

Im Dialog

Das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit



Schwerpunkt

Warum das Geschlecht in der Medizin eine Rolle spielt

4 SCHWERPUNKT

Geschlechtersensible Medizin: Mehr als ein feiner Unterschied

In der medizinischen Versorgung gewinnen geschlechtsspezifische Unterschiede bei Diagnose und Therapie an Bedeutung. Ihre konsequente Berücksichtigung in Forschung und Praxis bietet noch viel Potenzial.

Auf dem Weg zu geschlechtersensibler Prävention und Gesundheitsversorgung

Prof. Dr. Gertraud Turu Stadler, Leiterin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité Berlin, gibt im Gastbeitrag Einblicke in ihr Arbeitsfeld.

10 DIGITALISIERUNG

KI-gestütztes Mammographie-Screening: Smarte Unterstützung für verbesserte Brustkrebs-Diagnostik

Wie Künstliche Intelligenz dazu beitragen kann, die Brustkrebs-Entdeckungsrate im Screening weiter zu erhöhen.

12 GLOBAL HEALTH

**Internationale Zusammenarbeit:
Gemeinsam zur globalen Gesundheit**
Deutschland treibt als verlässlicher Partner in der Gesundheitspolitik wichtige Projekte voran.

14 DIE STORY

**BMG startet Dialogprozess:
Wechseljahre aus der Tabuzone holen**
Spezifische Gesundheitsbedürfnisse von Frauen sollen mehr in den Mittelpunkt rücken.

16 HINTERGRUND

**Neue Strukturen, mehr Qualität:
Das Vertrauen ins System zurückgewinnen**
Interview mit Staatssekretärin Katja Kohfeld zu Reformplänen im Gesundheitswesen.

18 RATGEBER

Poster zum Herausnehmen:
Wichtige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bei Frauen.

20 PANORAMA

Organ- und Gewebespende: Ein Ja, das zählt
Persönliche Geschichten von Betroffenen einer Organspende.

26 GESUNDHEITSWISSEN

**Krankheitsbild Endometriose:
Unterschätzt und unterdiagnostiziert**
Mehr Aufmerksamkeit und Forschung zu Endometriose.



32

28 RATGEBER

Lebenswichtige Unterschiede: 5 Fragen zum Herzinfarkt

Typische Symptome bei Frau und Mann.

30 PFLEGE

Neues Pflegegesetz für mehr Fachkompetenz: Pflege kann viel mehr

Qualifikationen von Pflegefachpersonen sollen besser genutzt werden.

32 SERIE

**Berufsfeld Diätassistent:
Eine Ernährungsstrategie für den Alltag finden**
Beratung und Prävention im Fokus.

34 GESUNDHEITSMYTHEN

Ist es wahr, dass ...
Können Männer in die Wechseljahre kommen?
Ist Unfruchtbarkeit nur ein Frauenproblem?

35 GESUNDHEITSSQUIZ

Testen Sie Ihr Wissen
Wie gut kennen Sie sich rund um das Thema
Organspende aus?

Impressum



Bundesministerium
für Gesundheit

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen, 11055 Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

V. i. S. d. P.: Dr. Georg Milde, Mauerstr. 29, 10117 Berlin

Redaktionsleitung: Parissa Hajebi

Redaktion und Gestaltung: Markt1 Verlagsgesellschaft mbH, 45128 Essen
Druck: Bonifatius GmbH, 33042 Paderborn

Papier: Vivus 100 (Umschlag) und Leipa Sky Plus (Innenteil), Circle Offset
Premium White (Einhefter); Blauer-Engel-zertifiziert, FSC-zertifiziert

Redaktionsschluss: 16. Januar 2026

Titelbild: Unterschiede zwischen Geschlechtern – warum sie medizinisch von Bedeutung sind.

Bildnachweis: BMG/Frederike van der Straeten (1, 4, 6, 9); CP-Compartner/Sascha Michaelis (2, 20, 32, 33); BMG/Jan Pauls (3); Anke Dörschlen (7); Volker Wieczorek (8); Adobe Stock/LStockStudio (10); BMG/Xander Heint (12); Adobe Stock/JLco (14); BMG/Stefan Hobmaier (16, 17); Yes Videography (21); BIÖG/Jannis Reichard (22); Privat (23 o., 23 M., 23 u.); Hubert Knicker (24 o., 25); Kolja Matzke (24 u.); Adobe Stock/rh2010 (26); Adobe Stock/inspiring.team (28, 29, 34); Adobe Stock/Halfpoint (30)



Liebe Leserin, lieber Leser,

die Gleichstellung zwischen Frau und Mann hat in den letzten Jahrzehnten in vielen Bereichen Fortschritte gemacht. Doch die gleiche Behandlung von Frauen und Männern kann ausgerechnet in der medizinischen Versorgung oft gefährlich sein. Noch immer werden bei Frauen die Anzeichen etwa für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu spät erkannt und behandelt, weil sie andere Symptome zeigen als Männer. Geschlechtsunterschiede wurden lange nicht ausreichend berücksichtigt – auch in vielen anderen Krankheitsbildern. Deshalb setze ich in meiner Amtszeit einen Schwerpunkt auf die Förderung von Frauengesundheit.

Einen wichtigen Beitrag dazu wird auch das neue Forschungsdatenzentrum am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte leisten. Gemeinsam mit tatkräftigen Partnern haben wir es vor wenigen Monaten eröffnet. Mit pseudonymisierten Daten können Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler nun gezielt geschlechtersensible Fragen untersuchen und erhalten dafür passende Daten als Grundlage. Davon wird die frauenspezifische Forschung erheblich profitieren!

Zudem werden wir in den nächsten vier Jahren bis zu zwölf Millionen Euro für den Förderschwerpunkt Frauengesundheit bereitstellen, damit Forschung, Versorgung und Aufklärung gezielt verbessert werden. Dazu zählen die Versorgungsforschung zu beispielsweise Endometriose und Wechseljahren sowie die Förderung von Nachwuchsforschungsgruppen.

Daneben haben wir noch weitere spannende Themen in dieser Ausgabe für Sie vorbereitet. Dazu zählt das wichtige Thema Organspende. Wussten Sie schon, dass Sie im Organspende-Register Ihre Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende online eintragen können? Haben Sie sich bereits entschieden, aber noch nichts schriftlich dazu erklärt? Dann können Sie auch den beigefügten Organspendeausweis heraustrennen, ausfüllen und im Portemonnaie bei sich tragen.

Zudem gibt diese Ausgabe einen Ausblick auf den weiteren Verlauf des Jahres 2026. Denn in diesem Jahr werden wir weitere Weichenstellungen vornehmen, um unser Gesundheitssystem für die Zukunft gut aufzustellen. Unser Ziel bei all diesen Vorhaben: eine gute, bezahlbare Versorgung in Gesundheit und Pflege in Stadt und Land, für Jung und Alt!

Ich würde mich freuen, wenn wir dabei „Im Dialog“ bleiben, und wünsche Ihnen eine anregende Lektüre!

Nina Warken
Bundesministerin für Gesundheit

Geschlechtersensible Medizin:

Mehr als ein feiner Unterschied



Gendermedizin spielt eine zunehmend wichtige Rolle in Deutschland. Immer häufiger werden geschlechterspezifische Unterschiede sowohl in Bezug auf Krankheitsbilder als auch hinsichtlich der Wirkung von Arzneimitteln und der Prävention berücksichtigt. Trotzdem besteht noch immer Nachholbedarf in Forschung und Praxis.

— Dr. Sarah Meyer-Dietrich

Frauen sind keine kleinen Männer – so ein viel zitierter Ausspruch, mit dem auch Bundesgesundheitsministerin Nina Warken den Kern der geschlechterspezifischen Medizin auf den Punkt gebracht hat. Begonnen hat die Debatte um Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Hinblick auf Krankheitsbilder und Arzneimittelwirkung in den USA bereits in den 1990er-Jahren. Bis das Thema hierzulande Eingang zunächst in die Forschung und dann auch in die Praxis fand, dauerte es jedoch. Noch immer führt die mangelnde Berücksichtigung zu Fehldiagnosen und falschen Dosierungen. „Wenn das Geschlecht in der Medizin mehr Beachtung findet, können wir Symptome besser einordnen und zielgerichteter therapieren“, erklärt Prof. Dr. Burkhard Sievers, Inhaber der Praxen Cardiomed24 und Gründer des Gender-Herz-Zentrums. „So könnten schwere Erkrankungen verhindert oder zeitlich hinausgezögert werden.“

Vom sogenannten Gender-Health-Gap – also dem Phänomen, dass medizinische Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Forschung und Praxis oft nicht ausreichend berücksichtigt werden – sind Frauen besonders betroffen. Ein Grund dafür ist, dass in medizinischen Studien unter anderem aufgrund historischer Ausschlüsse von Frauen, physiologischer Barrieren oder intensiverer Risikowahrnehmung lange Zeit vorrangig oder gar ausschließlich männliche Probanden berücksichtigt wurden. Die auf Basis dieser Studien ermittelten Ergebnisse fanden Eingang in die Lehrbücher und in die Praxis medizinischer Versorgung – die Unterschiede beim weiblichen Geschlecht sind dabei bis heute weitestgehend unbeachtet geblieben beziehungsweise waren nicht Gegenstand von Studien.

Klassisches Beispiel: Herzinfarkt

Tatsächlich sind Forschungsergebnisse, die an nur einem Geschlecht erhoben werden, nicht ohne Weiteres auch auf ein anderes übertragbar. Ein häufig angeführtes Beispiel ist der Herzinfarkt. Die bekannten Symptome umfassen bei Männern vor allem ein Stechen in der Brust, das in den linken Arm strahlt. Bei Frauen äußert sich ein Herzinfarkt hingegen oft mit Übelkeit und Erbrechen, Rücken- oder Nackenschmerzen, Schmerzen im Oberbauch, Atem- und Schlaflosigkeit (siehe Beitrag Seite 28/29). »

Dr. Lilly Buhr, Prof. Dr. Gertraud Turu Stadler und Dr. Pichit Buspavanich (v. l. n. r.) beschäftigen sich am Institut für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité Berlin mit den Unterschieden zwischen Frauen und Männern in der Prävention (siehe Gastbeitrag auf Seite 9).



Geschlechtersensible Prävention könnte helfen, bei Männern verfrühte Todesfälle zu vermeiden und bei Frauen die Häufigkeit früher chronischer Erkrankungen zu verringern, konstatiert Prof. Dr. Getraud Turu Stadler – hier im Dialog mit Mitforschenden – in ihrem Gastbeitrag (auf Seite 9).

» „Die Symptome werden in den Notaufnahmen eher orthopädisch oder gastroenterologisch eingeordnet“, erklärt Professor Sievers. „Bis zur korrekten Diagnose vergeht oft kostbare Zeit. In den Notaufnahmen werden noch zu viele Herzinfarkte bei Frauen nicht erkannt.“ In Bezug auf den Herzinfarkt immerhin ist das Wissen über die geschlechtsspezifische Symptomatik mittlerweile in der breiteren Öffentlichkeit besser bekannt. Auch durch die mediale Aufmerksamkeit, die gendersensible Medizin aktuell bekommt.

