 beispielsweise für Pflegegeld für die selbst sichergestellte Pflege entscheiden. Die kann etwa durch Angehörige, die Pflegesachleistung (also die Inanspruchnahme von Pflege- oder Betreuungsdiensten) oder eine Kombination aus beidem erfolgen. Wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend möglich ist, übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 im Rahmen von Leistungshöchstbeträgen die Kosten für Tages- oder Nachtpflege in einer geeigneten Einrichtung.

Warum ist es wichtig, zwischen Pflege und Betreuung zu unterscheiden?

Früher wurde der Begriff Betreuung häufig mit Aufpassen oder Beschäftigen abgetan. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat sich das geändert, denn es wurde klargestellt, dass pflegerische Betreuungsmaßnahmen als „vollwertige“ Pflegesachleistung von der Pflegekasse getragen werden. Hierzu gehören zum Beispiel Angebote wie Kaffee- oder Spielenachmittage, gemeinsames Mittagessen, Spaziergänge oder Begleitung zu Arztterminen. Hierbei können auch zugelassene ambulante Betreuungsdienste tätig werden. Diese erbringen für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Es geht außerdem um die Unterstützung und Gestaltung des alltäglichen Lebens,

die auch von Vereinen oder Ehrenamtlichen angeboten werden. Für die Finanzierung solcher Angebote, die nach

6,5

Millionen

Bis zum Jahr 2050 wird ein Anstieg auf deutschlandweit rund 6,5 Millionen pflegebedürftige Menschen erwartet.
Quelle: Statistisches Bundesamt

Landesrecht anerkannt sein müssen und in jedem Bundesland und in jeder Region sehr unterschiedlich sein können, kann der sogenannte Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 125 Euro eingesetzt werden.

In Deutschland werden Pflegebedürftige größtenteils von Angehörigen zu Hause gepflegt. Was sollte dabei beachtet werden?

Die meisten Pflegebedürftigen haben den Wunsch, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden zu leben und dort versorgt zu werden. Diesem Wunsch versuchen Angehörige möglichst nachzukommen. Umso wichtiger ist es, dass letztere auf Entlastung achten und entsprechende Angebote nutzen. Die vielen verschiedenen Leistungsmöglichkeiten, die von der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich übernommen werden, wie etwa die Pflegesachleistung, die teilstationäre Pflege oder auch die Kurzzeitpflege, dienen der Unterstützung pflegender Angehöriger. Auch der erwähnte Entlastungsbetrag ist für Angebote einsetzbar, die gezielt darauf ausgerichtet sind, pflegende Angehörige und vergleichbar Nahestehende zu entlasten.



Weitere Informationen, wie pflegebedürftige Menschen bestmöglich unterstützt werden können, erhalten Sie in folgenden Publikationen des Bundesministeriums für Gesundheit:
Pflegeleistungen zum Nachschlagen: www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeleistungen
Ratgeber Pflege: www.bundesgesundheitsministerium.de/ratgeber-pflege

BMG im Dialog:

5 Fragen zum Thema Krebsfrüherkennung

1

Warum wird nur zu ausgewählten Früherkennungsuntersuchungen eingeladen?

International, auch von der Europäischen Kommission, werden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Form von organisierten Programmen empfohlen, um eine hohe Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit zu gewährleisten. Diese beinhalten ein Einladungssystem, neutrale, verständliche Informationen über Vor- und Nachteile der jeweiligen Untersuchung sowie eine durchgehende Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle. Bisher hat die Europäische Kommission entsprechende Europäische Leitlinien nur für die Früherkennung von Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs veröffentlicht, da hierzu die Studienlage besonders gut ist. Bereits seit 2009 werden bundesweit anspruchsberechtigte Frauen zum Mammographie-Screening zur Früherkennung von Brustkrebs eingeladen. Seit Juli 2019 erhalten gesetzlich versicherte Frauen und Männer ab 50 Jahren nun auch Informationsschreiben ihrer Krankenkasse zur Früherkennung von Darmkrebs. Seit Januar 2020 werden zudem gesetzlich versicherte Frauen ab 20 Jahren von ihrer Krankenkasse über die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs informiert. Hingegen wird derzeit nicht zur Früherkennung von Prostatakrebs und Hautkrebs eingeladen, da es hierzu bisher keine Europäischen Leitlinien gibt.

