Januar 2019
Ausgabe № 1
bundesgesundheitsministerium.de

Im Dialog

Das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit



SCHWERPUNKT

Mehr Entlastung, mehr Service

2019 startet mit neuen Gesetzen für günstigere Tarife und weniger Wartezeiten

PFLEGEKRÄFTE-NACHWUCHS

Zukunftsberuf Pflege

DIGITALISIERUNG

Blockchain läuft sich warm



04 **Schwerpunkt**

04 Mehr Entlastung, mehr Service
Zwei neue Gesetze werden Bürgerinnen und Bürger finanziell entlasten und die medizinischen Angebote verbessern

08 Warten bis der Arzt kommt – das war gestern
Terminservicestellen sorgen für einen zeitnahen Termin beim Facharzt



08

18



10 **Ratgeber**

Wirksamer Grippeschutz dank Impfung

12 **Digitalisierung**

Blockchain läuft sich warm
Gastbeitrag von Prof. Dr. Bertram Häussler

14 **Panorama**

Sparer aufgepasst!
Mit dem Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) sparen Bürgerinnen und Bürger

16 **Ratgeber**

Sofortprogramm Pflege

18 **Die Story**

Zukunftsberuf Pflege: Von Mensch zu Mensch

Impressum

Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, 11055 Berlin
V. i. S. d. P.: Meike Mader-Luckey
Redaktion und Gestaltung: CP/COMPARTNER Freiheit 1, 45128 Essen, Telefon +49 201 10950 www.cp-compartner.de
Druck: Bonifatius GmbH, Paderborn
Redaktionsschluss: Dezember 2018
Titelbild: iStock/Petar Chernaev
Fotos: shutterstock/g-stockstudio (2, 4); Maximilian König (3, 5, 19); shutterstock Illustrationen (6, 7, 8, 11, 14, 15, 22, 23, 24, 25, 26); AdobeStock/nenetus (2, 9); shutterstock/HBRH (10); BMG (12); IGES Institut (13); shutterstock/wavebreakmedia (16); shutterstock/Monkey Business Images (17); AdobeStock/Graham Oliver (18); AdobeStock Illustrationen (20, 21); iStock/Petar Chernaev (27)

Abonnement unter: *ImDialog@bmg.bund.de*

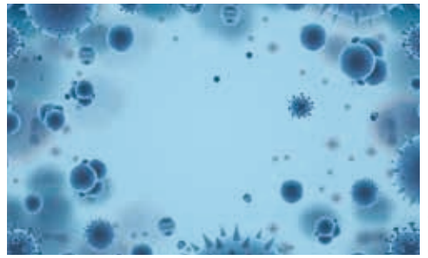
Als institutioneller Besteller können Sie bis zu 50 Exemplare der „Im Dialog“ abonnieren. Bitte senden Sie eine E-Mail an: *ImDialog@bmg.bund.de.* Sie können diese Ausgabe der „Im Dialog“ unter Angabe der Bestellnummer BMG-G-11087 auch einzeln nachbestellen: *publikationen@bundesregierung.de.* Möchten Sie die „Im Dialog“ nicht mehr im Abonnement beziehen? Dann senden Sie eine E-Mail an: *ImDialog@bmg.bund.de*

Bundesministerium für Gesundheit

GlobalHealth

20 Im Mittelfeld
Das deutsche Pflegesystem im internationalen Vergleich

22 Wirksam gegen Antibiotika-Resistenz
Damit Antibiotika erfolgreich eingesetzt werden können, ist ein achtsamer Umgang erforderlich



22

24 **Serie**

Gesundheitswissen
Die Geschichte der Krankenversicherung

26 **Kinderseite**

Impfungen
Was passiert in meinem Körper, wenn ich eine Impfung bekomme?

27 **Ausblick**

Termine
Veranstaltung „Im Dialog“

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich sind besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.



Liebe Leserinnen, liebe Leser

Alle acht Stunden stirbt ein Mensch auf der Warteliste, weil kein passendes Spender-Organ gefunden wird. 2017 ist die Zahl der Organspender in Deutschland auf den niedrigsten Stand seit 20 Jahren gesunken. Das muss sich ändern! Eine Schlüsselrolle zur Erhöhung der Organspenden in Deutschland spielen die Krankenhäuser, in denen Organe entnommen werden. Gut funktionierende Abläufe bei der Erkennung möglicher Organspender, mehr Zeit für die Transplantationsbeauftragten und eine gute Finanzierung können dazu beitragen, mehr Menschenleben zu retten. Daher freue ich mich, dass das Bundeskabinett das „Zweite Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende“ verabschiedet hat. Ebenso erfreut bin ich über die breite Debatte im Deutschen Bundestag über die Widerspruchslösung. Jeder Mensch könnte ein potenzieller Organspender sein, wenn er zu Lebzeiten nicht widerspricht oder die Angehörigen dies nach dem Tod ablehnen. Diese doppelte Widerspruchslösung ist kein Zwang zur Spende. Mehr Verbindlichkeit besteht lediglich in der Auseinandersetzung mit dem Thema Organspende. Ich finde, das müssen wir uns zumuten. Denn das müssen uns die derzeit rund 10.000 Patienten, die auf ein Spenderorgan in Deutschland warten, wert sein. Was meinen Sie?

Diskutieren Sie mit.



Jens Spahn
Bundesgesundheitsminister



Mehr Entlastung, mehr Service und eine bessere Versorgung

2019 stehen gleich mehrere Vorhaben auf der Agenda, die zum Ziel haben, die Bürgerinnen und Bürger finanziell zu entlasten und medizinische Angebote auszubauen. Während das **GKV-Versichertenentlastungsgesetz** bereits seit Anfang des Jahres in Kraft ist, folgt voraussichtlich im Frühjahr das **Terminservice- und Versorgungsgesetz**.

Text **Tim Wohlfarth**

Andreas aus Berlin hat den ersten Januar 2019 in seinem neuen Kalender rot markiert. Weil dieser Tag den Start in ein neues Jahr markiert. Vor allem aber, weil er als selbstständiger Grafiker mit geringem Einkommen von diesem Tag an finanziell deutlich bessergestellt sein wird. Dafür sorgt das Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung – kurz: GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG). „Bisher wurde bei mir ein fiktives Mindesteinkommen von rund 2.284 Euro monatlich veranschlagt, nach dem die Beiträge bemessen wurden“, erzählt der 37-Jährige. „Da kamen für Kranken- und Pflegeversicherung schnell mehr als 400 Euro jeden Monat zusammen – und das obwohl mein tatsächliches Einkommen zum Teil deutlich unter dem Mindesteinkommen lag. Das tat in Monaten, in denen es nicht so gut lief, richtig weh.“ Mit großem Interesse verfolgte er daher die Diskussionen um das GKV-VEG und markierte den Tag des Inkrafttretens prompt in seinem Kalender. Denn mit dem Gesetz liegt die Mindestbemessungsgrundlage nun bei monatlich 1.038.33 Euro. Damit werden freiwillig versicherte Selbstständige bei den Mindestbeiträgen den übrigen freiwillig Versicherten gleichgestellt. „Der Mindestbeitrag für meine Krankenversicherung wird halbiert“,

„Rund 50 Millionen Beschäftigte und Rentner werden ab 2019 um jährlich insgesamt rund 7 Milliarden Euro entlastet, weil Arbeitgeber und Mitglieder die Beiträge wieder zu gleichen Teilen tragen.“



Jens Spahn
Bundesgesundheitsminister

sagt Andreas. „Das nimmt doch etwas den Druck heraus. Es war schon extrem frustrierend, dass zu bestimmten Zeiten ein Großteil des Einkommens allein für die Krankenversicherung veranschlagt wurde.“ Wie Andreas profitieren nach Schätzungen des Bundesgesundheitsministeriums rund 500.000 Selbstständige mit geringem Einkommen von den Änderungen.