Unterschiedliche Risikofaktoren

Noch vergleichsweise wenig bekannt hingegen sind frauenspezifische Risikofaktoren von Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen. Neben Gesundheitsrisiken wie Bluthochdruck, Rauchen, hohen Cholesterinwerten, Diabetes oder Übergewicht gibt es hier nämlich auch solche, die hauptsächlich Frauen betreffen, weiß Sievers aus der beruflichen Praxis: „Zu den frauenspezifischen Risikofaktoren gehören eine frühe erste Regelblutung, Wechseljahre schon unter 40, Zysten an den Eierstöcken, Tumoren im gynäkologischen Bereich oder wenn in der Schwangerschaft Diabetes oder Bluthochdruck aufgetreten ist. Hinzu kommen psychosoziale Faktoren wie

negativer Stress, Gewalt in der Partnerschaft, Missbrauch.“ All diese Faktoren sind in den herkömmlichen Risiko-Scores nicht erfasst. Dadurch werden Frauen fälschlicherweise in niedrige Risikokategorien eingeteilt, ihr Risiko wird also deutlich unterschätzt und nicht engmaschig genug untersucht. „Dabei sterben Frauen viel häufiger als Männer an diesen Erkrankungen – und auch häufiger als an allen Krebserkrankungen zusammen.“

Wenn Gesundheitsdaten nicht nach Geschlecht differenziert erhoben oder ausgewertet werden, hat das unter anderem auch Folgen für den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) bei Diagnosestellungen. Deren Zuverlässigkeit hängt von der Qualität der Daten ab, mit denen die KIs trainiert werden. Nur wenn KIs an Daten trainiert werden, die Geschlechter in gleichem Maße und differenziert erfassen, können sie gendersensible Diagnosen stellen. Eine wichtige Grundlage kann hier das neu eröffnete Forschungsdatenzentrum Gesundheit bilden.

Auch Männer unterdiagnostiziert

Umgekehrt gibt es Erkrankungen, die bei Männern systematisch unterdiagnostiziert werden. Beispielsweise wird Osteoporose bei Männern oft nicht erkannt. „Das liegt daran, dass diese



Wenn das Geschlecht in der Medizin mehr Beachtung findet, können wir Symptome besser einordnen und zielgerichteter therapieren. So könnten schwere Erkrankungen verhindert oder zeitlich hinausgezögert werden.

Prof. Dr. Burkhard Sievers,
Inhaber und leitender Arzt Cardiomed24

Erkrankung eher mit Frauen assoziiert wird“, erklärt Professor Sievers. „Dabei ist die Osteoporose-Rate bei Frauen und Männern ab dem 70. Lebensjahr gleich hoch.“ Ebenso werden Essstörungen und Brustkrebs bei Männern schnell übersehen. „Dabei trifft immerhin jede 100. Brustkrebserkrankung einen Mann“, fügt er hinzu. „Männer tasten aber ihre Brüste nicht ab und werden in den Social-Media-Kampagnen zum Thema Brustkrebs selten adressiert.“

Geschlechterspezifische Arzneimittelforschung

Dass Frauen keine kleinen Männer sind, wird auch im Bereich der Arzneimittelwirkung deutlich. „Es gibt viele physiologische und anatomische Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die für die Wirkung von Arzneimitteln maßgeblich sind“, sagt Prof. Dr. Petra Thürmann. „Das beschränkt sich keineswegs nur darauf, dass Frauen im Durchschnitt zehn Kilo leichter sind als Männer.“ Die Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Pharmakologie und Vizepräsidentin für Forschung an der Universität Witten/Herdecke befasst sich schon seit den 1990er-Jahren mit geschlechterspezifischer Arzneimittelwirkung und weiß: „Die Unterschiede in der Wirkung ziehen sich vom Beta-Blocker über die Schlaftablette bis hin zu Chemotherapie-Arzneimitteln bei Krebs.“ Im Rahmen der Entwicklung von Arzneimitteln und der Durchführung klinischer Prüfungen mit Arzneimitteln wird die Beteiligung von Frauen und Männern in Abhängigkeit von der Art der klinischen Prüfung, insbesondere der Art der Erkrankung und der Phase der klinischen Prüfung bewertet. Das europäische Recht verlangt, dass im Antrag auf Genehmigung einer klinischen Prüfung begründet wird, dass die gewählte Geschlechtsverteilung zur Feststellung möglicher geschlechterspezifischer Unterschiede in der Wirksamkeit oder Unbedenk-

lichkeit des zu prüfenden Arzneimittels angemessen ist. In der Regel werden die beiden biologischen Geschlechter im Verhältnis der Erkrankungsprävalenzen rekrutiert. Aufgrund des häufigen Ausschlusses von gebärfähigen Frauen in klinischen Prüfungen kann es allerdings gerade bei Erkrankungen mit jüngeren Populationen zu einer Verzerrung beim Einschluss in eine klinische Prüfung kommen. Ob dies für die Zulassung eines neuen Arzneimittels klinisch relevant ist, wird während der Zulassung eines Arzneimittels geprüft.

Neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Wahrnehmung und Behandlung von Krankheiten beeinflussen hormonelle und biologische Unterschiede wie Gewicht, Muskel- und Fettanteil sowie Funktionsleistung von Leber und Niere die Wirkung von Arzneimitteln. Die Gründe dafür liegen in der unterschiedlichen Aufnahme, Verteilung, Verstoffwechselung und Ausscheidung der Arzneimittel sowie einer unterschiedlichen molekularen Bindung, Wirkungsqualität und Wirkungs-dauer. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sollten bei der individuellen Verordnung von Arzneimitteln in die Nutzen-Risiko-Abwägung bei der Therapieentscheidung einbezogen werden. »





Die Unterschiede in der Wirkung ziehen sich vom Beta-Blocker über die Schlaftablette bis hin zu Chemotherapie-Arzneimitteln bei Krebs.

Prof. Dr. Petra Thürmann, Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Pharmakologie und Vizepräsidentin für Forschung an der Universität Witten/Herdecke

Stärkere Wirkung, mehr Nebenwirkungen

Ein zentraler Grund für die geschlechterspezifischen Wirkweisen sind Unterschiede in der Verstoffwechslung. „Die weibliche Leber ist anders mit Enzymen ausgestattet als die männliche“, erklärt Professorin Thürmann. „Ein Beispiel ist das Enzym CYP2D6, das in der weiblichen Leber weniger vorkommt. Deswegen bauen Frauen bestimmte Arzneimittel langsamer ab. Hinzu kommt, dass die Nierenfunktion bei Frauen im Alter schneller abnimmt. Arzneimittel werden dann nicht so schnell ausgeschieden.“ Die Folge: Die Blutspiegelkonzentration dieser Arzneimittel ist bei Frauen höher, die Wirkung stärker und sie leiden häufiger unter Nebenwirkungen. Ein weiteres Beispiel für physiologische Unterschiede, die die Wirksamkeit von Arzneimitteln beeinflussen, sind die Opioidrezeptoren, die für die Wirkung von Morphin verantwortlich sind. „Als man vor Jahren anfang, Patientinnen und Patienten nach der Operation Schmerzpumpen an die Hand zu geben, mit denen sie sich selbst den Wirkstoff zufügen konnten, stellte man fest, dass Männer 40 Prozent mehr Morphin brauchen“, berichtet Thürmann. Eine wichtige Erkenntnis, denn infolge zu hoher Dosierungen erlitten Frauen eher einen Atemstillstand als Nebenwirkung.

Für einige Arzneimittel, wie etwa bei Insulin, wird die Dosierung generell individuell angepasst – wobei das Geschlecht automatisch mitberücksichtigt wird. Zudem findet die personalisierte Medizin immer mehr Anwendung. Hinzu kommen die Unterschiede in der Lebensführung (Zeitpunkt und Art der Mahlzeiten, Gebrauch von Genussmitteln), die ebenfalls Einfluss auf die Wirksamkeit von Arzneimitteln haben können.

Auch Männer profitieren

Von geschlechterspezifischer Dosierung profitieren im Übrigen nicht nur Frauen. „Wir stellen umgekehrt auch fest, dass Dosierungen bei Männern mitunter zu niedrig sind“, sagt Prof. Dr. Petra Thürmann. „Beispielsweise für ein Arzneimittel, das zur Behandlung des B-Zell-Lymphoms eingesetzt wird. Die mit diesem Arzneimittel behandelten Frauen überlebten die Krebserkrankung besser.“ Die Erhöhung der Dosis bei den Männern führte hier zu einer Angleichung der Überlebensrate.

Mehr Informationen zum Thema finden Sie unter:

frauengesundheitsportal.de

Auf dem Weg zu geschlechtersensibler Prävention und Gesundheitsversorgung

Prof. Dr. Gertraud Turu Stadler

In Deutschland besteht gesellschaftlicher Konsens, dass das Gesundheitssystem alle in hoher Qualität versorgen soll. Männer sterben jedoch in Deutschland immer noch knapp fünf Jahre früher als Frauen. Frauen leben zwar länger, sind aber häufiger von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität betroffen. Für nicht-binäre Menschen ist die Datenlage noch recht klein. Aber für alle gibt es gute Nachrichten: Zusätzliche Lebensjahre und Lebensqualität ließen sich durch geschlechtersensible Prävention und Gesundheitsversorgung gewinnen. Prävention spielt dabei eine besonders wichtige Rolle. Groß angelegte Studien finden eine erheblich längere Lebenserwartung bei einem gesunden Lebensstil. Eine Studie aus den USA zeigte zum Beispiel: Männer leben bis zu 24,0 Jahre und Frauen 20,5 Jahre länger, wenn sie ausreichend schlafen, gesund essen, sich regelmäßig bewegen, Suchtmittel einschließlich Nikotin, Alkohol und Opiate meiden, auf Stressmanagement und mentale Gesundheit achten und positive soziale Beziehungen pflegen, verglichen mit Personen, die diese Gesundheitsverhalten nicht zeigen. Wenn Menschen gesund altern, können sie länger ihre Beiträge zu Familie und Gesellschaft erbringen. Zudem lassen sich durch die Vermeidung von Erkrankungen und frühzeitige Behandlung Kosten im Gesundheitssystem einsparen. Klassische Risikofaktoren erklären die Krankheitslast bei Männern besser als bei Frauen. Frauenspezifische Risikofaktoren wie Gestationsdiabetes finden bisher noch zu wenig Beachtung. Geschlechtersensible Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation sind bisher ebenfalls noch selten in der Gesundheitsversorgung, auch wenn Geschlechterunterschiede bereits gut belegt sind, weil Behandlungsansätze zur Verringerung der Geschlechterunterschiede erst in Entwicklung sind.

Weitere Forschung ist dringend nötig, um die Evidenzbasis für personalisierte Medizin auszubauen. Dafür ist es notwendig, systematisch Daten zu Geschlechterunterschieden und anderen relevanten Personalisierungsfaktoren in der Medizin zu sammeln, auszuwerten und innovative personalisierte Versorgungsansätze zu entwickeln. Nie waren die Voraussetzungen für personalisierte Medizin besser, mit zunehmender Digitalisierung, Datenverfügbarkeit und Nutzung von Künstlicher

Intelligenz. Eine kostengünstige Lösung nach dem Vorbild der Canadian Institutes of Health ist es, in öffentlich geförderten Forschungsprojekten Geschlechterunterschiede und weitere relevante Personalisierungsfaktoren in Begutachtung und Berichterstattung zu verankern. Dieses Wissen kann dann in Behandlungsrichtlinien und die Aus- und Weiterbildung von Behandelnden in allen Gesundheitsberufen einfließen sowie politische Maßnahmen informieren, um evidenzbasierte personalisierte Prävention und Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Zugespielt gesagt: Geschlechtersensible Prävention und Gesundheitsversorgung könnten helfen, bei Männern kostenintensive verfrühte Todesfälle zu vermeiden und bei Frauen kostenintensive frühe chronische Erkrankungen und Multimorbidität zu verringern – und damit die gesunde Lebensspanne und gesellschaftlichen Beiträge für alle zu maximieren.