2

Worin unterscheiden sich Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (Screening) von Untersuchungen im Rahmen der regulären Diagnostik?

Alle gesetzlich Versicherten haben Anspruch auf kostenlose Leistungen zur Früherkennung von bestimmten Krankheiten. Die Früherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung richten sich an Personen, die keine subjektiven Beschwerden oder Anzeichen einer Erkrankung haben. Ziel dieses Screenings ist die Entdeckung einer Krankheit oder ihrer Vorstufen, bevor sich Krankheitssymptome zeigen. Der Nutzen der Früherkennung bemisst sich somit an der Senkung der Sterblichkeit und Häufigkeit der entsprechenden Krankheiten in der Bevölkerung.

Von diesen Früherkennungsuntersuchungen sind diagnostische Untersuchungen zu unterscheiden, die aufgrund von konkreten Beschwerden oder bei einem Krankheitsverdacht zur weiteren Abklärung auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden.

3

Warum gibt es Altersgrenzen beim Mammographie-Screening?

Die Altersgrenzen von 50 bis 69 Jahren des deutschen Mammographie-Screening-Programms orientieren sich an den „Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings“ von 2001 sowie an der Empfehlung des Rates der Europäischen Union zur Krebsfrüherkennung von 2003. Eine neue Empfehlung des Rates der Europäischen Union aus dem Jahr 2022 schlägt mittlerweile eine Ausweitung auf Frauen im Alterskorridor von 45 bis 74 Jahren vor. Aktuell wird eine solche Ausweitung für Deutschland geprüft.



4

Warum kann ich beim Mammographie-Screening nur zu bestimmten Zentren gehen, während ich ansonsten zur Mammographie vor Ort gehen kann?

Da beim Mammographie-Screening Röntgenstrahlung bei beschwerdefreien Frauen angewendet wird, unterliegt das Screening-Programm besonders strengen Qualitätsanforderungen. Daher werden die Anspruchsberechtigten alle zwei Jahre schriftlich zum Mammographie-Screening direkt in eine zertifizierte Screening-Einheit eingeladen, die zahlreiche qualitätssichernde Auflagen zu erfüllen hat. Hierzu gehören z. B. die Teilnahme an speziellen Kursen für Beschäftigte, eine verpflichtende Doppelbefundung aller Screening-Mammographie-Aufnahmen sowie Konferenzen, in denen auffällige Befunde und das weitere Vorgehen von mehreren Ärztinnen und Ärzten gemeinsam besprochen werden. Alle Screening-Einheiten haben einen aufwändigen Zertifizierungsprozess durchlaufen. Diese Zertifizierung wird regelmäßig wiederholt, um für die Frauen die größtmögliche Sicherheit zu gewährleisten.

5

Warum empfiehlt mir meine Ärztin/mein Arzt Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die ich aber selbst bezahlen soll?

Sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) gehören nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern sind privat zu bezahlen. Bei solchen von Ärztinnen und Ärzten angebotenen Zusatzuntersuchungen (z. B. Ultraschalluntersuchung der Gebärmutter und Eierstöcke, Messung des Augeninnendrucks) handelt es sich häufig um Maßnahmen zu Früherkennungszwecken, für deren Nutzen keine ausreichenden Belege vorliegen. Grundsätzlich sollten sich die Versicherten von der Ärztin oder dem Arzt ausreichend informieren lassen, bevor sie einer IGeL zustimmen. Sie sollten fragen, warum die IGeL für notwendig gehalten wird, welche Vor- und Nachteile sie hat und wie gut diese nachgewiesen sind. Auch sollten sie nach den Kosten fragen. Die meisten IGeL müssen nicht sofort in Anspruch genommen werden. In der Regel sollte eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt werden. Bevor die Ärztin oder der Arzt die IGeL ausführt, müssen die Versicherten einen schriftlichen Vertrag unterschreiben. Dies dient dem Schutz aller Beteiligten. Ohne Vertrag sind Versicherte nicht verpflichtet, die IGeL anschließend zu bezahlen.