Änderungen für Arbeitnehmer

Auch bei angestellten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie bei Rentnerinnen und Rentnern sorgt das Gesetz für Entlastung. So übernehmen seit Jahresbeginn die Arbeitgeber die Hälfte des Zusatzbeitrages, der von Kasse zu Kasse variiert und aktuell im Durchschnitt bei etwa einem Prozent liegt. Ein kleines Rechenbeispiel: Ein Arbeitnehmer mit einem Bruttoeinkommen von 3.000 Euro musste bislang den Zusatzbeitrag von etwa einem Prozent, also rund 30 Euro, alleine tragen. Den teilt er sich nun mit seinem Arbeitgeber und zahlt damit jeden Monat 15 Euro weniger. Unverändert bleibt dagegen der allgemeine Beitragssatz in Höhe von 14,6 Prozent, der bereits je zur Hälfte von beiden Parteien gezahlt wird. Ähnlich sieht es bei den Rentnerinnen und Rentnern aus. Hier übernimmt die Rentenversicherung hälftig den Anteil des Zusatzbeitrages. Bei einer gesetzlichen Rente von 1.200 Euro wären das 6 Euro im Monat. „Damit stellen wir die volle Parität wieder her“, sagt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. „Rund 50 Millionen Beschäftigte und Rentner werden ab 2019 um jährlich insgesamt rund 7 Milliarden Euro entlastet, weil Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger und Mitglieder die Beiträge wieder zu gleichen Teilen tragen.“ Schließlich enthält das GKV-VEG auch Neuregelungen für Zeitsoldatinnen und -soldaten. Sie erhalten nach dem Ende »



Mehr Zeit und Geld für die schönen Dinge im Leben

» ihrer Dienstzeit die Möglichkeit, sich freiwillig zu versichern, und bekommen dann anstelle der bisherigen Beihilfen einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen.

Hohe Beiträge vermeiden
Und noch etwas dürfte die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler freuen. Um künftig zu hohe Kassenbeiträge zu vermeiden, werden die Krankenkassen verpflichtet, ihre Finanzreserven abzubauen. Laut dem Bundesgesundheitsministerium erzielten die gesetzlichen Kassen im 1. bis 3. Quartal 2018 einen Einnahmenüberschuss von rund 1,9 Milliarden Euro. Die Betriebsmittel und Rücklagen der Krankenkassen sind bis Ende September 2018 auf einen Wert von rund 21 Milliarden Euro gestiegen. Im Durchschnitt entspricht dies etwa 1,1 Monatsausgaben und damit mehr als dem Vierfachen der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve. Nach GKV-VEG dürfen die Finanzreserven der Krankenkassen den Umfang einer Monatsausgabe künftig nicht mehr überschreiten. Gesetzliche Krankenkassen, die über höhere Finanzreserven verfügen, dürfen ihren Zusatzbeitrag seit Anfang des Jahres nicht mehr anheben. Ab 2020 müssen überschüssige Beitragseinnahmen über einen Zeitraum von drei Jahren abgebaut werden. Jens Spahn: „Diese Zahlen zeigen: Es ist richtig, die Krankenkassen zum Abbau ihrer Rücklagen zu zwingen. Denn es gibt keinen Grund, warum sie Beitragsgelder weiter horten. Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Rentner müssen endlich an den Überschüssen beteiligt werden. Die Kassen sollten alle Spielräume konsequent nutzen, um ihre Zusatzbeiträge zu senken."

Schneller zum Arzttermin
Finanzielle Entlastung der Versicherten ist ein wichtiger Schritt, ein weiterer besteht darin, ihre Versorgung zu verbessern. Das beginnt zum Beispiel damit, dass auch gesetzlich Versicherte künftig schneller einen Arzttermin erhalten sollen. Wie das funktionieren soll, regelt das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), dessen Entwurf das Bundeskabinett Ende September verabschiedet hat und das voraussichtlich im Frühjahr 2019 in Kraft treten soll. Viele kennen die Situation: Der Rücken schmerzt seit einer ganzen Weile. Der Besuch beim Orthopäden ist längst überfällig. Ein Termin? Ist erst in einigen Wochen möglich. Doch mancher Arztbesuch lässt sich nicht aufschieben. In den Fokus rücken dabei zunächst die Terminservicestellen, die künftig zu Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt werden sollen. (Lesen Sie dazu auch den Beitrag auf Seite 8.) Zudem wird das Angebot an Sprechstunden weiter ausgebaut.

Mehr Ärzte auf dem Land
Mit mehr Sprechstunden alleine ist es allerdings nicht getan. Wie schaut es aus in Gebieten, in denen es kaum Angebote der medizinischen Versorgung gibt? Vor allem in ländlichen Regionen stehen die Menschen zunehmend vor dem Problem, überhaupt einen Arzt in ihrer Nähe zu finden. Mit regionalen Zuschüssen für Ärzte sowie über Unterstützung für Praxisgründungen will das Bundesgesundheitsministerium für mehr Ärzte auf dem Land sorgen. Zudem sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) dazu verpflichtet werden, in unterversorgten oder von der Unterversorgung bedrohten Gebieten eigene Praxen oder mobile und telemedizinische Versorgungs-Alternativen anzubieten. Wie das aussehen kann, zeigt zum Beispiel die KV Hessen, die im Rahmen eines Pilotprojektes seit Juli mit dem Medibus regelmäßig Gemeinden in Nordhessen ansteuert. Der zur mobilen Arztpraxis umgebaute Linienbus bietet alles, was eine Hausarztpraxis zur Versorgung der Patienten benötigt. Neben einem Anmelde- und Wartebereich gibt es einen Labor- und Behandlungsraum. An Bord kümmert sich ein Arzt um die Belange der Patienten, der bei Bedarf auch Kontakt zum jeweiligen Hausarzt oder zu Fachärzten aufnehmen kann. Wie die Verantwortlichen betonen, ist der Medibus keine Konkurrenz zu den Hausärzten, sondern er unterstützt diese in der wohnortnahen Versorgung.

„Ich bin überzeugt, dass das Gesetz sehr konkret im Alltag helfen wird, die Versorgung der gesetzlich Versicherten in Deutschland weiter zu verbessern."
Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

Optimierter Leistungskatalog
Auch die medizinische Versorgung gesetzlich Versicherter an sich soll im Rahmen des TSVG weiter optimiert werden. Einige Stichpunkte: Menschen mit erhöhtem Risiko einer HIV-Infektion erhalten künftig einen Anspruch auf ein Vorsorge-Medikament, das sie vor einer Ansteckung schützen soll. Der Leistungsanspruch auf künstliche Befruchtung wird erweitert. Durch die Zulassung von ambulanten Betreuungsdiensten für Sachleistungen wie etwa Haushaltshilfe, Gespräche führen oder gedächtnisfördernde Beschäftigung wird der Leistungskatalog in der Pflege ausgebaut. Den Menschen stehen künftig die Impfstoffe aller Hersteller zur Verfügung. Und: Der Zugang zu innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden soll optimiert werden. Bundesgesundheitsminister Spahn: „Ich bin überzeugt, dass das Gesetz sehr konkret im Alltag helfen wird, die Versorgung der gesetzlich Versicherten in Deutschland weiter zu verbessern."

Entlastung von Selbstständigen
Hauptberuflich Selbstständige mit geringem Einkommen mussten in der Vergangenheit häufig einen Großteil ihres Verdienstes für ihre Krankenversicherung aufbringen. Seit Januar wurden die Mindestbemessungsgrundlage und damit auch die Beiträge nahezu halbiert. Das sorgt für eine deutliche finanzielle Entlastung von rund 500.000 Betroffenen.



Weitere Infos unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/versichertenentlastungsgesetz.html

www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html#c13561

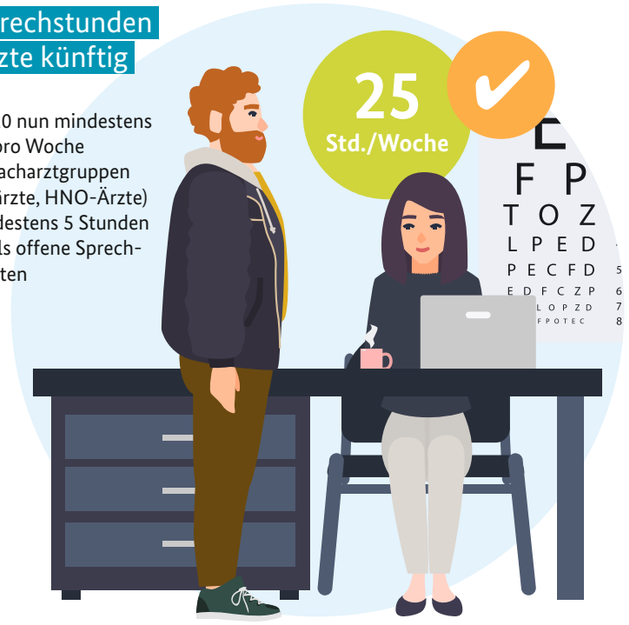
Warten bis der Arzt kommt – das war gestern

Das „Terminservice- und Versorgungsgesetz“ (TSVG) stellt weitere Weichen für den schnelleren Zugang zu Arztterminen.

