

# Im Dialog

Das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit

Juni  
2026  
Ausgabe  
Nr. 17

## Poster

Wichtige Hinweise  
zu Impfeempfehlungen  
bei Reisen in andere  
Länder



## Schwerpunkt

**Gesundheitsreformen:  
Stabilität statt Notfallmodus**

## Frauengesundheit im Fokus

Mehr Bewusstsein,  
mehr Forschung,  
mehr Austausch

## Herz-Check in Apotheken

Prävention stärken,  
Herzgesundheit  
verbessern

# Inhalt



4

## Schwerpunkt

Zukunftssichere Stabilisierung der Krankenversicherungsbeiträge

**Reform statt Krisenmodus:  
Wie die GKV stabil bleiben kann**

32



10 **Bürgerdialog**

Sprechen wir darüber

**Gesundheitsversorgung im  
ländlichen Raum**

14 **Digitalisierung**

ePA, Europa und Empowerment

**Die Digitalisierungsstrategie wird  
zum Leben erweckt**

16 **Global Health**

Zwischen Engpass und Vision

**Wie Daten die Arzneimittel-  
versorgung sicherer machen**

18 **Poster**

Tipps zur Reisevorbereitung

**Eine Auslandsreise steht an –  
welche Impfungen sind notwendig?**

20 **Hintergrund**

Neues Netzwerk zur Behandlung von Kindern  
und Jugendlichen

**Long COVID und ME/CFS  
besser verstehen**

22 **Panorama**

Vor Ort nachgefragt

**Was die Apotheken-  
reform für Stadt und Land bedeutet**

26 **Prävention**

Herz-Check in Apotheken

**Prävention stärken,  
Herzgesundheit verbessern**

28 **Ratgeber**

Alle leisten ihren Beitrag

**5 Fragen zur GKV-Finanzreform**

30 **Pflege**

Positive Signale

**Was Künstliche Intelligenz in  
der Pflege leisten kann**

32 **Frauengesundheit**

Frauengesundheit im Fokus

**Mehr Bewusstsein, mehr Forschung,  
mehr Austausch**

34 **Gesundheitsmythen**

Mythen aufgeklärt

**Ist es wahr, dass ...**

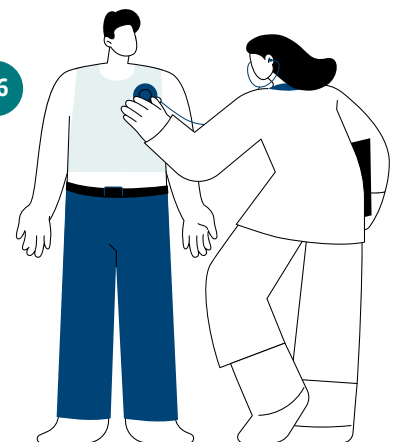


18 *Tipps und Links zu Reiseschutz-  
impfungen – als Poster zum  
Herausnehmen*



26

*Welche Rolle spielen  
Apotheken in der  
Prävention?*



Liebe Leserinnen,  
Lieber Leser,



seit Jahren klafft eine große Lücke in der gesetzlichen Krankenversicherung – mit negativen Folgen für die Versicherten. Wir müssen raus aus diesem Notfallmodus. Weitere ständige Beitragssatzerhöhungen sind keine Lösung. Stattdessen wollen wir die Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen mit dem vorgelegten Sparpaket wieder auf ein tragfähiges Fundament stellen. Nur mit einer soliden Finanzierung und den dringend notwendigen Struktur-reformen können wir langfristig eine verlässliche und bezahlbare Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger sicherstellen. Mit dem Gesetzentwurf zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung entlasten wir nicht nur die Versicherten und Unternehmen, sondern stellen zudem eine hochwertige Versorgung für die kommenden Jahre sicher.

Der Handlungsbedarf ist groß, denn das Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung wird voraussichtlich mehr als 15 Milliarden Euro betragen – diese Finanzierungslücke muss geschlossen werden. Auf Basis der Empfehlungen der von mir eingesetzten Finanzkommission Gesundheit wollen wir das Gesundheitssystem finanziell stabilisieren und Beitragssteigerungen verhindern. Das geht nur mit einer gemeinsamen Kraftanstrengung. Daher werden wir die Belastungen ausgewogen und sozial verträglich auf alle Schultern verteilen.

Auch in der Pflege sind mutige Reformen dringend notwendig. Es gibt immer mehr Pflegebedürftige und stark ansteigende Kosten, die das System zunehmend überfordern. Mit der Pflegereform wollen wir die Pflegeversicherung finanziell stabilisieren, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entlasten sowie Prävention und Versorgung verbessern.

Das Thema Digitalisierung, das aus unserem Alltag nicht mehr wegzudenken ist, spielt auch in der Pflege eine immer größere Rolle: Digitale Anwendungen können an vielen Stellen Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte entlasten und unterstützen. Deswegen werden wir bei der Digitalisierung voranschreiten und sie als wesentliche Säule des Systems etablieren. Im aktuellen Magazin erfahren Sie, wie Künstliche Intelligenz in der Pflege zunehmend Teil des Alltags wird.

Lassen Sie uns darüber sprechen! Bei allen Vorhaben möchte ich weiterhin mit Ihnen im Dialog bleiben, so wie zuletzt in Mechterstädt (Thüringen), wo ich zu einer Bürgerveranstaltung eingeladen hatte und spannende Diskussionen mit Ihnen führen durfte. Einige Fragen, die uns in diesem Kontext erreichten, beantwortete ich in dieser Ausgabe.

Ich wünsche Ihnen eine bereichernde Lektüre!

Ihre  
Nina Warken

Nina Warken  
Bundesministerin für Gesundheit



Zukunftssichere Stabilisierung der Krankenversicherungsbeiträge

# Reform statt Krisenmodus: Wie die GKV stabil bleiben kann

*Die gesetzliche Krankenversicherung steht vor großen finanziellen Herausforderungen.  
Die Ursachen sind bekannt, die Lösungsansätze liegen auf dem Tisch.*

*Martin Regenbrecht*

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist eine der tragenden Säulen des deutschen Sozialstaats. Rund 74 Millionen Menschen sind durch sie versichert. Doch das System, das Solidarität, Verlässlichkeit und gleichwertigen Zugang zur medizinischen Versorgung garantieren soll, steht seit einiger Zeit finanziell unter massivem Druck. In den kommenden Jahren drohen die Krankenkassenbeiträge weiter stark zu steigen. Ziel der Reform zur Stabilisierung der Beitragssätze der GKV ist eine nachhaltige Finanzierung des Systems und der Erhalt einer guten flächendeckenden Versorgung.

## **Ein strukturelles Ungleichgewicht**

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wachsen seit mehreren Jahren deutlich schneller als ihre Einnahmen – das ist, kurz gesagt, das Kernproblem. Auf der Ausgabenseite sind es vor allem die Vergütungen für die Leistungserbringer und Hersteller, die in den vergangenen Jahren stärker gestiegen sind als die durchschnittlichen Löhne und Gehälter. Dies ist maßgeblich darauf zurückzuführen, dass der im Sozialgesetzbuch verankerte Grundsatz der Beitragssatzstabilität – das Prinzip, dass Ausgaben die

Einnahmen nicht dauerhaft übersteigen dürfen – aufgrund der damals besseren Finanzlage über Jahre hinweg geschwächt wurde. Zudem wurden in vielen Leistungsbereichen Wirtschaftlichkeitsanreize verringert sowie Sonder- und Doppelvergütungen eingeführt, die zu Ausgabensteigerungen, jedoch in vielen Fällen nicht zu einer besseren Versorgung der Versicherten geführt haben.

Die demografischen Rahmenbedingungen sind ebenso eine finanzielle Herausforderung: Eine alternde Gesellschaft bedeutet vor allem: mehr Pflegebedürftige, mehr chronisch Kranke, mehr Leistungsanspruchnahme – bei gleichzeitig schrumpfender Erwerbsbevölkerung als Finanzierungsbasis. Diese Entwicklung ist nicht neu, aber sie verschärft die bestehende Finanzlage.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, soll nun ein Paket aus nachhaltig wirksamen Finanzmaßnahmen und mittel- bis langfristigen Strukturreformen auf den Weg gebracht werden. Neben dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz sollen unter anderem mithilfe der bereits in Kraft getretenen Anpassung der Krankenhausreform, einer Apothekenreform, der Notfallreform sowie der Einführung eines Primärversorgungssystems die Strukturen im Gesundheitswesen langfristig zukunftsfest gemacht werden.

Rund **74** Millionen Menschen sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert.



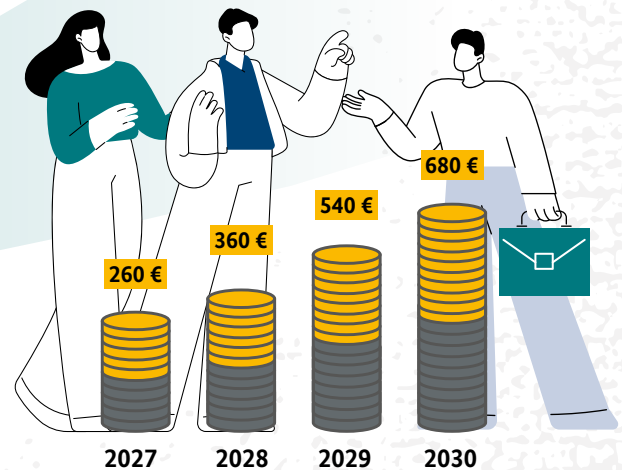
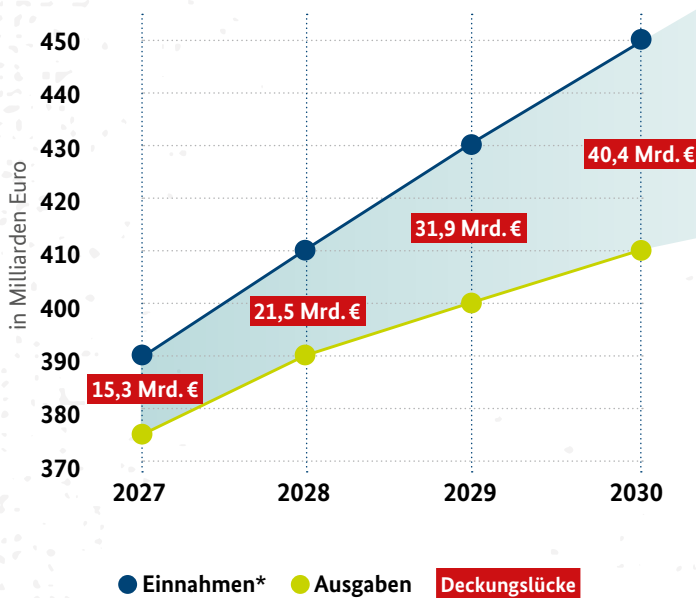
**Auch Pflege und Notfallversorgung nachhaltig stabilisieren**

**Soziale Pflegeversicherung**

Die soziale Pflegeversicherung steht vor ähnlichen Herausforderungen wie die GKV. Auch hier wachsen Ausgaben und Bedarf schneller als die Einnahmen. Eine grundlegende Strukturreform der Pflegeversicherung – insbesondere die Frage, wie das Verhältnis von Eigenleistung, Vorsorge und



**Folgen für die GKV ohne Reform zur Stabilisierung der GKV-Finzen**



mittlere jährliche Mehrbelastung für Arbeitnehmer und Arbeitgeber

**höchste Mehrbelastung 2030 ca. 1.440 €**

\*Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und 2,9%-Zusatzbeitrag

Quelle: Management Summary - Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit

„Die Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit waren der Beginn der umfassendsten Reform der gesetzlichen Krankenversicherung der letzten 20 Jahre. Ohne entschlossenes Handeln steuern wir auf ein historisches Finanzdefizit der Krankenkassen von rund 40 Milliarden Euro im Jahr 2030 zu. Die Folge wären immer weiter deutlich steigende Krankenkassenbeiträge und damit erneute Belastungen für Beitragszahler sowie Unternehmen. Wir werden als Bundesregierung der seit Jahren wachsenden Schiefelage zwischen Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung endlich entschieden entgegenzutreten.“

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken



solidarischer Versicherung neu austariert werden soll – befindet sich derzeit in der Abstimmung. Die Ausgestaltung einer solchen Reform wird neben der finanziellen Stabilisierung des Systems zahlreiche Strukturveränderungen beinhalten, die die pflegerische Versorgung verbessert und vereinfacht. Insbesondere sollen durch eine gezielte und frühzeitige Begleitung die gesunden Jahre verlängert und Pflegebedürftigkeit verzögert werden. Das ist in erster Linie im Sinne der Betroffenen.

### Notfallversorgung

Eine weitere Herausforderung liegt in der Notfallversorgung. Gegenwärtig sind die Notaufnahmen durch steigende Patientenzahlen überlastet, die Wartezeiten sind lang und die Belastung des Personals hoch. Ein Teil der Patientinnen und Patienten, die in die Notaufnahme einer Klinik kommen, sind keine klassischen Notfälle, sie könnten ebenso durch die Haus- und Fachärzte oder über den ärztlichen Bereitschaftsdienst ambulant versorgt werden. Aber was tun, wenn jemand schnelle Hilfe braucht? Da möchte man nicht erst lange recherchieren, an wen man sich wenden kann. Genau das ist mit dem Begriff „Patientensteuerung“ gemeint, nämlich wie Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem schnell zur passenden Versorgung geleitet werden können.

Eine gezieltere Patientensteuerung ist ein wichtiges Anliegen der Reform der Notfallversorgung, die das Kabinett am 22. April 2026 verabschiedet hat. Mit der Reform soll eine bedarfsgerechtere Versorgung in der richtigen Versorgungsebene erreicht werden, und zwar durch eine

bessere Vernetzung aller Leistungserbringer, durch valide Ersteinschätzungen an allen zentralen Anlaufstellen der Notfallversorgungen und durch die stärkere Digitalisierung der Prozesse. Besonders belastete Akteure wie die Notaufnahmen der Krankenhäuser oder der Rettungsdienst werden von arbeits- und kostenintensiven Fehlinanspruchnahmen entlastet. Kernelemente sind bundesweite integrierte Strukturen im Gesundheitsleitsystem. Dazu gehören die digitale Vernetzung der Rettungsleitstellen (Rufnummer 112) mit den Leitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (Rufnummer 116117), wobei abgestimmte standardisierte digitale Abfragesysteme verwendet werden. Zudem sollen flächendeckend Integrierte Notfallzentren (INZ) geschaffen werden, die aus einer zentralen Ersteinschätzungsstelle, einer Notdienstpraxis und der Notaufnahme eines Krankenhauses bestehen. Das geplante Primärversorgungssystem soll zudem eine bessere Navigation durch den ambulanten Bereich ermöglichen, eine schnellere Versorgung entsprechend der medizinischen Notwendigkeit sowie einen zielgerichteten und effizienten Einsatz von personellen Ressourcen erreichen.

### Der Bericht der FinanzKommission: ein konkreter Ausgangspunkt

Angesichts der finanziellen Engpässe der GKV hat Bundesgesundheitsministerin Nina Warken im September 2025 die FinanzKommission Gesundheit (FKG) eingesetzt – ein unabhängiges Gremium, bestehend aus zehn Expertinnen und Experten aus den Bereichen Ökonomie, Medizin, Sozialrecht, Ethik und Prävention. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hatte die Mitglieder

der Kommission gebeten, die Ergebnisse bereits ein Jahr früher als im Koalitionsvertrag vorgesehen vorzulegen – damit es schneller zur Umsetzung kommen kann. Die Kommission hatte den konkreten Auftrag, in einem ersten Bericht praktikable Empfehlungen zu erarbeiten, deren Umsetzung die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung bereits ab dem Jahr 2027 stabilisieren können. Der Fokus lag bewusst auf kurzfristigen Maßnahmen, die schnell wirken und die Finanzlücke schließen.

Ende März 2026 legte die Kommission ihren ersten Bericht vor. Er enthält 66 Empfehlungen für ein Entlastungspaket mit einer Gesamtfinanzwirkung von bis zu 64 Milliarden Euro bis 2030. Die Kommission sollte der Politik eine breite Auswahlmöglichkeit an Maßnahmen bieten. Die Bundesregierung hat die Empfehlungen der Finanzkommission auf Vorschlag der Bundesgesundheitsministerin in großem Maße aufgegriffen: Schon am 29. April wurde vom Kabinett ein Gesetzentwurf verabschiedet, der rund zwei Drittel der Empfehlungen enthält und dessen Entlastungsvolumen zu rund 90 Prozent auf Empfehlungen der Kommission beruht. Der Gesetzentwurf soll noch vor der Sommerpause vom Parlament verabschiedet werden.

### Alle Beteiligten sind gefragt

Die Empfehlungen der Kommission waren so angelegt, dass die Reformlast auf alle Schultern verteilt werden sollte. Sie richteten sich an Ärzteschaft und Krankenhäuser, an Pharmaunternehmen und Medizinprodukt-Hersteller, an die Krankenkassen, an die Arbeitgeber, an die Versicherten – und an den Staat. „Die Vorschläge haben der Politik einen breiten Handlungsspielraum eröffnet. Insbesondere tragen sie dazu bei, dass die Krankenkassen nicht mehr ausgeben als sie einnehmen und so steigende Beiträge und damit zusätzliche Belastungen für Versicherte und Arbeitgeber verhindert werden“, erklärt Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Vorsitzender der Kommission und Gesundheitsökonom.

Die Empfehlungen waren nach ihren Effekten auf Versorgungsqualität, Zugangsgerechtigkeit und Verteilungswirkung eingeteilt. Es gab Empfehlungen mit besonderer Priorität, bei denen Einsparungen und Qualitätsverbesserung Hand in Hand gehen – etwa das obligatorische Zweitmeinungsverfahren vor bestimmten Operationen oder die Streichung von Leistungen ohne nachgewiesenen medizinischen Nutzen.



↑ Übergabe des ersten Berichts der Finanzkommission Gesundheit an die Bundesgesundheitsministerin am 30. März in Berlin



„Die Vorschläge haben der Politik einen breiten Handlungsspielraum eröffnet. Insbesondere tragen sie dazu bei, dass die Krankenkassen nicht mehr ausgeben als sie einnehmen und so steigende Beiträge und damit zusätzliche Belastungen für Versicherte und Arbeitgeber verhindert werden.“

Vorsitzender der Finanzkommission Gesundheit, Prof. Dr. Wolfgang Greiner

„Uns war es zum einen wichtig, die Maßnahmen primär nach ihrer Auswirkung auf die Qualität der Versorgung und Verteilungsgerechtigkeit zu gewichten und nicht primär nach ihrem Einsparpotenzial. Und wir haben bewusst nicht vorgegeben, welche Maßnahmen umgesetzt werden – das ist eine politische Entscheidung. Unsere Aufgabe war es, dafür eine solide ethische Grundlage zu schaffen“, so FKG-Mitglied Prof. Dr. Dr. Eva Winkler.

Die Kommission schlug unter anderem die Streichung von Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung vor, bei denen keine ausreichende Evidenz für einen Nutzen für die Patientinnen und Patienten vorliegt und deren Übernahme erhebliche Kosten für die Versicherungsgemeinschaft verursacht. Der stellvertretende Vorsitzende der Finanzkommission Gesundheit und frühere Chef des Sachverständigenrates zur Begutachtung des Gesundheitswesens, Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, führt aus: „Die Kommission legt gut begründete Empfehlungen vor, die die medizinische Versorgung zum Teil sogar verbessern und gleichzeitig Kosten senken. Uns ist wichtig, dass von der Solidargemeinschaft der Versicherten zukünftig nur noch Leistungen bezahlt werden, die Patientinnen und Patienten auch nachweislich helfen.“

Die zentrale Reformempfehlung der Kommission für eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV ist die Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik: Die Vergütungen und Preise in allen Leistungsbereichen sollen künftig nur noch höchstens so stark steigen wie die durchschnittlichen Löhne und Gehälter in der gesamten Wirtschaft. Nur so sind stabile Beitragssätze möglich.

Auch die Anhebung der Steuern beziehungsweise Abgaben auf gesundheitsschädliche Produkte, unter anderem auf zuckergesüßte Getränke, zählt zu den Empfehlungen. Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Gesundheitsökonomin

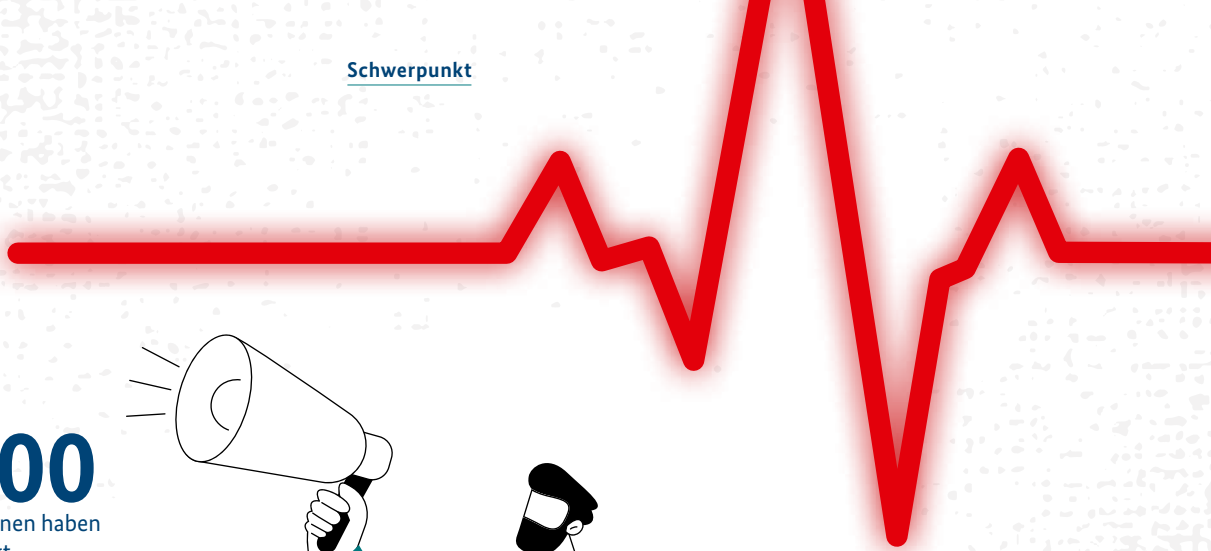
und stellvertretende FKG-Vorsitzende: „Eine nachhaltige Finanzierung erfordert, dass Leistungen für die Solidargemeinschaft wirksam sind und langfristig bezahlbar bleiben. Deshalb gehört auch die Stärkung der Prävention zu unseren Empfehlungen. Eine Anhebung der Steuern auf risikobehaftete Konsumgüter schafft Anreize für ein gesünderes Verhalten und trägt dazu bei, die Versicherten-gemeinschaft zu entlasten.“

#### Ein langwieriger Aushandlungsprozess

So klar die Reformnotwendigkeit ist, so anspruchsvoll war und ist der darauffolgende politische Prozess. Jeder Reformvorschlag berührt Interessen: die der Ärzteschaft, der Kliniken, der Pharmaindustrie, der Krankenkassen, der Patientinnen und Patienten. Interessengruppen bringen ihre Positionen ein, Kompromisse müssen ausgehandelt werden. Das ist ein Teil der demokratischen Entscheidungsfindung, in dem alle Beteiligten zu Wort kommen.

„Diese Empfehlungen sind nicht im Elfenbeinturm entstanden: Rund 200 Organisationen haben sich beteiligt, über 1.700 Vorschläge sind eingegangen – aus Versorgung, Verwaltung und Sozialpartnerschaft. Das hat unsere Arbeit eng an die Praxis angebunden“, betont Prof. Dr. Dr. Eva Winkler.

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf vorgelegt, der alle Akteure des Gesundheitswesens in angemessenem Umfang beteiligt. Alle müssen einen Beitrag leisten. Zwei Kernaspekte des Kommissionberichtes sind dabei auch für den Gesetzentwurf zentral: die Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik und der Grundsatz, dass nur Leistungen erstattet werden, die einen nachweisbaren Nutzen für die Versicherten haben. Ziel ist, die Beitragssätze auch über das Jahr 2027 hinaus zu stabilisieren. Nachdem der Gesetzentwurf im Kabinett beschlossen wurde, wird dieser nun im Parlament beraten.



Rund **200**  
Organisationen haben  
sich beteiligt,

über **1.700**  
Vorschläge sind eingegangen.



### Eine lösbare Aufgabe – wenn die Bereitschaft stimmt

Die Diagnose ist gestellt, die Therapiemöglichkeiten sind beschrieben. Das deutsche Gesundheitssystem hat keine unlösbare Krise vor sich, sondern eine bewältigbare Reformaufgabe, die dennoch eine gemeinsame Kraftanstrengung ist.

Ein System, das Über- und Fehlversorgung abbaut, stärker auf Prävention setzt, Leistungen konsequent an ihrem Nutzen misst und die Finanzierungsverantwortung gerecht verteilt, kann am Ende besser sein als zuvor – nicht nur stabiler, sondern auch nachhaltiger und effizienter. ■

### Kurzfristig stabilisieren, langfristig reformieren

Ausdrücklich war der Auftrag an die FinanzKommission für den ersten Bericht auf kurzfristig wirksame Maßnahmen ausgerichtet. Vorschläge für darüber hinausgehende, strukturelle Maßnahmen, die die Vorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit ergänzen, sollen in einem weiteren Gutachten der FKG behandelt werden, das für Ende 2026 angekündigt ist. Wie sieht ein zukunftsfähiges Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aus? Wie können die Organisationsstrukturen verbessert werden? Wie lässt sich das System demografiefest machen? Wie kann Prävention noch besser gelingen?

Auf der Grundlage der bereits auf den Weg gebrachten und geplanten Strukturreformen sowie der Berichte der Kommission soll das System zukunftsfest reformiert werden.



Weiterführende Informationen zur ersten FinanzKommission Gesundheit (FKG) und zum ersten Bericht finden Sie hier



[www.bundesgesundheitsministerium.de/  
finanzkommission-gesundheit](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzkommission-gesundheit)

Sprechen wir darüber

# Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

*Wie viel Reform braucht unser Gesundheitssystem? Darüber diskutierte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken mit Bürgerinnen und Bürgern im thüringischen Mechterstädt. Nachdem das Kabinett am Vormittag des 29. April den Gesetzesentwurf für eine Gesundheitsreform beschlossen hatte, unterzog die Ministerin die Maßnahmen am Abend einem ersten Praxis-Check. Etwa 200 Menschen waren ihrer Einladung zum Bürgerdialog gefolgt.*

→  
Neben Nina Warken stellten sich Christian Piszczan-Korff, Rettungssanitäter aus Gotha (links), Annette Rommel, Chefin der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringens (2. v. l.) und Prof. Dr. med. Jutta Bleidorn, Institutsdirektorin am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena (2. v. r.) den Fragen.



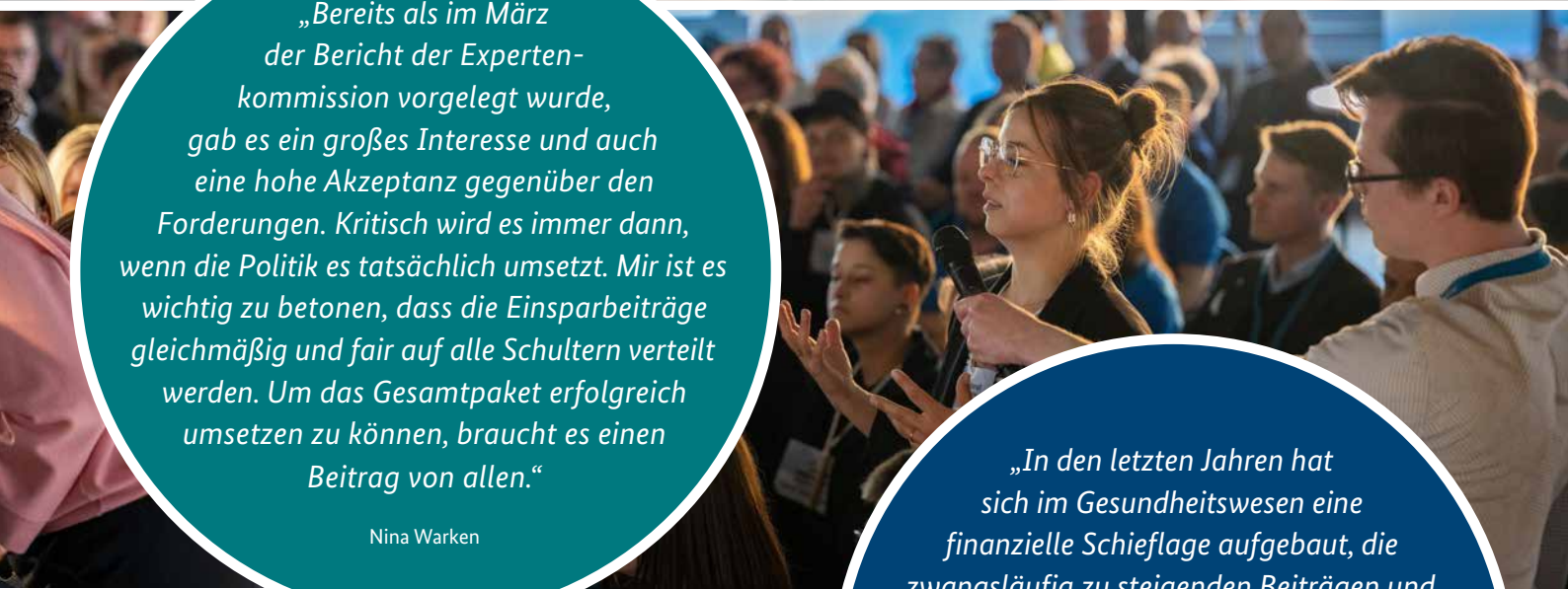
Im Mittelpunkt des Austauschs standen konkrete Einblicke in die tägliche Praxis und Verwaltung. Da viele Gäste selbst im Gesundheitswesen tätig sind, bereicherten die Wortbeiträge und Fragen den Dialog durch praktische Alltagserfahrungen. Das Themenspektrum reichte von der Praxis von Rettungssanitätern und Hebammen über die Verfügbarkeit von Arztterminen bis hin zu Alltagshindernissen bei der Digitalisierung, dem notwendigen Bürokratieabbau oder den spezifischen Bedingungen bei der Versorgung im ländlichen Raum.

Die Ministerin ging auf jeden einzelnen Aspekt ein und beantwortete unter anderem Fragen zur haus- und fachärztlichen Versorgung auf dem Land, zur Rolle der Pflege, zur Finanzierung des Gesundheitssystems sowie zur Zukunft von Krankenhäusern und Vor-Ort-Apotheken.



*„Bereits als im März der Bericht der Expertenkommission vorgelegt wurde, gab es ein großes Interesse und auch eine hohe Akzeptanz gegenüber den Forderungen. Kritisch wird es immer dann, wenn die Politik es tatsächlich umsetzt. Mir ist es wichtig zu betonen, dass die Einsparbeiträge gleichmäßig und fair auf alle Schultern verteilt werden. Um das Gesamtpaket erfolgreich umsetzen zu können, braucht es einen Beitrag von allen.“*

Nina Warken



*„In den letzten Jahren hat sich im Gesundheitswesen eine finanzielle Schieflage aufgebaut, die zwangsläufig zu steigenden Beiträgen und einer weiteren Belastung des Gesundheitssystems führen würde. Wenn wir es so weiterbezahlen könnten, würden wir es machen: Aber es geht eben einfach nicht mehr. Unser Ansatz ist es, mit den Einnahmen wieder besser auszukommen.“*

Nina Warken

### **Gemeinsam Verantwortung übernehmen**

Der Bürgerdialog zeigte vor allem eines: Die Sorgen um die medizinische Versorgung im ländlichen Raum sind ebenso groß wie die Erwartung, dass Reformen im Alltag tatsächlich spürbar werden. Die Bereitschaft mit anzupacken, ist bei vielen Akteuren vorhanden. Dabei besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass eine starke Primärversorgung für eine möglichst zielgerichtete Gesundheitsversorgung und eine schnellere Terminvergabe zentral ist.

Einige Fragen von Bürgerinnen und Bürgern, die uns im Kontext der Veranstaltung in Mechterstädt erreicht haben, werden von Ministerin Nina Warken hier beantwortet:



**Frage einer Rentnerin:**

Ich bin vor mehr als vier Jahren umgezogen und finde seitdem keinen Hausarzt. Welche Möglichkeiten habe ich?

**Frage einer Ärztin:**

Ist unser Gesundheitswesen auf Dauer überhaupt noch finanzierbar? Immer teurere Therapien, eine älter werdende Gesellschaft und mehr Pflegebedürftige ... wer soll das künftig bezahlen?

**Nina Warken:**

Der finanzielle Druck ist enorm. Deshalb geht es darum, die vorhandenen Mittel effizienter einzusetzen. Dazu gehören eine bessere Steuerung über ein starkes Primärversorgungssystem und eine stärkere Spezialisierung von Krankenhäusern. So können Doppelstrukturen vermieden, Ressourcen gezielter genutzt und die Versorgung langfristig gesichert werden. Wir wollen die Qualität der Versorgung sichern und gleichzeitig die Beitragssätze stabil halten.

**Nina Warken:**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen bei der Suche nach Haus- und Fachärzten unter anderem über die Terminservicestelle 116117. Gleichzeitig arbeiten Bund und Länder daran, dem Ärztemangel entgegenzuwirken, etwa durch die Landarztquote und die Förderung der Allgemeinmedizin.

Sprechen  
wir darüber

**Frage einer Bürgerin:**

Wie stehen Sie zur wohnortnahen Versorgung pflegebedürftiger Menschen im ländlichen Raum?

**Frage eines Mitarbeiters  
der ärztlichen Selbstverwaltung:**

Innovative Versorgungsmodelle scheitern oft an starren gesetzlichen Vorgaben. Wie wollen Sie kassenartenübergreifende Versorgungsverträge einfacher ermöglichen?

**Nina Warken:**

Wir brauchen mehr Flexibilität und passgenaue Lösungen vor Ort. Kassenübergreifende Selektivverträge nach § 140a SGB V können zum Beispiel innovative Versorgung fördern und regionale Besonderheiten besser berücksichtigen. Unser Ziel ist es, bestehende gesetzliche Möglichkeiten konsequent zu nutzen und mehr Rechtssicherheit für solche Modelle zu schaffen.

**Nina Warken:**

Verlässliche ambulante Pflegedienste und die Unterstützung pflegender Angehöriger haben hohe Priorität. Gleichzeitig brauchen wir mehr wohnortnahe Angebote wie betreutes Wohnen oder ambulante Wohngruppen. Entscheidend ist, dass Pflege vor Ort zuverlässig organisiert wird, und zwar gemeinsam mit Kommunen, Ländern und allen Beteiligten im Gesundheitswesen.



Stellen Sie Ihre Fragen  
zu Themen aus den Bereichen  
Gesundheit und Pflege.

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



ePA, Europa und Empowerment

# Die Digitalisierungsstrategie wird zum Leben erweckt

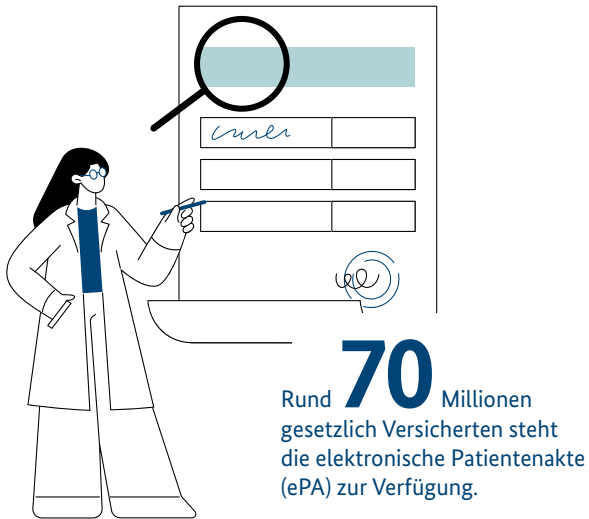
*Unter dem Titel „Gemeinsam Digital 2026“ bringt das Bundesministerium für Gesundheit die digitale Transformation des Gesundheitswesens und der Pflege voran. Drei Jahre nach dem Start der Strategie im Jahr 2023 war es Zeit für eine Weiterentwicklung der Vorhaben. Bei der Bestandsaufnahme zeigte sich: Zentrale Bausteine wie die elektronische Patientenakte (ePA), das E-Rezept sowie Videosprechstunden sind aus dem Versorgungsalltag nicht mehr wegzudenken. Mit dem geplanten „Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen“ (GeDIG) soll konkreter und erlebbarer Mehrwert der Digitalisierung für Versicherte und Leistungserbringer in die Versorgung gebracht werden.*

*Torsten Seifert*

## **Wandel zeigt Wirkung**

Die Einlösung des milliardsten E-Rezepts am 17. Oktober 2025 markierte einen Meilenstein der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen. Was einst als Pilotprojekt begann, ist heute fester Bestandteil der Versorgung.

Weitere digitale Anwendungen haben ebenfalls deutlich an Bedeutung gewonnen. Die elektronische Patientenakte (ePA) steht rund 70 Millionen gesetzlich Versicherten zur Verfügung. Mehr als 22 Millionen Mal greifen medizinische Einrichtungen aktuell wöchentlich auf automatisch



erstellte Medikationslisten zu. Die geplante Erweiterung zum digital gestützten Medikationsprozess wird dabei helfen, Wechselwirkungen von Arzneimitteln frühzeitig zu erkennen und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Verbesserungsbedarf besteht noch bei der Verbreitung der elektronischen Gesundheits-ID. Über fünf Millionen Versicherte haben sich bisher für den digitalen Gesundheitsausweis entschieden und nutzen ihr Smartphone anstelle der klassischen Gesundheitskarte. Zu den Erfolgsgeschichten zählen die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), auch als „Apps auf Rezept“ bekannt. 59 DiGAs unterstützen inzwischen bei der Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten. Sie decken vielfältige Fachbereiche ab – von Diabetologie bis Physiotherapie.

Fortschritte zeigen sich ebenso in der Pflege. Das beim GKV-Spitzenverband eingerichtete Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege begleitet Pilotprojekte und verbessert die sektorenübergreifende Kommunikation. Parallel hilft der Krankenhauszukunftsfonds, die digitale Infrastruktur von Kliniken zu modernisieren.

### Ein Gesetz für die digitale Praxis

Der Entwurf des GeDIG greift zentrale Punkte aus dem Koalitionsvertrag sowie aus der weiterentwickelten Digitalisierungsstrategie auf und macht sie alltagstauglich. Im Mittelpunkt steht dabei die Gestaltung der elektronischen Patientenakte (ePA) als Dreh- und Angelpunkt einer modernen Gesundheitsversorgung. Als echtes Steuerungsinstrument im Versorgungsalltag ist ihr Potenzial noch längst nicht ausgeschöpft. In den kommenden Jahren soll sie zum Herzstück eines digitalen Versorgungssystems weiterentwickelt werden und helfen, Termine, Informationen und Behandlungsschritte besser zusammenzuführen.

Hinzu kommen neue digitale Versorgungselemente wie die elektronische Überweisung oder Maßnahmen zur Stabilisierung der Telematikinfrastruktur.

### Weniger Datenbrüche, mehr Nutzen

Ein weiterer zentraler Hebel des GeDIG-Entwurfs ist die rechtssichere Nutzung von Gesundheitsdaten. In den vergangenen Jahren fehlte es weniger an Anwendungen als an Vernetzung: zwischen Praxen und Kliniken, zwischen Versorgung und Forschung, zwischen vorhandenen Daten und ihrem tatsächlichen Mehrwert. Genau das muss sich ändern. Gesundheitsdaten sollen nicht nur gesammelt werden, sondern so nutzbar sein, dass sie Versorgung verbessern, Forschung beschleunigen und Innovation ermöglichen.

Dafür soll unter anderem das im Oktober 2025 eröffnete Forschungsdatenzentrum Gesundheit weiter ausgebaut werden, um Abrechnungsdaten aller gesetzlich versicherten Personen in Deutschland zu gemeinwohlorientierten Zwecken noch einfacher bereitstellen zu können. Zugleich sollen mit dem GeDIG-Entwurf die Datennutzungsmöglichkeiten für Forschung und Innovation erweitert und auch den Krankenkassen mehr Spielräume im Interesse der Versicherten eröffnet werden.

Zu den nächsten Entwicklungsschritten zählen der Anschluss an den Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) sowie der stärkere Einsatz Künstlicher Intelligenz in der medizinischen Versorgung. Entscheidend wird sein, diese Fortschritte so in die Versorgung zu integrieren, dass sie bei Patientinnen, Patienten und Leistungserbringern spürbar ankommen. ■



**Weiterführende Informationen zur Digitalisierungsstrategie finden Sie hier**




[www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie)

Zwischen Engpass und Vision

# Wie Daten die Arzneimittelversorgung sicherer machen



*Prof. Dr. Karl Broich, Präsident des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), spricht über aktuelle Herausforderungen in der Arzneimittelversorgung und darüber, wie digitale Gesundheitsdaten zu mehr Sicherheit beitragen.*

## **Kann unser Arzneimittelsystem kritische Engpässe rechtzeitig erkennen und drohende Versorgungsmängel wirksam verhindern?**

*Die Arzneimittelversorgung in Deutschland ist insgesamt auf einem hohen Niveau. Wir erhalten zwar viele Meldungen über Lieferengpässe, aber nicht jeder Lieferengpass wird automatisch zu einem Versorgungsengpass. Entscheidend ist für uns: Wo könnte es für Patientinnen und Patienten wirklich kritisch werden? Am BfArM haben wir dafür ein Frühwarnsystem aufgebaut, in dem viele Daten zusammenlaufen. Es soll drohende Engpässe erkennen, bevor sie sich in der Versorgung auswirken. Eine eigens entwickelte KI-Anwendung wertet diese Daten aus und meldet Auffälligkeiten, auf die wir reagieren können. Das System ist Ende 2025 gestartet und berücksichtigt auch europäische Vorgaben. Wir entwickeln es kontinuierlich weiter,*

*um Vorhersagen noch präziser zu machen. Hinzu kommt unser Beirat für Lieferengpässe, in dem unter anderem Krankenkassen, Ärzteschaft, Apotheken und Pharmaverbände vertreten sind. Dort beraten wir gemeinsam, welche Maßnahmen nötig sind und welche Behandlungsalternativen gegebenenfalls zur Verfügung stehen.*

## **Wie hoch ist heute die Abhängigkeit der Arzneimittelversorgung in Deutschland von Ländern wie China, Indien und den USA?**

*Das hängt stark davon ab, über welchen Wirkstoff oder welche Arzneimittelgruppe wir sprechen. Bei Antibiotika etwa sind wir nach wie vor in hohem Maße von China abhängig. Es wird allerdings kaum möglich sein, die Produktion im großen Stil nach Europa zurückzuholen. Realistischer ist es, Lieferketten breiter aufzustellen und die internationale Zusammenarbeit zu*

*verbessern. Daran arbeiten wir nicht nur in nationalen Gremien, sondern auch mit europäischen Partnern in EMA\*-Gremien und internationalen Partnern wie der US-amerikanischen FDA\*\*. Entscheidend ist, dass wir bei Schwierigkeiten schneller Informationen teilen und uns gegenseitig unterstützen können.*

## **Die Produktion von Generika lohnt sich für viele europäische Pharmaunternehmen kaum noch. Heißt das im Umkehrschluss: Mehr Souveränität in der Arzneimittelversorgung wird nur dann möglich, wenn Medikamente teurer werden?**

*Dieser Realität muss man sich stellen. Der Preisdruck im System ist so hoch, dass sich manche Arzneimittel für europäische Hersteller wirtschaftlich kaum noch lohnen. Wir müssen deshalb neu darüber nachdenken, wie wir Versorgungssicherheit organisieren.*



↑ Prof. Dr. Karl Broich im Gespräch mit Redakteur Torsten Seifert auf der DMEA in Berlin

Wenn die Produktion bei uns und in Übersee breiter verteilt ist, lässt sich der Ausfall eines Zulieferers deutlich besser abfedern.

### Welche Rolle spielt das BfArM beim Aufbau des Europäischen Gesundheitsdatenraums, kurz EHDS?

Der EHDS soll einen sicheren, standardisierten und europaweiten Zugang zu Gesundheitsdaten schaffen und damit Versorgung und Forschung voranbringen. Das am BfArM angesiedelte Forschungsdatenzentrum Gesundheit ermöglicht bereits heute unter hohen Datenschutzstandards den Zugang zu Routinedaten aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dem Aufbau des EHDS entsteht nun ein europäischer Datenschatz mit Informationen von über 450 Millionen Menschen, der große Chancen für Forschung, Prävention und eine präzisere Versorgung bietet. Durch die Analyse von

sogenannten Real-World-Daten verstehen wir besser, wie Arzneimittel bei unterschiedlichen Patientengruppen, zum Beispiel bei sehr jungen oder älteren Menschen oder bei Bestehen bestimmter Begleiterkrankungen, wirken. Gerade bei seltenen Erkrankungen ist dieser zusätzliche Erkenntnisgewinn besonders wertvoll.

### Ihre Behörde betreibt eine Datenplattform für das Modellvorhaben Genomsequenzierung. Was ist darunter zu verstehen und verbessert sich dadurch schon heute die Versorgung?

Ja, Genomsequenzierung, also die Analyse aller genetischen Informationen eines Menschen, kommt bereits heute in der Versorgung an. Jetzt geht es darum, sie möglichst vielen Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen. Im Rahmen eines Modellvorhabens untersuchen wir Menschen

mit seltenen Erkrankungen oder mit Krebs. Das kann helfen, Therapien gezielter auf die genetischen Besonderheiten abzustimmen. Die genomischen Daten werden dabei nicht nur für die unmittelbare Behandlung genutzt, sondern in anonymisierter Form auch für die Forschung. So lassen sich neue Zusammenhänge zwischen genetischen Veränderungen und Krankheitsentstehung erkennen. ■



Weiterführende Informationen zu BfArM finden Sie hier



[www.bfarm.de](http://www.bfarm.de)

\*EMA: European Medicines Agency  
\*\*FDA: Food and Drug Administration

# Eine Auslandsreise steht an – welche Impfungen sind notwendig?

Johann Wolfgang von Goethe spricht mit seinem Zitat „Unvorbereitetes Wegeilen bringt unglückliche Wiederkehr!“ wahre Worte – bis in die heutige Zeit hinein ist es für ein sorgenfreies Reisen von Vorteil, sich gut vorzubereiten. Folgende Tipps und weiterführende Informationen erleichtern Ihre Reisevorbereitungen.

## Überprüfen Sie Ihren Impfschutz!

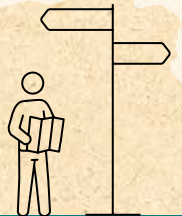
1

Bei einer anstehenden Auslandsreise sollten Sie als erstes Ihren **individuellen Impfstatus überprüfen** lassen und anpassen. Die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen **Standard- und Indikationsimpfungen bieten einen Schutz gegen schwere Erkrankungen** wie beispielsweise Tetanus, Diphtherie, Masern oder Pneumokokken. Für manche Länder gelten darüber hinaus spezifische Impfempfehlungen.

## Sie reisen in ferne Länder?

Wenn Sie eine Reise nach Afrika, Asien, Australien oder Südamerika planen, sollten Sie weitere Vorsorgemaßnahmen ergreifen. Diese unterscheiden sich je nach **Reiseziel, Jahreszeit im Reiseland, Reisedauer und Reisestil** sowie nach individuellen Bedürfnissen und besonderen Aktivitäten während Ihrer Reise. Lassen Sie sich von Tropen- oder Reisemedizinern beraten.

2



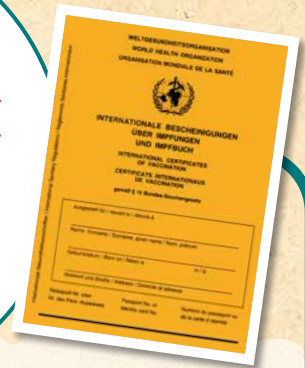
## Reiseposter

Auch zum  
Herausnehmen  
und Aufheben

Info

Einzelne Länder verlangen bei Einreise einen Impfnachweis im Internationalen Impfpasweis für folgende Impfungen:

Gelbfieber-Impfung  
Meningokokken-Impfung  
Poliomyelitis-Impfung  
Masern-Impfung



3



### Planen Sie genug Zeit ein!

Im Allgemeinen sollten Impfungen spätestens zwei Wochen vor Reisebeginn abgeschlossen sein, um eine ausreichende Immunität und das Abklingen etwaiger unerwünschter Arzneimittelwirkungen vor Reiseantritt zu gewährleisten.



### Check: Reiseapotheke



Ihre eigenen Dauermedikamente sollten je zur Hälfte im Hand- und Aufgabegepäck Platz finden. Packen Sie eine Reserve für unvorhergesehene Verlängerungen des Aufenthalts ein. Zusätzlich bilden Schmerz- und Fiebermittel, Durchfallpräparate und Elektrolyte die Basis Ihrer Reiseapotheke.

4

### Wie lange bis zur vollständigen Impfung? (Beispiele\*)

**Cholera:** Grundimmunisierung: 2 Impfstoffdosen im Abstand von 1–6 Wochen, spätestens 1 Woche vor Reiseantritt

**FSME:** Schnellimpfschema zur Grundimmunisierung: 3 Impfstoffdosen, Tage 0, 7 und 21

**Gelbfieber:** 1 Impfstoffdosis, spätestens 10 Tage vor Reiseantritt

**Hepatitis A:** Grundimmunisierung: 3 Impfstoffdosen im Schema 0, 1, 6 Monate (Kombinationsimpfstoff mit Hepatitis B)

**Japanische Enzephalitis:** Schnellimpfschema: 2 Impfstoffdosen im Abstand von 7 Tagen

**Tollwut:** Grundimmunisierung: 3 Impfstoffdosen, Tage 0, 7 und 21/28

Ich reise nach:  
Afrika, Naher  
Osten oder Asien

Ich reise in:  
tropische Regionen  
Afrikas oder  
Südamerikas

Ich reise nach:  
Zentral- und Nordeuropa,  
Russland, China oder Mongolei

Ich reise nach:  
China oder Japan

Ich reise nach:  
Mittel- und  
Südamerika, Asien,  
Grönland oder Afrika

Ich reise nach:  
Asien oder Afrika

\*Die Angaben in diesem Diagramm stellen eine vereinfachte Übersicht dar. Die Empfehlungen können je nach eingesetztem Impfstoff, Reiseziel, Alter und weiteren individuellen Gegebenheiten abweichen. Bitte lassen Sie sich vor Reiseantritt medizinisch beraten.



Die STIKO empfiehlt in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit e. V. (DTG) Reiseimpfungen [www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Staendige-Impfkommision/Reiseimpfungen/reiseimpfungen-node.html](http://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Staendige-Impfkommision/Reiseimpfungen/reiseimpfungen-node.html)



← Der 16-jährige Aaron ist kein Einzelfall – er gehört zu den 2 bis 3,5 Prozent der an COVID-19 erkrankten Kindern und Jugendlichen, die Long COVID entwickeln.

Neues Netzwerk zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen

# Long COVID und ME/CFS besser verstehen

*Etwa 2 bis 3,5 Prozent der an COVID-19 erkrankten Kinder und Jugendlichen entwickeln Long COVID. Meistens genesen sie wieder, in seltenen Fällen kann das Krankheitsbild jedoch chronisch und schwer verlaufen. Für eine optimale Behandlung Betroffener sind nun im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Netzwerks PEDNET-LC bundesweit 20 spezialisierte Versorgungszentren eingerichtet worden, in denen Forschung und Versorgung eng miteinander verzahnt sind.*

Ulf Heuner

Wenn in einer Schule im Kölner Süden morgens die erste Stunde beginnt, ist der 16-jährige Aaron nicht dabei. Ein Schulbesuch in Präsenz ist ihm nicht mehr möglich, weil er seit vier Jahren infolge einer COVID-19-Erkrankung an Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS) und dem Mast Cell Activation Syndrome (MCAS) erkrankt ist. Vor Kurzem wurden ihm deshalb nach mühseligen bürokratischen Prozessen eine Schwerbehinderung von 80 Prozent und Pflegegrad 3 attestiert.

Sofern es ihm möglich ist, kann er höchstens zweimal in der Woche ab dem späten Vormittag für maximal zwei Schulstunden mit seinem Avatar (auch Telepräsenzroboter genannt) online am Unterricht teilnehmen.

## Long COVID und ME/CFS belasten die soziale und schulische Entwicklung

Das Schicksal Aarons ist kein Einzelfall. Einer Studie der Universität Zürich zufolge entwickeln 2 bis 3,5 Prozent der an COVID-19 erkrankten Kinder und Jugendlichen Long COVID. Unter diesem Begriff werden unterschiedliche Beschwerden zusammengefasst, die oft zusammen auftreten. Dies kann eine starke Erschöpfung (Fatigue) sein, die sich bei körperlicher und geistiger Belastung noch steigert. Dazu können sich weitere Symptome zeigen, wie zum Beispiel Kopfschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Kreislaufprobleme, Schlafstörungen sowie Geschmacks- und Riechstörungen. Eine gute Nachricht ist, dass die meisten Kinder und Jugendlichen wieder genesen. Es kann sich jedoch auch die schwerste Form von Long

COVID entwickeln, die ME/CFS, die in unterschiedlicher Schwere auftritt. Eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben kann für ME/CFS-betroffene Kinder und Jugendliche über Jahre unmöglich sein. Die geringe Teilhabe im sozialen und schulischen Kontext bedeutet für sie eine starke Beeinträchtigung ihrer Entwicklung.

### Verzahnung von Forschung und Versorgung hat hohe Bedeutung

ME/CFS kann auch nach anderen Viruserkrankungen wie der Grippe oder dem Pfeifferschen Drüsenfieber nach einer Infektion mit dem Epstein-Barr-Virus auftreten. Als mögliche Folge einer COVID-19-Erkrankung ist die Häufigkeit von ME/CFS gestiegen. Um die Forschung und die Versorgung der Erkrankten effektiv miteinander zu verzahnen, haben das BMG und das Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR) im November 2025 die „Allianz postinfektiöse Erkrankungen: Long COVID und ME/CFS“ gestartet. In dieser sind unterschiedliche Projekte stärker vernetzt, die ressortübergreifend teils mit Millionenetats gefördert werden. Hervorzuheben ist das vom BMG geförderte Projekt PEDNET-LC, das speziell auf die Behandlung von an Long COVID und ähnlichen Krankheitsbildern leidenden Kindern und Jugendlichen ausgerichtet ist. Im Zentrum des Projekts steht der bundesweite Aufbau von Spezialambulanzen, die zum Beispiel an Universitätskinderkliniken oder anderen großen Kinderkliniken angesiedelt sind. Neben Krankenhäusern sind an PEDNET-LC unterschiedlichste Organisationen und Institutionen wie Krankenkassen, Fachgesellschaften, Berufsverbände oder Eltern- beziehungsweise Patienteninitiativen als Kooperationspartner beteiligt, sodass die Perspektiven aller Betroffenen berücksichtigt werden.

### Die Spezialambulanz am Universitätsklinikum Dresden

Im März besuchte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken die am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden (UKD) angesiedelte Ambulanz für postakute Infektions- und Vakzinierungssyndrome (PAIVS). Sie bildet ein Versorgungszentrum innerhalb von PEDNET-LC. In Gesprächen mit Klinik- und Projektleitung, vor allem aber mit betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien, konnte sich die Ministerin ein konkretes Bild davon machen, wie die an Long COVID leidenden Kinder und Jugendlichen dort gezielt versorgt und unterstützt werden, von der Diagnose über die Therapie bis zur sozialen Unterstützung, zum Beispiel im Kontakt mit Schulen. Ihr Resümee fällt durchweg positiv aus: „PEDNET-LC leistet hier einen entscheidenden Beitrag und zeigt, dass die Förderung wirkt.“

### Anlaufstellen für betroffene Familien

Die ersten Anlaufstellen für Familien mit Kindern und Jugendlichen, die Symptome von Long COVID aufweisen, sind in der Regel die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie hausärztlichen Praxen. „Wer krank ist, geht zum Arzt und erhält eine Diagnose mit anschließender Therapie. Bei uns war das aber alles andere als einfach. Viele Ärzte waren mit diesem Krankheitsbild leider überfordert“, sagt Aarons Mutter. „Um den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten zu ermöglichen, die Patienten zur Diagnosestellung, Mitbeurteilung oder Mitbetreuung an spezialisierte Zentren zu überweisen, wurde durch das Projekt PEDNET-LC mindestens ein spezialisiertes Versorgungszentrum pro Bundesland geschaffen“, sagt Frau PD Dr. Töpfner, Leiterin des PEDNET-LC-Standorts Dresden. Die Erstdiagnose erfolgt in diesen Versorgungszentren nach einem abgestimmten diagnostischen Vorgehen unter Einbindung mehrerer Fachbereiche und Berufsgruppen (zum Beispiel Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, Pflege, Sozialdienst). Nach Diagnosestellung kann es für viele Patientinnen und Patienten wichtig sein, dass Anträge auf Nachteilsausgleiche gestellt oder sie bei der Beantragung von Telepräsenzrobotern sozialmedizinisch unterstützt werden. Ein solcher Telepräsenzroboter hilft auch Aaron, trotz schwerer Beschwerden weiter am schulischen Leben teilzunehmen.

Damit betroffene Familien möglichst schnell spezialisierte Ärztinnen und Ärzten finden, bietet PEDNET-LC ein unterstützendes Tool an. Auf der Homepage des Netzwerks kann man mit der Eingabe seiner Postleitzahl direkt die Kontaktdaten des nächstgelegenen Versorgungszentrums recherchieren und auch Kontakt zum Nationalen Patientenbeirat von PEDNET-LC aufnehmen. Weitere Unterstützung und die Möglichkeit, andere Betroffene kennenzulernen oder sich selbst zu engagieren, bieten unter anderem die bundesweit aktiven Vereine NichtGenesenKids e.V. und die Elterninitiative ME/CFS-krankte Kinder und Jugendliche e.V., die als Kooperationspartner neben vielen weiteren Betroffenenorganisationen ebenfalls in PEDNET-LC eingebunden sind. ■



Weiterführende Informationen zu PEDNET-LC und NichtGenesenKids e.V. finden Sie hier



[pednet-lc.de](https://pednet-lc.de)



[nichtgenesenkids.de](https://nichtgenesenkids.de)

Vor Ort nachgefragt

# Was die Apothekenreform für Stadt und Land bedeutet

*Apotheken sind eine tragende Säule der Arzneimittelversorgung und ein elementarer Bestandteil der gesundheitlichen Daseinsvorsorge. Ihre flächendeckende Präsenz vor Ort muss daher unbedingt erhalten werden. Aus diesem Grund hat Bundesgesundheitsministerin Nina Warken ein umfangreiches Reformpaket vorgelegt. Dieses sieht unter anderem vor, Apotheken wirtschaftlich zu stärken und ihnen zusätzliche Befugnisse zu erteilen, um das Versorgungsangebot für die Bevölkerung zu erweitern.*



Vor allem kleinere und ländliche Apotheken stehen vor Herausforderungen durch Fachpersonalmangel, Strukturwandel und sinkende Wirtschaftlichkeit. Mit dem geplanten Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) reagiert die Bundesregierung auf diese Entwicklung. Als niedrigschwellige Anlaufstellen sollen sie stärker in Themen wie Prävention, Impfungen, Früherkennung und Schnelltests eingebunden werden. Vorgesehen sind darüber hinaus ein Bürokratieabbau, der den Apotheken größere Flexibilität in der täglichen Arbeit gibt, höhere Zuschüsse für Nacht- und Notdienste sowie die erleichterte Gründung von Apothekenstandorten in abgelegenen ländlichen Gebieten. Die Änderungen sollen sicherstellen, dass auch in Zukunft ein verlässliches Netz an Apotheken vor Ort für die gesundheitliche Versorgung der Menschen erreichbar ist.

### Keine Apotheke gleicht der anderen

Wie kommen diese Pläne vor Ort an? „Im Dialog“ hat in der Oberlausitz nachgefragt, einer Region, die hierzulande zu denen mit dem höchsten Durchschnittsalter zählt: in der Lindenapotheke in Görlitz, der östlichsten Stadt Deutschlands und im etwa zehn Kilometer entfernten Kodersdorf, in der Neuen Apotheke. Auf der einen Seite ein hochmoderner Standort in der Nachbarschaft von Krankenhaus, Sanitätshaus, Facharztpraxen und Pflegedienst. Auf der anderen eine klassische Landapotheke, die für die Menschen weit mehr ist als ein Ort der Arzneimittelabgabe.

”

*Wir haben häufig den Fall, dass jemand hereinkommt und uns ein medizinisches Anliegen schildert. Meist hilft ein kurzes Gespräch oder eine Messung von Blutdruck oder Blutzucker. Danach können wir sagen, ob alles in Ordnung ist oder ob der Kunde besser gleich mal einen Arzt aufsuchen sollte. Manchmal rufen wir auch direkt beim Hausarzt an. Bei den knappen Ressourcen im Gesundheitssystem ist es wichtig, dass die Apotheken eine Lotsenfunktion einnehmen und die Patienten entsprechend lenken.“*

*Tom Wersig, Apotheker, Görlitz*





”

*Wenn wir bei Prävention, Impfungen oder niedrigschwelligen Tests mehr beitragen können, dann hilft das den Patienten. Aber man darf nicht so tun, als könne man neue Aufgaben einfach obendrauf packen, ohne die Strukturen darunter zu sichern. Mehr Verantwortung braucht auch eine entsprechende Vergütung.“*

*Anke van Rems, Pharmazieingenieurin, Görlitz*



”



*Entscheidend ist, dass man den Begriff ländlicher Raum nicht nur in ein Gesetz schreibt, sondern die tatsächliche Situation vor Ort versteht. Neue Aufgaben sind für uns eine Mehrbelastung, für die wir erst mal die Bedingungen schaffen müssen. Nehmen wir die Medikationsanalyse, die unsere Kunden in Anspruch nehmen können, also die Überprüfung der gesamten Arzneimittelaufnahme eines Patienten. Das ist eine gute Sache, aber so etwas braucht Zeit. Manchmal bestelle ich mir die Patienten Samstagvormittag außerhalb der Öffnungszeiten während des Notdienstes. Im Tagesgeschäft komme ich oft gar nicht dazu.“*

*Daniela Scholze, Landapothekerin, Kodersdorf*



*Viele unterschätzen, wie viel Kommunikation, Fachwissen und Organisation in unseren Berufen steckt. Wir sind oft diejenigen, die zwischen Beratung, Lager, Telefon, Lieferengpass und Kundenkontakt alles zusammenhalten.“*

*Diana Moritz, Pharmazeutisch-kaufmännische-Angestellte, Görlitz*



*Ich finde es gut, wenn Apotheken künftig mehr Gesundheitsleistungen anbieten. Das macht vieles einfacher. Wenn ich für eine Impfung oder einen kurzen Check nicht erst lange einen Termin organisieren muss, ist das für mich ein echter Vorteil. Wichtig ist mir nur, dass ich mich darauf verlassen kann, dass alles professionell und sicher gemacht wird.“*

*Petra Hoffmann, Kundin, Görlitz*



*Ich will keine Debatte über Zuständigkeiten, sondern schnelle Hilfe. Wenn ich in der Apotheke unkompliziert Rat bekomme, ist das für mich ein echter Gewinn.“*

*Silvia Wirbs, Kundin, Torga*

Apotheken sind in Gesundheitsfragen häufig die ersten Anlaufstellen, weil sie für die Menschen unkompliziert erreichbar sind.

In Zukunft soll die Anlaufstelle Apotheke noch besser genutzt werden. So sollen nach entsprechender Schulung des Personals auch Standardimpfungen angeboten werden, also zum Beispiel gegen Tetanus oder Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME). Auch in der Prävention, insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sollen die Apotheken mehr

Leistungen als bisher anbieten können, zum Beispiel eine Bestimmung von ausgewählten Blutwerten und die Beratung zu Risikofaktoren. Die neuen Aufgaben – zum Beispiel auch die pharmazeutische Betreuung bei neuer oder komplexer Medikation – werden von den Krankenkassen vergütet und verbessern dadurch die wirtschaftliche Basis.

Zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung soll außerdem zum 1. Juli 2026 das Apothekenfixum auf 9 Euro steigen, am 1. Januar 2027 auf 9,50 Euro.





## Herz-Check in Apotheken

# Prävention stärken, Herzgesundheit verbessern

*Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen nach wie vor zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland. Viele dieser Erkrankungen könnten durch frühzeitige Prävention und rechtzeitige Erkennung von Risikofaktoren vermieden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat das Thema Herzgesundheit deshalb zu einem Schwerpunkt gemacht und verfolgt dabei einen breiten Ansatz: Förderung eines gesunden Lebensstils, bessere Früherkennung, niedrighschwellige Angebote und eine engere Verzahnung zwischen Forschung und Versorgung.*

*Martin Regenbrecht*

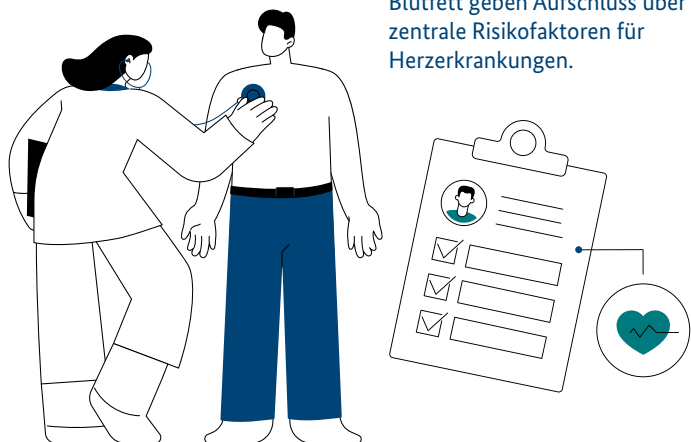
Die sogenannten „drei B“ – das regelmäßige Messen von Blutdruck, Blutzucker und Blutfett – geben Aufschluss über zentrale Risikofaktoren für Herzerkrankungen und können helfen, Probleme zu erkennen, bevor es zu schweren Erkrankungen kommt. Doch zu wenige Menschen kennen ihre Werte oder nehmen Vorsorgeuntersuchungen wahr. Um dies zu ändern, will Bundesgesundheitsministerin Nina Warken die Apotheken stärker einbinden und dort von den Krankenkassen bezahlte Angebote zu Messungen zu Risikofaktoren (wie Blutdruck, ausgewählte Blutwerte, Gewicht) und zur Beratung zu Erkrankungsrisiken etablieren – also etwa zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Erkrankungen durch Tabakkonsum. Die Idee

dahinter: Wenn Menschen für die Messung ihrer Blutwerte nicht erst einen Arzttermin vereinbaren müssen, werden mehr Bürgerinnen und Bürger diese Möglichkeit nutzen.

Dabei können die Apotheken dann auch gezielt zu den ärztlichen Früherkennungsangeboten wie dem Gesundheits-Check-up beraten. Diesen können gesetzlich Krankenversicherte ab 18 einmalig und ab 35 alle drei Jahre nutzen. Er dient der vertiefenden Erfassung von Gesundheitsrisiken und zur Früherkennung von häufig auftretenden Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus.

## Die „drei B“

Blutdruck, Blutzucker und Blutfett geben Aufschluss über zentrale Risikofaktoren für Herzerkrankungen.



Die Pharmazieingenieurin Anke van Rems aus Görlitz sagt: „Apotheken spielen in der Prävention eine wichtige Rolle, weil wir auch regelmäßig Menschen sehen, die vielleicht seltener eine Arztpraxis aufsuchen. Prävention beginnt häufig nicht erst mit einer Diagnose, sondern mit mehr Aufmerksamkeit im Alltag.“

### Forschung und Versorgung enger verzahnen

Gute Prävention braucht eine solide wissenschaftliche Grundlage. Daraus ergibt sich eine produktive Überschneidung zwischen BMG und dem Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR). Das Ziel des BMG ist eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung, für das BMFTR geht es um das Bereitstellen von Rahmenbedingungen für Spitzenforschung, auch im internationalen Vergleich. Hier sind zwei Beispiele für Forschungsprojekte, die das Ziel beider Ministerien unterstützen: Das BMFTR fördert Projekte, in denen Künstliche Intelligenz Routinedaten wie EKG-Werte analysiert, um Herz-Kreislauf-Ereignisse frühzeitig vorherzusagen. Und am Max-Delbrück-Center arbeiten Forschende an einer detaillierten Kartierung aller Herzzellen – eine Art Landkarte des Organs, die krankhafte Veränderungen sichtbar machen soll, noch bevor Symptome auftreten.

### Medizinregistergesetz schafft neue Grundlagen

Damit Forschungsergebnisse bei Patientinnen und Patienten ankommen, braucht es qualitätsgesicherte Daten. Hier setzt das Medizinregistergesetz an, das das Bundeskabinett am 11. März 2026 beschlossen hat. In Deutschland existieren über 400 Medizinregister – überwiegend von Forschungseinrichtungen betrieben –, in denen Daten beispielsweise über Krankheitsverläufe, Therapien oder Diagnosen erfasst werden. Das Gesetz legt nun Standards

für die Datenqualität, den Datenschutz und die Datensicherheit der Medizinregister fest. Mit der Vereinheitlichung der Datenstandards können die Register besser koordiniert ausgewertet werden; damit bilden sie eine noch wertvollere Datenbasis für die Erforschung von Krankheiten und die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen. „Medizinregister zeigen, was im Versorgungsalltag wirklich wirkt“, so Ministerin Warken.

### Prävention ist besser als Heilung

Der rote Faden der aktuellen Gesundheitspolitik ist klar: Prävention muss früher ansetzen und für alle zugänglich sein. Mit niedrigschwelligen Angeboten, besserer Datennutzung und engerer Verzahnung von Forschung und Praxis will die Bundesregierung die Krankheitslast in Deutschland reduzieren und zugleich die damit einhergehenden Kosten im Gesundheitssystem bremsen.

Ein gesunder Lebensstil ist dabei die wichtigste Grundlage, um das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu senken. Dabei spielen Bewegung im Alltag und sportliche Aktivitäten eine wichtige Rolle. Das BMG setzt sich mit einer Vielzahl von Maßnahmen dafür ein, dass Menschen körperlich aktiver werden. Hierzu wurde im Oktober 2022 der „Runde Tisch Bewegung und Gesundheit“ gestartet, bei dem mehr als 60 Institutionen auf Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen konkrete Vereinbarungen zur Stärkung von Bewegung für alle Altersgruppen getroffen haben. Mit ihren Angeboten wollen sie auch sportlich weniger aktive Menschen erreichen. Das erfolgt zum Beispiel über niedrigschwellige Ansprache oder das Bereitstellen von Räumlichkeiten von Kirchengemeinden, Sportvereinen und Kommunen, auch im Freien. Das BMG begleitet die Umsetzung der Maßnahmen. Der Dialog zwischen den zahlreichen Akteuren soll fortgesetzt und diese weiter vernetzt werden, um die Angebote und die Rahmenbedingungen für die Bewegungsförderung in Deutschland gemeinsam zu verbessern. ■

**Fragen und Antworten zum Medizinregister finden Sie hier**



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

Fragen und Antworten zum Medizinregistergesetz

Alle leisten ihren Beitrag

# 5 Fragen zur GKV-Finanzreform

Mit der Finanzreform für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zielt die Bundesregierung auf die Stabilisierung der Beitragssätze ab dem Jahr 2027. Die 5 wichtigsten Fragen zu den geplanten Maßnahmen im Überblick:

## 1 Werden Krankenkassen bei der Reform geschont?

Auch die Verwaltungskosten der Krankenkassen sind Teil des Reformpakets. Neben einer Reduzierung der zulässigen Werbeausgaben und einer Begrenzung der Vorstandsgehälter werden die Anstiege bei den Verwaltungskosten auf die Zuwächse bei den beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt. Dieses zentrale Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik setzen wir in allen Ausgabenbereichen um. Damit werden die Krankenkassen selbst nicht anders behandelt als andere Bereiche.

## 2 Wird die Früherkennungsuntersuchung für Hautkrebs tatsächlich abgeschafft?

Nein. Bisher haben Versicherte ab einem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung für Hautkrebs, unabhängig von ihren persönlichen Risikofaktoren. Deutschland ist das einzige Land mit einem flächendeckenden, nicht risikobasierten Screening. Aus den vorliegenden Studien gibt es keine zuverlässigen Ergebnisse, die den Nutzen solcher flächendeckenden Screenings durch eine Senkung der Mortalität bei Hautkrebs belegen können. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird daher beauftragt, die Vorgaben für ein Hautkrebscreening inhaltlich zu überprüfen und eine Umstellung auf ein risikobasiertes Screening zu berücksichtigen.

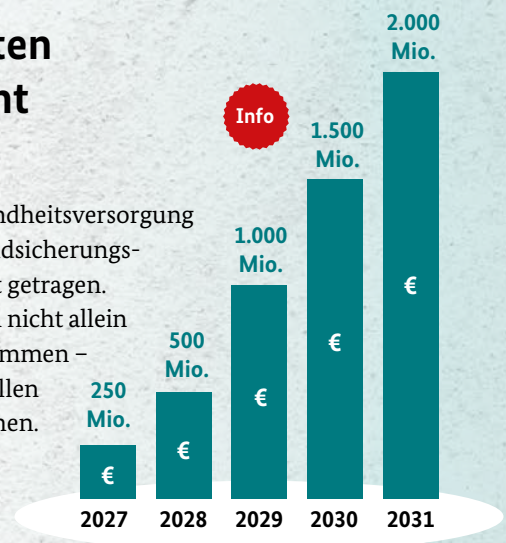


### 3 Werden die Pharmaunternehmen von den Sparmaßnahmen im Zuge der Reform ausgenommen?

Nein – kein Ausgabenbereich ist von den Maßnahmen der GKV-Finanzreform ausgenommen. Alle Bereiche leisten einen Beitrag, dessen Höhe sich grundsätzlich an ihrem Anteil an den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen orientiert. Im Rahmen eines ausgewogenen Gesamtpakets werden daher auch die pharmazeutischen Unternehmen beteiligt. Allein durch die geplante Einführung eines dynamischen Herstellerabschlags für Patent-Arzneimittel wird die Ausgabendynamik für Arzneimittel auf die Zuwächse bei den beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt. Dadurch werden die Krankenkassen bis 2030 um ca. 5,5 Milliarden Euro entlastet.

### 4 Warum werden Gesundheitskosten von Bürgergeldbeziehenden nicht aus Steuermitteln finanziert?

Derzeit wird ein großer Teil der Kosten der Gesundheitsversorgung von Grundsicherungsempfängerinnen und Grundsicherungsempfängern durch die Versichertengemeinschaft getragen. Für diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe sollten nicht allein die Beitragszahler und Beitragszahlerinnen aufkommen – daher ist eine stufenweise Erhöhung der finanziellen Beteiligung des Bundes ab 2027 bis 2030 vorgesehen.



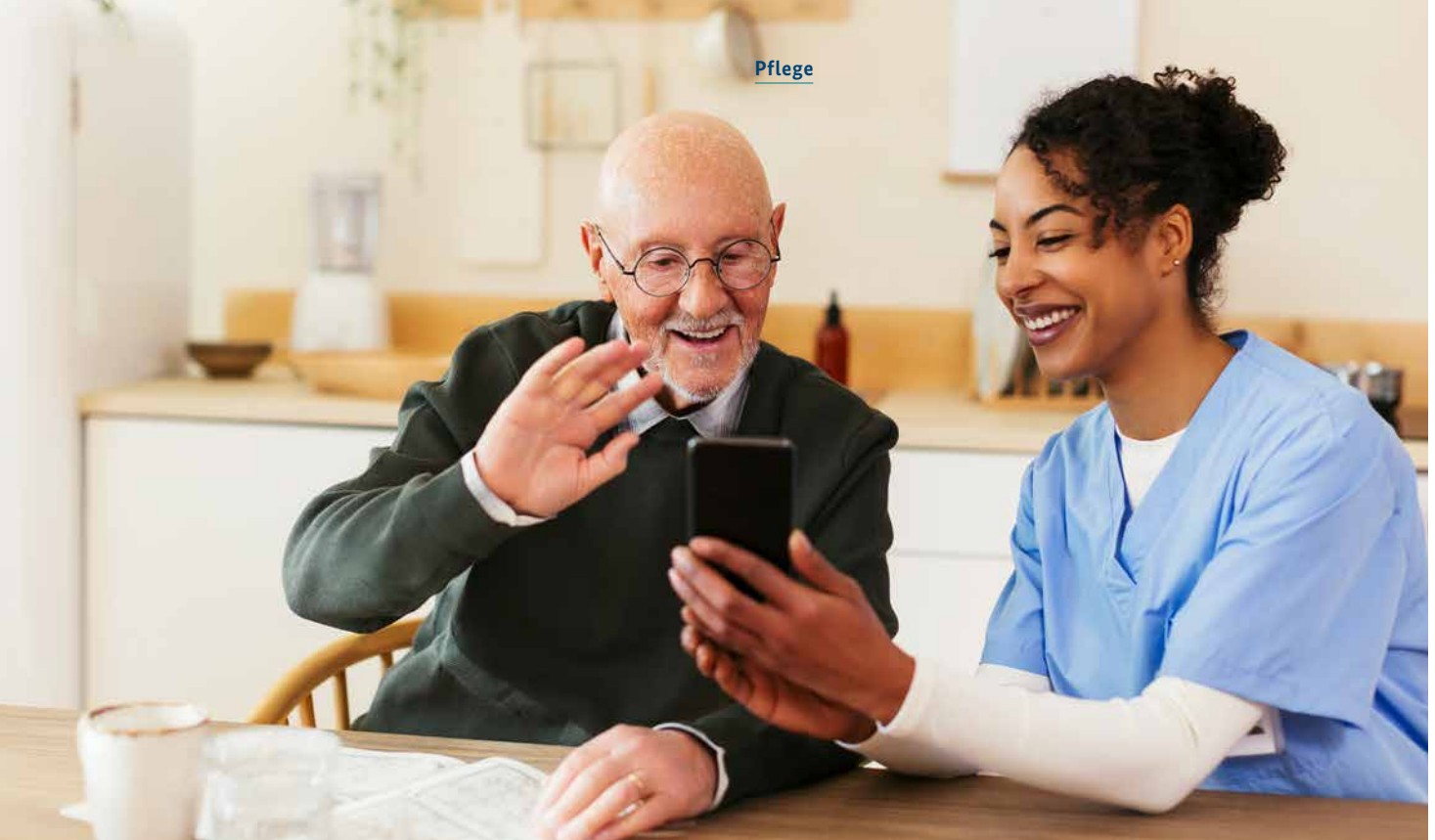
### 5 Wer bezahlt den vorgesehenen Beitragszuschlag von 2,5 Prozent für bisher beitragsfrei mitversicherte Partner?

Der Beitragszuschlag für mitversicherte Ehegattinnen und Ehegatten beziehungsweise Lebenspartnerinnen und Lebenspartner wird auf das beitragspflichtige Einkommen des hauptversicherten GKV-Mitglieds erhoben. Das bedeutet, dass die Person, die bisher eigene Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt hat, künftig auch den Beitragszuschlag trägt.

Stellen Sie Ihre Fragen zu Themen aus den Bereichen Gesundheit und Pflege.  
[www.bundesgesundheitsministerium.de/service/buergertelefon](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/buergertelefon)

Weitere Fragen und Antworten zum GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz finden Sie hier  
[www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv-beitragsatzstabilisierungsgesetz](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv-beitragsatzstabilisierungsgesetz)





## Positive Signale

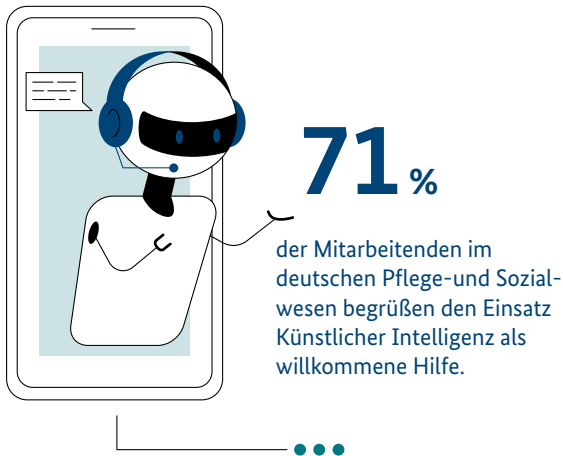
# Was Künstliche Intelligenz in der Pflege leisten kann

*KI-Anwendungen finden im Gesundheitswesen immer mehr Akzeptanz. Vielerorts erleichtern Pilotprojekte bereits den Pflegealltag. Was noch vor wenigen Jahren wie Zukunftsmusik klang, wird Schritt für Schritt zur gelebten Praxis – mit Aussicht auf eine flächendeckende Abdeckung in Deutschland.*

*Torsten Seifert*

Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels wächst die Hoffnung, Pflegekräfte mithilfe Künstlicher Intelligenz (KI) von Routinen zu entlasten und ihnen mehr Zeit für ihre eigentliche Aufgabe, die Arbeit mit den Menschen, verschaffen zu können. Klassische Pfl egetätigkeiten kann KI allerdings nicht übernehmen. Sie hilft nicht beim Lagern, Waschen, Mobilisieren oder Trösten. Aber sie ist in der Lage, Muster in Daten sichtbar zu machen, beim Ordnen von Informationen zu helfen, Abläufe zu vereinfachen, die Dokumentation zu erleichtern und Auffälligkeiten anzuzeigen. So können

KI-gestützte Lösungen Veränderungen markieren, die im hektischen Pflegealltag leicht übersehen werden, wie einen unsicheren Gang oder auffällige Vitalwerte. Solche Systeme stellen zwar keine Diagnosen, sie können jedoch dabei helfen, Risiken früher zu erkennen und schneller zu reagieren. Robotische Lösungen können darüber hinaus etwa beim Umlagern helfen oder Materialien transportieren. Sie reagieren mithilfe von Sensorik und KI auf ihre Umgebung und entlasten Pflegeprozesse.



### Weniger Schreibarbeit, mehr Zeit am Bett

Wie die myneva Group in einer aktuellen Trendstudie (*Trendstudie 2025: Zukunft der Pflege und Sozialarbeit in Europa*) belegt, begrüßen 71 Prozent der Mitarbeitenden im deutschen Pflege- und Sozialwesen den Einsatz Künstlicher Intelligenz als willkommene Hilfe. Ob digitale Lösungen vom Personal in der Praxis tatsächlich akzeptiert werden, entscheidet sich allerdings nicht an der Technik selbst, sondern an ihrem Nutzen. Pflegekräfte nehmen neue Anwendungen eher an, wenn diese leicht bedienbar sind und keine zusätzliche Unsicherheit schaffen.

Besonders bei der Pflegedokumentation ist das KI-Potenzial schon greifbar. Jede Minute, die Pflegenden mit Formularen und Eingaben verbringen, fehlt an anderer Stelle. Entsprechend groß ist die Hoffnung, dass digitale Unterstützung hier spürbar entlasten kann. Bereits heute gibt es sprachgestützte Systeme, mit denen Pflegekräfte Beobachtungen und Maßnahmen direkt per Smartphone oder Tablet erfassen. Das Gesprochene wird in Text umgewandelt und den passenden Dokumentationsfeldern zugeordnet.

Der Einsatz solcher Systeme hat dabei klare Leitplanken. Künstliche Intelligenz kann Vorschläge machen. Sie ersetzt jedoch weder fachliche Erfahrung noch Verantwortungsbewusstsein. Besonders in einem sensiblen Bereich wie der Pflege gilt deshalb: Die letzte Entscheidung muss immer beim Menschen bleiben.

### Orientierung im digitalen Wandel

Gerade weil das Angebot an digitalen Lösungen immer weiter wächst, wird eine professionelle Einordnung zunehmend wichtiger. In diesem Kontext spielt das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege des GKV-Spitzenverbandes eine zentrale Rolle. Es unterstützt Pflegeeinrichtungen, Pflegekräfte und andere Leistungserbringer bei der Auswahl, Einführung und Nutzung digitaler Technologien. Gleichzeitig treibt es die wissenschaftliche Evaluation und Qualitätssicherung der Lösungen voran.

Nicht nur in der direkten Patientenversorgung, sondern auch an den Schnittstellen zwischen Pflege, Beratung und Verwaltung sorgen KI-Anwendungen für Entlastung. Sie können medizinische und pflegerische Informationen strukturieren, Fachbegriffe verständlicher machen und Inhalte in andere Sprachen übertragen. Ein aktuelles Beispiel dafür ist die Software „formfix“ des Berliner Start-ups Myosotis. Die KI-gestützte Web-Anwendung wurde für ein Pilotprojekt des Bundes ausgewählt und führt Antragstellende durch den komplexen Prozess „Hilfe zur Pflege“.

*„formfix leitet Betroffene und deren Angehörige Schritt-für-Schritt durch den Pflegeantrag. Das Ergebnis ist ein formal fehlerfreies Dokument, das die Bearbeitungszeit auf Behördenseite signifikant verkürzt und den Weg zur notwendigen Unterstützung ebnet.“*

Jasper Böckel, Geschäftsführer der Myosotis GmbH

Künstliche Intelligenz wird Pflege nicht ersetzen, aber sie kann sie spürbar stärken und weiterentwickeln. Zugleich eröffnet sie für die Pflegeberufe neue Perspektiven. Die Kompetenzen nicht-ärztlicher Fachkräfte können erweitert, ihre Rolle gestärkt und ihre Arbeitsfähigkeit langfristiger gewährleistet werden. Letztlich schafft KI im besten Fall genau das, was in der Pflege besonders knapp ist: mehr Zeit für Zuwendung und professionelle Aufmerksamkeit. ■



Es ist möglich, die „Im Dialog“ regelmäßig digital zu beziehen. Registrieren Sie sich hier für ein Abonnement.

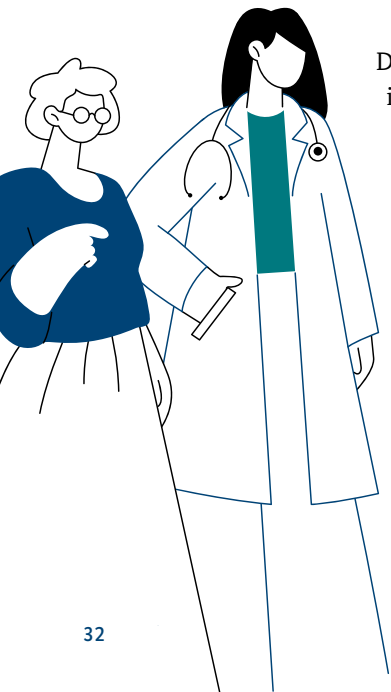
[www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/anmeldung-abonnement-imdialog](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/anmeldung-abonnement-imdialog)



Frauengesundheit im Fokus

# Mehr Bewusstsein, mehr Forschung, mehr Austausch

Jana Müller



Das Thema Frauengesundheit wurde in Medizin, Forschung und Versorgung lange Zeit vernachlässigt. Es ist längst bekannt, dass sich Symptome, Krankheitsverläufe und Arzneimittelwirkungen bei Frauen und Männern oft fundamental unterscheiden. Ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall etwa zeigt sich bei Frauen mit anderen Symptomen – was in der Vergangenheit häufig dazu führte, dass er zu spät erkannt

wurde, mit teils schwerwiegenden Folgen. Doch diese Erkenntnisse wurden in Forschung und Versorgungsalltag bisher nicht ausreichend umgesetzt.

Für dieses strukturelle Ungleichgewicht gibt es sogar einen eigenen Begriff: den „Gender-Health-Gap“ – die geschlechtsspezifische Lücke in der Gesundheitsversorgung. Und die ist größer, als viele vermuten.

Doch es tut sich etwas. In Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit wächst das Bewusstsein dafür, dass der Gender-Health-Gap aktiv geschlossen werden muss. Eine Reihe von Maßnahmen ist bereits auf den Weg gebracht:

„Es kann nicht sein, dass die Hälfte der Bevölkerung in gesundheitlicher Hinsicht benachteiligt wird, weil Forschung und Versorgung immer noch viel zu häufig blind sind für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern.“

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken



### Forschung und Datenbasis

Im Januar 2026 hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zwei Förderrichtlinien veröffentlicht, mit denen Forschungsprojekte zur Frauengesundheit unterstützt werden sollen – mit dem Ziel, die Qualität und Effizienz der Versorgung von Frauen in Deutschland messbar zu verbessern.

Außerdem wurde im Oktober 2025 das Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ Gesundheit) am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eröffnet. Es stellt der Forschung einen datenschutzkonformen Zugang zu umfangreichen Gesundheitsdaten zur Verfügung, mit denen auch geschlechtsspezifische Fragestellungen und Auswertungen möglich sind. Denn nur wenn Unterschiede zwischen den Geschlechtern sichtbar gemacht werden, können sie in Prävention, Diagnostik und Therapie angemessen berücksichtigt werden. Parallel dazu liefern die Daten aus Medizinregistern wertvolle Erkenntnisse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten. Frauen (insbesondere Schwangere), ältere Patientinnen und Patienten und Kinder, sie alle werden in klinischen Studien seltener berücksichtigt. Umso wichtiger sind gute Daten aus der Versorgung, die zeigen, was im Versorgungsalltag bei diesen Personengruppen wirklich wirkt (siehe dazu auch die Hinweise zum neuen Medizinregistergesetz auf Seite 27).

### Früherkennung und Vorsorge

Zukünftig soll das Mammographie-Screening zur Früherkennung von Brustkrebs auch für Frauen von 45 bis 49 Jahren als Kassenleistung möglich sein – hierzu laufen entsprechende Vorbereitungen. Derzeit können Frauen im Alter von 50 bis 75 Jahren alle zwei Jahre am Mammographie-Screening teilnehmen.

### Wechseljahre – aus der Tabuzone in den Fokus

Mit dem Dialogprozess Wechseljahre, einer 2025 gestarteten Initiative des BMG, soll das Thema endlich den Platz bekommen, der ihm zusteht: als selbstverständlicher Bestandteil der Frauengesundheit und einer geschlechter-sensiblen Versorgung.

### Ausbildung und Medizinstudium

Langfristig soll der Gender-Health-Gap auch in der Ausbildung von Grund auf angegangen werden. Die geplante Reform der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte sieht vor, geschlechtsspezifische Aspekte stärker im Medizinstudium zu verankern. Auch bei Reformen anderer Heilberufsausbildungen wird das BMG darauf achten, dass genderspezifische Besonderheiten systematisch mitgedacht werden.

### Gesetzliche Grundlagen

Seit mehr als zehn Jahren sind Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, geschlechtsspezifische Besonderheiten bei ihren Leistungen zu berücksichtigen (§ 2b SGB V). Der aktuelle Koalitionsvertrag der Bundesregierung bekräftigt diesen Anspruch: Medizinische Vorsorge, Behandlung und Forschung sollen die speziellen Bedürfnisse aller Geschlechter in jedem Lebensabschnitt in den Blick nehmen.

Die neue Rubrik *Frauengesundheit* wird in den kommenden Ausgaben einzelne Themen vertiefen, so etwa auch die Schmerzmedizin, die psychische Gesundheit bis hin zu Erkrankungen wie Endometriose, die jahrelang unerkannt blieben. Das Ziel: den Gender-Health-Gap Stück für Stück zu schließen. Vielleicht kann er eines Tages ganz der Vergangenheit angehören. ■



Weitere Informationen, Tipps und Anregungen zu zentralen Themen der Frauengesundheit finden Sie hier



[www.frauengesundheitsportal.de](http://www.frauengesundheitsportal.de)

Mythen aufgeklärt

# Ist es wahr, dass ...

Rund um den Sommer gibt es viele Gesundheitsmythen.  
Doch welche stimmen und welche sind falsch?  
Wir gehen bekannten Behauptungen auf den Grund.

Ja

## ... ein Sonnenstich und ein Hitzschlag gemeinsam auftreten können?

Ja. Der Sonnenstich und der Hitzschlag werden beide durch übermäßige Hitze, meist infolge starker Sonneneinstrahlung, verursacht. Dadurch können entzündliche Reaktionen entstehen und sich die Blutgefäße erweitern.

Ein Sonnenstich führt zu einer Überwärmung im Gehirn, die eine Reizung der Hirnhäute unter der Schädeldecke auslöst.

Die Körperkerntemperatur kann sich bei einem Hitzschlag auf über 40 Grad Celsius erhöhen. Der Hitzschlag ist immer ein medizinischer Notfall, der sofort behandelt werden muss.

## ... Menschen Hitze unterschiedlich wahrnehmen?

Ja

Ja. Menschen nehmen Hitze unterschiedlich wahr. Neben der Lufttemperatur spielt auch die gefühlte Temperatur eine große Rolle. Spätestens jedoch bei Hitzewarnungen oder wenn in den Wohnräumen 26 Grad Celsius und mehr gemessen werden, sollten Sie Gesundheitsproblemen vorbeugen. Ein sichtbar platziertes Thermometer hilft, die Temperatur in den Räumen im Blick zu behalten. Bei extremer Hitze sind ältere Menschen besonders gefährdet, weil die Wahrnehmung der Hitze eingeschränkt ist, etwa durch ein vermindertes Durstgefühl.

Nein

## ... Zecken nur im Frühling und Sommer aktiv sind?

Nein. Die Bezeichnung „Frühsommer-Meningoenzephalitis“ (FSME) erweckt den Eindruck, es handle sich um eine Erkrankung, die ausschließlich im Frühsommer durch Zeckenstiche ausgelöst wird. Tatsächlich können Zecken das FSME-Virus zu jeder Jahreszeit übertragen. Das Risiko einer FSME-Infektion ist in Deutschland von Mai bis Oktober am höchsten, weil Zecken dann in der Regel besonders aktiv sind. Die Ständige Impfkommision (STIKO) empfiehlt die FSME-Impfung für Personen, die in FSME-Risikogebieten gegenüber Zecken exponiert sind, und für Personen, die beruflich einer FSME-Gefahr ausgesetzt sind, zum Beispiel in der Land- oder Forstwirtschaft oder im Labor.

# Testen Sie Ihr Wissen

Hohe Temperaturen im Sommer können die Gesundheit stark beeinträchtigen – einfache Maßnahmen helfen jedoch dabei, besser durch heiße Tage zu kommen. Wie gut kennen Sie sich in Sachen Hitze und Gesundheit aus? Testen Sie Ihr Wissen mit unserem Quiz.

## Wer gibt Hitzewarnungen heraus?

- A Das Robert Koch-Institut (RKI)
- B Der Deutsche Wetterdienst (DWD)

Hitzewarnungen werden vom DWD herausgegeben, wenn eine starke Wärmebelastung vorhergesagt wird und eine ausreichende nächtliche Auskühlung der Wohnräume nicht mehr gewährleistet ist. Das RKI nimmt statistische Modellierungen vor, um die „Übersterblichkeit“ abzuschätzen. In diese Auswertungen fließen unter anderem die Temperaturdaten des DWD und die Mortalitätsdaten des Statistischen Bundesamtes (Destatis) ein.

Antwort „B“ ist korrekt.

## Wann spricht man von einer Hitzewelle?

- A ab 28 °C
- B ab 40 °C
- C ab 32 °C
- D ab 45 °C

Eine Hitzewelle ist eine Folge mehrerer aufeinander folgender Tage mit Belastung durch hohe Temperaturen. International existiert keine einheitliche Definition dieses Begriffs. Der Deutsche Wetterdienst (DWD) spricht von einer Hitzewelle, sobald die Temperatur an mindestens drei aufeinanderfolgenden Tagen über 28 Grad Celsius liegt.

Antwort „A“ ist korrekt.

## Wie kann man sich vor Hitze schützen?

- A Mittagshitze im Freien meiden
- B Nachts und am frühen Morgen lüften
- C Heiß duschen
- D Mit einer Dusche, Arm- und Fußbädern abkühlen

Einfach umzusetzende Tipps helfen bei hohen Temperaturen, das Wohlbefinden zu stärken und sich vor Hitzeerkrankungen zu schützen.

Antworten „A“, „B“ und „D“ sind korrekt.

## Wer ist bei Hitze gesundheitlich besonders gefährdet?

- A Menschen ab 65 Jahren
- B Niemand
- C Säuglinge und Kleinkinder
- D Menschen mit Vorerkrankungen

Menschen aus Risikogruppen reagieren besonders empfindlich auf Hitze oder können ihr Verhalten nicht ausreichend anpassen. Langanhaltende Hitze kann außerdem bestimmte Vorerkrankungen verstärken.

Antworten „A“, „C“ und „D“ sind korrekt.

Mehrere Antworten sind möglich.

## Welche Auswirkungen hat Hitze?

- A Gewichtszunahme
- B Hitzeerkrankungen
- C Hitzebedingte Sterbefälle
- D Belastung des Gesundheitswesens

Die gesundheitlichen Folgen der Hitze können in den Sommermonaten gravierend sein – in manchen Fällen sogar lebensbedrohlich.

Antworten „B“, „C“ und „D“ sind korrekt.

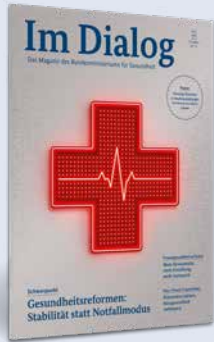


### Weiterführende Informationen



[www.klima-mensch-gesundheit.de/hitzeschutz/](http://www.klima-mensch-gesundheit.de/hitzeschutz/)

# Abonnieren Sie das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit



## Im Dialog hat Ihnen gefallen?

Lesen Sie weitere Ausgaben des Magazins als barriere-freies PDF auf [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) oder abonnieren Sie die Digital- und/oder Printausgaben kostenlos via E-Mail: [ImDialog@bmg.bund.de](mailto:ImDialog@bmg.bund.de) oder direkt auf der Webseite des BMG:



[www.bundesgesundheitsministerium.de/  
service/publikationen/anmeldung-  
abonnement-imdialog](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/anmeldung-abonnement-imdialog)

## Weitere Bestellmöglichkeit:

Publikationsversand der Bundesregierung  
Postfach 50 10 54, 18155 Rostock  
Servicetelefon: 030 182722721  
Servicefax: 030 18102722721  
E-Mail: [publikationen@bundesregierung.de](mailto:publikationen@bundesregierung.de)  
Website: [www.publikationen-bundesregierung.de](http://www.publikationen-bundesregierung.de)

Bestellnummer  
für die Ausgabe 17:  
BMG-G-12213

Ausgabe 18  
des Magazins  
„Im Dialog“  
erscheint im  
Oktober 2026.

## 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](mailto:Besucherdienst@bmg.bund.de)



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

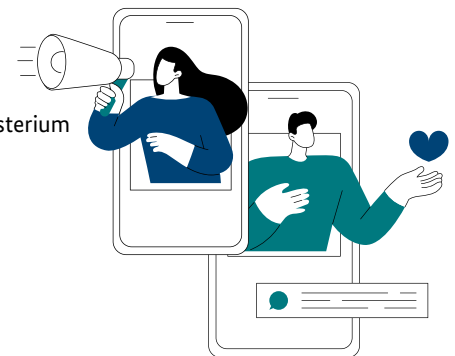
## Das Nationale Gesundheitsportal



Auf dem Nationalen Gesundheitsportal unter [gesund.bund.de](http://gesund.bund.de) können Sie sich über die häufigsten Krankheitsbilder (u. a. Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Infektions-erkrankungen) informieren. Außerdem werden zahlreiche Beiträge zu verbraucher-nahen Themen wie Pflege, Prävention und Digitalisierung angeboten.

## Unsere Socialmedia-Kanäle

- fb bmg\_bund
- ✕ bmg\_bund
- ▶ BMGesundheit
- 📷 bundesgesundheitsministerium



## Impressum

### Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit,  
Referat Soziale Medien, Öffentlichkeitsarbeit, 11055 Berlin  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
Kontakt: [ImDialog@bmg.bund.de](mailto:ImDialog@bmg.bund.de)  
V. i. S. d. P.: Dr. Georg Milde, Mauerstr. 29, 10117 Berlin  
Redaktionsleitung: Parissa Hajebi

### Redaktion und Gestaltung:

Atelier Hauer + Dörfler GmbH, 10117 Berlin  
Druck: Bonifatius GmbH, 33042 Paderborn  
Papier: Vivus 100 (Umschlag) und Leipa Sky  
Plus (Innenteil); Blauer-Engel-zertifiziert,  
FSC-zertifiziert  
Redaktionsschluss: 3. Juni 2026

**Bildnachweis:** Titel: Atelier Hauer + Dörfler; S. 3: Jan Pauls  
Fotografie; S. 6+7: BMG/Xander Heintz; S. 8: Holger Blech-  
schmidt; S. 10–13: bundesfoto/Thomas Meinicke; S. 14:  
getty images/alvarez; S. 16/17: Czybik & Schmid Media/  
Christina Czybik; S. 18: shutterstock/Rawpixel.com;  
S. 20: privat; S. 22–26: Paul Glaser; S. 28: shutterstock.com;  
S. 30, 32: getty images/Westend61; S. 34: shutterstock.  
com/wirachaphoto, Zecke: shutterstock.com/Tobias  
Hauke; Grafikelemente: shutterstock.com