**Sie haben Fragen zu Themen aus den Bereichen Gesundheit oder Pflege?
Treten Sie mit dem BMG in den Dialog.**

Bürgertelefon zur Krankenversicherung

 030 3406066 – 01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

 030 3406066 – 02

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

 030 3406066 – 03

Beratungsservice für Gehörlose (Videotelefonie, E-Mail)

 info.gehoerlos@bmg.bund.de
info.deaf@bmg.bund.de

 www.gebaerdentelefon.de/bmg

Sie erreichen uns montags bis donnerstags zwischen 8 und 18 Uhr, freitags von 8 bis 12 Uhr.



 **Online**

www.bundesgesundheitsministerium.de

[youtube.com/BMGesundheit](https://www.youtube.com/BMGesundheit)

[facebook.com/bmg.bund](https://www.facebook.com/bmg.bund)

twitter.com/BMG_Bund

[instagram.com/bundesgesundheitsministerium](https://www.instagram.com/bundesgesundheitsministerium)

 **E-Mail**

Schreiben Sie eine E-Mail an die Im Dialog-Redaktion:

ImDialog@bmg.bund.de



Treten gemeinsam für Klimaanpassung und Klimaschutz im Gesundheitswesen ein: die Unterzeichnerinnen und Unterzeichner des Klimapakts Gesundheit.

Klimaschutz ist Gesundheitsschutz

Extreme Hitzewellen, längere Pollenflugzeiten, Pandemien aufgrund neuer Virus-erkrankungen: Der Klimawandel bedroht auch unsere Gesundheit. Deshalb hat der Bundesminister für Gesundheit Prof. Dr. Karl Lauterbach Ende des letzten Jahres gemeinsam mit der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, den Ländern und kommunalen Spitzenverbänden den Startschuss für den „Klimapakt Gesundheit“ gegeben.

Emily Bartels

Die Weltgesundheitsorganisation hat den Klimawandel zur größten Bedrohung für unsere Gesundheit erklärt: Hitzewellen steigern das Risiko für Erschöpfung, Sonnenstiche und Hitzschläge, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und der Atemwege, Sonnenbrand und infolgedessen Hautkrebs. Das gilt besonders für ältere Menschen, Kinder und Vorerkrankte. Außerdem breiten sich in dem immer wärmeren Klima Mücken und Zecken schneller aus, die Krankheiten übertragen. Menschen mit Pollenallergien müssen in Zukunft mit länger anhaltenden Blühperioden rechnen – dies sind nur einige der gesundheitlichen Folgen des Klimawandels. Um den Klimawandel einzudämmen, will Deutschland bis 2045 klimaneutral werden. Auch das Gesundheitswesen, das derzeit für rund fünf Prozent der Treibhausgasemissionen in Deutschland verantwortlich ist, tritt den Ursachen und den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels aktiv entgegen. „Unser Gesundheitswesen muss sich auf die Folgen des Klimawandels einstellen: Auf die Hitze, auf neue Krankheitsbilder – und im Extremfall auch auf neue Pandemien. Klimaschutz ist deshalb auch aktiver Gesundheitsschutz“, betont der Bundesminister für Gesundheit, Prof. Dr. Karl Lauterbach.

Im Dezember 2022 unterzeichneten der Minister und Vertreterinnen und Vertreter der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen, der Länder und Kommunen deshalb den „Klimapakt Gesundheit“ und vereinbarten, gemeinsam für Klimaanpassung und Klimaschutz im Gesundheitswesen eintreten zu wollen. Der „Klimapakt Gesundheit“ formuliert wichtige Ziele bei der Klimaanpassung und beim Klimaschutz: Die Folgen des Klimawandels abzumildern, wissenschaftliche Erkenntnisse besser zu nutzen und Menschen aufzuklären und sie dazu befähigen, selbst aktiv zu werden. Um diese Ziele zu erreichen, haben sich die Unterzeichnerinnen und Unterzeichner des Klimapakts verpflichtet, zusammenzuarbeiten und auch andere Politikfelder in den Blick zu nehmen. Doch was können die Akteure konkret tun?