Prof. Dr. Gertraud Turu Stadler, Leiterin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité Berlin.



KI-gestütztes Mammographie-Screening: Smarte Unterstützung für verbesserte Brustkrebs-Diagnostik

Brustkrebs ist die häufigste bösartige Tumorerkrankung bei Frauen. Dass sie immer seltener tödlich verläuft, liegt auch an der Früherkennung durch das Mammographie-Screening. Künstliche Intelligenz (KI) trägt dazu bei, die Brustkrebs-Entdeckungsrate im Screening weiter zu erhöhen und die Arbeit der befundenden Radiologinnen und Radiologen zu erleichtern.

— Dr. Sarah Meyer-Dietrich

Jede achte Frau erkrankt in ihrem Leben irgendwann einmal an Brustkrebs, jährlich gibt es bundesweit rund 75.000 Neu-diagnosen. Je eher die Erkrankung erkannt wird, desto höher sind die Heilungschancen durch eine frühzeitig eingeleitete Therapie. Das für Frauen zwischen 50 und 75 Jahren alle zwei Jahre empfohlene Mammographie-Screening trägt maßgeblich zur Früherkennung bei (einen Überblick aller empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen speziell für Frauen finden Sie im

Ratgeber auf den *Seiten 18/19*). Es handelt sich um eine freiwillige Untersuchung der Brust mit Röntgenstrahlen, wobei das Strahlenrisiko so gering wie möglich gehalten wird. Gemäß einer von der Universität Münster durchgeführten Studie, die im Juli 2025 vorgestellt wurde, gingen die Brustkrebs-Todesfälle bei Frauen im Alter von 50 bis 65 Jahren, die im Zeitraum von 2009 bis 2018 an diesem Screening teilgenommen hatten, um 20 bis 30 Prozent zurück. Nachdem die obere Altersgrenze im Jahr



Wo KI das medizinische Personal entlastet, bleibt mehr Zeit für das persönliche Gespräch.

2024 von zuvor 69 auf 75 Jahre erweitert wurde, ist nun auch eine Absenkung der unteren Altersgrenze von 50 auf 45 Jahre in Vorbereitung.

Einsatz KI-gestützter Software

Software, die auf KI basiert, kann die Diagnostik noch weiter verbessern. Bereits in etwa der Hälfte aller Mammographie-Screening-Einheiten kommen entsprechende Softwareprogramme zum Einsatz. KI ersetzt dabei aktuell noch kein Personal, denn weiterhin begutachten je zwei Radiologinnen oder Radiologen die Befunde des Screenings. Aber KI analysiert die im Screening erstellten Bilder parallel und bewertet, ob Befunde unauffällig sind oder relativ sicher eine Brustkrebs-Erkrankung vorliegt. Dazwischen gibt es einen Unsicherheitsbereich, in dem die KI keine Aussage treffen kann. „Besonders in Fällen, in denen die KI Brustkrebs mit Sicherheit ausschließt, hilft sie schon immens weiter“, erklärt Dr. Thilo Töllner, Leiter des Brustzentrums Stade-Buxtehude und leitender Arzt im Zentrum für Mammadiagnostik, MVZ Radiologie und Nuklearmedizin Klinik Dr. Hancken. „Denn die KI entdeckt auch da kleine Auffälligkeiten, wo der Mensch sich schwertut. Ein Beispiel sind Mikroverkalkungen, feine weiße Punkte, die Hinweise auf Brustkrebs oder eine Vorstufe davon sein können. Im ebenfalls weißen Drüsengewebe sind sie, gerade bei dichtem Gewebe, für das menschliche Auge schwer zu erkennen.“

Brustkrebs-Entdeckungsrate steigt

Die sogenannte PRAIM-Studie – zwischen 2021 und 2023 von der Universität zu Lübeck und dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) durchgeführt – bestätigt, dass KI die Brustkrebs-Entdeckungsrate signifikant verbessert. Verglichen mit der herkömmlichen Doppelbefundung in der radiologischen Praxis erhöht die KI-Unterstützung die

Brustkrebs-Entdeckungsrate demnach um 17,6 Prozent. Mit anderen Worten: Dank KI sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Brustkrebs-Erkrankung im Rahmen des Screenings übersehen wird. „Natürlich werden die Befunde dann trotzdem von zwei Ärztinnen oder Ärzten angesehen. Die sind dann aber schneller“, erklärt Töllner diesen Vorteil der KI, den die PRAIM-Studie konkret beziffert: Um bis zu 56,7 Prozent könnte der Einsatz von KI die Lesearbeit der Radiologinnen und Radiologen laut Studie reduzieren. Bestätigt werden die Ergebnisse durch die in Schweden durchgeführte MASAI-Studie, an der 2021 und 2022 über 100.000 Probandinnen teilnahmen und die ebenfalls zu dem Ergebnis kam, dass der Einsatz von KI den Arbeitsaufwand beim Bildschirmlesen signifikant verringert – und zwar ohne dass sich die Zahl der fälschlicherweise als Brustkrebs gekennzeichneten Bilder („falsch Positive“) erhöhte.

Personelle Entlastung

„Auf lange Sicht hoffen wir natürlich, dass KI die doppelte Begutachtung überflüssig macht“, kommentiert Töllner mit Blick in die Zukunft. „Dann könnte man in Fällen, bei denen die KI sicher davon ausgeht, dass keine Erkrankung vorliegt, nur noch von einer Ärztin oder einem Arzt die Befunde lesen lassen und KI könnte wirklich personell Entlastung schaffen.“ Befunde, bei denen die KI von einer Brustkrebs-Erkrankung ausgeht oder kein sicheres Ergebnis liefern kann, würden Ärztinnen und Ärzte dann auch weiterhin wie gewohnt begutachten – das wären aber immerhin aktuell nur noch etwa 30 Prozent der Fälle.

Das Bundesministerium für Gesundheit erkennt großes Potenzial im Einsatz von KI in der Medizin. KI kann die Treffsicherheit bei der Diagnosestellung erhöhen, den Arbeitsaufwand verringern und Personal entlasten. Bei KI in Medizinprodukten müssen vor einer flächendeckenden Anwendung wie bei jeder anderen neuen Technologie Nutzen und Risiken auf der Grundlage aussagekräftiger Studien von den zuständigen Stellen im Gesundheitswesen überprüft und evidenzbasiert bewertet werden. ■■■■

Ausführliche Informationen zum Thema Mammographie-Screening finden Sie unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/m/mammographie-screening

gesund.bund.de/brustkrebs

www.mammo-programm.de

Internationale Zusammenarbeit: Gemeinsam zur globalen Gesundheit

Seit Jahren engagiert sich Deutschland in der internationalen Zusammenarbeit, um Gesundheit weltweit zu verbessern. Dazu gehören auch Kooperationen wie die mit Südafrika, die im Rahmen des G20-Gipfels weiter gestärkt wurde.

Guido Schweiß-Gerwin



Der G20-Gipfel der Staats- und Regierungschefs im November 2025 war der erste überhaupt, der auf dem afrikanischen Kontinent stattfand. Auch die G20-Gesundheitsministerinnen und -minister trafen im November zusammen, um in der südafrikanischen Stadt Polokwane über die Stärkung des internationalen Gesundheitswesens, die Pandemievorsorge, den Umgang mit Infektionskrankheiten, neue Tuberkulose-Impfstoffe, die wachsende Bedeutung nicht-übertragbarer Erkrankungen sowie Fragen der Fachkräftegewinnung zu beraten. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken setzte mit ihrer Teilnahme an dem G20-Gesundheitsministertreffen auch ein klares Zeichen: Deutschland bleibt ein verlässlicher Partner in der globalen Gesundheitspolitik.

Vertiefte Kooperation auch mit Südafrika

Darüber hinaus beriet Ministerin Warken sich in bilateralen Gesprächen, unter anderem mit Singapur, Indonesien, Großbritannien und Irland, über Möglichkeiten für eine stärkere Zusammenarbeit der Länder und hob damit zugleich die Bedeutung bilateraler Kooperationen hervor. Südafrika ist seit 2023 im Rahmen der internationalen Gesundheitszusammenarbeit ein Partner Deutschlands. Basis dafür ist eine gemeinsame Absichtserklärung der beiden Gesundheitsministerien zur vertieften Kooperation. Anlässlich des Gipfels kamen Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsversorgung aus Südafrika und Deutschland daher zu weiteren Treffen zusammen.

Verbesserte Gesundheitsversorgung von Müttern, Säuglingen und Kindern

Aus Anlass ihrer Reise nach Südafrika besuchte Nina Warken unter anderem das Zentrum für Strategien zur Mütter-, Fötal-, Neugeborenen- und Kindergesundheit der University of Pretoria im Kalafong-Krankenhaus. Das Zentrum unter der Leitung von Professorin Ute Feucht betreibt Spitzenforschung, klinische Innovationen und stärkt die Gesundheitssysteme in enger Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium. Es trägt so maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Müttern, Säuglingen und Kindern in Südafrika und auf dem gesamten afrikanischen Kontinent bei. Insbesondere geht es darum, die Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit von Müttern sowie von Neugeborenen und Kindern während der gesamten Schwangerschaft, bei der Geburt und während der kritischen ersten 1.000 Lebensstage des Kindes zu senken.

Mehr als nur Medizin

Die Delegation besichtigte die verschiedenen Projektstationen und Geburtsstationen des Zentrums. „Mit welcher Überzeugung hier Mütter und Kinder unter für uns nicht vorstellbaren Bedingungen versorgt werden, ist sehr beeindruckend und geht ans Herz“, teilte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken ihre Eindrücke. Und: „Frauen mit Risikoschwangerschaften und Mütter von Frühgeborenen erleben Zeiten der Ungewissheit. Sie benötigen nicht nur medizinische Versorgung, sondern auch Mitgefühl und ein unterstützendes Netzwerk. Daher ist die Arbeit im Kalafong-Krankenhaus weit mehr als nur Medizin. Es ist eine zutiefst menschliche Mission.“

Im Einklang mit den Zielen für nachhaltige Entwicklung

Neben der Forschung und Behandlung von Frauen mit Plazentainsuffizienz und der Versorgung von Frühgeborenen liegt ein Schwerpunkt der Klinik auf dem Schutz von Kindern HIV-infizierter Mütter. Mit über fünf Millionen Betroffenen zählt Südafrika zu den am stärksten von HIV/Aids betroffenen Ländern weltweit. Die Arbeit des Zentrums hat nicht nur für die Universität, sondern auch für die nationale und globale Gesundheitspolitik Priorität. Insbesondere zählt es auf die Ziele für nachhaltige Entwicklung der Agenda 2030 ein, zu denen sich auch die Bundesregierung mit ihrer Strategie zur globalen Gesundheit bekennt.

Gemeinsame Bewältigung von Herausforderungen

Den Besuch im Zentrum nutzten die Vertreterinnen und Vertreter beider Länder daher auch, um Möglichkeiten für zukünftige Kooperationen mit deutschen Entwicklungsorganisationen, Universitäten und Forschungseinrichtungen auszuloten. Prof. Dr. Flavia Senkubuge, Dekanin der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der University of Pretoria, betonte: „Der heutige Tag bestätigt den Wert unserer Partnerschaft und spiegelt unseren gemeinsamen Glauben an die Bewältigung von Herausforderungen und die Entwicklung lösungsorientierter Ansätze wider.“

Bundesministerin Nina Warken und Prof. Dr. Flavia Senkubuge, Dekanin der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der University of Pretoria, bei ihrem Treffen im November 2025.

Weitere Informationen zum Thema Globale Gesundheitspolitik finden Sie unter:

[www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/
internationale-gesundheitspolitik/global](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/global)

BMG startet Dialogprozess: Wechseljahre aus der Tabuzone holen



Wechseljahre sind keine Krankheit, sondern eine natürliche Übergangszeit durch eine hormonelle Umstellung in der Lebensmitte, die auf jede Frau zukommt. Viele Frauen fühlen sich während dieser Zeit genauso gesund und wohl wie vorher, andere kämpfen mit starken Wechseljahresbeschwerden. Ein gesellschaftliches Tabuthema aber sollten die Wechseljahre ganz sicher nicht sein.

— Anja Lucas

Aktuell befindet sich jede fünfte Frau in Deutschland in den Wechseljahren – rund ein Drittel leidet unter starken Beschwerden. Die wohl bekanntesten Auswirkungen sind Hitzewallungen. Dass aber auch Schlafstörungen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Herzrasen und Bluthochdruck sowie Angstzustände, Nervosität oder Panikattacken ihre Ursache in der hormonellen Veränderung haben können, ist weniger bekannt. Umso wichtiger ist es, hierüber möglichst früh aufzuklären und die Gesamtgesellschaft für das Thema zu sensibilisieren. Genau hier setzt der Dialogprozess Wechseljahre an, den Bundesgesundheitsministerin Nina Warken im November 2025 gestartet hat und der dazu beitragen soll, das Thema aus der Tabuzone zu holen. „Ich möchte offen in unserer Gesellschaft über Frauengesundheit reden können – am Arbeitsplatz, in der Kantine, am Esstisch und in der Öffentlichkeit“, so die Ministerin zum Auftakt der Initiative. Gemeinsam mit Fraueninitiativen, Selbstverwaltung, Fachgesellschaften, Wissenschaft und Sozialpartnern werden mögliche Defizite und Bedarfe in den Bereichen Forschung und Daten, Information und Aufklärung sowie Versorgung und Arbeitswelt rund um die Wechseljahre identifiziert. Ein wichtiges Ziel ist es, konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Situation für Frauen in diesen Bereichen zu entwickeln. Im Herbst 2026 sollen die Ergebnisse des Dialogprozesses im Rahmen einer Abschlussveranstaltung öffentlich präsentiert werden.

Als neue Lebensphase begreifen

Ein zentraler Aspekt ist, die Wechseljahre als eine neue Lebensphase im Leben der Frau zu begreifen, die Veränderungen, aber auch Chancen mit sich bringt. Dass die Menopause nicht bloß eine Phase ist, „durch die wir alle mal durchmüssen“, weiß auch Sonja Bienemann vom Deutschen Verband für Wechseljahreberatung e. V. „Tatsächlich verändert das Sinken des Östrogenspiegels unseren Körper und beeinflusst unser seelisches Empfinden.“ Diese Veränderung schüre mitunter Ängste, so die Expertin. Aus ihren Gesprächen weiß sie aber auch, dass viele Frauen gestärkt aus den Wechseljahren herauskommen. „Denn sie nehmen sich einfach die Zeit, die sie brauchen, denken mehr an sich und starten eventuell sogar nochmal ganz neu durch.“ Das Empfinden der Wechseljahre hängt allerdings von verschiedenen Faktoren ab, etwa von individuellen Erfahrungen mit dem eigenen Körper, der Haltung zum eigenen Alterwerden oder auch körperlichen, familiären und gesellschaftlichen Umständen.

Fakt ist aktuell aber auch immer noch, „dass Frauen zu wenig über ihren eigenen Körper wissen und zu wenig darüber aufgeklärt werden, was sie in den verschiedenen Phasen der Wechseljahre erwartet“, sagt Sonja Bienemann. Das belegt auch die Studie

„Wechseljahre im Fokus“, die das Marktforschungsinstitut HEUTE UND MORGEN 2024 mit GKV-versicherten Frauen durchführte. Demnach fühlt sich lediglich ein Viertel der befragten Frauen gut auf die neue Lebensphase vorbereitet. Das Bedürfnis nach mehr Informationen ist groß, weiß Bienemann und sagt: „Wir müssen die Frauen in die Lage versetzen, selbst qualifiziert über ihren persönlichen Umgang mit den Wechseljahren zu entscheiden.“

Mehr Verständnis am Arbeitsplatz

Laut der „Wechseljahre im Fokus“-Studie wirkt sich die hormonelle Umstellung in vielen Fällen auch auf die berufliche Leistungsfähigkeit aus. Wechseljahresbeschwerden können zu eingeschränkter Arbeitsfähigkeit, erhöhten Fehlzeiten oder gar Arbeitsausfällen führen. „Ein Aspekt, der öffentlich bisher kaum Beachtung findet oder am Arbeitsplatz sogar tabuisiert wird“, heißt es dazu in der Studie. Beinahe jede zweite Frau empfindet es demnach als belastend, über das Thema mit ihrem Arbeitgeber zu sprechen. Deshalb will die Bundesgesundheitsministerin mit dem Dialogprozess auch hier ein Tabu brechen und speziell bei Arbeitgebern für Verständnis werben.

Mit gutem Beispiel voran gehen bereits die Berliner Stadtreinigungsbetriebe (BSR). Die meisten Berufe hier waren bisher von Männern dominiert. „Doch mittlerweile arbeiten Frauen bei uns in allen Bereichen – sowohl in der Verwaltung als auch auf dem Müllfahrzeug“, sagt Simone Sabrowski. „Und wir wissen, welche Herausforderungen damit gerade in den Wechseljahren verbunden sind.“ Deshalb hat sie als Gesamtfrauenvertreterin der BSR das Thema nun gemeinsam mit Kolleginnen aus der Abfallwirtschaft und der Hauptverwaltung bewusst angestoßen. „Die positive Rückmeldung aus dem Netzwerk zeigt, wie wichtig dieses Anliegen ist. Nun hoffen wir, dass es im Unternehmen weiter an Fahrt aufnimmt und nachhaltig vorangebracht wird.“

Weitere Informationen zum Thema Wechseljahre und zum Dialogprozess finden Sie unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frauengesundheit/faq-dialogprozess-wechseljahre

gesund.bund.de/wechseljahre

www.frauengesundheitsportal.de/themen/wechseljahre

Neue Strukturen, mehr Qualität: Das Vertrauen ins System zurückgewinnen

Im Interview sprach Katja Kohfeld, Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, über aktuelle Aufgaben in der Gesundheitspolitik und zentrale Reformpläne für 2026. —



Katja Kohfeld ist seit Juni 2025 Staatssekretärin im BMG. Zuvor war sie bereits Unterabteilungsleiterin für Krankenversicherung.

Frau Kohfeld, wo liegen die größten gesundheitspolitischen Herausforderungen in dieser Legislaturperiode?

Ein großes Thema ist die Stabilisierung der Finanzen von gesetzlicher Kranken- und sozialer Pflegeversicherung. Zudem stehen Strukturmaßnahmen an, die Reform der Krankenhauslandschaft genauso wie die der ambulanten Versorgung und der Notfallversorgung. Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt ist das Gesundheitssicherstellungsgesetz.

Beginnen wir mit der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Wie soll das Ansteigen der Versicherungsbeiträge in Zukunft gestoppt werden?

Das Hauptproblem ist, dass die Ausgaben im Gesundheitswesen die Einnahmen

derzeit deutlich übersteigen. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat eine FinanzKommission Gesundheit eingesetzt, die bis Ende März wissenschaftliche Vorschläge erarbeitet, an denen wir uns für Einsparmaßnahmen orientieren, die dann bereits 2027 greifen. In einem zweiten Bericht wird die Kommission langfristige Strukturmaßnahmen erarbeiten. Alle Vorschläge müssen wir natürlich politisch bewerten und sehen, welche zur Umsetzung kommen und wie sie ausgestaltet werden.

Ziel ist es, das Gesundheitswesen auf seinem hohen Niveau und gleichzeitig finanzierbar zu halten. Wir wollen durch Maßnahmen wie die Krankenhausreform Qualität verbessern und so langfristig die Effizienz steigern.

Inwieweit kann die Krankenhausreform das Personal vor Ort entlasten?

Insbesondere der Fachkräftemangel macht es unmöglich, unsere aktuelle Krankenhauslandschaft künftig mit dem notwendigen Personal auszustatten. Wir werden deshalb Qualitätskriterien festlegen, die ein Krankenhaus erfüllen muss, um bestimmte Leistungen finanziert zu bekommen. Zum Beispiel eine Mindestanzahl an Personal oder an Fällen für bestimmte Leistungen, von denen wir wissen, dass das Behandlungsergebnis davon abhängt, wie häufig diese Leistung erbracht wird. Die Grund- und Notfallversorgung im Krankenhaus unterliegt

dabei natürlich anderen Kriterien als spezialisierte Kliniken oder komplexe Leistungen.

Das bedeutet nicht zwingend, dass man für spezialisierte Leistungen weit fahren muss. Die Versorgung ändert sich. Durch den medizinischen Fortschritt können viele Leistungen, die früher zwingend stationär erbracht werden mussten, nun ambulant ablaufen. Zudem wird es ja auch eine umfassende Reform des ambulanten Bereichs geben.

Damit sind wir beim Thema Primärarztssystem. Wie kann das helfen, lange Wartezeiten auf Termine in der fachärztlichen Praxis zu vermeiden?

Zur genauen Ausgestaltung werden wir intensive Fachgespräche führen, auch mit Patientinnen- und Patientenverbänden. Ziel ist eine bessere Patientensteuerung. Erste Anlaufstelle im Krankheitsfall ist dann in der Regel jeweils die Hausärztin oder der Hausarzt, um zu klären: Brauche ich überhaupt eine fachärztliche Behandlung und wenn ja, welche und wie dringend? Nicht mit jeder Erkältung muss man direkt zum Facharzt. So bekommen diejenigen schneller einen Termin, die wirklich eine fachärztliche Versorgung benötigen. Zudem wollen wir ein besseres digitales Terminbuchungssystem etablieren. Durch die gezielte Steuerung und dadurch schnellere Behandlung werden Krankheiten seltener verschleppt. Das führt mittel- und langfristig zu



Staatssekretärin Katja Kohfeld im Gespräch mit Redakteurin Dr. Sarah Meyer-Dietrich.

geringeren Folgekosten und verbessert so wiederum die Finanzierungssituation der Krankenversicherung.

Um zu verhindern, dass Menschen schwer erkranken, spielt auch das Thema Prävention eine Rolle. Was sind da die Stellschrauben?

Prävention muss stärker genutzt und einfacher zugänglich gemacht werden. Auch hier erwarten wir Ende des Jahres Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit, in die bewusst ein Experte für Prävention berufen wurde. In Bezug auf die Kosten muss man sich aber bewusst sein, dass sich präventive Maßnahmen erst nach Jahren oder Jahrzehnten finanziell auszahlen. Gleichzeitig stellt sich natürlich immer die Frage: Was kann ein Gesundheitssystem an der Stelle leisten und wie viel muss die Bevölkerung selbst und auch die Gesellschaft im Ganzen einbringen?

Kommen wir zur Notfall- und Rettungsdienstreform: Was ist deren Ziel?

Wir beobachten, dass zuständige Notfallstrukturen im ambulanten Bereich


immer öfter umgangen werden. Bürgerinnen und Bürger erhoffen sich zu oft eine schnellere und bessere Versorgung direkt in den Kliniken. Künftig sollen die Versorgungsstrukturen deshalb besser zusammengedacht und die Notfall-Leitzentralen stärker digital vernetzt werden. Wenn ein Rettungswagen rausfährt, muss das Personal alle Informationen haben, die mit dem Notruf abgesetzt wurden. Es muss möglich sein, direkt vor Ort abschließend zu behandeln und das auch entsprechend abzurechnen. Denkbar wäre, dass Bürgerinnen und Bürger, die den Notruf wählen, gleich mit einer Ärztin oder einem Arzt verbunden werden oder die Möglichkeit einer Videosprechstunde in Anspruch nehmen können. Wer eine Notdienststelle im Krankenhaus aufsuchen will, ruft vorher trotzdem den Notruf an. Bei Ankunft wären dann alle Informationen schon hinterlegt.

Eingangs sprachen Sie das Gesundheitssicherstellungsgesetz an. Was steckt dahinter?

Die aktuelle geopolitische Lage stellt auch das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen. Das zeigt sich

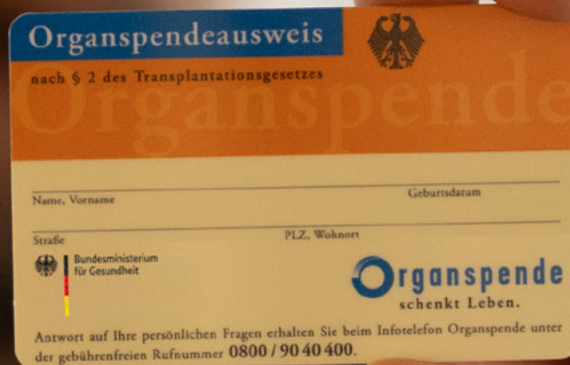
aber beispielsweise auch an dem kürzlichen Stromausfall in Berlin. Pflegeheime mussten evakuiert und ambulant beatmete Patientinnen und Patienten versorgt werden. Im Zivil-, Verteidigungs- oder Bündnisfall müssen wir zusätzliche Kapazitäten schaffen, um die Versorgung der Zivilbevölkerung aufrechtzuerhalten und trotzdem militärische Bedarfe mitbedienen zu können. Im Laufe des Jahres werden wir dafür das Gesundheitssicherstellungsgesetz erarbeiten – gemeinsam mit Ländern und Kommunen.

Frau Kohfeld, was wünschen Sie sich, in dieser Legislatur erreichen zu können?

Das Gesundheitssystem an den notwendigen Stellen so zu reformieren, dass die Bürgerinnen und Bürger ihr Vertrauen in das System zurückgewinnen. Und ich wünsche mir eine gute Zusammenarbeit – mit den Menschen hier im Ministerium genauso wie im gesamten Gesundheitssystem. 

Viele Krankheiten, insbesondere einige Krebsarten, zeigen gerade im Anfangsstadium wenige bis keine Symptome. Oft aber gilt: Je eher die Krankheit erkannt wird, desto besser stehen die Heilungschancen. Darum ist es wichtig, regelmäßige Kontrollen in Form von Vorsorge- beziehungsweise Früherkennungsuntersuchungen wahrzunehmen. Hier ein Überblick, welche davon speziell für Frauen empfohlen und wo sie durchgeführt werden.

Allgemeine Vorsorge (von den Krankenkassen getragen)		
zwischen 18 und 34 Jahren	<ul style="list-style-type: none">• einmaliger Gesundheits-Check-up• Sexuell aktiven Frauen bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr soll einmal jährlich die Untersuchung auf genitale Chlamydia-trachomatis-Infektionen angeboten werden.	Durchführung in der hausärztlichen Praxis Durchführung z. B. in einer gynäkologischen Facharztpraxis
ab 35 Jahren	<ul style="list-style-type: none">• Gesundheits-Check-up alle drei Jahre zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) und Nieren-Erkrankungen, ggf. Feststellung von Risikofaktoren wie Bluthochdruck, erhöhte Blutzuckerwerte etc.	Durchführung in der hausärztlichen Praxis, bei Bedarf Überweisung an eine entsprechende Facharztpraxis
ab 35 Jahren	<ul style="list-style-type: none">• einmaliger Test auf Hepatitis B und Hepatitis C, um unentdeckte Infektionen zu erkennen und zu behandeln	Durchführung in der hausärztlichen Praxis, bei Bedarf Überweisung an eine entsprechende Facharztpraxis
Krebsfrüherkennung (von den Krankenkassen getragen)		
zwischen 20 und 34 Jahren	<ul style="list-style-type: none">• jährliche gynäkologische Tastuntersuchung und Untersuchung der genitalen Hautregion• jährlicher zytologischer Abstrich (Pap-Abstrich) zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs• Beratung über das Ergebnis <p>(gesetzlich versicherte Frauen erhalten von ihrer Krankenkasse im Alter von 20 bis 65 Jahren alle fünf Jahre eine Einladung zur Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung und Informationen über die Untersuchung)</p>	Durchführung in einer gynäkologischen Facharztpraxis
ab 30 Jahren	<ul style="list-style-type: none">• jährliche ärztliche Tastuntersuchung der Brust und regionären Lymphknoten sowie Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust zur Früherkennung von Brustkrebs <p>(erfolgt in Verbindung mit jährlicher gynäkologischer Tastuntersuchung)</p>	Durchführung in einer gynäkologischen Facharztpraxis
ab 35 Jahren	<ul style="list-style-type: none">• alle drei Jahre Kombinationsuntersuchung aus HPV-Test und zytologischem Abstrich (Pap-Abstrich)• jährliche gynäkologische Tastuntersuchung und Untersuchung der genitalen Hautregion (in jedem dritten Jahr mit o. a. Kombinationsuntersuchung)• Beratung über das Ergebnis <p>(gesetzlich versicherte Frauen erhalten von ihrer Krankenkasse im Alter von 20 bis 65 Jahren alle fünf Jahre eine Einladung zur Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung und Informationen über die Untersuchung)</p>	Durchführung in einer gynäkologischen Facharztpraxis
ab 35 Jahren	<ul style="list-style-type: none">• alle zwei Jahre visuelle (mit bloßem Auge) Ganzkörperuntersuchung der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes und aller Körperhaufalten (ggf. unter Zuhilfenahme einer beleuchteten Handlupe [Dermatoskop]) zur Früherkennung von Hautkrebs• Befundmitteilung und Beratung	Durchführung in einer hausärztlichen Praxis (nicht alle bieten diese Untersuchung an) oder in einer dermatologischen Facharztpraxis
zwischen 50 und 75 Jahren	<ul style="list-style-type: none">• alle zwei Jahre Mammographie-Screening (Röntgenaufnahmen beider Brüste) zur Früherkennung von Brustkrebs <p>(alle Frauen im Alter von 50 bis 75 Jahren erhalten alle zwei Jahre eine schriftliche Einladung und eine Entscheidungshilfe mit Informationen über die Untersuchung)</p>	Durchführung in zertifizierten Screening-Einheiten (hier handelt es sich zumeist um radiologische Praxen/Institute; teilweise auch um gynäkologische Praxen/Institute)
ab 50 Jahren	<ul style="list-style-type: none">• zweijährliche Untersuchung auf verstecktes Blut im Stuhl zur Früherkennung von Darmkrebs, alternativ:• zwei große Darmspiegelungen im Abstand von mindestens zehn Jahren <p>(gesetzlich versicherte Frauen erhalten von ihrer Krankenkasse im Alter von 50, 55, 60 und 65 Jahren eine Einladung zur Darmkrebsfrüherkennung und Informationen über die beiden Untersuchungsmöglichkeiten)</p>	Ausgabe des Stuhltests in der hausärztlichen Praxis oder einer gynäkologischen, internistischen oder urologischen Facharztpraxis, Durchführung des Stuhltests zu Hause, danach Abgabe in der Praxis Durchführung einer Früherkennungs-Darm- spiegelung nur in gastroenterologischen Facharzt- praxen oder ggf. ambulant in Kliniken



Organ- und Gewebespende: Ein Ja, das zählt

Auch mit Einführung des
Organspende-Registers bleibt
der Organspendeausweis
weiterhin gültig.

Etwa 8.100 Menschen warten aktuell in Deutschland auf ein Spenderorgan. Das im März 2024 gestartete Organspende-Register ermöglicht es, die Entscheidung schnell und einfach auch digital festzuhalten. Ein neuer Gesetzentwurf zur Lebendorganspende soll die Zahl der Transplantationen von Nieren zusätzlich erhöhen. —

Der „Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes“ erlaubt sogenannte Überkreuz-Lebendnierenspenden sowie anonyme Spenden von Nieren an eine der Spenderin oder dem Spender nicht bekannte Person. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken findet angesichts der Neuerungen klare Worte: „Es gibt viele Menschen, die dringend auf eine Organtransplantation angewiesen sind. Wir brauchen daher deutlich mehr Organspenden als bisher.“

Die Geschichten der Menschen, die selbst ein Organ oder Gewebe erhalten haben, machen die Bedeutung von Organspenden besonders deutlich. So wie Bera Wierhake, die bei den World Transplant Games (WTG) 2025 in Dresden einen neuen Weltrekord aufstellte. Bei den alle zwei Jahre stattfindenden WTG sagen Athletinnen und Athleten deutlich Ja zur Organspende und zeigen, was im Leben nach einer Transplantation möglich ist.

Bera Wierhake

Eine etwa 30 Zentimeter lange Narbe am Bauch erinnert Bera Wierhake an ihren schwierigen Start ins Leben. Bereits bei der Geburt traten erste Komplikationen mit der Leber auf. Erst die dritte Leber nahm ihr Körper an, da war sie neun Monate alt. Von ihrem Spender weiß sie aufgrund des Anonymitätsgrundsatzes in der Transplantationsmedizin wenig, nur dass er zum Zeitpunkt der Spende über 50 Jahre alt war. Ihre Leber ist also bereits um die 80 Jahre alt, funktioniert aber trotzdem gut. Neben dem neuen Weltrekord bei den WTG in Dresden ist die 26-Jährige bereits siebenfache Weltmeisterin und vierfache Europameisterin. Ihre Lauf-Disziplinen sind 400, 800, 1.500 und 5.000 Meter. —

„*Da wird mir auch immer wieder bewusst, wie groß die Not von Organ-Angeboten in Deutschland ist.*“



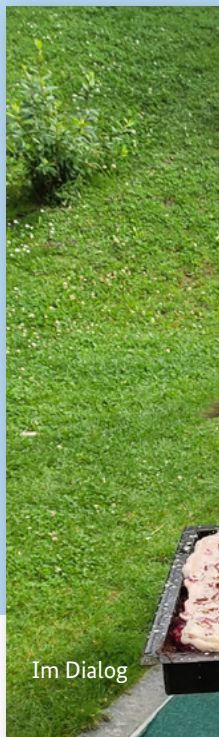
Im Jahr 2025 wurden in den 43 deutschen Transplantationszentren über 3.200 Organe transplantiert, die Spenderinnen und Spendern in Deutschland oder im Ausland entnommen wurden.



Sascha Koch

Eine Pilzvergiftung, ausgelöst durch einen selbst im Wald gesammelten, hochgiftigen Grünen Knollenblätterpilz, war der Grund für Sascha Kochs Leberversagen. Zwischen der Pilzpflanze, der Vergiftung und der Transplantation lagen nur vier Tage. Heute fährt er wieder Motocross und engagiert sich bei den Transplant-Kids, einem Verein für transplantierte Kinder.

” Wenn es mir mal nicht so gut geht, denke ich daran, was ich für ein Glück hatte. Schlechte Laune lasse ich dann nicht zu. Ich finde, das bin ich der Spenderin schuldig.





Simon Benz

Der 36-jährige Simon Benz hat Trisomie 21. Verbunden mit dieser auch als Down-Syndrom bekannten Anomalie ist häufig die Deformation der Augenhornhaut, genannt Keratokonus, was zur Erblindung führen kann. Simon Benz' Hornhaut wurde immer dünner und drohte zu reißen. Nur eine Transplantation konnte noch helfen. Seither kann er sogar wieder schwimmen und tauchen.

„*Ich bin der Spenderin oder dem Spender sehr dankbar – und habe inzwischen selbst einen Organspendeausweis.*“

Margit Sehl

Eine Fuchs'sche Dystrophie sorgte bei Margit Sehl dafür, dass ihr Sehvermögen nachließ und sie immer grauer und verschwommener sah. In der Mainzer Uni-Augenklinik erhielt sie für beide Augen Hornhauttransplantate.

„*Über meine Erkrankung ist mir erst klar geworden, wie wichtig die Augenhornhaut ist. Deshalb habe ich nun selbst auch einen Organspendeausweis.*“



Viktoriia Pelin

Wegen eines seltenen Gendefekts waren die Nieren von Viktoriia Pelin von Geburt an nicht voll funktionsfähig. 2014 bekam die gebürtige Ukrainerin in der Uniklinik in Köln eine Spenderniere von ihrem Vater transplantiert. Die beiden haben unterschiedliche Blutgruppen, was eine Transplantation sehr schwierig macht. Nach der Operation sind daher noch mehr Medikamente als bei anderen Transplantationen nötig, damit der Körper das fremde Organ nicht abstößt. Heute fährt Viktoriia viel Rad, tanzt Hip-Hop und möchte nach dem Abitur Nephrologin werden. Als auf Nierenerkrankungen spezialisierte Ärztin will sie anderen Menschen beistehen.

„*Vielleicht kann ich ja dabei helfen, eine künstliche Niere zu erfinden. Oder etwas, das den Transplantierten das Leben erleichtert.*“



Auf ein Spenderorgan angewiesen zu sein, kann jedem Menschen passieren: Ein einfacher Mückenstich am Fuß und in der Folge eine verschleppte Virusinfektion führten bei Hubert Knicker 1995 im Alter von 37 Jahren zu einer schweren Herzmuskelentzündung.



”

*Auch ein Nein im
Organspendeausweis
ist okay. Aber beschäftigt
euch bitte damit.*

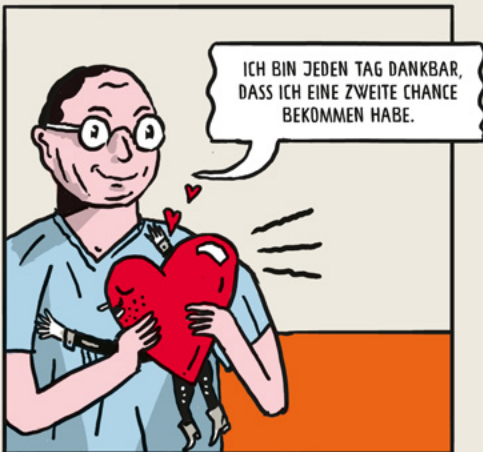
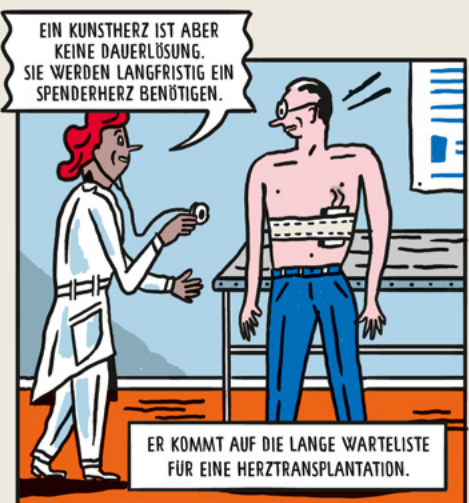
Hubert Knicker

Der verheiratete Krankenpfleger wird mit einer Herzleistung von 30 Prozent arbeitsunfähig, fühlt sich schlapp und kurzatmig, muss täglich zahlreiche Herzmedikamente einnehmen. Im weiteren Verlauf der Erkrankung wird ein implantierter Defibrillator notwendig, der ihn eines Nachts wiederbelebt. Später folgt ein Kunstherzsystem.

Im Jahr 2010 macht ein Defekt des Kunstherzes eine Herztransplantation unausweichlich. Knicker hat Glück. Ein geeignetes Spenderherz ist über Eurotransplant, die Stiftung, die in mehreren europäischen Ländern für die Vermittlung von Spende-Organen zuständig ist, schnell verfügbar. Hubert Knicker empfindet seither jeden Tag als Geschenk. Um etwas zurückzugeben, erzählt er seine Krankengeschichte an Schulen und zu Besuch bei Vereinen. Ziel seines ehrenamtlichen und unermüdlichen Einsatzes ist es, dass sich viele Menschen mit dem Thema Organspende auseinandersetzen.



Im Dialog



Krankheitsbild Endometriose: Unterschätzt und unterdiagnostiziert

Endometriose gilt als zweithäufigste gynäkologische Erkrankung in Deutschland. Betroffene sind in ihrer Lebensqualität stark eingeschränkt – und doch werden Diagnosen oft noch sehr spät gestellt.

— Petra Lapps



Geschätzt zwei Millionen Menschen in Deutschland sind von Endometriose betroffen. Es handelt sich um eine gutartige, jedoch chronisch verlaufende Erkrankung, deren Ursache bislang nicht bekannt ist. Dabei wächst Gewebe, das der Gebärmutter Schleimhaut ähnelt, außerhalb der Gebärmutterhöhle, etwa an Eierstöcken, im Bauch- und Beckenraum oder auch in die Gebärmuttermuskelwand. Das führt zu starken Regelschmerzen, verbunden mit Übelkeit, Erbrechen und Durchfall. Trotz der starken Einschränkungen der Lebensqualität wird das Krankheitsbild oft zu spät erkannt – häufig erst bei unerfülltem Kinderwunsch. Bei 40 bis 50 Prozent aller ungewollt kinderlosen Frauen, so die Schätzung, dürfte Endometriose die Ursache sein.

Keine einfache Diagnose

Erschwert wird die Diagnose dadurch, dass Regelschmerzen ein eher unspezifisches Symptom darstellen, das häufig normalisiert wird. „Etwa 70 Prozent aller menstruierenden Menschen leiden unter Regelschmerzen“, erklärt Prof. Dr. Sylvia Mechsner, Endometrioseforscherin und Leiterin des Endometriosezentrums der Charité in Berlin. „Keiner kann sich vorstellen, wie schlimm die Schmerzen wirklich sind. Von Endometriose Betroffene werden deshalb oft nicht ernst genommen. Da muss man durch, heißt es dann, stell dich nicht so an.“ Zudem ist Endometriose selbst im Ultraschall nicht immer eindeutig zu erkennen, vor allem nicht die Adenomyose, bei der die Einnistung von Gebärmutter Schleimhaut-Gewebe in die Gebärmutterwand starke Regelschmerzen verursacht. „Niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen fehlt auch oft die Erfahrung, um die feinen Veränderungen im Ultraschall zu erkennen“, berichtet Mechsner.

Bessere Breitenversorgung

Die Folge sind überfüllte Endometriosezentren, weil sich dort nicht selten Frauen mit zwar schlimmen, aber nicht durch Adenomyose und Endometriose verursachten Regelschmerzen vorstellen. „Niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen müssen daher dafür geschult werden, Endometriose zu diagnostizieren“, so Mechsner. „Die Grundversorgung muss in den Praxen stattfinden.“ Um sie dabei zu unterstützen, Symptome und Ursachen der Regelschmerzen abzuklären, verantwortet die Professorin an der Charité das Projekt MeMäF (Menstruationsschmerzen bei Mädchen und jungen Frauen). Es trägt dazu bei, Endometriose schon bei jungen Mädchen zu

identifizieren, und hilft zugleich den nicht von der Erkrankung Betroffenen, ihre Regelschmerzen in den Griff zu bekommen. Im Projekt erhielten 3.000 junge Frauen im Alter von 16 bis 24 Jahren Zugang zur Projekt-App „period“. Sie enthält Informationen über Zyklus, Gebärmutteranatomie und Menstruationsschmerzen sowie über diverse Therapiemöglichkeiten.

Beschwerden effizient behandeln

Die etwa 220 Projektteilnehmerinnen, bei denen Schmerzmittel keine Lösung brachten, wurden in die weitere Versorgung genommen mit Hormontherapie, Physiotherapie, Ernährung und psychologischer Begleitung. „Durch so eine stufenweise Herangehensweise, ergänzt um eine ausführliche Anamnese, können wir gut sagen, wer bereits Endometriose in einer Frühform hat oder ein besonderes Risiko, sie zu entwickeln“, sagt Mechsner. „Eine sichere Diagnose gibt es zu diesem frühen Zeitpunkt meist nicht. Das ist aber auch nicht nötig, um die Beschwerden effizient zu behandeln.“ Für die Endometriosezentren, in denen Frauen mit einer Diagnose dann weiter behandelt werden, wünscht sich Prof. Dr. Sylvia Mechsner interdisziplinäre Teams, die für die gesamte multimodale Versorgung von Schmerztherapie über Physio- und Psychotherapie bis hin zu einer möglichen OP verantwortlich sind.

Forschungsfokus

Neben einer ausreichenden Versorgung der Betroffenen ist auch die Endometriose-Forschung ein Bereich, der künftig stärker in den Blick genommen werden soll. So soll dieses komplexe Krankheitsbild einen besonderen Fokus im vom Bundesministerium für Gesundheit geplanten Forschungsschwerpunkt Frauengesundheit bekommen. —

Mehr zum Thema Endometriose erfahren Sie unter:

gesund.bund.de/endometriose

www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/startschuss-forschungsfoerderung-frauengesundheit-pm-14-01-26

Lebenswichtige Unterschiede:

5 Fragen zum Herzinfarkt bei Frauen und Männern



1

Wie entsteht ein Herzinfarkt?

Bei einem Herzinfarkt wird ein Teil des Herzens plötzlich nicht mehr ausreichend mit Blut und Sauerstoff versorgt. Ursache ist ein Verschluss der Herzkranzgefäße, etwa mit einem Blutgerinnsel. In den meisten Fällen geht dem eine Einengung der Herzkranzgefäße voraus – die sogenannte koronare Herzkrankheit (KHK). Durch Ablagerungen aus Cholesterin verengen die Gefäße (Arteriosklerose), die den Herzmuskel mit Sauerstoff versorgen.

2

Welche Anzeichen sind „typisch Mann“?

Bei Männern ist das bekannteste Herzinfarkt-Symptom ein plötzlicher, sehr starker Schmerz, der überwiegend im Brustkorb hinter dem Brustbein auftritt. In der Regel hält dieser Schmerz länger als fünf Minuten an und kann auch in andere Körperregionen ausstrahlen – zum Beispiel in die Arme, den Oberbauch, den Bereich zwischen den Schulterblättern, den Rücken oder auch Hals und Kiefer.

3

Welche Anzeichen sind „typisch Frau“?

Der klassische Brustschmerz ist bei Frauen häufig nicht so stark ausgeprägt oder kann sogar ganz ausbleiben. Frauen verspüren bei einem Herzinfarkt oft Übelkeit, Erbrechen, Atemnot und Schmerzen im Oberbauch. Daher sollten Frauen auch bei diesen Beschwerden den Rettungsdienst rufen, wenn sie beunruhigend stark auftreten. Weitere Symptome können Schweißausbrüche, Rückenschmerzen, Ziehen in den Armen, unerklärliche Müdigkeit oder auch Depressionen sein.

4

Warum ist ein Herzinfarkt bei Frauen tödlicher als bei Männern?

Ein Herzinfarkt trifft zwar mehr Männer als Frauen, dennoch gehört er auch bei Frauen zu den häufigsten Todesursachen. In Deutschland starben im Jahr 2024 rund 16.400 Frauen daran. Durch unspezifische Beschwerden und mangelnde Aufklärung über Herzkrankungen bei Frauen werden Symptome oft falsch gedeutet oder zu spät behandelt. Frauen haben nach einem Herzinfarkt nicht nur schlechtere Überlebenschancen, sie haben laut Studien auch geringere Chancen auf Genesung als Männer. Ein Grund dafür ist das höhere Lebensalter der Frauen bei einem Herzinfarkt.

5

Wie kann man einem Herzinfarkt vorbeugen?

Wer sich ausreichend bewegt, Stress vermeidet, auf eine ausgewogene Ernährung achtet und seinen Blutdruck im Blick behält, kann das Risiko senken. Rauchen und Übergewicht sind zu vermeiden. Auch eine Vorsorgeuntersuchung ist sinnvoll, um Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes oder einen erhöhten Cholesterinspiegel früh zu erkennen und zu behandeln. Zudem schützen Grippeimpfungen nicht nur vor Infekten, sondern auch vor Herzinfarkten.

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)

 www.gebaerdentelefon.de/bmg



Online

www.bundesgesundheitsministerium.de

youtube.com/BMGesundheit

facebook.com/bmg.bund

x.com/BMG_Bund

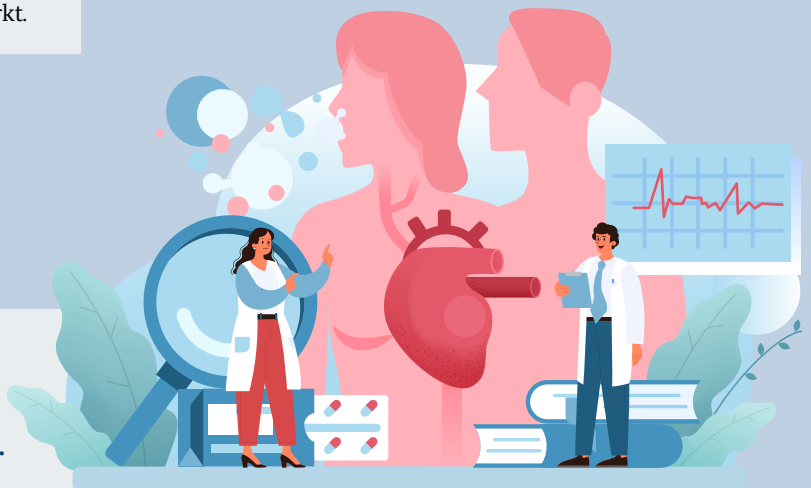
instagram.com/bundesgesundheitsministerium




E-Mail

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

ImDialog@bmg.bund.de



Das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Bürgertelefon erreichen Sie Montag bis Mittwoch von 8 bis 16 Uhr, Donnerstag von 8 bis 18 Uhr und am Freitag von 8 bis 12 Uhr.



Unter anderem spart das neue Gesetz den Pflegefachpersonen Zeit für organisatorische Aufgaben, die sie besser den Pflegebedürftigen widmen können.

Neues Pflegegesetz für mehr Fachkompetenz:

Pflege kann viel mehr

Die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen sollen in der Versorgung besser genutzt werden. Mit einem neuen Gesetz, das zum Jahreswechsel in Kraft getreten ist, bekommen sie nun mehr Befugnisse übertragen.

— Petra Lapps

Die häusliche Pflege ist nur ein Bereich, der von dem Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) profitiert. Auch in Krankenhäusern und stationären Einrichtungen soll das neue Gesetz für Entlastung, mehr Befugnisse und weniger Bürokratie sorgen. „Pflegefachpersonen können viel mehr, als sie bislang dürfen. Wir wollen deshalb künftig die Kompetenzen der Pflegefachpersonen besser einsetzen. Ihre Fähigkeiten sollen sie entsprechend ihrer Qualifikation eigenverantwortlich nutzen“, erläutert Christian Luft, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit. „Gerade bei der Versorgung von Diabetikern, bei der Wundversorgung oder bei Pflegebedürftigen mit Demenz ist das eine große Hilfe. Gleichzeitig wird mit dem Gesetz die Pflege von unnötigen Vorgaben entlastet“, so der Staatssekretär weiter.

Mehr Befugnisse, weniger Bürokratie

So dürfen Pflegefachpersonen künftig beispielsweise nach einer ärztlichen Erstdiagnose bestimmte Leistungen erbringen, die zuvor nur Ärztinnen und Ärzte übernehmen durften. Oder sie können aufgrund ihrer Erfahrung bestimmte Leistungen ohne

eine ärztliche Diagnose allein auf Grundlage des festgestellten Pflegebedarfs durchführen. „Wir wissen ja aufgrund unserer Ausbildung, was wir selbst beurteilen können und wann wir besser eine Ärztin oder einen Arzt zurate ziehen“, bestätigt Pflegerin Bojana Carapic. Und weiter resümiert die Mitarbeiterin eines ambulanten Pflegedienstes: „Das spart uns viel Zeit, die wir besser den Pflegebedürftigen widmen können, zudem reduziert es Kosten.“ Auch die von ihr betreuten pflegebedürftigen Personen sind zufrieden, denn ihnen wird schnell und unbürokratisch geholfen. Zu beachten ist, dass das Pflegebefugnisgesetz den Rahmen für die eigenverantwortliche Leistungserbringung festlegt. Die genaue Ausgestaltung, das heißt, welche Leistungen Pflegefachpersonen ohne ärztliche Anordnung künftig durchführen dürfen, wird von der Selbstverwaltung unter Beteiligung der Pflegeberufsverbände festgelegt.

Erleichterungen für Pflegende und Pflegebedürftige

Das geänderte Gesetz greift auch auf anderen Ebenen – etwa wenn es um Regelungen im Pflegevergütungsrecht oder die Beratungsbesuche geht. So mussten bisher beispielsweise pflege-



bedürftige Personen mit Pflegegrad 4 oder 5, die ausschließlich Pflegegeld beziehen und noch zu Hause leben, vierteljährlich eine Beratung abrufen. Jetzt ist diese Beratung nur noch halbjährlich verpflichtend, kann jedoch bei Bedarf auch vierteljährlich erfolgen.

Wenn sich während des Aufenthalts in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz eine Pflegesituation akut verändert beziehungsweise sich der Zustand einer pflegebedürftigen Person verschlechtert, können mit dem überarbeiteten Gesetz zudem Verfahren bei solchen eilbedürftigen Pflegeanträgen beschleunigt werden.

Auch sollen Pflegekräfte nicht unnötig viel Zeit in organisatorische Aufgaben investieren müssen (beispielsweise durch eine lückenlose Dokumentation). Die Dokumentation wird daher auf ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß begrenzt. Dies wird nun mit der Neuregelung auch explizit für die Beurteilung der Pflegequalität festgeschrieben.

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken begrüßt die Erleichterungen und Verbesserungen, die das Gesetz mit sich bringt: „Die stabilste pflegerische Versorgung ist nichts wert ohne die Beschäftigten, die darin arbeiten. Ein Kernanliegen ist es, für sie gute Rahmenbedingungen zu schaffen, damit sie für Pflegebedürftige da sein können und wollen.“

Alle Änderungen, die sich durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) ergeben, finden Sie im Überblick unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gesetz-befugniserweiterung-entbuerokratisierung-pflege



Berufsfeld Diätassistentenz:

Eine Ernährungsstrategie für den Alltag finden

Wie wir uns ernähren, wirkt auf unsere Gesundheit. Diätassistentinnen und -assistenten widmen sich dem Thema Ernährung intensiv und in allen Facetten – und berücksichtigen dabei die unterschiedlichen Belange ihrer Patientinnen und Patienten.

Guido Schweiß-Gerwin

Für die Auszubildende zur Diätassistentin Beatrice Schoppe bedeutet die richtige Ernährung mehr Lebensqualität. „Ich habe Rheuma“, erzählt sie. „Eine entsprechend angepasste Ernährung hat meine Situation verbessert und meine Schmerzen verringert.“ Den Beruf Diätassistentin kannte sie zuvor nicht. Sie wollte etwas mit Ernährung lernen. Informationen zur Ausbildung fand sie im Internet – und damit auch Hilfe für die eigene Erkrankung. Mittlerweile ist die 19-Jährige im zweiten Ausbildungsjahr. Die Ausbildung am Universitätsklinikum in Münster (UKM)

erfüllt ihre Erwartungen voll und ganz. „Wir haben sehr viele verschiedene Fächer. Die Ausbildung ist sehr abwechslungsreich. Der Praxisanteil ist hoch. Es macht großen Spaß“, so Schoppe. „Ich möchte mit meinem Beruf anderen Menschen helfen, damit sie wie ich selbst durch Ernährung mehr Lebensqualität gewinnen“, beschreibt sie ihr Berufsziel.

Beratung und Prävention im Fokus

Die Ausbildung zur Diätassistentin beziehungsweise zum Diätassistenten ist bundeseinheitlich geregelt und

dauert drei Jahre. Sie findet an staatlich anerkannten Schulen und in Krankenhäusern oder anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen statt. Das UKM ist eines davon. Die Ausbildung teilt sich in 3.050 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht mit zahlreichen Fächern von Gesetzeskunde über EDV und Fachenglisch bis hin zu Anatomie und Physiologie. Die praktische Ausbildung umfasst 1.400 Stunden, darunter ein mehrwöchiges Krankenhaus-Praktikum.



Valentin Dörner und Beatrice Schoppe probieren in der Schulküche gemeinsam ein neues Rezept aus.



Es gilt, den Ernährungsalltag und die Gesundheit in Harmonie zu bringen.

Dennis Papanouskas, Schulleiter
am Universitätsklinikum Münster

Einen wesentlichen Teil der Tätigkeit einer Diätassistentin oder eines Diätassistenten nimmt die ernährungstherapeutische Beratung der Patientinnen und Patienten ein. Aber auch die Prävention spielt eine Rolle in diesem Beruf. Diätassistentinnen und -assistenten sind durch ihre Ausbildung dazu befähigt, eigenverantwortlich diätetische und ernährungsmedizinische Maßnahmen auf ärztliche Anordnung oder im Rahmen ärztlicher Verordnung durchzuführen. Tätig sind sie in Kliniken und Rehabilitationszentren, ambulanten Einrichtungen, Groß- und Diätküchen (zum Beispiel im Krankenhaus) oder in einer eigenen Praxis. Sie arbeiten eng mit anderen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen zusammen, zum Beispiel mit Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen, Psychologinnen und Psychologen, aber auch mit Akteuren in der Sozialarbeit oder im Bildungswesen.

Sport und Ernährung in Einklang bringen

Der Fokus auf Ernährung war auch für Valentin Dörner ausschlaggebend. Der 25-Jährige absolvierte zunächst eine

Ausbildung zum KFZ-Mechatroniker. Das hat ihn allerdings nicht ausgefüllt. Als sportlich aktiver Mensch legt er großen Wert auf eine bewusste Ernährung. „Ich kannte den Beruf des Diätassistenten vorher ebenso wie Beatrice nicht“, sagt er. Auch er hat sich online informiert. „Zur Ausbildung gehört viel Theorie, unter anderem Psychologie und Beratung, aber auch Zeit in der Lehrküche. Und Praktika, zum Beispiel in der Krankenhausküche“, schildert der Auszubildende im zweiten Lehrjahr Teile seines Schulalltags. Sein in der Ausbildung erlangtes Wissen hilft ihm privat, den Sport mit der richtigen Ernährung in Einklang zu bringen. Für Dörner könnte das durchaus auch eine gute berufliche Perspektive sein.

Geschlechtersensible Medizin ist ein großes Thema

UKM-Schulleiter Dennis Papanouskas hat in Hamburg selbst die Ausbildung zum Diätassistenten gemacht. „Ich wollte schon immer etwas im Bereich Ernährung lernen, aber nicht Koch werden“, erzählt er. Ein Praktikum hat ihn überzeugt. „Ernährung spielt in unserem Leben eine zentrale Rolle, das ist aber nicht allen Menschen klar“, sagt der 42-Jährige.



Ich möchte mit meinem Beruf anderen Menschen helfen, damit sie wie ich selbst durch Ernährung mehr Lebensqualität gewinnen.

Beatrice Schoppe, Auszubildende
am Universitätsklinikum Münster

Der Fokus der Ausbildung im UKM ist sehr breit. „Geschlechtersensible Medizin ist dabei ein großes Thema“, sagt Papanouskas. In der Ernährungstherapie sind Bereiche wie zyklussensible Ernährung oder die richtige Ernährung bei Endometriose Bestandteile des theoretischen und praktischen Unterrichts. Die Lehre für individuelle Ernährungstherapien hat sich in den letzten Jahren enorm weiterentwickelt. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Medizin macht große Fortschritte. „Es geht darum, mit den Menschen, die wir beraten, eine Ernährungsstrategie für den Alltag zu finden, von der die jeweilige Lebensqualität profitiert. Es gilt, den Ernährungsalltag und die Gesundheit in Harmonie zu bringen“, zieht der UKM-Schulleiter ein Fazit für das Berufsziel von Diätassistentinnen und -assistenten.

Informationen:

www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe

web.arbeitsagentur.de/berufenet/beruf/8899

Ist es wahr, dass ...

Irrtümer und Halbwissen rund um das Thema Gesundheit sind weit verbreitet, verunsichern oftmals und können sogar zu Entscheidungen führen, die der Gesundheit schaden. In unserer Reihe erfahren Sie die Wahrheit über jeweils drei verbreitete Mythen.

... Männer in die Wechseljahre kommen?

Nein. Zwar ist häufig die Rede von der sogenannten „Andropause“, die auch als Synonym für die „Wechseljahre des Mannes“ bezeichnet wird, diese Begriffe sind jedoch irreführend, da es bei Männern einen plötzlichen hormonellen Einschnitt wie bei Frauen nicht gibt. Allerdings nimmt mit zunehmendem Lebensalter, in der Regel ab 40, der Testosteronspiegel bei den meisten Männern schleichend ab. Dies geschieht bei vielen zunächst unbemerkt. Zu einem späteren Zeitpunkt können Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, sexuelle Unlust, Gewichtszunahme, Muskelschwäche oder depressive Verstimmungen laut der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie e. V. (DGE) als mögliche Symptome einen Testosteronmangel anzeigen. Die DGE rät Männern mit anhaltenden Beschwerden, sich ärztlich untersuchen zu lassen.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie

... Unfruchtbarkeit nur ein Frauenproblem ist?

Nein. Studien zeigen, dass die Ursachen für Unfruchtbarkeit ebenso häufig bei Männern zu finden sind wie bei Frauen. Die häufigste männliche Fruchtbarkeitsstörung besteht darin, dass nicht genügend intakte und gut bewegliche Spermien produziert werden. Als Richtwert gilt eine Gesamtzahl von mindestens 39 Millionen Spermien in der Samenflüssigkeit (Ejakulat) oder 15 Millionen pro Milliliter. Grundsätzlich gilt es, mögliche Ursachen für Fruchtbarkeitsstörungen bei ungewollt kinderlosen Paaren zu erkennen und wenn möglich zu behandeln.

Quelle: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BiÖG)

... Aprikosenkerne gegen Krebs helfen?

Nein. Es gibt keine Beweise aus der Wissenschaft für eine krebshelende Wirkung von Aprikosenkernen. Bittere Aprikosenkerne sind nicht nur unwirksam gegen Krebs, bei Verzehr großer Mengen sind schwere Vergiftungen bis hin zum Tod möglich. Die Kerne haben einen hohen natürlichen Gehalt an Amygdalin – ein Inhaltsstoff, der beim Kauen und während der Verdauung in Blausäure umgewandelt wird. Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) rät daher, höchstens zwei bittere Aprikosenkerne pro Tag zu verzehren. Kinder, Schwangere und Stillende sollten auf Aprikosenkerne verzichten.

Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)



Testen Sie Ihr Wissen

Wie gut kennen Sie sich rund um das Thema Organspende aus? Finden Sie es mit unserem Quiz heraus und erfahren Sie interessante Zahlen und Fakten.

Wie viele postmortale Organspenderinnen und -spender gab es im Jahr 2025 in Deutschland?

- ☐ A 985
 ☐ B 1.200
 ☒ C 473

2025 haben 985 Menschen nach ihrem Tod ein oder mehrere Organe gespendet. Dies sind 32 mehr als 2024. Das entspricht 11,8 Organspendern pro Million Einwohnerinnen und Einwohner (2024: 11,4). (Antwort A ist korrekt.)

Wie viele Menschen warten in Deutschland auf eine Spenderniere?

- ☐ A Etwa 2.800
 ☐ B Etwa 4.800
 ☒ C Etwa 6.200
 ☐ D Etwa 10.800

Etwa 6.200 Patientinnen und Patienten warteten in Deutschland Ende 2025 auf eine Spenderniere. Transplantiert werden in Deutschland jährlich etwa 1.600 postmortal gespendete Nieren und etwa 700 lebend gespendete Nieren. (Antwort C ist korrekt.)

Wer übernimmt die Kosten für die Transplantation von Organen und Gewebe?

- ☐ A Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)
 ☐ B Eurotransplant
 ☒ C Gesetzliche Krankenkasse bzw. private Krankenversicherung
 ☐ D Das Bundesgesundheitsministerium

Die Kosten für die Transplantation werden von der gesetzlichen Krankenkasse beziehungsweise der privaten Krankenversicherung der Organempfängerin oder des Organempfängers getragen. (Antwort C ist korrekt.)

Kann man seine Entscheidung für oder gegen die Organ- und Gewebespende ändern?

- ☐ A Ja
 ☒ B Nein

Wer seine Entscheidung für oder gegen die Spende ändern möchte, kann einfach den bisherigen Organspendeausweis vernichten und einen neuen ausfüllen. Auch im Organspende-Register kann eine getroffene Entscheidung jederzeit geändert werden. (Antwort A ist korrekt.)

Man muss sich ärztlich untersuchen lassen, wenn man sich zur Organspende bereit erklären möchte.

- ☐ A Richtig
 ☒ B Falsch

Wenn man sich durch einen Eintrag im Organspende-Register, das Ausfüllen eines Organspendeausweises oder einer Patientenverfügung zu einer Organspende nach dem Tod entschließt, ist keine Untersuchung notwendig. Sie wäre zu diesem Zeitpunkt auch nicht sinnvoll, da sich der gesundheitliche Zustand eines Menschen fortwährend ändern kann. (Antwort B ist korrekt.)

Ab welchem Alter kann man verbindlich festlegen, ob man Organe und Gewebe spenden möchte oder nicht?

- ☐ A Ab 14 Jahren
 ☐ B Ab 16 Jahren
 ☒ C Ab 18 Jahren
 ☐ D Ab 21 Jahren

Mit 16 Jahren können Jugendliche selbst entscheiden, ob sie einer Organ- und Gewebespende zustimmen oder widersprechen. Sie können dann ihre Entscheidung verbindlich festhalten – zum Beispiel in einem Organspendeausweis. Widersprechen können Jugendliche einer Organ- und Gewebespende bereits mit 14 Jahren. (Antwort B ist korrekt.)

Weitere Quizfragen finden Sie unter:

www.organspende-info.de/quiz

Damit gute Versorgung Zukunft hat.

Bessere Behandlungsqualität durch leistungsfähige Krankenhäuser.



Mehr Informationen zur neuen Krankenhausreform unter:
krankenhaus-mit-zukunft.de

Bestellmöglichkeit:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 50 10 54, 18155 Rostock
Servicetelefon: 030 182722721
Servicefax: 030 18102722721
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Website: www.publikationen-bundesregierung.de

Kostenloses Abonnement:

E-Mail: ImDialog@bmg.bund.de
Anmeldung zum Online-Abonnement unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/anmeldung-abonnement-imdialog
Bestellnummer für die Ausgabe 16: BMG-G-12212

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



www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

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 Digital- und/oder Printausgaben kostenlos via E-Mail: ImDialog@bmg.bund.de

Das Nationale Gesundheitsportal

Auf dem Nationalen Gesundheitsportal unter gesund.bund.de können Sie sich über die häufigsten Krankheitsbilder (u. a. Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Infektionserkrankungen) 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 Besucherzentrum in der Mauerstraße in Berlin. Wir freuen uns auf Ihre Anfrage.



Besucherdienst@bmg.bund.de



www.bundesgesundheitsministerium.de/besucherdienst

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)



www.gebaerdentelefon.de/bmg

Das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Bürgertelefon erreichen Sie Montag bis Mittwoch von 8 bis 16 Uhr, Donnerstag von 8 bis 18 Uhr und am Freitag von 8 bis 12 Uhr.

Weitere Informationen finden Sie auf der Website:



www.bundesgesundheitsministerium.de/service/buergertelefon