Text **Bundesministerium für Gesundheit**

So viele Sprechstunden müssen Ärzte künftig anbieten

- statt bisher 20 nun mindestens 25 Stunden pro Woche
- bestimmte Facharztgruppen (z. B. Frauenärzte, HNO-Ärzte) müssen mindestens 5 Stunden pro Woche als offene Sprechstunde anbieten



Ohne lange Wartezeiten einen Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten finden – dabei können die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) helfen, die genau aus diesem Grund mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehen wurden. Die Terminservicestellen sollen den Versicherten innerhalb einer Woche einen Facharzttermin in zumutbarer Entfernung vorschlagen. Die Wartezeit auf den Termin darf dabei vier Wochen nicht überschreiten. Wissen sollte man aber auch, dass es keinen Anspruch auf einen bestimmten Arzt gibt.

Nun ist Papier geduldig. Patientinnen und Patienten in Not sind es weniger. Sie benötigen schnelle Unterstützung. Deshalb ist es auch nicht nachvollziehbar, dass gut dreieinhalb Jahre, nach dem das Gesetz in Kraft getreten ist, die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen teilweise nur sehr eingeschränkt erreichbar sind. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat deshalb auch nicht lange gezögert und mit weiteren gesetzlichen Regelungen (Terminservice- und Versorgungsgesetz) diesen Bereich nachgebessert.

Sein Ziel: nun endlich für jede Patientin und jeden Patienten den Zugang zur fachärztlichen Versorgung zu erleichtern. Dazu sollen die Terminservicestellen ausgebaut werden. Dazu gehört zum Beispiel, dass sie 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche erreichbar sein sollen. In Akutfällen werden Patientinnen und Patienten auch während der Sprechstundenzeiten an Arztpraxen oder Notfallambulanzen vermittelt, und es soll ein Online-Angebot zu den Terminservicestellen geben, damit Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App vereinbart werden können. Darüber hinaus sollen Ärzte künftig anstatt 20 mindestens 25 Sprechstunden pro Woche anbieten, und Fachärzte müssen jede Woche mindestens fünf Stunden als offene Sprechstunde bereithalten. Für die Ärztinnen und Ärzte gilt: Wer hilft, die Versorgung zu verbessern, soll dafür auch angemessen vergütet werden.

Die ergänzenden gesetzlichen Regelungen zu den Terminservicestellen sollen teilweise bereits ab dem 1. April 2019 gelten. Und nein – sie sind kein Aprilscherz, sondern eine wichtige Etappe auf der Agenda von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, für die Menschen den Alltag spürbar zu verbessern.

„Gesetzlich Versicherte warten zu oft zu lange auf Arzttermine. Das wollen wir ändern. Und zwar zusammen mit den Ärzten. Deswegen sollen diejenigen besser vergütet werden, die helfen, die Versorgung zu verbessern. Dann lohnt es sich für Ärzte auch, Patienten zeitnah einen Termin zu geben“.
Bundesgesundheitsminister Jens Spahn



Wussten Sie, …

… dass es die bundeseinheitliche Not- bzw. Bereitschaftsnummer 116 117 seit dem Jahr 2012 gibt? Sie soll jedem von uns helfen, außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten einen ärztlichen Bereitschaftsdienst in der Nähe zu finden.
Ab dem 1. April 2019 ist nun vorgesehen, die Notdienstnummer in ihrer Zuständigkeit zu erweitern. Denn künftig sollen unter dieser Nummer auch die Terminservicestellen rund um die Uhr erreichbar sein, die dann nicht mehr nur Facharzttermine vermitteln, sondern außerdem Ansprechpartner für den ärztlichen Bereitschaftsdienst sind.





Wirksamer Grippeschutz dank Impfung

Impfungen zählen zu den effektivsten Maßnahmen, wenn es darum geht, Infektionskrankheiten zu verhindern. Sie bieten dabei nicht nur einen Schutz für die geimpften Personen selbst, sondern können indirekt auch ungeimpfte Menschen vor einer Erkrankung schützen, denn je mehr Personen geimpft sind, desto schwerer kann sich die Infektionskrankheit weiter verbreiten.

Text **Heike Reinhold**



Die Grippeimpfung ist u. a. besonders wichtig für:

- Menschen ab 60 Jahren
- Schwangere
- chronisch Kranke



Die Grippewelle im Winter 2017/18 ist ungewöhnlich schwer verlaufen. Zu diesem Ergebnis kommt der Influenza-Saisonbericht des Robert Koch-Instituts (RKI). Dem Bericht zufolge gab es geschätzte neun Millionen influenzabedingte Arztbesuche – das sind zwei Millionen mehr als in der starken Grippesaison 2014/15. Die auffallend hohe Zahl verdeutlicht, dass die Grippe schwere Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben kann. „Die Schutzmöglichkeiten müssen besser genutzt werden", betont RKI-Präsident Lothar H. Wieler. Die Impfung sei trotz der von Saison zu Saison unterschiedlichen Wirksamkeit die wichtigste Schutzmaßnahme. Denn die echte Grippe (Influenza) ist keine einfache Erkältung, sondern eine ernstzunehmende Infektionskrankheit. Sie wird durch Viren verursacht und kann zu hohem Fieber, schweren Kopf- und Gliederschmerzen und einem trockenen Reizhusten führen. Im Unterschied zu einer Erkältung sind bei einer Influenza typischerweise nicht nur die Atemwege, sondern der gesamte Körper betroffen. Die Beschwerden treten meist schnell und heftig auf und lassen oft innerhalb einer Woche deutlich nach.

Wer sollte sich impfen lassen?
Eine Grippeschutzimpfung kann vor einer schwer verlaufenden Erkrankung schützen. Daher empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) besonders denjenigen Personengruppen eine Impfung, die ein hohes Risiko für einen schweren Verlauf im Falle einer Grippeerkrankung haben. Dazu zählen Menschen ab 60 Jahren, Schwangere und chronisch Kranke. Auch Personen mit stark erhöhtem Risiko, sich und andere anzustecken (zum Beispiel medizinisches Personal oder Menschen, die in Einrichtungen mit viel Publikumsverkehr arbeiten), wird die Grippeimpfung empfohlen. „Mit keiner anderen Impfung lassen sich hierzulande mehr Leben retten", unterstreicht Lothar H. Wieler die Wirksamkeit der Grippeschutzimpfung.

Wann ist der richtige Impfzeitpunkt?
Die jährliche Influenzawelle hat in Deutschland in den vergangenen Jahren meist nach der Jahreswende begonnen. Nach der Impfung dauert es zehn bis 14 Tage, bis der Impfschutz vollständig aufgebaut ist. Um rechtzeitig geschützt zu sein, wird deshalb empfohlen, sich bereits in den Monaten Oktober oder November impfen zu lassen. Sollte die Impfung in diesen Monaten versäumt werden, kann es selbst zu Beginn oder im Verlauf der Grippewelle noch sinnvoll sein, die Impfung nachzuholen. Schließlich ist nie genau vorherzusagen, wie lange eine Influenzawelle andauern wird. Die Grippeschutzimpfung erfolgt seit der Impfsaison 2018/19 mit einem Vierfach-Impfstoff, der von der Ständigen Impfkommission empfohlen wird.

Was kann ich zusätzlich tun, um eine Ansteckung zu vermeiden?
Die Grippe wird durch Tröpfchen, die etwa beim Niesen, Husten oder Sprechen entstehen, übertragen. Zudem kann man sich durch Händeschütteln und über Türgriffe oder andere Gegenstände anstecken. Daher ist ein häufiges, gründliches Händewaschen mit Seife sinnvoll. Das Risiko, sich anzustecken, ist vor allem dort erhöht, wo sich viele Menschen aufhalten – beispielsweise in öffentlichen Verkehrsmitteln, Schulen oder Einkaufsstätten. Es ist also empfehlenswert, Abstand zu Menschen mit einer akuten Atemwegserkrankung zu halten.



Was ist eine Grippe?

- Die Atemwegserkrankung wird durch Influenzaviren ausgelöst.
- Die Influenza beginnt meist mit plötzlichem Fieber, Muskel- und Kopfschmerzen. Später kommt häufig ein trockener Reizhusten hinzu.
- In der Regel dauert sie 5 bis 7 Tage.

Blockchain läuft sich warm

Blockchain steht für ein völlig neues Konzept im Umgang mit digitalen Daten. Statt auf zentrale Datenspeicherung setzt diese Technologie auf dezentralen Datenaustausch – eine Technologie, die Sicherheit auch ohne eine bestätigende Instanz wie einen Notar bietet. Blockchain ist daher dazu prädestiniert, die Digitalisierung des Gesundheitswesens voranzubringen und gesundheitsrelevante Daten vor (missbräuchlichen) Veränderungen zu schützen. Wir sollten uns ihr unvoreingenommen nähern und sie erproben.

Text **Prof. Dr. Bertram Häussler**

Mit „blockchain“ verbinden sehr viele Deutsche gar nichts. Einige kennen hingegen eher den ebenso mysteriösen Begriff „bitcoin“ und verbinden mit diesem wiederum den Begriff „cybermoney“. Also erstmal nichts Gutes in einem Land, das wie kaum ein anderes an Münzen und Geldscheinen festhalten will.

Dennoch: Die Blockchain-Technologie ist viel allgemeiner einsetzbar als nur im Handel. Blockchain steht zuallererst für die Sicherheit von Daten vor Veränderungen. Damit ist diese Technologie sofort dort angekommen, wo die meisten Anstrengungen bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens ihren Ausgang nehmen: beim Schutz von gesundheitsrelevanten Daten.

Hierfür hat die Gesellschaft bisher allenfalls den Versuch einer Antwort geliefert, indem sie eine zentrale, öffentliche Instanz zu schaffen versucht, die technische Regeln schafft, um den Datenschatz eines künftigen digitalisierten Gesundheitssystems zu schützen: eine zentrale Stelle, bewacht von der Gesetzlichen Krankenversicherung. Blockchain ist anders: Die Sicherheit liegt in der Öffentlichkeit der Nachprüfbarkeit der Herkunft der Daten und in der Unmöglichkeit, sie zu verändern. So wie wir heute Wikipedia vertrauen, weil alle Einträge öffentlich kontrollierbar sind, wie wir uns mit Open-Source-Software vor Cyberangriffen schützen, werden wir vielleicht künftig die Blockchain-Technologie nutzen, um wichtige Aspekte der Sicherheit des Datenaustauschs bewusst zu dezentralisieren. Der Austausch von Daten wird damit befreit von zentralisierten Kontrollen. Wir sollten uns daher dieser Technologie unvoreingenommen stellen, um darin möglicherweise liegende Chancen gegebenenfalls nutzen zu können.



Prof. Dr. Bertram Häussler
IGES Institut

Zukunftswerkstatt

Im Rahmen einer eintägigen Veranstaltung am 27. Februar 2019 stellen die besten Bewerberinnen und Bewerber des Blockchain-Ideenwettbewerbs ihre Konzeptansätze im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin persönlich einem Expertengremium und der Öffentlichkeit vor. Die Zukunftswerkstatt bietet die Möglichkeit, sich mit den anwesenden Expertinnen und Experten sowie den weiteren Teilnehmenden der Veranstaltung über die innovativen Blockchain-Konzepte auszutauschen.

www.forschung-bundesgesundheitsministerium.de/service/aktuelles/blockchain

Sparer aufgepasst!

Mit dem **Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)** sparen die Bürgerinnen und Bürger seit Januar 2019 jährlich 6,9 Milliarden Euro. Viele von uns werden davon profitieren. Was das für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bedeutet, erläutert die nachfolgende Tabelle.

Text **Guido Schweiß-Gerwin**



Entlastungen von Arbeitnehmern und Rentnern

Arbeitnehmer/Rentner und Arbeitgeber/Rentenversicherung tragen die Kassenbeiträge ab 2019 wieder zu gleichen Teilen. Dadurch zahlen z. B. Arbeitnehmer bei einem Einkommen von 3.000 Euro monatlich rund 15 Euro weniger.



Kassenreserven werden abgebaut!

Die Finanzreserven einer Kasse dürfen künftig den Umfang einer Monatsausgabe nicht überschreiten. Sind die Finanzreserven einer Kasse höher, darf sie ihren Zusatzbeitrag nicht anheben. Dadurch werden Beitragszahler weiter entlastet.



Entlastung von Kleinselbstständigen

Der monatliche Mindestbeitrag zur Krankenkasse wird auf rund 160 Euro gesenkt und damit mehr als halbiert. So ergibt sich eine monatliche Entlastung von bis zu 200 Euro.

Besserer Zugang zur gesetzlichen Krankenkasse für Zeitsoldaten

Zeitsoldaten können künftig nach Dienstzeitende der freiwilligen Versicherung beitreten und erhalten dann anstatt eines Beihilfeanspruchs einen Zuschuss zu den Beiträgen.





Abbau der Beitragsschulden bei ungeklärten Mitgliedschaften

Die Krankenkassen werden verpflichtet, Versicherungsverhältnisse von „ungeklärt passiven“ Mitgliedern (unbekannt verzogen, keine Leistungsinanspruchnahme und keine Beitragszahlung) rückwirkend zu beenden.

Paritätische Beitragsfinanzierung:

günstigste und teuerste Krankenkassenbeiträge (alle Angaben in Euro)

	günstigste Krankenkasse (Beitragssatz 15,19 %)						teuerste Krankenkasse (Beitragssatz 16,30 %)						zusätzl. Ersparnis beim Krankenkassenwechsel	
monatl. Einkommen	alter Beitragsanteil 7,89 % (Monat/Jahr)		neuer Beitragsanteil 7,595 % (Monat/Jahr)		Ersparnis (Monat/Jahr)		alter Beitragsanteil 9,00 % (Monat/Jahr)		neuer Beitragsanteil 8,15 % (Monat/Jahr)		Ersparnis (Monat/Jahr)		Ersparnis (Monat/Jahr)	
1.300	102,57	1.230,84	98,74	1.184,82	**3,83**	46,02	117,00	1.404,00	105,95	1.271,40	**11,05**	132,60	**7,21**	86,58
1.500	118,35	1.420,20	113,93	1.367,10	**4,43**	53,10	135,00	1.620,00	122,25	1.467,00	**12,75**	153,00	**8,32**	99,90
1.750	138,08	1.656,90	132,91	1.594,95	**5,16**	61,95	157,50	1.890,00	142,63	1.711,50	**14,88**	178,50	**9,71**	116,55
2.000	157,80	1.893,60	151,90	1.822,80	**5,90**	70,80	180,00	2.160,00	163,00	1.956,00	**17,00**	204,00	**11,10**	133,20
2.250	177,53	2.130,30	170,89	2.050,65	**6,64**	79,65	202,50	2.430,00	183,38	2.200,50	**19,13**	229,50	**12,49**	149,85
2.500	197,25	2.367,00	189,88	2.278,50	**7,38**	88,50	225,00	2.700,00	203,75	2.445,00	**21,25**	255,00	**13,88**	166,50
2.750	216,98	2.603,70	208,86	2.506,35	**8,11**	97,35	247,50	2.970,00	224,13	2.689,50	**23,38**	280,50	**15,26**	183,15
3.000	236,70	2.840,40	227,85	2.734,20	**8,85**	106,20	270,00	3.240,00	244,50	2.934,00	**25,50**	306,00	**16,65**	199,80
3.250	256,43	3.077,10	246,84	2.962,05	**9,59**	115,05	292,50	3.510,00	264,88	3.178,50	**27,63**	331,50	**18,04**	216,45
3.500	276,15	3.313,80	265,83	3.189,90	**10,33**	123,90	315,00	3.780,00	285,25	3.423,00	**29,75**	357,00	**19,43**	233,10
3.750	295,88	3.550,50	284,81	3.417,75	**11,06**	132,75	337,50	4.050,00	305,63	3.667,50	**31,88**	382,50	**20,81**	249,75
4.000	315,60	3.787,20	303,80	3.645,60	**11,80**	141,60	360,00	4.320,00	326,00	3.912,00	**34,00**	408,00	**22,20**	266,40
4.250	335,33	4.023,90	322,79	3.873,45	**12,54**	150,45	382,50	4.590,00	346,38	4.156,50	**36,13**	433,50	**23,59**	283,05
4.425	349,13	4.189,59	336,08	4.032,95	**13,05**	156,65	398,25	4.779,00	360,64	4.327,65	**37,61**	451,35	**24,56**	294,71

Quelle: 2018 Krankenkassen-Zentrale. Stand: 24.02.2018

Pflege: Schritt für Schritt optimieren

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) als Teil des **Sofortprogramms Pflege** ist eine erste wichtige Etappe zur Verbesserung der Pflege. Das Gesetz soll Pflegekräfte in ihrem Berufsalltag unterstützen, neue Pflegekräfte hinzugewinnen und die pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten spürbar verbessern. Und weitere Schritte folgen bald.

Text **Tim Wohlfarth**



Wir halten Wort. Mit der Verabschiedung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes heute im Deutschen Bundestag lösen wir das Versprechen an alle Pflegekräfte in Deutschland ein, ihren Berufsalltag konkret zu verbessern“, so Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 9. November 2018. Ganz konkret bedeutet das zunächst: mehr Personal. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) schafft die Grundlage dafür, die personelle Situation in Krankenhäusern und in der stationären Altenpflege spürbar zu verbessern. Seit Januar 2019 können in stationären Altenpflegeeinrichtungen 13.000 Pflegekräfte neu eingestellt werden. Und in den Krankenhäusern wird jede zusätzliche oder aufgestockte Pflegestelle am Krankenhausbett vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Zahlreiche weitere Maßnahmen sollen zudem dazu beitragen, die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern. Einige Stichworte sind hier die Finanzierung von Tarifsteigerungen für Pflegepersonal im Krankenhaus, die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Zudem wird mit diesem Gesetz die finanzielle Förderung von Krankenhäusern durch den Krankenhausstrukturfonds fortgeführt, u.a. zur Schaffung von zusätzlichen Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe.

Auch die Situation für die Menschen, die ihre Angehörigen zu Hause pflegen, wurde im Rahmen des Gesetzes berücksichtigt. Sie erhalten zum Beispiel bei Bedarf leichter Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen. Während der Maßnahme kann die pflegebedürftige Person gleichzeitig in einer Reha-Einrichtung betreut werden, so dass der Organisationsaufwand für die Pflegenden verhältnismäßig gering ist. Und sollte das nicht möglich sein, müssen Kranken- und Pflegekasse die Betreuung organisieren.

Das PpSG ist ein erster, wichtiger Schritt auf dem Weg, die Pflege weiter zu verbessern. Wie weitere Etappen aussehen können, wird derzeit im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege von verschiedenen Expertengruppen ausgelotet. Während das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz unter anderem darauf abzielt, neue Stellen zu schaffen, hat sich die gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zum Ziel gesetzt, mehr Menschen dazu zu bringen, den Pflegeberuf zu ergreifen. Zudem sollen Pflegekräfte ermuntert werden, in den Job zurückzukehren oder wieder in Vollzeit zu arbeiten. Dazu sollen Maßnahmen entwickelt werden, die den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften spürbar verbessern, sie entlasten und die Ausbildung in der Pflege stärken.

Weitere Informationen zur Strategie für die Pflege:

www.bundesgesundheitsministerium.de/gute-pflege.html



Zukunftsberuf Pflege: Von Mensch zu Mensch

Pflegeberufe zählen nicht gerade zu den Trendberufen – und das, obwohl die Jobaussichten hervorragend sind. Zu wenig Geld, zu viel Stress, kaum Anerkennung prägen das weitverbreitete Bild. Und doch gibt es Menschen, die für diesen Beruf brennen. Zwei von ihnen erzählen hier ihre Geschichte und berichten von den Momenten, die diesen Beruf so besonders machen.

Text **Tim Wohlfarth**

Echt toll, dass du das machst, aber für mich wäre das nichts.“ Sätze wie diesen hat Patrick Buschmann mehr als einmal gehört. Nach einem mehrmonatigen Praktikum in der Altenpflege hat der 21-Jährige nicht lange überlegt, als ihm seine damalige Vorgesetzte einen Ausbildungsvertrag als Altenpfleger anbot. Gefragt, warum er sich ausgerechnet für diesen Beruf entschieden hat, bleibt Patrick Buschmann die Antwort nicht lange schuldig. „Es geht einfach um Menschlichkeit. Die älteren Menschen haben mir so viel zurückgegeben – ob ein Lachen, ein herzliches Lächeln oder Zuspruch für meine Arbeit. Egal, wie schwer die Arbeit wurde: Am Ende des Tages hatte ich immer ein gutes Gefühl und wusste ganz genau, dass ich diesen Menschen ein Stück Selbstständigkeit wiedergegeben habe. In keinem anderen Berufsfeld als der Pflege wird dies so deutlich. Waren die Tage, Wochen und Monate noch so schwer – ich wusste ganz genau, wenn ich jetzt zu meinen Bewohnern kann, ist der ganze Arbeitsstress für eine Weile Geschichte. Ich konnte viele verschiedene Charaktere kennenlernen, jeder war anders und speziell auf seine eigene Art und Weise.“

„Es geht einfach um Menschlichkeit. Die älteren Menschen haben mir so viel zurückgegeben – ob ein Lachen, ein herzliches Lächeln oder Zuspruch für meine Arbeit.“



Patrick Buschmann
Altenpfleger

Nach dem Abschluss der Ausbildung zum Altenpfleger 2017 drückte Patrick Buschmann noch ein weiteres Jahr die Schulbank, erwarb das Fachabitur und strebt nun ein Pflegestudium an.

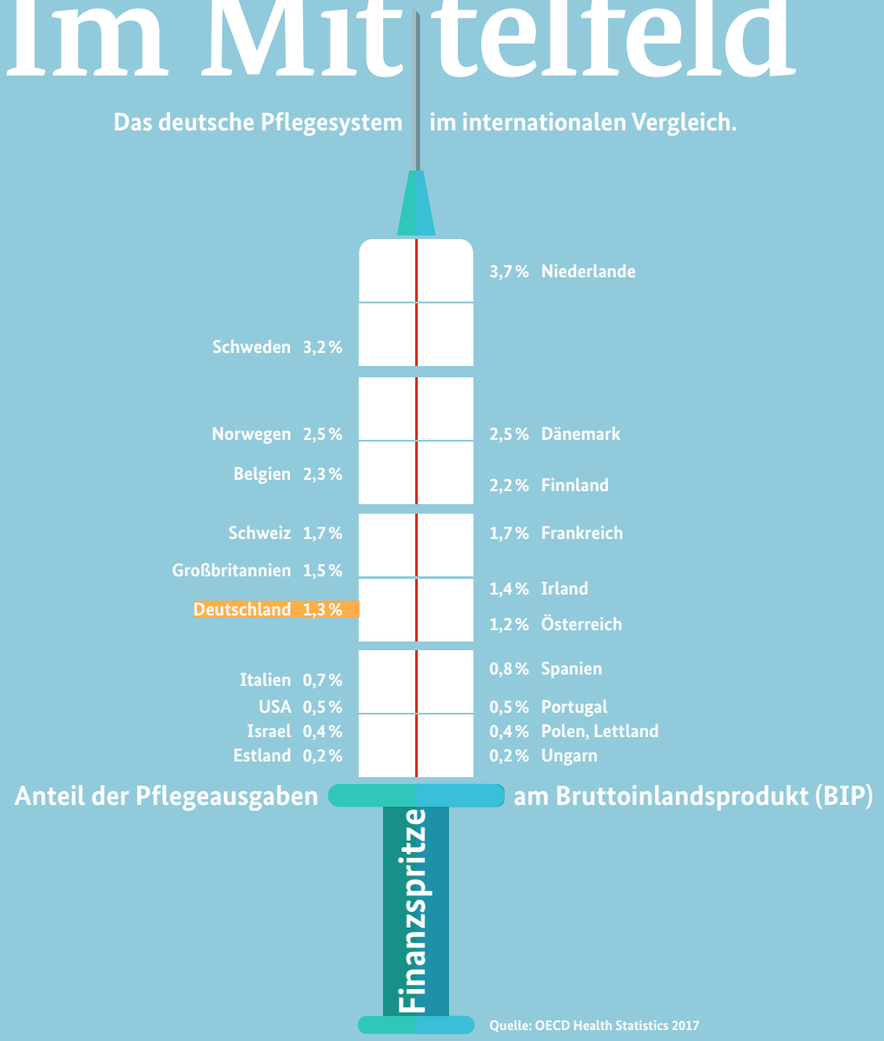
Prägendes Erlebnis

„Wir helfen Patienten, ihre Menschenwürde in kritischen Situationen zu bewahren“, ist Anja König überzeugt. „Das bietet kein anderer Beruf.“ Die 50-Jährige arbeitet am Universitätsklinikum Heidelberg. Sie berichtet von einer Situation, die sie kurz nach ihrem Abschluss als Gesundheits- und Krankenpflegerin erlebt hat und die sie bis heute prägt. Damals half sie einer jungen Frau, die das Bett nicht verlassen durfte dabei, sich für den Besuch ihrer Kinder zurechtzumachen. Zu groß war deren Angst, dass die Kleinen sie ansonsten nicht erkennen würden und verstört wären. „Der Arzt hatte ihr verboten, ins Bad zu gehen, um ihre Haare zu waschen“, erinnert sich Anja König. „Wir haben dann gemeinsam die Haare im Bett gewaschen, etwas abenteuerlich mit ‚Blasenspritze‘ und Messbecher als Duschkopf, mit Mülltüten zum Auffangen des Wassers. Viel gelacht haben wir auch, denn nicht nur die Haare waren nass, sondern alles an Frau E. – und an mir auch.“ Zwar gehört das Waschen eigentlich nicht zu den originären Aufgaben einer Pflegefachkraft, sondern wird von Pflegeassistenten und Pflegehelfern übernommen, aber Anja König hat dies gern getan. Für sie war es ein Schlüsselmoment, zu sehen, wie glücklich und erleichtert die junge Frau über diese ungewöhnliche Aktion war. Ihre Worte hat sie nicht vergessen: Sie haben mir meine Würde zurückgegeben. Das werde ich Ihnen nie vergessen. „Diese zwei Sätze sind geblieben und ziehen sich wie ein roter Faden durch mein Berufsleben.“

#GutePflege
Wir haben die Aktion *#GutePflege – gut für uns alle* gestartet. Menschen aus der Pflege berichten uns hier von ihren schönsten Erfahrungen. Erzählen Sie uns auch Ihre Geschichte unter **gutepflege@bmg.bund.de**.

Im Mittelfeld

Das deutsche Pflegesystem im internationalen Vergleich.



Die Anzahl älterer Menschen steigt weltweit drastisch an. Immer mehr sind auf Pflege durch Familienangehörige oder professionelle Dienste angewiesen. Wie wird die Pflege weltweit organisiert und finanziert? Und wie steht das deutsche Pflegesystem im Vergleich mit anderen Ländern da?

Text **Bundesministerium für Gesundheit**

Die Finanzierung von Langzeitpflegesystemen kann in drei Hauptkategorien eingeteilt werden: (1) privat organisierte Familienbetreuung (Eigenfinanzierung der Pflege), (2) steuerfinanzierte Systeme (zentralstaatlich, regional oder kommunal organisiert, z. B. in Schweden, Dänemark, Österreich und der Tschechischen Republik) und (3) obligatorische Versicherungssysteme als eigenständige Pflegeversicherungen (wie z. B. in Deutschland, Luxemburg, den Niederlanden) oder mit Leistungen der Langzeitpflege im Rahmen der Krankenversicherungssysteme (Belgien).

In Deutschland ist die Pflegeversicherung eigenständiger Teil des Sozialversicherungssystems. Sie übernimmt allerdings nicht die gesamten Kosten für die Pflege, sondern beteiligt sich im Rahmen gesetzlich festgesetzter Beträge an den Kosten der Pflege. Menschen mit geringem Einkommen erhalten für die nicht von der Pflegeversicherung übernommenen Kosten weitere Leistungen der Hilfe zur Pflege, die aus Steuermitteln finanziert werden.

Die Pflegeversicherung wurde 1995 als eigenständige, fünfte und letzte Säule der Sozialversicherung eingeführt, die jetzt zusätzlich zu den Sozialversicherungen für Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit und Altersvorsorge besteht (Sozialgesetzbuch, Teil XI, Pflegeversicherung – SGB XI). Die deutsche Pflegeversicherung deckt hauptsächlich die Pflegekosten ab. Sie besteht aus zwei unabhängigen Teilen, der sozialen (öffentlichen, gemeinnützigen) und der privaten Pflegeversicherung. Beide sind als Pflichtversicherungen mit identischen Leistungen konzipiert. Es gibt keine Aufteilung der Einnahmen zwischen diesen beiden Versicherungszweigen, sondern einen gesetzlich vorgeschriebenen finanziellen Ausgleich in jedem dieser beiden Systeme.

Die Mitgliedschaft folgt der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung. Der Zugang zu Leistungen erfordert eine Einstufung in eine von fünf Stufen der Pflegebedürftigkeit, basierend auf einer individuellen Beurteilung des Pflegebedarfs. Im Jahr 2017 wurden etwa 3,3 Millionen Menschen (neu) gruppiert oder (erneut) beurteilt und erhalten daher Leistungen. Deutschlands Pflegeversicherung erbringt Leistungen für die Pflege zu Hause und für Pflegeheime. Für die häusliche Pflege bietet das Langzeitpflegeprogramm eine Reihe von Vorteilen: Geldleistungen für die informelle Pflege und Sachleistungen für verschiedene Pflege- und persönliche Pflegedienste.

Es steht den Anspruchsberechtigten grundsätzlich frei, zwischen Sachleistungen oder Geldleistungen zu wählen oder beide Arten von Leistungen zu kombinieren. Infolgedessen können die Anspruchsberechtigten auch entscheiden, wie sie die Leistungen in bar nutzen möchten (z. B. für eine Pflegeperson in der Familie). Wer sich für Sachleistungen entscheidet, kann zwischen verschiedenen professionellen Dienstleistern wählen. In diesem Fall hilft die Pflegeversicherung auch bei der individuellen Pflegeorganisation, indem sie durch besonders geschulte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Informationen zu Dienstleistungen, Qualität und Kosten bereitstellt, die Auswahl geeigneter Dienste und Anbieter unterstützt und ein Fallmanagement durchführt.

80 Prozent aller Anspruchsberechtigten entscheiden sich für Geldleistungen, für die die Pflegeversicherung 64 Prozent ihrer Gesamtausgaben aufwendet (31 Milliarden Euro im Jahr 2016). Alle Leistungen der Pflegeversicherung sind durch gesetzlich bestimmte Beträge begrenzt. Kosten, die nicht durch die Pflegeversicherung gedeckt sind, müssen von der pflegebedürftigen Person getragen werden. Die Regierung zahlt Zuschüsse für die freiwillige zusätzliche private Pflegeversicherung. Darüber hinaus trägt das von den Kommunen zur Verfügung gestellte steuerfinanzierte Sozialhilfesystem die nicht abgedeckten Kosten, z. B. in Pflegeheimen, von Personen mit niedrigem Einkommen (450.674 im Jahr 2015). Jede Pflegeeinrichtung schließt eigene Verträge mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den Trägern der Sozialhilfe. Alle Anbieter (öffentlicher, privater, gemeinnütziger) haben das Recht, einen Vertrag zu erhalten und Dienstleistungen zu erbringen, solange sie die bundeseinheitlich geltenden Qualitätsstandards erfüllen, die von der Selbstverwaltung festgelegt werden und deren Einhaltung regelmäßig geprüft wird.

Die Pflegekassen sind für die Sicherung und Finanzierung der Langzeitpflege verantwortlich. Die Bundesländer sind für die Sicherstellung der Infrastruktur von Pflegeeinrichtungen verantwortlich. Die Preise für Dienstleistungen gelten vertraglich und für alle Pflegekassen. Die Gesamtzahl der Pflegedienstleister beträgt 13.300, davon 65 Prozent in privatem, gewinnorientiertem Eigentum. Die Gesamtzahl der Pflegeheime beträgt 13.600, davon 42 Prozent in privatem, gewinnorientiertem Eigentum. In der Langzeitpflege sind insgesamt mehr als 1 Million Pflegekräfte beschäftigt.

Über 1 Millionen

Beschäftigte Pflegekräfte in der Langzeitpflege



Wirksam gegen Antibiotika-Resistenzen

Der Brite Alexander Fleming gilt gemeinhin als der Entdecker des Wirkstoffs Penicillin. Vor rund 90 Jahren kam ihm allerdings nicht die Idee, Penicillin als antibiotisches Medikament einzusetzen. Das ist weiteren Forschern zu verdanken. Antibiotika wie Penicillin haben in der Folge weltweit ungezählte Menschenleben gerettet. Damit sie weiterhin erfolgreich eingesetzt werden können, ist ein achtsamer Umgang erforderlich.

Text **Guido Schweiß-Gerwin**

Halsschmerzen, starker Husten, eine laufende Nase – man fühlt sich so richtig schlapp. Und gerne hat man in den vergangenen Tagen erste Symptome einer Erkältung einfach übersehen. Bei einer akuten Bronchitis verschreiben Hausärzte schon mal ein Antibiotikum, auch weil Patienten darum bitten, um schneller wieder gesund zu werden. In der Regel muss das nicht sein. In neun von zehn Fällen wird eine Erkältung durch Viren verursacht. Auch die Grippe wird durch Viren ausgelöst. Bei viralen Infektionen sind Antibiotika nicht nur nutzlos, die unsachgemäße Anwendung kann sogar dazu beitragen, dass Bakterien gegen Antibiotika resistent werden. Die unnötige Einnahme von Antibiotika kann dazu führen, dass sie ihre Wirksamkeit gegen bakterieller Erreger verlieren und deshalb nicht mehr wirken, wenn es wirklich darauf ankommt. Ein häufiger Fehler ist auch das vorzeitige Abbrechen einer antibiotischen Behandlung, wenn es einem gefühlt besser geht.

Jeder kann dabei selbst helfen, den unsachgemäßen Einsatz von Antibiotika zu reduzieren.

Globale Strategie gegen Antibiotika-Resistenzen

„Wir wissen, dass sich antibiotika-resistente Erreger nicht an Grenzen halten“, erklärt Lothar H. Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts (RKI). Daher sei eine sektorübergreifende Zusammenarbeit in der Human- und Veterinärmedizin sowie in den Bereichen Landwirtschaft und Umwelt, der sogenannte One-Health-Ansatz, sehr wichtig. Ebenso müssen die Staaten weltweit zusammenarbeiten. Beim ersten Treffen der G20-Gesundheitsminister 2017 in Berlin waren sich alle Akteure einig, einen One-Health-Ansatz zu verfolgen. Alle G20-Staaten haben ferner zugesagt, bis Ende 2018 mit der Umsetzung nationaler Aktionspläne begonnen zu haben. Insbesondere die in einer Reihe von Staaten noch fehlende Verschreibungspflicht für Antibiotika beziehungsweise deren mangelnde Umsetzung spielt hier eine große Rolle. Mit der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART 2020) nimmt Deutschland eine Vorreiterrolle bei der Umsetzung nationaler Aktionspläne ein und trägt so auch zur Umsetzung des Globalen Aktionsplans der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) und der Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE) bei.

Was Sie selbst tun können

1.



Regelmäßiges und gründliches Händewaschen. Viele Erreger verbreiten sich durch direkten Kontakt über die Hände.

2.



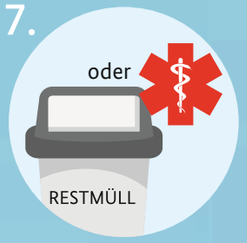
Einmaltaschentücher benutzen und direkt entsorgen.

3.



Nicht in die Hand, sondern in den Ärmel husten. Abstand halten.

7.



Antibiotika oder andere Medikamente nicht über das Waschbecken oder die Toilette entsorgen. Das belastet die Umwelt und kann zur Bildung von Resistenzen beitragen.

4.



Hygieneartikel wie Zahnbürsten, Waschlappen, Handtücher nur für sich selbst verwenden.

6.



Lüften. In geschlossenen Räumen kann die Anzahl von Krankheitserregern in der Luft ansteigen.

5.



Speisen, die roh gegessen werden, sehr gründlich waschen. Beim Zubereiten von Lebensmitteln auf Sauberkeit achten.

Die Geschichte der Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist der älteste Zweig unserer heutigen Sozialversicherung. Am 15. Juni 1883 verabschiedete der Deutsche Reichstag das Gesetz zur Krankenversicherung.

Der Leistungskatalog von 1883:

- Freie ärztliche Behandlung
- Freie Arzneimittel
- Kleinere Heilmittel
- Im Falle der Arbeitsunfähigkeit Krankengeld ab dem 3. Tag von mindestens 50 Prozent des Lohnes (Höchstdauer 26 Wochen).
- Sterbegeld in Höhe 20-facher Lohn
- Wöchnerinnenunterstützung für vier Wochen nach Niederkunft
- Die Krankenversicherung wurde durch Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Baukrankenkassen, Innungskrankenkassen, Knappschaftskassen und Hilfskassen durchgeführt.

Der Leistungskatalog heute:

Gesetzlich krankenversicherte Personen haben Anspruch auf eine umfassende medizinische Vorsorgung und zwar unabhängig von ihrem Einkommen und ihrem Alter. Der Gesetzgeber hat die grundsätzlichen Leistungsansprüche festgeschrieben:

- Leistungen, die der Vermeidung und Linderung von Krankheiten dienen, sowie Leistungen zur Empfängnisverhütung und zum Schwangerschaftsabbruch
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Leistungen zur Behandlung von Krankheiten
- Schutzimpfungen, Zahnersatz, Sehhilfen/Brillen/Augen
- Rehabilitation/Kur, Krankengeld und Mutterschaftsgeld



Die Entwicklung der Krankenkassen

Von 1881 bis heute

Quelle: www.sozialversicherung-kompetent.de

1883 Einführung durch Bismarck

Am 15. Juni 1883 wurde die Krankenversicherung vom damaligen Reichskanzler Otto von Bismarck in Deutschland eingeführt.

1951 Paritätische Finanzierung

Die paritätische Finanzierung, bei der Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Beiträge je zur Hälfte tragen, wurde 1951 eingeführt. Diese Art der Beitragsfinanzierung bestand über 50 Jahre und war lange Zeit ein Kennzeichen für das bundesdeutsche System der Sozialversicherung.

2005 Sonderbeitrag für Arbeitnehmer

Zum 01. Juli 2005 wurden Arbeitnehmer per Gesetz verpflichtet, einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent zusätzlich zum hälftigen Beitragssatz zu zahlen. Dieser diente zur Kostenbeteiligung an Zahnersatzleistungen und Krankengeld.

2008 Einheitlicher Beitragssatz

Seit 2008 gibt es für alle Kassen einen einheitlichen Beitragssatz, festgelegt wird dieser durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG). Bis dato konnten die Krankenkassen den Beitragssatz selbst festlegen.

2009 Senkung des Beitragssatzes

Im Rahmen des Konjunkturpakets II wurde der allgemeine Beitragssatz vom 01. Juli 2009 bis zum 31. Dezember 2010 auf 14,9 Prozent gesenkt.

2009 (bis 2014) Kassen erheben Zusatzbeitrag

Von 2009 bis 2014 mussten alle gesetzlichen Krankenkassen, die ihren Finanzbedarf nicht decken konnten, einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Nur ein kleiner Teil der Krankenkassen erhob diesen Zusatzbeitrag, der mehrheitlich bei 8 Euro pro Monat lag. Von Oktober 2012 bis Ende 2014 erhob jedoch keine Kasse diesen zusätzlichen Beitrag. In den Jahren 2013 und 2014 konnten die Krankenkassen erwirtschaftete Überschüsse sogar als Prämie an die Versicherten auszahlen.

2011 (bis 2014) Fixierung des Arbeitgeberanteils

Von 2011 bis 2014 lag der einheitliche Beitragssatz bei 15,5 Prozent. Dabei zahlten Arbeitnehmer 8,2 Prozent und Arbeitgeber 7,3 Prozent. Der Arbeitgeberanteil war auf 7,3 Prozent fixiert. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag lag bei Null Euro.

2015 Individueller Zusatzbeitrag

Zum Januar 2015 wurde der allgemeine Beitragssatz auf 14,6 Prozent gesenkt und ein kassenindividueller, einkommensabhängiger Zusatzbeitrag eingeführt. Arbeitgeber und Arbeitnehmer teilen sich den allgemeinen Beitragssatz je zur Hälfte, der Zusatzbeitrag muss jedoch von Beschäftigten bzw. Rentnern allein gezahlt werden. Für bestimmte Personenkreise wurde per Gesetz der durchschnittliche Zusatzbeitrag festgelegt, der für 2015 bei 0,9 Prozent lag.

- Arbeitgeber: 7,3 Prozent.
- Arbeitnehmer: 7,3 Prozent + Zusatzbeitrag der jeweiligen Krankenkasse.

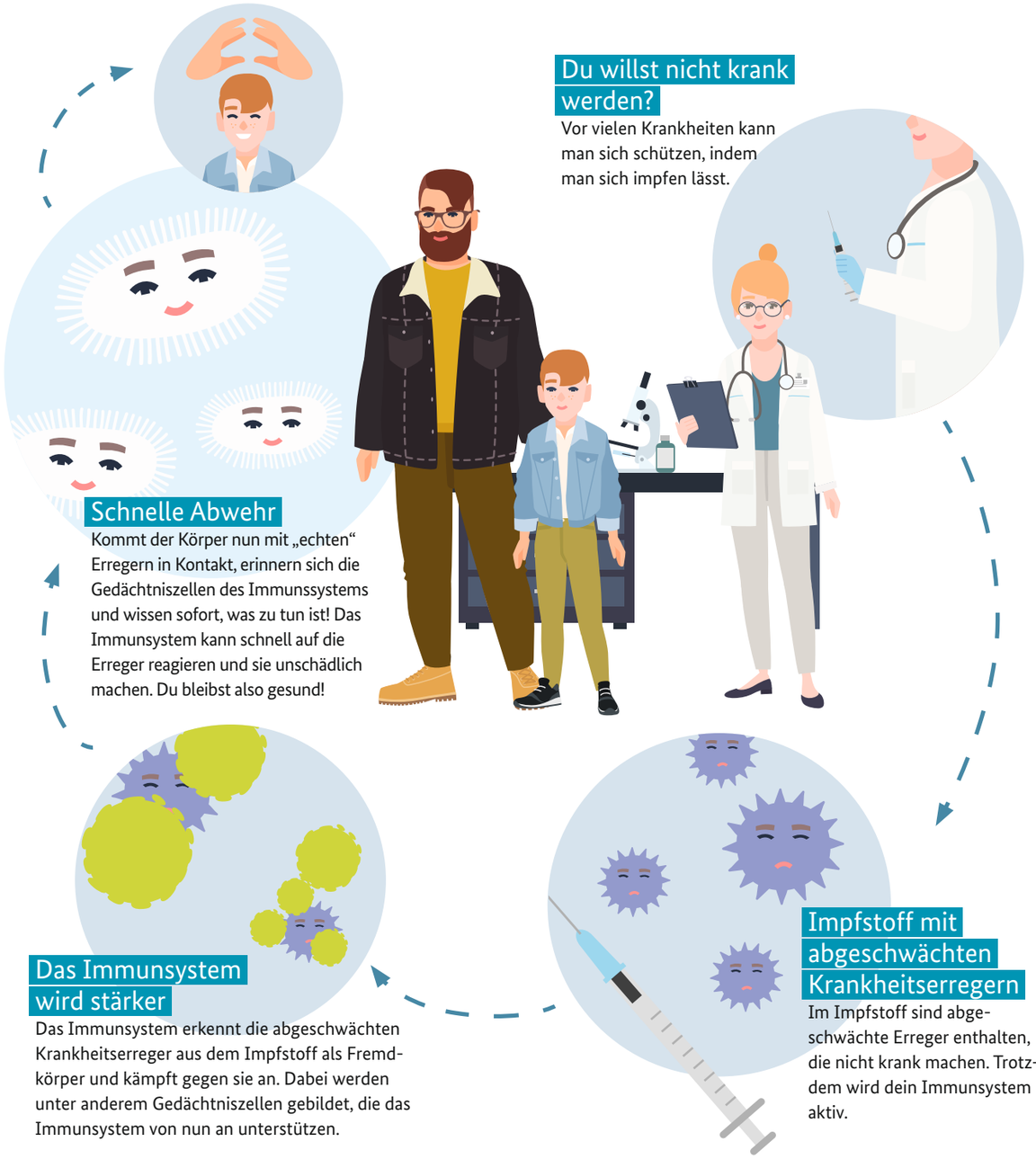
Der durchschnittliche Zusatzbeitrag stieg 2016 auf 1,1 Prozent, blieb 2017 stabil und wurde im Januar 2018 auf 1,0 Prozent und für das Jahr 2019 auf 0,9 Prozent gesenkt.

2019 Wiedereinführung des paritätischen Beitragssatzes

Zum 01. Januar 2019 wird die vollständige Parität eingeführt und umfasst den kasseneinheitlichen Beitragssatz sowie den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz. Ab diesem Zeitpunkt teilen sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber die vollen Beitragskosten zur gesetzlichen Krankenversicherung.

- Arbeitnehmer: 7,3 Prozent + 1/2 Zusatzbeitrag.
- Arbeitgeber: 7,3 Prozent + 1/2 Zusatzbeitrag.

Was passiert in meinem Körper, wenn ich eine Impfung bekomme?



Du willst nicht krank werden?

Vor vielen Krankheiten kann man sich schützen, indem man sich impfen lässt.

Schnelle Abwehr

Kommt der Körper nun mit „echten“ Erregern in Kontakt, erinnern sich die Gedächtniszellen des Immunssystems und wissen sofort, was zu tun ist! Das Immunsystem kann schnell auf die Erreger reagieren und sie unschädlich machen. Du bleibst also gesund!

Das Immunsystem wird stärker

Das Immunsystem erkennt die abgeschwächten Krankheitserreger aus dem Impfstoff als Fremdkörper und kämpft gegen sie an. Dabei werden unter anderem Gedächtniszellen gebildet, die das Immunsystem von nun an unterstützen.

Impfstoff mit abgeschwächten Krankheitserregern

Im Impfstoff sind abgeschwächte Erreger enthalten, die nicht krank machen. Trotzdem wird dein Immunsystem aktiv.



Neue Veranstaltungsreihe

BMG im Dialog

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) startet 2019 eine neue Veranstaltungsreihe mit dem Titel „BMG im Dialog“. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn spricht mit Gästen über eine Reihe von Themen, die für die Gesellschaft und damit für viele von uns eine Relevanz haben. Die Veranstaltungstermine werden rechtzeitig bekannt gegeben, so dass Sie ausreichend Zeit haben, sich anzumelden.

Wir freuen uns auf Ihre Beteiligung.

Bleiben Sie mit uns im Gespräch!

Bürgertelefon zur Krankenversicherung
030 / 340 60 66 – 01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
030 / 340 60 66 – 02

Fragen zur gesundheitlichen Prävention
030 / 340 60 66 – 03

Beratungsservice für Gehörlose
030 / 340 60 66 – 07 Telefax
030 / 340 60 66 – 08 ISDN-Bildtelefon

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/buergertelefon

www.bundesgesundheitsministerium.de