Um den Klimawandel zu verlangsamen, müssen Energie und Ressourcen gespart und somit Emissionen reduziert werden. Die Mitglieder des Klimapakts wollen deshalb noch mehr tun, um klimafreundlich zu handeln. Sie wollen mehr erneuerbare Energie nutzen und insgesamt weniger Energie verbrauchen. Zudem wollen sie Gebäude energetisch sanieren,

Abfall reduzieren und auf nachhaltige Produkte und Materialien setzen. Die Wissenschaft soll helfen, den Klimawandel und seine Folgen noch besser zu verstehen, Zusammenhänge zu belegen, mehr epidemiologische Erkenntnisse zu erlangen und Lösungswege aufzuzeigen. Viele Zusammenhänge zwischen dem Klimawandel und Gesundheit sind wissenschaftlich belegt, es gibt aber auch noch offene Fra-

gen: Beispielsweise ist noch unklar, wie sich Wirkung und Zusammenspiel von Medikamenten bei Hitze verändern. Die so gewonnenen Erkenntnisse sollen helfen, Menschen im Gesundheitswesen aufzuklären und entsprechende Schutzmaßnahmen in den Versorgungsalltag zu integrieren.

Verantwortliche in Schulen, Betrieben und Gesundheitseinrichtungen sollen dabei unterstützt werden, das notwendige Wissen zu Klimaschutz und Klimawandel zu vermitteln. Dazu gehört zum Beispiel, pflanzenbasierte Ernährung zu fördern oder Laufen, Radfahren oder Elektromobilität in der Stadt und in ländlichen Gebieten zu ermöglichen. Das nützt auch der eigenen Gesundheit. Mit der gemeinsamen Erklärung des „Klimapakts Gesundheit“ haben die Beteiligten vereinbart, sich regelmäßig über den laufenden Stand der Bemühungen und Erfolg versprechende Projekte auszutauschen. So können

sie voneinander lernen und noch mehr Menschen motivieren, sich an der Bewältigung der immensen Herausforderungen zu beteiligen. „Nur durch einen gemeinsamen Schulterschluss kann es uns gelingen, eine Verschärfung des Klimawandels zu verhindern und das System gleichzeitig auf neue Gesundheitsrisiken vorzubereiten“, unterstreicht Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach.



Unser Gesundheitswesen muss sich auf die Folgen des Klimawandels einstellen: Auf die Hitze, auf neue Krankheitsbilder – und im Extremfall auch auf neue Pandemien. Klimaschutz ist deshalb auch aktiver Gesundheitsschutz.

Prof. Dr. Karl Lauterbach,
Bundesminister für Gesundheit

Den Klimapakt Gesundheit finden Sie auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit: www.bundesgesundheitsministerium.de/klimapakt-gesundheit Mehr zum Thema finden Sie auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit unter www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/klimawandel-und-gesundheit sowie auf der Seite www.klima-mensch-gesundheit.de von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.



Der Schmetterling im Flug

Setz dich auf den Boden und ziehe die Knie an den Oberkörper. Lasse die Knie zur Seite fallen und lege die Fußsohlen aneinander. Halte deinen Rücken gerade. Jetzt kannst du deine Füße in beide Hände nehmen und deine Knie auf und ab bewegen. Wie ein Schmetterling, der mit seinen Flügeln schlägt.



Der Hund nach einem Mittagsschlaf

Stell dich auf alle viere und strecke Arme und Beine aus. Deine Füße sind hüftbreit aufgestellt, deine Hände schulterbreit. Spreize deine Finger, als hättest du riesige Tatzen. Streck deinen Po in die Luft, bis dein Rücken gerade nach unten zeigt. Deine Knie kannst du etwas beugen.



Die Zoo-Olympiade

Die Tiere im Zoo haben ein neues Spiel entdeckt: Ein Tier zeigt ein Kunststück und die anderen machen es nach. Das macht Spaß und hält fit! Machst du mit?



Der Frosch freut sich

Geh in die Hocke und stütze deine Hände vor dir auf dem Boden auf. Dein Rücken ist gerade. Jetzt sammelst du Kraft und springst hoch, bis dein Körper gerade in der Luft ist. Hüfte wie ein fröhlicher Frosch durch die Gegend. Quak!

Die flinke Krabbe

Setz dich auf den Po, stelle die Füße vor dir auf und die Hände hinter deinen Körper. Die Finger zeigen zu deinen Füßen. Jetzt hebst du den Po an, bis ungefähr ein Fußball darunter passt. Nun läufst du auf allen vier – vor und zurück und seitwärts, wie eine Krabbe am Strand.



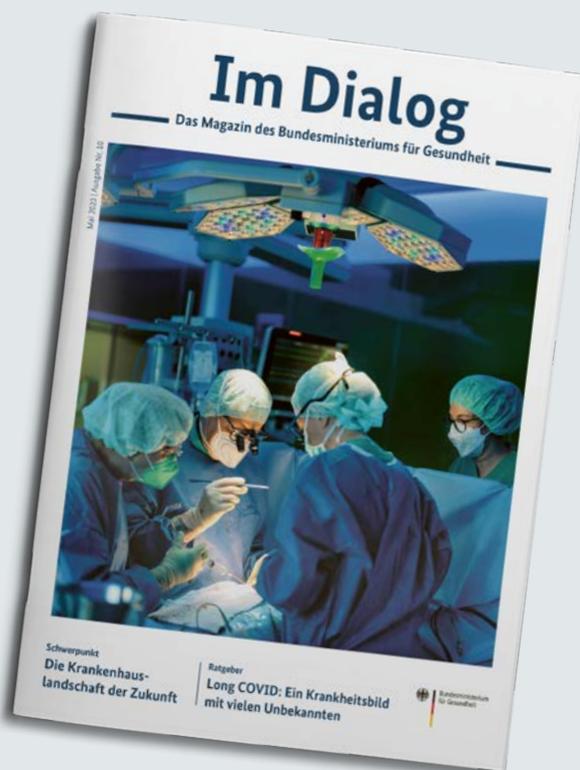
Die neugierige Kobra

Leg dich auf den Bauch. Deine Füße liegen flach auf dem Boden, die Hände stellst du unter deine Schultern. Hebe den Oberkörper an. Stütze dich dabei nicht allzu doll auf deine Arme, sondern nimm die Kraft aus dem Rücken. Schau nach vorne, wie eine neugierige Schlange.



Abonnieren Sie das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit

Im Dialog hat Ihnen gefallen?
Lesen Sie weitere Ausgaben des
Magazins als barrierefreies PDF auf
www.bundesgesundheitsministerium.de
oder abonnieren Sie die Printausgaben
kostenlos via E-Mail:
ImDialog@bmg.bund.de



Bleiben Sie mit uns im Gespräch! Bürgertelefon zur Krankenversicherung

 030 3406066 – 01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

 030 3406066 – 02

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

 030 3406066 – 03

Beratungsservice für Gehörlose (Videotelefonie, E-Mail)

 info.gehoerlos@bmg.bund.de
info.deaf@bmg.bund.de

 www.gebaerdentelefon.de/bmg

Sie erreichen uns montags bis donnerstags zwischen
8 und 18 Uhr, freitags von 8 bis 12 Uhr.

Weitere Informationen finden Sie auf der Website:



[www.bundesgesundheitsministerium.de/
service/buergertelefon](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/buergertelefon)

Das Nationale Gesundheitsportal

Auf dem Nationalen Gesundheitsportal unter
www.gesund.bund.de können sich interessierte Bürgerinnen
und Bürger über die häufigsten Krankheitsbilder (u. a. Krebs-
erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Infektions-
erkrankungen) informieren. Außerdem werden zahlreiche
Beiträge zu verbrauchernahen Themen wie Pflege, Prävention
und Digitalisierung angeboten.

Oder besuchen Sie uns!

Gerne empfängt Sie der Besucherdienst in unserem neuen
Besucherzentrum in der Mauerstraße in Berlin. Wir freuen uns
auf Ihre Anfrage.

 Besucherdienstinland@bmg.bund.de

Tag der offenen Tür

Am 19. und 20. August 2023 findet der Tag der offenen Tür
der Bundesregierung statt. In unserem Berliner Dienstsitz in
der Mauerstraße 29 erwartet Sie ein abwechslungsreiches und
unterhaltsames Programm. Wir freuen uns auf Sie!



[www.bundesgesundheitsministerium.de/
besucherdienst](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/besucherdienst)



www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet.