



Bundesministerium
für Gesundheit

Gesund in Deutschland

Alles, was Sie über das deutsche Gesundheitssystem
wissen sollten



RATGEBER

Gesund in Deutschland

Alles, was Sie über das deutsche Gesundheitssystem wissen sollten



Liebe Leserin, lieber Leser,

das deutsche Gesundheitssystem verfügt über eine hohe Qualität in der Versorgung, zugleich aber auch über teilweise komplexe Strukturen und eine große Anzahl unterschiedlicher Akteure. Wer macht eigentlich was? Möglicherweise haben auch Sie sich diese Frage bei einem Blick auf den Aufbau der Gesundheits- und Pflegeversorgung schon gestellt.

Einerseits liegt die Stärke unseres Gesundheitssystems gerade in der Vielfalt seiner Institutionen und Akteure, die sich um die Versorgung der Menschen kümmern. Andererseits sind Orientierungshilfen zu diesen Angeboten und Institutionen ebenso entscheidend. Sie sind wichtig, damit die Menschen einen möglichst leichten Zugang zur Versorgung und zu den unterschiedlichen Leistungen haben.

Wo kann ich mich über die Pflegeversicherung informieren? Wer hilft mir weiter bei Fragen zur Organspende? Wer oder was ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)? Die Fragen können so unterschiedlich sein wie die Lebenslagen, aus denen heraus die Menschen sie stellen. Dieser Ratgeber versteht sich als eine Hilfe zur Navigation durch das deutsche Gesundheitssystem. Er erklärt, wie unsere Gesundheitslandschaft aufgebaut ist, welche zentralen Akteure es gibt und wie diese Akteure zusammenwirken. Zudem erfahren Sie, wo Sie weitere Informationen finden, wo Sie Ihr Wissen vertiefen oder wohin Sie sich mit Ihren individuellen Anliegen wenden können.

Sie können diesen Ratgeber also nutzen, wenn Sie eine spezielle Frage zu einem bestimmten Thema haben und eine weiterführende Auskunftsstelle suchen – oder wenn Sie sich ganz allgemein über das Gesundheitssystem informieren wollen. Gut informierte Versicherte sind ein Kernelement einer starken Gesundheitsversorgung. In diesem Sinne hoffe ich, dass Ihnen dieser Ratgeber einen guten Dienst erweist!

Ihr



Prof. Dr. Karl Lauterbach
Bundesminister für Gesundheit

Gesund in Deutschland





1 – Grundprinzipien, Aufbau und Finanzierung des Gesundheitssystems

S. 13

2 – Wesentliche Akteure: Wer kümmert sich worum?

S. 33

3 – Gesundheitsversorgung und Pflege

S. 59

4 – Anlaufstellen: Wer kann Ihnen weiterhelfen?

S. 111

Inhaltsverzeichnis

1. Grundprinzipien, Aufbau und Finanzierung des Gesundheitssystems	13
1.1 Grundprinzipien des deutschen Gesundheitssystems	15
1.1.1 Versicherungspflicht	18
1.1.2 Beitragsfinanzierung	18
1.1.3 Solidaritätsprinzip	19
1.1.4 Sachleistungsprinzip	20
1.1.5 Selbstverwaltungsprinzip	21
1.2 Ebenen des Gesundheitssystems	22
1.2.1 Ebene 1: der gesetzliche Rahmen	22
1.2.2 Ebene 2: die Selbstverwaltung	23
1.2.3 Ebene 3: die einzelnen Akteure und ihre Interessenvertretungen	25
1.3 Sicherung der Gesundheit und Pflege	26
1.3.1 Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	27
1.3.2 Private Krankenversicherung (PKV)	29
1.3.3 Soziale Pflegeversicherung	30
1.3.4 Private Pflegeversicherung	32
2. Wesentliche Akteure: Wer kümmert sich worum?	33
2.1 Das Bundesministerium für Gesundheit, seine Geschäftsbereichsbehörden und zugeordnete Beauftragte	35
2.1.1 Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	35
2.1.2 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	36
2.1.3 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beziehungsweise Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM)	37
2.1.4 Paul-Ehrlich-Institut (PEI)	38
2.1.5 Robert Koch-Institut (RKI)	39
2.1.6 Sucht- und Drogenbeauftragter der Bundesregierung	40

2.1.7 Patientenbeauftragter der Bundesregierung	40
2.1.8 Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung	41

2.2 Gemeinsamer Bundesausschuss und dessen Trägerorganisationen 42

2.2.1 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	42
2.2.2 Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	43
2.2.3 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	44
2.2.4 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)	45
2.2.5 Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)	45

2.3 Weitere wesentliche Akteure im Gesundheitswesen 46

2.3.1 Länder	46
2.3.2 Kommunen	47
2.3.3 Berufsverbände	48
2.3.4 Patientenorganisationen	50
2.3.5 Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)	52
2.3.6 Unternehmensverbände	52
2.3.7 Gesellschaft für Telematik (gematik)	54
2.3.8 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	55
2.3.9 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR)	56
2.3.10 Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)	57

3. Gesundheitsversorgung und Pflege 59

3.1 Prävention und Früherkennung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Qualitätssicherung 61

3.1.1 Prävention und Gesundheitsförderung	61
3.1.2 Früherkennung von Krankheiten	64
3.1.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)	66
3.1.4 Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und in der Pflege	68
3.1.5 Patientenrechte	69

3.2 Gesundheitsversorgung – von A wie Apotheken bis Z wie zahnärztliche Versorgung 71

3.2.1 Apotheken und Arzneimittel	74
----------------------------------	----

3.2.2 Arztpraxen	76
3.2.3 Digitalisierung im Gesundheitswesen	78
3.2.4 Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie	82
3.2.5 Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren	85
3.2.6 Krankenhäuser	86
3.2.7 Psychotherapie	88
3.2.8 Rettungswesen	90
3.2.9 Zahnärztliche Versorgung	92
3.3 Pflegerische Versorgung	94
3.3.1 Pflegebedürftig – was nun?	95
3.3.2 Prävention und Rehabilitation in der Pflege	98
3.3.3 Häusliche Pflege	100
3.3.4 Teilstationäre und vollstationäre Pflege	105
3.3.5 Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden	107
4. Anlaufstellen: Wer kann Ihnen weiterhelfen?	111
4.1 Angebote des Bundesministeriums für Gesundheit	113
4.1.1 Website des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)	113
4.1.2 Nationales Gesundheitsportal	113
4.1.3 Bundes-Klinik-Atlas	113
4.1.4 Portal Migration und Gesundheit	114
4.2 Zentrale Anlaufstellen und Patientenrechte	115
4.2.1 Beauftragte und Bevollmächtigte der Bundesregierung beim BMG	115
4.2.2 Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)	115
4.2.3 Gesicherte Gesundheitsinformationen	116
4.2.4 Bundesweit einheitliche Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117	116
4.3 Gesundheitsförderung und Prävention	118
4.3.1 Bewegung, Ernährung und Entspannung	118
4.3.2 Sexuelle Gesundheit, Sexualaufklärung und Familienplanung	119

4.3.3 Schutzimpfungen und persönlicher Infektionsschutz	122
4.3.4 Suchtprävention	123

4.4 Erkrankungen	126
4.4.1 Demenz	126
4.4.2 Seltene Erkrankungen	127
4.4.3 Krebs	128
4.4.4 Aids	129
4.4.5 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	130
4.4.6 Long COVID	131
4.4.7 Diabetes mellitus	132

4.5 Weitere Themen	133
4.5.1 Organ- und Gewebespende sowie Blut- und Plasmaspende	133
4.5.2 Geschlechterspezifische Gesundheit	133
4.5.3 Gesundheit älterer Menschen	133
4.5.4 Kinder- und Jugendgesundheit	134
4.5.5 Klima und Gesundheit	134
4.5.6 Pflege	134
4.5.7 Wiederbelebung	135
4.5.8 Selbsthilfegruppen und -organisationen	135
4.5.9 Hilfe im Ausland	136
4.5.10 Weitere Informationsangebote und Anlaufstellen	137

Stichwortregister	140
--------------------------	-----

Informationsangebote	145
Weitere Publikationen	146
Bürgertelefon	148
Infotelefone der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	149

Impressum	150
------------------	-----

1

Grundprinzipien, Aufbau und Finanzierung des Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitssystem versorgt rund 83 Millionen Bürgerinnen und Bürger. Es bildet eine zentrale Säule des politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens. Dieses Kapitel erklärt, wie das Gesundheitssystem aufgebaut ist und finanziert wird – und wer über Gestaltung und Finanzierung entscheidet.



1.1 Grundprinzipien des deutschen Gesundheitssystems

Die Aufgabe ist gewaltig: Rund 83 Millionen Bürgerinnen und Bürger werden in Deutschland medizinisch versorgt. Zu diesem Zweck besteht ein umfassendes Netzwerk, unter anderem aus rund 1.900 Krankenhäusern, etwa 154.000 Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und circa 33.700 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in der ambulanten Versorgung tätig sind. Hinzu kommen rund 17.500 Apotheken. Die Kosten dieses Versorgungssystems sind hoch: Knapp 500 Milliarden Euro gab Deutschland im Jahr 2022 für Gesundheit aus – so die aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes. Das sind über eine Milliarde Euro pro Tag. Mehr als jeder zehnte Euro des deutschen Bruttoinlandsproduktes hat also mit dem Gesundheitswesen zu tun. Aber wie funktioniert unser Gesundheitssystem?

Weltweit werden unterschiedliche Systeme genutzt, die sich grob in drei Kategorien einteilen lassen:

- **Staatliche Gesundheitssysteme** werden vom Staat organisiert und über Steuergelder finanziert. Das gilt beispielsweise in Großbritannien und Schweden. Diese Länder zahlen alle Operationen, Therapien und Arzneimittel aus dem Staatshaushalt. Bürgerinnen und Bürger leisten lediglich Zuzahlungen zu manchen Behandlungen. Der Staat organisiert in diesen Ländern auch die Versorgung mit Krankenhäusern und Gesundheitszentren.
- In **marktwirtschaftlich orientierten Systemen** spielt der Staat eine nachgeordnete Rolle. Private Akteure organisieren und steuern den Gesundheitssektor. Fast alles wird privat finanziert: Es gibt privatwirtschaftlich arbeitende Versicherungsunternehmen, oder die Bürgerinnen und Bürger bezahlen ihre Arztbehandlung direkt selbst. Sie müssen auch selbst für ihren Lebensunterhalt sorgen, wenn sie

wegen einer Krankheit längere Zeit im Job ausfallen – Lohnfortzahlung gibt es dann nicht. So ist es etwa in den USA.

- Die dritte Kategorie sind **Sozialversicherungssysteme**. In diesen finanzieren Sozialversicherungen, also Krankenkassen, weitgehend die medizinische Versorgung. Dafür zahlen Unternehmen und Beschäftigte in die Krankenkassen ein – so wie beispielsweise in Deutschland. Anders als in den staatlich organisierten Gesundheitssystemen sind private und öffentliche Anbieter nebeneinander tätig. In einem gesetzlich abgesteckten Rahmen organisieren sie die Gesundheitsversorgung selbst – es gilt das sogenannte Selbstverwaltungsprinzip.

In Deutschland gilt ein soziales Versicherungssystem für die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger. Das Gesundheitswesen wird zum großen Teil aus Beitragsmitteln finanziert. Der Großteil der Bevölkerung ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Diese basiert auf den folgenden fünf Grundprinzipien: Versicherungspflicht (*siehe auch Kapitel 1.1.1 auf Seite 18*), Beitragsfinanzierung (*siehe auch Kapitel 1.1.2 auf Seite 18*), Solidaritätsprinzip (*siehe auch Kapitel 1.1.3 auf Seite 19*), Sachleistungsprinzip (*siehe auch Kapitel 1.1.4 auf Seite 20*) und Selbstverwaltungsprinzip (*siehe auch Kapitel 1.1.5 auf Seite 21*).

Das heutige Gesundheitssystem in Deutschland ist historisch gewachsen. So entstanden die ersten Vorformen der solidarischen Krankenversicherung schon im Mittelalter. Zünfte und auch einige Unternehmen kümmerten sich um die ärztliche und pflegerische Versorgung ihrer Mitglieder, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die verschiedenen Formen der sozialen Absicherung, die sich daraus über die Jahrhunderte entwickelten, wurden während des 19. Jahrhunderts vereinheitlicht. Ein Meilenstein war die weltweit erste gesetzliche Sozialversicherung, die der deutsche Reichskanzler Otto von Bismarck im Jahr 1883 einführte. Sie legte den Grundstein für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland, in der die meisten Bürgerinnen und Bürger versichert sind.



Menschen in Deutschland haben ein Recht auf Gesundheitsversorgung

Im Grundgesetz (GG) heißt es:

„Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.“

(Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG)

Außerdem hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) entschieden: „Das menschliche Leben stellt (...) innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung einen Höchstwert dar; es ist die vitale Basis der Menschenwürde und die Voraussetzung aller anderen Grundrechte.“ (BVerfGE 39, 1–95, Rn. 153)

Aus dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit ergibt sich zusammen mit dem Sozialstaatsprinzip, dass der **Staat die Pflicht hat, ein tragfähiges Gesundheitssystem zu schaffen.**

Wie genau das Gesundheitssystem auszusehen hat, gibt das Grundgesetz nicht vor – es lässt dem Gesetzgeber also viel Gestaltungsfreiheit. Diese zeigt sich in unserer Gesundheitslandschaft mit einer starken Selbstverwaltung, gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie einem umfangreichen, flächendeckenden Versorgungsangebot.

1.1.1 Versicherungspflicht

Schwere Erkrankungen können jede Person treffen, jederzeit und in jedem Lebensalter. Sehr schnell können dann hohe Behandlungskosten anfallen, die das Einkommen und das Vermögen der Betroffenen übersteigen. **In einem modernen Sozialstaat sollen jedoch alle Bürgerinnen und Bürger im Krankheitsfall geschützt sein.**

Deshalb besteht für alle Menschen mit Wohnsitz in Deutschland die Verpflichtung, eine Krankenversicherung abzuschließen. In der **gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV) sind all diejenigen versicherungspflichtig, die im Krankheitsfall nicht anderweitig abgesichert sind. Das sind vor allem Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren jährliches Bruttoeinkommen unterhalb einer bestimmten Grenze liegt (2024 lag sie bei 69.300 Euro). Mitglieder der GKV sind außerdem automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die mehr verdienen, können als freiwillig versicherte Mitglieder in der GKV bleiben oder eine **private Krankenversicherung** (PKV) wählen.

Diese Wahl haben zudem einige Personengruppen, auch wenn ihr Einkommen unterhalb der Grenze für die Versicherungspflicht in der GKV liegt. Dazu zählen zum Beispiel Beamtinnen und Beamte sowie Selbstständige.

1.1.2 Beitragsfinanzierung

Die Krankenversicherungen – sowohl gesetzliche als auch private – finanzieren die Mitglieder über ihre **Beiträge** beziehungsweise **Prämien**. Wie hoch diese sind, hängt von etlichen Faktoren ab. So berechnet sich die Prämie in der PKV nach dem Gesundheitszustand, dem Eintrittsalter und dem individuellen Krankheitsrisiko des Mitglieds. Leistungen und mögliche Selbstbeteiligungen vereinbaren das Mitglied und sein privates Krankenversicherungsunternehmen individuell.

Die Beiträge in der GKV richten sich hingegen nach dem Einkommen des Mitglieds. Wer mehr verdient, zahlt auch mehr ein. Gleichzeitig erhalten alle Versicherten die gleichen Leistungen. **Das macht das solidarische Gesundheitssystem in der GKV aus** (siehe Kapitel 1.1.3). Zudem sind hier, anders als in der PKV, Familienmitglieder mitversichert, die kein oder nur

ein geringes Einkommen haben. Das gilt beispielsweise für Kinder sowie Ehepartnerinnen und Ehepartner der Versicherten. Sie zahlen keinen eigenen Beitrag. Die Beiträge von Personen, die Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe beziehen, übernimmt in der Regel der zuständige Sozialleistungsträger.

1.1.3 Solidaritätsprinzip

Das deutsche Gesundheitssystem finanziert sich über die sogenannte Solidargemeinschaft. Das heißt: Alle gesetzlich Versicherten tragen gemeinsam die Kosten, die durch die Krankheiten der einzelnen Mitglieder entstehen. **Jede und jeder gesetzlich Versicherte hat den gleichen Anspruch auf medizinische Versorgung.** Dabei ist es egal, wie hoch das Einkommen der Person ist – und dementsprechend auch, wie viel sie in die Krankenversicherung einzahlt.

Gesunde stehen also für Kranke ein, Reiche für Arme und Singles für Familien. Zu dieser Solidarität gehört auch, dass Berufstätige weiter ihren Lohn bekommen, wenn sie krank sind. Die ersten sechs Wochen zahlt der Arbeitgeber diesen in voller Höhe weiter. Wer länger krank ist, erhält von der Krankenkasse sogenanntes Krankengeld. Das entspricht aktuell 70 Prozent des Bruttoeinkommens.

Der Beitragssatz in der GKV liegt aktuell bei 14,6 Prozent. Eine Hälfte dieses Beitrags zahlen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer – also 7,3 Prozent ihres Gehalts. Die andere Hälfte übernehmen die Arbeitgeber beziehungsweise die Rentenversicherungsträger. Jede Krankenkasse erhebt außerdem einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Der gesetzlich festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz liegt zurzeit bei 1,7 Prozent und wird ebenfalls geteilt.



1.1.4 Sachleistungsprinzip

Gesetzlich Versicherte werden ärztlich behandelt, ohne dass sie dafür in finanzielle Vorleistung gehen müssen. Die Vertragsärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser und Apotheken rechnen die Behandlungen, Therapien und Arzneimittel direkt mit den Krankenkassen ab. Die Versicherten haben damit – abgesehen von einzelnen gesetzlichen Eigenleistungen und Zuzahlungen – Anspruch auf eine **kostenfreie Behandlung**.

1.1.5 Selbstverwaltungsprinzip

Das Gesundheitssystem ist komplex. Es gilt stets, unterschiedliche individuelle Interessen zu bündeln: Patientinnen und Patienten zum Beispiel wünschen sich eine optimale Behandlung, Ärztinnen und Ärzte moderne Technik. Die Krankenkassen wiederum müssen dafür sorgen, dass sie das alles mit den Beiträgen der Versicherten bezahlen können.

Es gibt drei Möglichkeiten, wer diese Bündelung der Interessen übernimmt: der Staat, der Markt oder die Beteiligten selbst.

Mit dem Selbstverwaltungsprinzip hat sich Deutschland für die dritte Variante entschieden: Der Staat gibt zwar Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung vor und entscheidet, wer welche Aufgaben übernimmt. Dafür erlässt er Gesetze und Verordnungen. Die Beteiligten innerhalb des Gesundheitswesens entscheiden aber selbst, wie genau sie die Versorgung organisieren und gestalten. Sie legen zum Beispiel fest, welche medizinischen Behandlungen, Operationen, Therapien und Arzneimittel von den Krankenkassen finanziert werden und welche nicht. Diese Selbstverwaltung im Gesundheitswesen übernehmen die Vertreterinnen und Vertreter der Ärzte-, Zahnärztle- und Psychotherapeuten-schaft, der Krankenhäuser, Krankenkassen und Versicherten gemeinsam.

Ihr oberstes Gremium ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA; *siehe Kapitel 2.2.1 ab Seite 42*). Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen haben dort ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Der G-BA bündelt alle Entscheidungen und formuliert verbindliche Richtlinien. In denen steht zum Beispiel, welche Behandlungen die Krankenkassen zahlen oder welches neue Arzneimittel sie erstatten müssen.

1.2 Ebenen des Gesundheitssystems

Jeder Mensch soll im Krankheitsfall schnell medizinische Hilfe bekommen. Dafür braucht es viele verschiedene Akteure (*siehe Kapitel 1.2.2 auf Seite 23 und 1.2.3 auf Seite 25*). Dazu gehören Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegefachleute, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen sowie Apotheken. Und deren Leistungen müssen bezahlt werden. Das wiederum übernehmen die Krankenkassen.

Das alles muss jemand entscheiden, regeln und koordinieren. Wer das ist, lässt sich in **drei Ebenen** unterteilen.

- 1. Gesetzlicher Rahmen:** Deutschland hat eine föderale Struktur. Bund, Länder und Kommunen stecken gemeinsam den Rahmen für die Gesundheitsversorgung ab, indem sie Gesetze erlassen und Vorgaben machen.
- 2. Selbstverwaltung:** Institutionen und Verbände entscheiden, wie die Gesundheitsversorgung konkret aussehen soll.
- 3. Einzelne Akteure und ihre Interessenvertretungen:** Krankenkassen, Kliniken und Apotheken sowie die Ärzteschaft und die unterschiedlichsten Gesundheitsberufe versorgen die Menschen. Sie organisieren sich in Verbänden, die ihre Interessen vertreten.

1.2.1 Ebene 1: der gesetzliche Rahmen

Innerhalb der Bundesregierung kümmert sich das **Bundesministerium für Gesundheit** (BMG; *siehe auch Kapitel 2.1.1 auf Seite 35*) federführend um die Gesundheitspolitik. Es erarbeitet Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften und beaufsichtigt auf Bundesebene die Organisationen der Selbstverwaltung. Für die Aufsicht über die bundesweit tätigen Krankenkassen hingegen ist das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zuständig.

Dem BMG sind etliche Behörden und Institutionen unterstellt, die wiederum Aufgaben im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik übernehmen: das **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte** (BfArM; *siehe Kapitel 2.1.2 auf Seite 36*), das **Paul-Ehrlich-Institut** als Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel (PEI; *siehe Kapitel 2.1.4 auf Seite 38*), das **Robert Koch-Institut** (RKI; *siehe Kapitel 2.1.5 auf Seite 39*) und die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (BZgA; *siehe Kapitel 2.1.3 auf Seite 37*). Auch die **Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege** (*siehe Kapitel 2.1.8 auf Seite 41*), der **Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen** (*siehe Kapitel 2.1.6 auf Seite 40*) sowie der **Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten** (*siehe Kapitel 2.1.7 auf Seite 40*) sind dem BMG zugeordnet.

Neben dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung ist der **Bundesrat** der dritte entscheidende Akteur der Gesundheitspolitik auf Bundesebene. Er repräsentiert die Bundesländer: Vertreterinnen und Vertreter der einzelnen Landesregierungen können sich im Bundesrat zu gesundheitspolitischen Fragen äußern.

Auch die **Bundesländer** (*siehe Kapitel 2.3.1 auf Seite 46*) dürfen Gesetze erlassen. Verwaltungsbehörden in den Ländern sorgen zudem dafür, dass die Bundesgesetze korrekt umgesetzt werden. Darüber hinaus beaufsichtigen sie den Öffentlichen Gesundheitsdienst in den **Kommunen** (*siehe Kapitel 2.3.2 auf Seite 47*).

1.2.2 Ebene 2: die Selbstverwaltung

In Deutschland gilt das Prinzip der Selbstverwaltung (*siehe auch Kapitel 1.1.5 auf Seite 21*): Der Staat gibt zwar den gesetzlichen Rahmen vor. Die **Akteure entscheiden beispielsweise aber selbst darüber**, welche medizinischen Leistungen sie erbringen und welche Leistungen die Krankenkassen – auf Kosten der Solidargemeinschaft (*siehe Kapitel 1.1.3 auf Seite 19*) – finanzieren.

Dafür organisieren sich Versicherte und Beitragszahlende wie auch die Leistungserbringer in Verbänden, die in eigener Verantwortung die medizinische Versorgung der Bevölkerung gestalten.

Aber wie entscheiden sie, welche Behandlungen und Kosten sinnvoll sind? Das Gesetz (§ 12 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V) gibt vor, dass Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Hierbei orientieren sich die Akteure unter anderem am sogenannten Wirtschaftlichkeitsgebot. Das bedeutet auch, dass Leistungen, die über Notwendiges hinausgehen, nicht finanziert werden – solche müssen Versicherte in der Regel selbst bezahlen.

Bei vielen Behandlungen ist ohnehin klar, dass sie von der GKV übernommen werden: Wer einen Herzinfarkt erleidet, wird sofort von einer Notärztin oder einem Notarzt versorgt. Das

bezahlt die Krankenkasse. Auch wer beim Sport umknickt, gibt bei der Orthopädin oder beim Orthopäden seine Krankenversicherungskarte ab, wird geröntgt und bekommt bei Bedarf den Fuß bandagiert. Es gibt aber auch Grenzfälle: Was, wenn eine Patientin oder ein Patient nach einer orthopädischen Verletzung statt einer physiotherapeutischen eine osteopathische Behandlung in Anspruch nehmen möchte? Wenn sie oder er keine Schmerztabletten, sondern homöopathische Arzneimittel nehmen möchte? Jemand muss entscheiden, ob auch diese Leistungen von den Krankenkassen übernommen werden.

Sozialwahlen

Alle sechs Jahre finden in Deutschland Sozialwahlen statt. Was vielen Bürgerinnen und Bürgern nicht bewusst ist: Bei diesen Wahlen können sie – wenn sie Beiträge in die deutschen Sozialversicherungen einzahlen – mitbestimmen, wie sich wichtige Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung zusammensetzen. Beispielsweise werden in der Sozialwahl die Vertreterinnen und Vertreter gewählt, die für die Versicherten in den Verwaltungsräten der Krankenkassen mitwirken. Die Verwaltungsräte wiederum entscheiden zum Beispiel darüber, wie viel Geld und Personal die Krankenkassen zur Verfügung haben und welche Personen die Kassen leiten (Vorstand).

Dafür gibt es den **Gemeinsamen Bundesausschuss** (G-BA; *siehe auch Kapitel 2.2.1 ab Seite 42*). Im G-BA beraten Vertretungen von Krankenkassen, Ärzteschaft, Krankenhäusern sowie Patienten- und Behindertenorganisationen gemeinsam darüber, ob die Krankenkassen insbesondere unter Berücksichtigung des jeweils aktuellen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse neue Behandlungsmethoden, moderne Medizintechnik, neue Heilmittel oder alternative Heilmethoden bezahlen sollen.

1.2.3 Ebene 3: die einzelnen Akteure und ihre Interessenvertretungen

Auf der dritten Ebene spielt sich die eigentliche Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten ab – durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Therapeutinnen und Therapeuten, in Krankenhäusern und Rehakliniken. Sie organisieren sich in Standesorganisationen sowie Berufs- und Unternehmensverbänden (*siehe Kapitel 2.3 auf Seite 46*), die wiederum die Interessen dieser Akteure nach außen unter anderem in zahlreichen Selbstverwaltungsgremien vertreten. So finden diejenigen politisches Gehör, die tagtäglich Patientinnen und Patienten versorgen.

Solche Interessenvertretungen sind zum Beispiel die Bundes- und Landeskammern der verschiedenen Heilberufe und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), aber auch Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Berufs- und Interessenverbände der Ärzteschaft, die Verbände der nicht ärztlichen Heilberufe, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Verbände der Arzneimittelhersteller.

1.3 Sicherung der Gesundheit und Pflege

In Deutschland wird die Krankenversicherung von zwei unterschiedlichen Systemen getragen: der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV). Die GKV mit ihren aktuell 95 Krankenkassen zählt die meisten Versicherten: Etwa 90 Prozent der versicherten Bevölkerung sind in einer GKV. Gesetzlich Krankenversicherte können Mitglied einer Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkasse oder Ersatzkasse sein. Andere sind über die landwirtschaftliche Krankenkasse oder die Knappschaft versichert. Darüber hinaus gibt es auch private Krankenversicherungsunternehmen.

In Deutschland besteht Versicherungspflicht (*siehe Kapitel 1.1.1 auf Seite 18*). Das heißt, alle Bürgerinnen und Bürger mit Wohnsitz in Deutschland müssen eine Krankenversicherung abschließen.

Das deutsche System der Krankenversicherung blickt auf eine lange Tradition zurück. Die GKV hat ihren Ursprung in der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung des 19. Jahrhunderts. Anfangs war sie als selbstverwaltete und beitragsfinanzierte Versicherung ausschließlich für Arbeiterinnen und Arbeiter konzipiert. Im Jahr 1911 wurde die GKV auch auf die Angestellten ausgeweitet.

Gleichzeitig gilt in Deutschland die Pflicht, eine **Pflegeversicherung** abzuschließen (*siehe Kapitel 1.3.3 ab Seite 30 und 1.3.4 ab Seite 32*). Sie soll sicherstellen, dass alle Bürgerinnen und Bürger bis ins hohe Alter gut versorgt sind.



Alle Industrienationen haben eines gemeinsam: Ihre Gesellschaften werden immer älter. Laut Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung wird die Anzahl älterer Personen (67 Jahre und älter) in Deutschland bei einer moderaten Entwicklung bis zum Jahr 2040 voraussichtlich auf etwa 20,8 Millionen steigen. Diese positive Entwicklung zu einer Gesellschaft des langen Lebens hat jedoch auch eine Kehrseite: Ab dem 80. Lebensjahr nimmt die statistische Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, deutlich zu.

Das heißt: je älter die Bevölkerung, desto höher die Zahl der Pflegebedürftigen. Sie schützt eine umfassende Pflegeversicherung.

1.3.1 Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Auszubildende, Rentnerinnen und Rentner sowie freiwillig Versicherte sind Mitglieder einer GKV. Der Auftrag der GKV reicht von der Gesundheitsförderung und -vorsorge über die konkrete Krankheitsbehandlung bis hin zur Rehabilitation. Damit ist sie ein zentrales Element des deutschen Gesundheitssystems.

Mitglieder der GKV müssen außerdem in der **sozialen Pflegeversicherung** (siehe Kapitel 1.3.3 ab Seite 30) versichert sein.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind in einem Spitzenverband zusammengeschlossen, dem GKV-Spitzenverband (siehe Kapitel 2.2.5 auf Seite 45). Über diesen oder über ihre Regionalverbände schließen sie Verträge mit Ärztenverbänden, Krankenhäusern und Apotheken und regeln, wie viel Geld sie für die einzelnen medizinischen Behandlungen zahlen.

In den letzten 25 Jahren wurde die Struktur der GKV immer wieder reformiert. Das Ziel war, das Gesundheitssystem leistungsfähiger und besser zu machen. Die Krankenkassen dürfen zum Beispiel mit Ärztinnen und Ärzten, Ärztenvereinigungen und Krankenhäusern auch Einzelverträge abschließen, sogenannte Selektivverträge. Diese betreffen kassenindividuelle Leistungen.

Ebenso können die Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern **Rabattverträge** abschließen. Darin gewährt ein Pharmahersteller einer Krankenkasse einen Rabatt auf sein Arzneimittel. Im Gegenzug versorgen Krankenkassen ihre Versicherten über die Apotheken exklusiv mit den Arzneimitteln ihrer Vertragslieferanten. Ziel des Gesetzgebers ist es, die Arzneimittelausgaben der GKV zu senken – und damit auch die Beiträge, die Versicherte und Arbeitgeber zu zahlen haben.

Seit 1996 können die Bürgerinnen und Bürger ihre gesetzliche Krankenkasse bis auf wenige Ausnahmen frei wählen. Dabei funktionieren die GKV nach dem Solidaritätsprinzip (*siehe Kapitel 1.1.3 auf Seite 19*): Die Beiträge richten sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Mitglieder, die Gesundheitsleistungen sind für alle gleich.

Medizinischer Dienst (MD) und Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)

Der MD hat den gesetzlichen Auftrag, die Kranken- und Pflegekassen bei sozialmedizinischen und pflegerischen Fragen zu unterstützen. Dabei arbeitet er unabhängig und achtet darauf, dass alle Versicherten gleich gut versorgt sind.

Der MD Bund koordiniert die 15 Medizinischen Dienste in den Ländern und deren bundesweite Zusammenarbeit. Er erlässt Richtlinien, nach denen die Medizinischen Dienste arbeiten können. Dabei geht es zum Beispiel um bundesweit einheitliche Kriterien für die Begutachtung medizinischer Sachverhalte (*siehe Kapitel 2.3.10 auf Seite 57*).

Seit 2009 wird die GKV über den **Gesundheitsfonds** finanziert. In ihn fließen die Beiträge der Arbeitgeber, der anderen Sozialversicherungsträger, der Mitglieder der Krankenkassen sowie ein Bundeszuschuss. Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen die Mittel,

die sie benötigen, um die Leistungen für ihre Versicherten zu finanzieren.

Der einheitliche Beitragssatz, der in den Gesundheitsfonds fließt, beträgt aktuell 14,6 Prozent des Bruttolohns. Darüber hinaus können Krankenkassen einen individuellen Zusatzbeitrag erheben.

Um einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sicherzustellen, wurde der **Risikostrukturausgleich** eingeführt. Was genau gleicht er aus? In den Krankenkassen sind die Versicherten mit ihren unterschiedlichen Lebenssituationen nicht gleich verteilt. Das heißt, dass in einigen Kassen vielleicht viele jüngere, gesunde und gutverdienende Menschen versichert sind. Andere Kassen versichern dagegen möglicherweise viele Menschen mit chronischen Erkrankungen und Familien mit beitragsfrei mitversicherten Personen. Hinzu kommen regionale Unterschiede. Einige Kassen müssten also unter Umständen deutlich mehr zahlen als andere – bei gleichzeitig niedrigeren Einnahmen. Der Risikostrukturausgleich puffert diese unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen ab.

1.3.2 Private Krankenversicherung (PKV)

Etwas mehr als 10 Prozent der Deutschen sind in der PKV krankenversichert. Wie bei anderen privaten Versicherungen gilt auch bei der PKV grundsätzlich Vertragsfreiheit: Antragstellerinnen und Antragsteller können bei einem privaten Versicherungsunternehmen ihrer Wahl die Aufnahme beantragen.



Der Versicherer kann den Antrag allerdings ablehnen. Das geschieht zum Beispiel, wenn die Antragstellenden bestimmte Vorerkrankungen haben oder zu alt sind. Gegebenenfalls schließt der Versicherer einen Vertrag nur unter Auflagen ab, etwa mit einem Risikozuschlag auf die Prämie. Oder er schließt bestimmte Leistungen für bestehende Krankheiten aus.

Bürgerinnen und Bürger, die privat krankenversichert sind, müssen zudem eine private Pflegeversicherung (*siehe Kapitel 1.3.4 ab Seite 32*) abschließen.

Anders als in der GKV hängt bei den PKV die Höhe der Prämien davon ab, welche Leistungen die versicherte Person mitversichert hat und wie hoch ihr persönliches Krankheitsrisiko ist. Ein weiterer Unterschied ist das Kostenerstattungsprinzip: Danach bezahlen privat Krankenversicherte Rechnungen der Ärztinnen und Ärzte sowie der sonstigen Leistungserbringer grundsätzlich erst einmal selbst. Die Rechnungen reichen sie anschließend bei ihrem privaten Krankenversicherer ein, der die Kosten dann erstattet.

Nur bestimmte Personen können von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wechseln, etwa Selbstständige, Beamtinnen und Beamte sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze.

1.3.3 Soziale Pflegeversicherung

Grundsätzlich gilt in der Pflegeversicherung der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Wer in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen ist, wird automatisch in die **soziale Pflegeversicherung** einbezogen. Die Pflegeversicherung gibt pflegebedürftigen Menschen die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden. Sie haben die Wahl, ob ihnen professionelle Fachkräfte helfen sollen oder ob sie lieber Geld erhalten wollen, das sie zum Beispiel pflegenden Angehörigen als finanzielle

Anerkennung weiterreichen können. Oberstes Ziel ist es, dass die pflegebedürftigen Menschen so weit wie möglich selbstbestimmt leben können.

Allerdings deckt die soziale Pflegeversicherung häufig nicht alle Kosten der Pflege ab. Den Rest tragen die Pflegebedürftigen selbst, gegebenenfalls auch direkte Angehörige oder – im Falle finanzieller Hilfsbedürftigkeit – die Sozialhilfe. Die Pflegeversicherung wird deshalb auch als „Teilleistungssystem“ bezeichnet.

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert. Der Beitragssatz beträgt 3,4 und bei kinderlosen Mitgliedern 4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Die Beiträge werden paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern* finanziert. Eine abweichende Regelung gilt im Bundesland Sachsen, wo 2,2 Prozent auf die Beschäftigten und 1,2 Prozent auf die Arbeitgeber entfallen.

Für Eltern mit mehreren Kindern unter 25 Jahren reduziert sich der vom Mitglied zu tragende Beitragssatzanteil vom zweiten bis zum fünften Kind um einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten je Kind bis zu einer maximalen Entlastung in Höhe eines Abschlags von insgesamt 1,0 Beitragssatzpunkten.

Wann die Pflegeversicherung Leistungen für Pflegebedürftige übernimmt und welche Leistungen das sind, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Relevant ist zum Beispiel, wie lange die Person voraussichtlich pflegebedürftig ist und welchen Pflegegrad (siehe Kapitel 3.3 ab Seite 94) sie hat.

* Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird an einigen Stellen auf die Formulierung der weiblichen Schreibweise verzichtet. Grundsätzlich sind jedoch stets alle Geschlechter gemeint.

1.3.4 Private Pflegeversicherung

Privat Krankenversicherte müssen auch eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen. Die Leistungen sind denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig. An die Stelle der Sachleistungen tritt jedoch die Kostenerstattung – wie bei der privaten Krankenversicherung.

Wie hoch die Versicherungsprämien sind, ist – anders als bei der sozialen Pflegeversicherung – unabhängig vom Einkommen beziehungsweise von der aktuellen finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten. Sie richten sich nach dem individuellen Versicherungsrisiko. Das heißt, der Versicherer schaut zu Beginn der Versicherung, wie alt und gesund die Person ist.

Dabei müssen sich private Versicherungsunternehmen aber an gesetzliche Vorgaben halten. Sie dürfen etwa die Prämien nicht nach dem Geschlecht staffeln, keine Vorerkrankungen ausschließen oder bereits pflegebedürftige Personen zurückweisen. Kinder sind – innerhalb bestimmter Altersgrenzen – beitragsfrei mitversichert.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in einer privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert sind, erhalten einen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers.

Private Pflegeversicherungen arbeiten auf Basis des sogenannten Anwartschaftsdeckungsverfahrens. Die Prämie der versicherten Person liegt deshalb zu Beginn der privaten Pflegeversicherung höher, als es dem eigentlichen Risiko, pflegebedürftig zu werden, entsprechen würde. Der Versicherer spart so Geld an, die sogenannten Alterungsrückstellungen.



2

**Wesentliche Akteure:
Wer kümmert sich worum?**

Damit jeder Mensch die gesundheitliche Unterstützung erhält, die er benötigt, basiert das Gesundheitswesen in Deutschland auf einem umfangreichen Netzwerk unterschiedlichster Akteurinnen und Akteure. In diesem Kapitel stellen wir sie vor.



2.1 Das Bundesministerium für Gesundheit, seine Geschäftsbereichsbehörden und zugeordnete Beauftragte

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist die oberste Bundesbehörde, die sich um das Gesundheitswesen in Deutschland kümmert. In seinem Geschäftsbereich gibt es noch zahlreiche weitere Institutionen, die ihrerseits – und ebenfalls auf Bundesebene – Aufgaben rund um die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger Deutschlands übernehmen.

2.1.1 Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Innerhalb der Bundesregierung leitet das BMG (*siehe auch Kapitel 1.2.1 ab Seite 22*) den Bereich der Gesundheitspolitik.

Es ist dafür zuständig, entsprechende Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften auszuarbeiten.

Das BMG stellt zum Beispiel sicher, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sowie die Pflegeversicherung gut funktionieren und ihren Zweck erfüllen. Außerdem stärkt es die Interessen der Patientinnen und Patienten und sorgt dafür, dass unser Gesundheitssystem wirtschaftlich und finanzierbar bleibt.

Wechselnde Aufgaben

Seit 1961 ist das BMG die **oberste Bundesbehörde** für das Gesundheitswesen in Deutschland. Im Laufe der Jahrzehnte haben sich Zuständigkeiten und Aufgaben immer wieder geändert: Im Jahr 1969 etwa wurde das BMG mit dem heutigen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zusammengelegt; 1991 wurde es wieder eigenständig. Von 2002 bis 2005 war das BMG auch für den Bereich Soziales (und damit für die Rentenversicherung) zuständig. Diese Aufgaben übernahm anschließend wieder das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Erster Dienstsitz: Rochusstraße 1, 53123 Bonn

Zweiter Dienstsitz: Mauerstraße 29, 10117 Berlin

Tel.: 030 184410 (bundesweiter Ortstarif)

E-Mail: poststelle@bundesgesundheitsministerium.de

www.bundesgesundheitsministerium.de

2.1.2 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Im BfArM prüfen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterschiedlichster Fachrichtungen, ob Arzneimittel zugelassen werden können. Denn in Deutschland erhalten **Arzneimittel** nur eine Zulassung, wenn sie **wirksam** und **sicher** sind. Gleichzeitig forschen diese Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auch selbst, um Arzneimittel und Medizinprodukte noch sicherer zu machen. Auf diese Weise verbessert das BfArM die Patientensicherheit und die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger mit wirksamen Medikamenten.

Das BfArM prüft digitale Gesundheitsanwendungen (*DiGA*; siehe auch Kapitel 3.2.3 ab Seite 78) darauf, ob sie wirksam, funktionstauglich und die Daten geschützt und sicher sind. Das BfArM hat ein Verzeichnis für DiGA eingerichtet (diga.bfarm.de/de).

Um die Versorgung und Forschung in Deutschland zu verbessern, stellt das Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ Gesundheit;

www.forschungsdatenzentrum-gesundheit.de) im BfArM Versorgungsdaten aller gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland bereit. Damit kann dann zum Beispiel auch untersucht werden, ob Arzneimittel im Versorgungsalltag wirksam sind und ob es seltene Nebenwirkungen gibt. Auch die Forschung an neuen, wirksamen Behandlungsmethoden wird unterstützt.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3

53175 Bonn

Tel.: 0228 993070

E-Mail: poststelle@bfarm.de

www.bfarm.de

2.1.3 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beziehungsweise Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM)

Die BZgA informiert Bürgerinnen und Bürger darüber, wie sie **Gesundheitsrisiken vorbeugen** und **gesund leben** können. So sollen die Bürgerinnen und Bürger einfacher ihre eigene Gesundheit im Blick behalten und – wenn nötig – verbessern können. Themen sind zum Beispiel Blutspende, Bewegung, Ernährung, Diabetes mellitus, Gesundheit älterer Menschen, Kinder- und Jugendgesundheit, Organ- und Gewebespende, sexuelle Gesundheit sowie Infektionsschutz, Suchtprävention und Wiederbelebung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149–161

50825 Köln

Tel.: 0221 89920

E-Mail: poststelle@bzga.de

www.bzga.de

Am 1. Januar 2025 soll das BIPAM die Aufgaben der BZgA übernehmen. Voraussetzung hierfür ist das Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Öffentlichen Gesundheit (zum Redaktionsschluss laufendes Gesetzgebungsverfahren). In diesem neuen Bundesinstitut werden alle bisher bei der BZgA Beschäftigten arbeiten, ebenso einige der Beschäftigten des RKI.



2.1.4 Paul-Ehrlich-Institut (PEI)

Das PEI erforscht und bewertet **biomedizinische Arzneimittel für Menschen und Tiere**. Das sind Arzneimittel, die zum Beispiel mithilfe von Bakterien hergestellt werden, etwa bestimmte **Impfstoffe** oder **Antikörper**. Außerdem bestimmt das PEI über ihre Zulassung. Auch diese Arzneimittel werden nur zugelassen, wenn sie wirken und sicher sind.

Im PEI befindet sich das Zentrum für Pandemie-Impfstoffe und -Therapeutika (ZEPAI). Das Zentrum hat die Aufgabe, die Pandemievorsorge und -bekämpfung mit Impfstoffen und anderen Arzneimitteln zu planen und durchzuführen.

Das PEI genehmigt die klinischen Prüfungen, weiterhin erfasst und bewertet es mögliche Nebenwirkungen.

Außerdem prüft das Institut Arzneimittel-Chargen, berät wissenschaftlich und überprüft beispielsweise pharmazeutische Unternehmen.

Damit das PEI diese Aufgaben erfüllen kann, forscht es auch selbst auf den Gebieten der Biomedizin und der Lebenswissenschaften.

Paul-Ehrlich-Institut (PEI)

Paul-Ehrlich-Straße 51–59

63225 Langen

Tel.: 06103 772222

E-Mail: anfragen@pei.de

www.pei.de



2.1.5 Robert Koch-Institut (RKI)

Das RKI ist die zentrale Gesundheitseinrichtung der Bundesregierung und übernimmt zahlreiche Aufgaben: Als Public-Health-Institut für Deutschland etwa überwacht es Krankheiten, vor allem Infektionskrankheiten. Es soll zudem gesundheitliche Gefährdungen und Risiken zu einem frühen Zeitpunkt erkennen und ihnen entgegenwirken (Prävention). Damit erfüllt das RKI eine zentrale „Antennenfunktion“, wie eine Art Frühwarnsystem.

Außerdem führt das Institut biomedizinische Forschung durch, die anwendungsnah ist. Das bedeutet, dass das RKI zum Beispiel im Fall einer Epidemie oder Pandemie konkrete Maßnahmen vorschlagen kann.

Denn: **Ziel des RKI ist es, die Bevölkerung vor Krankheiten zu schützen** und ihren Gesundheitszustand zu verbessern.

Dafür beschäftigen sich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Instituts mit den Themen Krankheit und Gesundheit auf allen

Ebenen – also vom Virus in der Körperzelle bis zum Übergewicht in der Bevölkerung. Darüber hinaus sammeln sie Daten zu Infektionskrankheiten, zu nicht übertragbaren Krankheiten wie Diabetes mellitus und Krebs und zu (neuen) biologischen Gefahren. Diese Daten helfen den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, konkrete Empfehlungen und Konzepte zu entwickeln, um Krankheiten zu behandeln und zu vermeiden.

Das RKI berät die zuständigen Bundesministerien, vor allem das BMG, und entwickelt Normen und Standards mit. Es informiert und berät die Fachöffentlichkeit sowie zunehmend auch die breitere Öffentlichkeit.

Robert Koch-Institut (RKI)

Nordufer 20

13353 Berlin

Tel.: 030 187540

E-Mail: zentrale@rki.de

www.rki.de

2.1.6 Sucht- und Drogenbeauftragter der Bundesregierung

Die Arbeit des **Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen** ist vielfältig. Er koordiniert die Sucht- und Drogenpolitik der Bundesregierung und vertritt sie gegenüber Politik, Presse und Öffentlichkeit. Der Beauftragte spricht mit Expertinnen und Experten und sammelt deren Empfehlungen. Außerdem leitet er die deutsche UN-Delegation in der internationalen Drogenpolitik und nimmt den deutschen Sitz in verschiedenen Gremien der Europäischen Union wahr.

Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen

Burkhard Blienert

11055 Berlin

Tel.: 030 184411452

E-Mail: drogenbeauftragter@bmg.bund.de

www.bundesdrogenbeauftragter.de

2.1.7 Patientenbeauftragter der Bundesregierung

Der **Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten** unterstützt und stärkt die Patientenrechte. Zudem vertritt er Patienteninteressen – unabhängig und beratend – gegenüber Politik und Öffentlichkeit sowie in Gremien und auf Veranstaltungen.

Die Bundesministerien müssen den Beauftragten über alles informieren, was die Rechte und den Schutz von Patientinnen und Patienten betrifft – etwa, wenn neue Gesetze oder Verordnungen auf den Weg gebracht werden sollen.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

Stefan Schwartz, MdB

11055 Berlin

Tel.: 030 184411410

E-Mail: patientenrechte@bmg.bund.de

www.patientenbeauftragter.de

2.1.8 Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung

Die **Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege** vertritt in unabhängiger Funktion die Interessen der Menschen mit Pflegebedarf gegenüber der Politik. So gibt sie Menschen mit Pflegebedarf eine Stimme und stärkt deren Selbstbestimmungs- und Mitbestimmungsrechte. Ziel ist, das Pflege- und Gesundheitssystem so zu formen, dass es Betroffene schützt und sie unterstützt.

Die Bundesministerien und -behörden müssen die Pflegebevollmächtigte bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben mit Pflegebezug beteiligen.

Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege

Claudia Moll, MdB

11055 Berlin

Tel.: 030 184413420

E-Mail: pflegebevollmaechtigte@bmg.bund.de

www.pflegebevollmaechtigte.de



2.2 Gemeinsamer Bundesausschuss und dessen Trägerorganisationen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Sitz in Berlin ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung (siehe auch Kapitel 1.1.5 auf Seite 21) im Gesundheitswesen. Im G-BA beraten Vertretungen der Krankenkassen, der Ärzteschaft und der Krankenhäuser sowie Patienten- und Behindertenorganisationen gemeinsam darüber, ob die Krankenkassen neue Behandlungsmethoden, moderne Medizintechnik oder neue Heilmittel bezahlen sollen.

2.2.1 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der G-BA hat vor allem den gesetzlichen Auftrag, die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien zu beschließen. Die legen zum Beispiel fest, wie die medizinische Versorgung gestaltet sein sollte und wie ihre Qualität sichergestellt werden kann. Der G-BA entscheidet außerdem, welche Leistungen die Krankenkassen zahlen.

Der G-BA

wird in seiner Arbeit von zwei wissenschaftlichen Instituten unterstützt: Das **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG; siehe auch Kapitel 2.3.8 auf Seite 55)** bewertet vor allem Nutzen und Kosten von Arzneimitteln und Behandlungsmethoden in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das **Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)** ist das zentrale Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Darüber hinaus bewertet der G-BA den Nutzen von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen und formuliert Anforderungen für strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, kurz DMP).

Das Gremium setzt sich aus folgenden stimmberechtigten Mitgliedern zusammen: dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (siehe Kapitel 2.2.5 auf Seite 45), der Kassenärztlichen (KBV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) (siehe Kapitel 2.2.3 ab Seite 44 und 2.2.4 auf Seite 45) sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Vertreterinnen und Vertreter von Patienten- und Behindertenorganisationen haben das Recht, in den Gremien des G-BA mitzuberaten – so können sie ihre Erfahrungen einbringen, etwa bei Fragen danach, ob die Kassen die Ernährungsberatung für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus bezahlen, welche neuen Behandlungsmethoden in die Versorgung aufgenommen werden oder welchen Zahnersatz die Kassen finanzieren sollten. Die Vertreterinnen und Vertreter dürfen auch Anträge in den G-BA einbringen. Ein Mitentscheidungsrecht haben sie aber nicht.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Gutenbergstraße 13
10587 Berlin
Tel.: 030 2758380
E-Mail: info@g-ba.de
www.g-ba.de

2.2.2 Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Die einzelnen Krankenhäuser vertreten ihre Interessen in den meisten Fällen nicht individuell, sondern über ihre Verbände. Auf Landesebene sind die Krankenhäuser in **Landeskrankengesellschaften** organisiert. Die Landesverbände wiederum sind in der **Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)** zusammengeschlossen. Die vertritt die Interessen der Krankenhäuser bei gesundheitspolitischen Entscheidungen auf Bundesebene und ist somit Teil der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Wegelystraße 3
10623 Berlin
Tel.: 030 398010
E-Mail: dkgmail@dkgev.de
www.dkgev.de

2.2.3 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Die KBV gilt als Dachorganisation der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Gemeinsam stellen diese Organisationen sicher, dass alle gesetzlich krankenversicherten Menschen in Deutschland ambulant (flächendeckend und wohnortnah) medizinisch versorgt werden (sogenannte vertragsärztliche Versorgung).

Zugleich vertritt die KBV die Interessen der ambulant tätigen Vertragsärztinnen sowie -ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Politik.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

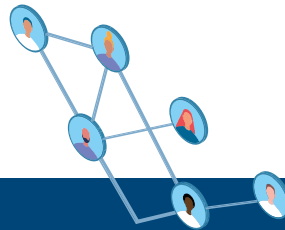
Herbert-Lewin-Platz 2

10623 Berlin

Tel.: 030 40050

E-Mail: info@kbv.de

www.kbv.de



In Deutschland sollen alle gesetzlich Krankenversicherten optimal ambulant medizinisch, psychotherapeutisch und zahnmedizinisch versorgt werden. Darum kümmern sich die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KVen und KZVen) sowie die jeweilige Bundesorganisation (KBV und KZBV). Sie verhandeln zum Beispiel mit den Krankenkassen, welche Leistungen diese zahlen müssen und welche nicht.

Zum Sicherstellungsauftrag (*siehe Kapitel 2.2.1 ab Seite 42*) gehört unter anderem auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu haben die KVen beispielsweise sogenannte Terminservicestellen zu betreiben, welche unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer **116117** täglich telefonisch erreichbar sein müssen (*weitere Informationen in Kapitel 4.2.4 ab Seite 116*).

2.2.4 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Die KZBV ist die Dachorganisation der 17 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen). Gemeinsam stellen diese Organisationen sicher, dass alle gesetzlich krankenversicherten Menschen in Deutschland ambulant zahnärztlich versorgt werden (sogenannte vertragszahnärztliche Versorgung).

Zugleich vertritt die KZBV die Interessen der ambulant tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Politik.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Behrenstraße 42
10117 Berlin
Tel.: 030 2801790
E-Mail: post@kzbv.de
www.kzbv.de

2.2.5 Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)

In Deutschland gibt es viele Möglichkeiten, eine Krankenversicherung abzuschließen. Die gesetzliche Krankenversicherung (siehe Kapitel 1.3.1 ab Seite 27) mit ihren aktuell 95 Kassen zählt die meisten Versicherten. Darüber hinaus gibt es private Krankenversicherungen (siehe Kapitel 1.3.2 ab Seite 29).

Die **gesetzlichen Krankenkassen** schließen sich mit den **Pflegekassen** in einem Verband zusammen, dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV). Über diesen und über ihre Regionalverbände schließen die Krankenkassen Verträge mit Ärzteverbänden, Kliniken und Apotheken und regeln, wie viel Geld sie für die einzelnen medizinischen Behandlungen zahlen.

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Tel.: 030 2062880
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

2.3 Weitere wesentliche Akteure im Gesundheitswesen

Die gesundheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten basiert auf einem umfangreichen Netzwerk unterschiedlichster Akteure. In den folgenden Abschnitten erfahren Sie etwas über die Rolle der Länder und Kommunen sowie vieler weiterer Versorger und Interessenvertretungen im Gesundheitswesen.

2.3.1 Länder

Die Bundesländer sind mit ihren Verwaltungsbehörden dafür verantwortlich, dass die Bundesgesetze umgesetzt werden – sie haben die sogenannte Fach- und Dienstaufsicht über den kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD; *siehe Kapitel 3.1.3 ab Seite 66*). Gleichzeitig dürfen sie aber auch eigene Gesetze formulieren und erlassen. Außerdem planen

Landesgesundheitspolitik

In der Regel sind Landesministerien für die Gesundheitspolitik des Bundeslandes zuständig. Die Bezeichnungen dieser Ministerien variieren von Land zu Land. Baden-Württemberg zum Beispiel hat ein Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, während es in Sachsen das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt gibt. Die Landesgesundheitsministerinnen und -minister tagen regelmäßig im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK). Informationen hierzu finden Sie auf der Website www.gmkonline.de

und finanzieren die Länder zum Teil die stationäre Versorgung – also Kliniken und Rehasentren.

Die Zuständigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung liegt überwiegend beim Bund. Die Länder haben aber die

Aufsicht über die regionalen Kassen. Auch die Heilberufe-Kammern (Landesärzte-, Landeszahnärzte-, Landesapotheker- sowie Landespsychotherapeutenkammern) sowie die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen unterliegen der Aufsicht der Länder.

Die Landesministerien informieren auf ihren Websites über die gesundheitliche Situation und die Gesundheitsstrukturen im jeweiligen Bundesland.

Links zu den **Websites der Landesministerien** finden Sie auf der Website der Gesundheitsministerkonferenz: www.gmkonline.de/Mitglieder-Mitglieder-GMK

2.3.2 Kommunen

Aktuell beraten und informieren 377 Gesundheitsämter des kommunalen ÖGD über Themen wie Kinder- und Jugendgesundheit, Mund- und Zahngesundheit, Schwangerenvorsorge, psychische Gesundheit, Suchtberatung und sexuelle Gesundheit. Die Gesundheitsämter sind überdies zuständig für den Gesundheitsschutz. Dies betrifft etwa Hygiene und Infektionsschutz einschließlich des Impfens. Darüber hinaus liegen der umweltbezogene Gesundheitsschutz sowie das Ausbruchs- und Krisenmanagement in ihrer Verantwortung.

Die Menschen suchen Ärztinnen und Ärzte oder beispielsweise Physiotherapeutinnen und -therapeuten in erster Linie in ihrem Dorf oder ihrer Stadt auf. Das ist ihr unmittelbares Umfeld, in dem sie auch medizinisch versorgt werden wollen. Deswegen sind die Kommunen als kleinster politischer Akteur so wichtig: Sie agieren nah am Menschen und sind damit verantwortlich für die Gesundheitsversorgung vor Ort.

Sie informieren niederschwellig über Themen wie Schwangerschaft, Prävention und Behandlung von HIV/STI (HIV: Abkürzung für „Humanes Immundefizienz-Virus“; STI: Abkürzung für „sexually transmitted infections“, also „sexuell übertragbare Infektionen“), Suchtberatung sowie psychologische und psychiatrische Hilfe. Damit leisten sie einen Beitrag zur Chancengleichheit im deutschen Gesundheitswesen. Auch die kommunalen Gesundheitsämter sind wichtiger Bestandteil der deutschen Gesundheitsversorgung. Sie sind nah dran an den Bürgerinnen und Bürgern vor Ort. Die Kommunen sind zudem selbst vielfach Träger von Krankenhäusern.

2.3.3 Berufsverbände

In Berufsverbänden schließen sich Akteure der Gesundheitsversorgung zusammen, um mit einer Stimme ihre Interessen zu vertreten und Positionen nach außen zu kommunizieren. Im Gesundheitswesen gibt es viele Berufsverbände, etwa den Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin (BdP) oder den Berufsverband der Frauenärzte (BVF).

In diesem Abschnitt stellen wir nur einige große Berufsverbände und Spitzenorganisationen vor, also Verbände, die weitere Organisationen vereinen:

Die **Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)** ist die Spitzenorganisation der Apothekerinnen und Apotheker in Deutschland. Sie vertritt die Interessen des pharmazeutischen Heilberufs gegenüber Politik und Gesellschaft. Unter dem Dach der ABDA haben sich die Apothekerkammern der Länder in der **Bundesapothekerkammer (BAK)** und die Apothekerverbände der Länder im **Deutschen Apothekerverband (DAV)** zusammengeschlossen.

www.abda.de

Die **Bundesärztekammer (BÄK)** ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung – sie vertritt die berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen **Ärztetikammern** setzt sich die BÄK für eine bürgernahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik ein.

www.bundesaerztekammer.de

Die **Bundeszahnärztekammer (BZÄK)** ist die Berufsvertretung aller Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland. Ihre Mitglieder sind die Zahnärztekammern der Bundesländer. Die BZÄK vertritt die gesundheits- und berufspolitischen Interessen der Zahnärztinnen und Zahnärzte. Ihr Ziel ist es, eine Zahnheilkunde zum Wohle der Patientinnen und Patienten

umzusetzen. Dafür berücksichtigt sie stets neue wissenschaftliche Erkenntnisse.

www.bzaek.de

Die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)** ist die Arbeitsgemeinschaft aller zwölf Landespsychotherapeutenkammern. Sie vertritt die berufspolitischen Interessen der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, der Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie der künftigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

www.bptk.de

Der **Deutsche Pflegerat (DPR) – Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen** ist der Zusammenschluss der wichtigsten Verbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens. Er vertritt die vereinten Interessen der beruflich Pflegenden und Hebammen auf Bundesebene.

www.deutscher-pflegerat.de

In der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)** arbeiten die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zusammen. Das sind die Arbeiterwohlfahrt, der Deutsche Caritasverband, der Paritätische Gesamtverband, das Deutsche Rote Kreuz, die Diakonie Deutschland und die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland. Ihr gemeinsames Ziel ist es, durch gemeinschaftliche Initiativen und sozialpolitische Aktivitäten die soziale Arbeit zu sichern und weiterzuentwickeln.

www.bagfw.de

Der **Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (BMVZ)** ist ein gemeinnütziger Verein, in dem sich medizinische Einrichtungen und interessierte Unternehmen zusammengeschlossen haben. Ihr Ziel ist, Kooperationen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zu fördern.

www.bmvz.de

Die **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)** vertritt die Interessen der wissenschaftlichen Medizin insbesondere gegenüber staatlichen Institutionen und Akteuren der ärztlichen Selbstverwaltung. Seit 1995 koordiniert die AWMF die Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie durch die einzelnen medizinischen Fachgesellschaften. Die AWMF veröffentlicht die Leitlinien auf ihrer Website, die auch Informationen für Patientinnen und Patienten in Form von Patientenleitlinien zu vielen Erkrankungen enthält.

www.awmf.org

2.3.4 Patientenorganisationen

Patientinnen und Patienten sind in vielen Gremien des Gesundheitssystems vertreten. Beispielsweise nehmen Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen an den Sitzungen des G-BA (*siehe Kapitel 2.2.1 ab Seite 42*) teil. Maßgebliche Patientenorganisationen sind zum Beispiel:

Der **Deutsche Behindertenrat (DBR)**: Der **DBR** ist ein Aktionsbündnis der maßgeblichen Verbände chronisch kranker und behinderter Menschen. Unter anderem ist es Aufgabe des DBR, die Interessen behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen verbandsübergreifend zu vertreten.

www.deutscher-behindertenrat.de

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)**: Die **BAGP** ist eine fachlich-politische Arbeitsgemeinschaft. Sie versteht sich als Dachorganisation von PatientInnenstellen und für Patientenberaterinnen und -berater. Gegründet wurde die BAGP, um gemeinsame Beratungsstandards zu entwickeln und zu gewährleisten, um Kompetenzen zu bündeln und um politisch effektiver handeln zu können.

www.bagp.de

Die **Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG-SH)**: Die **DAG-SH** unterstützt und fördert Selbsthilfegruppen in Deutschland. Mitglieder sind zum Beispiel Selbsthilfeorganisationen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Selbsthilfekontaktstellen, aber auch Fachkräfte aus psychosozialen und Gesundheitsberufen.

www.dag-shg.de

Der **Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)**: Der **vzbv** vereint 16 Verbraucherzentralen und 26 verbraucherpolitisch ausgerichtete Verbände. Er setzt sich beispielsweise für sichere und gesundheitlich unbedenkliche Produkte und Dienstleistungen, eine angemessene medizinische Versorgung und menschenwürdige Pflege ein.

www.vzbv.de

Hinzu kommen Selbsthilfegruppen, die die Interessen Betroffener ebenfalls nach außen vertreten. Dazu gehört zum Beispiel die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (**BAG SELBSTHILFE**). Weitere Informationen zu Selbsthilfegruppen und -organisationen finden Sie im *Kapitel 4.5.8 ab Seite 135*.

Darüber hinaus bietet das **Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)** eine Plattform für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland. Vertreterinnen und Vertreter aller Gesundheitsberufe und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich zu einem gemeinsamen Netzwerk zusammengeschlossen. Gemeinsam informieren sie die Öffentlichkeit und tauschen sich fachlich aus. Für Patientinnen und Patienten gibt es Broschüren, Informationsmaterialien und Checklisten. Außerdem organisiert das Bündnis Aktionen und Kampagnen, die die Patientensicherheit in Deutschland verbessern sollen und in denen sich auch Patientinnen und Patienten engagieren können. Das APS wird dabei vom BMG unterstützt.

www.aps-ev.de

2.3.5 Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)

Der **Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)** vertritt die Interessen der privaten Kranken- und Pflegeversicherer. Der Verband hat 42 ordentliche und zehn außerordentliche Mitglieder. Letztere Unternehmen bieten keine Krankenvollversicherungen, sondern nur Krankenzusatzversicherungen an.

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und die Postbeamtenkrankenkasse sind mit dem PKV-Verband verbundene Einrichtungen.

Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c

50968 Köln

Tel.: 030 20458966

E-Mail: kontakt@pkv.de

www.pkv.de

2.3.6 Unternehmensverbände

Auch Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten schließen sich in Verbänden und Interessenvertretungen zusammen. In diesem Abschnitt stellen wir einige vor:

Pharma Deutschland ist der mitgliederstärkste Branchenverband der Pharmaindustrie in Deutschland. Er vertritt die Interessen von rund 400 Mitgliedsunternehmen. Neben Pharmaunternehmen zählen auch Apothekerinnen und Apotheker, Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Verlage, Agenturen sowie Markt- und Meinungsforschungsinstitute im Gesundheitsbereich zu den Mitgliedern. Pharma Deutschland ist ein Ansprechpartner für Politik, Behörden und Institutionen im Gesundheitswesen.

www.pharmadeutschland.de

Der **Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa)** ist der Verband der forschenden Pharmaunternehmen in Deutschland. In dieser Interessenvertretung haben sich 48 weltweit agierende forschende Pharmaunternehmen sowie mehr als hundert Tochter- und Schwesterfirmen zusammengeschlossen.

www.vfa.de

Der **Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI)** setzt sich gegenüber der Politik und der Öffentlichkeit für die Interessen der pharmazeutischen Industrie ein. Der Verband hat rund 260 Mitglieder.

www.bpi.de

Pro Generika ist der Verband der Generika- und Biosimilarunternehmen in Deutschland. Der Begriff „Generikum“ bezeichnet ein Arzneimittel, das den identischen Wirkstoff wie ein ehemals patentgeschütztes Präparat enthält und deshalb genauso wirkt. Generika kommen dann auf den Markt, wenn das Patent für das Original abgelaufen ist. Biosimilars sind gleichermaßen Nachahmerprodukte, allerdings von biotechnologisch hergestellten Arzneimitteln. Pro Generika hat 17 Mitgliedsunternehmen in Deutschland.

www.progenerika.de

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)** bildet mit mehr als 13.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Im bpa sind Einrichtungen der ambulanten und (teil)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft organisiert.

www.bpa.de

Der **Bundesverband Medizintechnologie (BV Med)** repräsentiert gegenüber Politik und Öffentlichkeit mehr als 300 Hersteller, Zulieferer und Händler der sogenannten MedTech-Branche. Deren Produkte sind beispielsweise Geräte für die

Diagnostik oder Chirurgie, Implantate sowie Verbandmittel und OP-Material.

www.bvmed.de

Der **Industrieverband SPECTARIS** umfasst rund 130 in Deutschland ansässige Unternehmen der mittelständisch geprägten Medizintechnikindustrie. Die Unternehmen entwickeln, produzieren und vermarkten vor allem medizintechnische Produkte des Investitionsgütersektors, medizinische Hilfsmittel sowie vermehrt digitale Gesundheitslösungen.

www.spectaris.de

Der **Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung** tritt als verbindende Stimme aller E-Health-Anbieter und -Förderer Deutschlands an. Unter E-Health werden Anwendungen zusammengefasst, die digitale Informations- und Kommunikationstechnologien nutzen, um die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten zu unterstützen. Der Verband vertritt seine Mitglieder gegenüber den anderen Partnern des Gesundheitssystems, der Politik und der Öffentlichkeit.

www.digitalversorgt.de

2.3.7 Gesellschaft für Telematik (gematik)

Die gematik GmbH ist als bundesweites Kompetenzzentrum dafür zuständig, die sogenannte Telematikinfrastruktur aufzubauen und zu betreiben. Mit der Telematikinfrastruktur werden die an der Gesundheitsversorgung Beteiligten so vernetzt, dass sie sicher und schnell miteinander digital kommunizieren können. Ein wesentliches Ziel ist es, dass medizinische Informationen, die für die Behandlung der Patientinnen und Patienten benötigt werden, zur richtigen Zeit am richtigen Ort verfügbar sind. In diesem Zusammenhang leistet die Digitalagentur auch operativ-koordinierende Unterstützung im Kontext der Umsetzung der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege.

Zur Telematikinfrastruktur gehören digitale Anwendungen, die die Kommunikation medizinischer Daten unterstützen, insbesondere

die elektronische Patientenakte, das elektronische Rezept oder auch die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (*siehe auch Kapitel 3.2.3 ab Seite 78*).

Das Bundesministerium für Gesundheit ist mit 51 Prozent Mehrheitsgesellschafter der gematik GmbH. Folgende Vertreter der Leistungserbringer sind weitere Gesellschafter: Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung und Deutscher Apothekenverband.

gematik GmbH

Friedrichstraße 136

10117 Berlin

Tel.: 030 400410

E-Mail: info@gematik.de

www.gematik.de

2.3.8 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Als unabhängiges wissenschaftliches Institut untersucht das IQWiG den Nutzen und den Schaden von medizinischen Maßnahmen für Patientinnen und Patienten. Außerdem unterstützt es anhand von Gutachten und Berichten den G-BA (*siehe Kapitel 2.2.1 ab Seite 42*). Dieser kann daraufhin entscheiden, in welchem Umfang Krankenkassen zum Beispiel neue Arzneimittel oder Behandlungsmethoden zahlen müssen.

Das IQWiG veröffentlicht auf der **Plattform gesundheitsinformation.de** leicht verständliche Gesundheitsinformationen, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Beispielsweise stellt das IQWiG Untersuchungs- und

Behandlungsmethoden für zahlreiche Erkrankungen vor. Die Informationsplattform soll eine Orientierungshilfe zu den Angeboten der Gesundheitsversorgung sein.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Im Mediapark 8
50670 Köln
Tel.: 0221 356850
E-Mail: info@iqwig.de
www.iqwig.de

2.3.9 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR)

Der **SVR** ist das renommierteste Gremium im Gesundheitswesen, welches die Politik wissenschaftlich berät. Der Rat arbeitet unabhängig und setzt sich aus sieben Professorinnen und Professoren aus Medizin, Wirtschaftswissenschaft und Pflegewissenschaft zusammen. In seinen Jahresgutachten analysiert der Sachverständigenrat unter unterschiedlichen Aspekten (zum Beispiel Digitalisierung, Fachkräfte), wie sich die gesundheitliche und pflegerische Versorgung entwickelt sowie medizinisch und wirtschaftlich auswirkt. Ziel ist, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden und Möglichkeiten und Wege zu einer dem Patientenwohl dienlichen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege

Rochusstraße 1
53123 Bonn
Tel.: 0228 994414511
E-Mail: svr@bmg.bund.de
www.svr-gesundheit.de

2.3.10 Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)

Der **MD Bund** ist eine medizinische und pflegfachliche Expertenorganisation und vertritt die Interessen seiner Träger – der 15 Medizinischen Dienste in den Ländern – auf Bundesebene. Der MD Bund berät als medizinische und pflegfachliche Expertenorganisation die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene – insbesondere den GKV-Spitzenverband. Zudem koordiniert er die fachliche Arbeit der Medizinischen Dienste und erlässt Richtlinien, um die Begutachtung und Beratung nach bundesweit einheitlichen Kriterien sicherzustellen.

www.md-bund.de



3

Gesundheitsversorgung und Pflege

Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf eine hochwertige Versorgung mit medizinischen Leistungen – inklusive einer menschenwürdigen Pflege. In diesem Kapitel erfahren Sie, welche Akteurinnen und Akteure in Deutschland die Gesundheitsversorgung leisten.



3.1 Prävention und Früherkennung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Qualitätssicherung

So gut es ist, wenn Krankheiten wirkungsvoll behandelt werden können – besser ist es, wenn man gar nicht erst krank wird. Prävention, Gesundheitsförderung, Früherkennung und ein gesunder Lebensstil können hierzu beitragen – und sie werden von den Krankenkassen aktiv gefördert.

3.1.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Wir alle wünschen uns Gesundheit, für uns und unsere Angehörigen. Dafür können wir etwas tun, indem wir uns etwa ausgewogen ernähren, Sport treiben und versuchen, einen gesunden Ausgleich zwischen Beruf und Freizeit zu schaffen.

Die meisten Krankheiten sind nicht angeboren, sondern treten im Laufe des Lebens auf. In einer Gesellschaft des längeren Lebens ist es daher besonders wichtig, Gesundheit gezielt zu fördern, Risikofaktoren zu vermeiden und Krankheiten vorzubeugen. Nur so wachsen wir gesund auf und werden gesund älter – mit einer hohen Lebensqualität.

Jede und jeder Einzelne kann auf die eigene Gesundheit Einfluss nehmen. Positiv wirken sich etwa regelmäßige körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung, regelmäßige Erholung sowie der Verzicht auf das Rauchen und auf Alkohol aus. Gerade die sogenannten Volkskrankheiten, etwa Diabetes mellitus Typ 2 (siehe Kapitel 4.4.7 auf Seite 132) oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (zum Beispiel Herzinfarkt; siehe Kapitel 4.4.5 auf Seite 130), können in vielen Fällen durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil vermieden oder ihr Verlauf gemildert werden. Wer regelmäßig etwas für seine Gesundheit tut, fühlt sich körperlich und auch geistig wohler. **Verhaltenspräventive Maßnahmen** richten sich deshalb an jede einzelne Person in der Gesellschaft.

Durch gesundheitsbewusstes Verhalten, durch eigene Beobachtung und durch regelmäßige ärztliche Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchungen (*siehe Kapitel 3.1.2 ab Seite 64*) können Sie Ihre Ressourcen stärken, gesundheitliche Risiken und Belastungen vermeiden sowie erste Anzeichen von Krankheiten frühzeitig erkennen – noch bevor sich körperliche oder seelische Beschwerden bemerkbar machen.

Etliche Infektionskrankheiten lassen sich zudem durch **Schutzimpfungen** verhindern. Bei anderen vermindern Impfungen zumindest das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Sie schützen und retten jedes Jahr weltweit Millionen Menschenleben. Prüfen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, ob Sie alle von der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Instituts empfohlenen Impfungen haben oder ob Auffrischimpfungen anstehen. In Ihrem Impfausweis werden alle Impfungen festgehalten. Weitere Informationen zum Thema Impfen präsentiert Ihnen der **Ratgeber Impfen** des BMG. Diesen können Sie sich von der Website des BMG herunterladen oder sich zuschicken lassen.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen der Krankenkassen sollen das selbstbestimmte gesundheitsorientierte Handeln der Versicherten fördern.

Viele **Krankenkassen** bieten ihren Versicherten zum Beispiel Präventionskurse an, um sie zu motivieren und zu befähigen, ihre Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung zu nutzen. Zudem unterstützen die Krankenkassen den Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten, das heißt zum Beispiel in Kindertagesstätten, Schulen, Vereinen, bei der pflegerischen Versorgung und in Gemeinden.

Einen großen Teil unseres Lebens verbringen wir am Arbeitsplatz. Die Arbeitsbedingungen dort können sich auf unsere Gesundheit auswirken, sowohl positiv als auch negativ. Ungünstige Arbeitsbedingungen etwa können zu körperlichen Beschwerden führen, Stress schädigt die psychische Gesundheit.

Das Gesundheitssystem und andere Sozialleistungsbereiche haben sich **Prävention und Gesundheitsförderung** zur Aufgabe gemacht. Im Jahr 2015 verabschiedete die Bundesregierung das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“, kurz: **Präventionsgesetz**, mit dem Ziel, Prävention und Gesundheitsförderung durch die Schaffung neuer Strukturen, etwa die **Nationale Präventionskonferenz (NPK)**, die **Nationale Präventionsstrategie** oder das **Nationale Präventionsforum**, zu stärken und die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteurinnen und Akteure zu verbessern. In der NPK verständigten sich unter anderem die Spitzenorganisationen der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherungen sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung darauf, mit ihren Leistungen gemeinsame Ziele zu verfolgen:

Die Menschen sollen gesund aufwachsen, gesund leben und arbeiten und auch im Alter gesund bleiben.

Die Krankenkassen etwa unterstützen Verantwortliche in Kindergärten, Schulen, Betrieben und Pflegeheimen dabei, Strukturen aufzubauen und zu stärken, die einen Beitrag zu gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen leisten.

Auch die Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene wurden mit dem Präventionsgesetz weiterentwickelt. Erwachsene Versicherte haben einen regelmäßigen Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung bestimmter Krebserkrankungen (Darm-, Haut-, Brust-, Gebärmutterhals- und Prostatakrebs).



Gesunde und motivierte Beschäftigte hingegen unterstützen den Erfolg und die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens. Viele **Unternehmen** fördern deshalb die Gesundheit ihrer Beschäftigten.

Beide Ansätze – gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen – tragen dazu bei, dass insbesondere chronische, nichtübertragbare Erkrankungen gar nicht erst entstehen oder in ihrem Verlauf vermindert werden.

Relevante **Anlaufstellen und weitere Akteure** rund um Prävention und Gesundheitsförderung finden Sie in *Kapitel 4.3 ab Seite 118*.

3.1.2 Früherkennung von Krankheiten

Die Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten bei Krankheiten sind oftmals besser, wenn sie zu einem frühen Zeitpunkt beziehungsweise in einem möglichst frühen Stadium erkannt werden. Daher bieten die **gesetzlichen Krankenkassen** (siehe

Kapitel 1.3.1 ab Seite 27) ihren Versicherten sogenannte Früherkennungsuntersuchungen – zum Teil auch als „Vorsorgeuntersuchungen“ bezeichnet – an.

Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten richten sich grundsätzlich an augenscheinlich gesunde und beschwerdefreie Personen. Denn Früherkennungsuntersuchungen sollen eine Krankheit oder ihre Vorstufen entdecken, bevor sie Beschwerden auslösen. Vorstadien einer Darm- oder Gebärmutterhalskrebserkrankung können zum Beispiel über viele Jahre entstehen und zunächst harmlose Gewebeveränderungen sein. Dennoch: Kein Früherkennungsverfahren ist zu hundert Prozent verlässlich. Das heißt, keine Früherkennungsuntersuchung kann alle Erkrankten sicher als krank und alle Gesunden sicher als gesund identifizieren.

Gesetzlich versicherte Personen haben einen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen, etwa von häufig auftretenden Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (siehe *Kapitel 4.4.5 auf Seite 130*) und Diabetes mellitus (siehe *Kapitel 4.4.7 auf Seite 132*) sowie von bestimmten Krebserkrankungen (siehe

Kapitel 4.4.3 ab Seite 128). Bei dem sogenannten Check-up für Erwachsene bewerten Ärztinnen und Ärzte den allgemeinen Gesundheitszustand der Versicherten. Sie prüfen dabei zum Beispiel auch, ob gesundheitliche Belastungen oder Risikofaktoren wie Bewegungsmangel und Übergewicht vorliegen. Außerdem prüfen sie den Impfstatus. Das Krebsfrüherkennungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst Untersuchungen zur Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs, Prostatakrebs sowie Darm- und Hautkrebs.

Besonders bekannt sind die Vorsorge- beziehungsweise Früherkennungsuntersuchungen während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sowie die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche. Bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (sogenannte U-Untersuchungen) und Jugendliche (J-Untersuchung)

untersucht die Ärztin oder der Arzt den allgemeinen Gesundheitszustand. Es wird geprüft, ob bestimmte schwerwiegende Erkrankungen vorliegen und inwieweit sich das Kind seinem Alter entsprechend entwickelt. Fallen Entwicklungsverzögerungen oder -gefährdungen auf, können Betroffene frühzeitig behandelt und gefördert werden. Derzeit haben Kinder von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr

Anspruch auf zehn entsprechende Untersuchungen (U1 bis U9, inklusive U7a). Jugendliche im Alter von 12 bis 14 Jahren haben Anspruch auf eine weitere Gesundheitsuntersuchung (J1).

Übernehmen die Krankenkassen alle Früherkennungsuntersuchungen?

Alle vom G-BA in seinen Richtlinien empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen – sie sind generell zuzahlungsfrei. Manche Krankenkassen bieten darüber hinaus weitere zuzahlungsfreie Untersuchungen an. Fragen Sie bei Ihrer Kasse nach oder informieren Sie sich im Mitglieder-magazin oder auf der Website Ihrer Krankenkasse.

3.1.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Der ÖGD ist neben dem ambulanten und stationären Sektor eine unverzichtbare Säule des Gesundheitssystems in Deutschland. Während es beim Arztbesuch oder beim Aufenthalt im Krankenhaus um die bestmögliche individuelle Versorgung geht, richtet der ÖGD sein Augenmerk auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Übergeordnete Aufgaben sind der Gesundheitsschutz, die Gesundheitsförderung sowie die Beratung und Information.

Der ÖGD umfasst Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene. Auf Bundesebene gehören zum Beispiel das **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**; *siehe Kapitel 2.1.1 ab Seite 35*) ebenso dazu wie dessen Bundesbehörden: die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (*BZgA*; *siehe Kapitel 2.1.3 auf Seite 37*), das Robert Koch-Institut (*RKI*; *siehe Kapitel 2.1.5 auf Seite 39*) und das Paul-Ehrlich-Institut (*PEI*; *siehe Kapitel 2.1.4 auf Seite 38*).

Auf Länderebene (*siehe Kapitel 2.3.1 ab Seite 46*) sind die **Ländergesundheitsministerien** und **Landesämter** beziehungsweise die **Landesinstitute für Gesundheit** zuständig, auf kommunaler Ebene (*siehe Kapitel 2.3.2 auf Seite 47*) die **Gesundheitsämter**.

Die Aufgaben der derzeit knapp 380 Gesundheitsämter umfassen mit Blick auf Gesundheitsschutz und -förderung unter anderem:

- Infektionsschutz (zum Beispiel Meldewesen, Ausbruchuntersuchungen, Kontaktpersonenmanagement, Anordnung von Hygienemaßnahmen)
- Hygiene (zum Beispiel Trinkwasser- oder Krankenhaushygiene)
- Schuleingangs- und andere Reihenuntersuchungen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- Impfangebote

- Beratungs- und Unterstützungsangebote (zum Beispiel zu Kindergesundheit, Suchtberatung, Behindertenberatung, psychischer Gesundheit)
- Beratung, Diagnostik und Behandlung von sexuell übertragbaren Erkrankungen wie zum Beispiel HIV/Aids, Chlamydien und Gonorrhoe
- Begutachtungen
- Gesundheitsberichterstattung
- Durchführung beziehungsweise Koordination von Projekten und Aktionen auf lokaler Ebene (zum Beispiel Schulprojekte, Gesundheitstage)
- Netzwerkarbeit (zum Beispiel Netzwerke der Suchtprävention oder psychischen Gesundheit, Gesundheitskonferenzen)
- umweltmedizinische Fragestellungen (zum Beispiel Altlasten)

Deutschlandweit sollen außerdem neue Beratungsangebote für Patientinnen und Patienten in sozial benachteiligten Regionen aufgebaut werden. Langfristig sollen rund 1.000 sogenannte **Gesundheitskioske** entstehen. Hauptaufgabe der Kioske soll es sein, Patientinnen und Patienten mit besonderem Unterstützungsbedarf den Zugang zur Versorgung zu erleichtern. Staatlich geprüfte Pflegefachpersonen beraten zum Beispiel niedrigschwellig, informieren über Behandlungen oder präventive Angebote und führen einfache medizinische Routineaufgaben durch (etwa Blutdruck messen oder Verbände wechseln).

Um die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie aufzugreifen, vereinbarten Bund und Länder im Jahr 2020 einen „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“. Er hat das Ziel, den ÖGD in seiner ganzen Aufgabenvielfalt und auf allen Verwaltungsebenen zu stärken und zu modernisieren. Bis 2026 stellt der Bund für die Umsetzung des Paktes Mittel in Höhe von insgesamt vier Milliarden Euro zur Verfügung.

Die Kommunen sollen die Anlaufstellen initiieren. Finanziert werden die Gesundheitskioske mehrheitlich von den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, die Kommunen beteiligen sich ebenfalls.

3.1.4 Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und in der Pflege
Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch auf gute Pflege. Im Oktober 2019 begann der Gesetzgeber mit der schrittweisen Einführung eines neuen Qualitätssystems für die **stationäre Pflege**. Ein zentrales Element sind zehn Qualitätsindikatoren, die **Pflegeheime** seit Januar 2022 halbjährlich erheben müssen:

1. erhaltene Mobilität
2. erhaltene Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (zum Beispiel Körperpflege)
3. erhaltene Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
4. Dekubitusentstehung
5. schwerwiegende Sturzfolgen
6. unbeabsichtigter Gewichtsverlust
7. Durchführung eines Integrationsgesprächs
8. Anwendung von Gurten zur Fixierung von Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohnern
9. Anwendung von Bettseitenteilen
10. Aktualität der Schmerzeinschätzung

Zur Überprüfung der Einhaltung der Anforderungen zum Personal und zur Qualität der Pflege finden zudem in allen Pflegeheimen jährlich Qualitätsprüfungen statt. Die Prüfungen werden im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durch den **Medizinischen Dienst (MD)** oder den **Prüfdienst der**

privaten Krankenversicherung e. V. (Careproof GmbH) durchgeführt. Neben den Regelprüfungen gibt es die Möglichkeit, anlassbezogen zusätzliche Prüfungen durchzuführen – beispielsweise bei stichhaltigen Hinweisen auf Qualitätsmängel oder sonstigen Unregelmäßigkeiten.

www.medizinischerdienst.de

www.careproof.eu

Auch in **Krankenhäusern, Arzt- und Zahnarztpraxen** sollen Patientinnen und Patienten hochwertig und auf dem neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse versorgt werden. Mit diesem Ziel hat der Gesetzgeber den G-BA (*siehe Kapitel 2.2.1 ab Seite 42*) mit der Qualitätssicherung betraut.

Dabei unterstützt den G-BA das unabhängige **Institut für Qualitätssicherung und**

Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Es entwickelt Maßnahmen, um die Versorgungsqualität von Krankenhäusern und Arztpraxen messen und darstellen zu können, und es beteiligt sich auch an den Messungen und bewertet die Ergebnisse. www.iqtig.org

Qualitätsindikatoren sind Instrumente, mit denen die Ergebnisqualität in der stationären Pflege gemessen und bewertet werden soll. Mithilfe des Indikators „Dekubitusentstehung“ wird beispielsweise erhoben, wie oft bei den Bewohnerinnen und Bewohnern eines Pflegeheims ein Druckgeschwür entstanden ist.

3.1.5 Patientenrechte

Patientinnen und Patienten haben zahlreiche Rechte, wenn es um ihre Gesundheit geht. Damit sie zum Beispiel nicht zu lang auf einen Facharzt- oder Psychotherapeutentermin warten müssen, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) dazu verpflichtet, sogenannte **Terminservicestellen** (TSS) zu betreiben. Diese sind unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116117 täglich erreichbar (*siehe Weiteres in Kapitel 4.2.4 ab Seite 116*). Bei manchen planbaren Operationen sind Personen unsicher, ob sie medizinisch zwingend notwendig sind oder nicht. In diesen Fällen haben Patientinnen und Patienten einen

Anspruch auf eine **Zweitmeinung** auf Kosten der Krankenkassen. Das heißt, sie dürfen eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt um ihre Einschätzung bitten, und die Krankenkasse übernimmt auch die Kosten für die Einholung der Zweitmeinung. Bei welchen Eingriffen konkret der Anspruch auf eine Zweitmeinung auf Kosten der Krankenkasse gilt, bestimmt der G-BA (siehe Kapitel 2.2.1 ab Seite 42). Das sind zum Beispiel die Entfernung der Gebärmutter, Mandeloperationen, Operationen an der Wirbelsäule und Eingriffe, um einen Herzschrittmacher oder Defibrillator einzusetzen.

Die Regierung hat auch die Rechte chronisch kranker Personen gestärkt. So hat der G-BA im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) den Auftrag erhalten, für weitere chronische Krankheiten **strukturierte Behandlungsprogramme** (Disease-Management-Programme – DMP) zu entwickeln. Darüber hinaus haben Versicherte nun bereits von dem Tag an, an dem die Ärztin oder der Arzt eine Arbeitsunfähigkeit feststellt, Anspruch auf Krankengeld – und nicht erst vom darauffolgenden Tag an. Dies schließt eine Versorgungslücke für Menschen, die wegen derselben Krankheit regelmäßig nur einen Arbeitstag arbeitsunfähig sind (etwa wegen einer Chemotherapie oder einer bestimmten Form der Dialyse).

Bei medizinischen Rehabilitationen haben Patientinnen und Patienten ein **Wunsch- und Wahlrecht**. Der Mehrkostenanteil, den Versicherte tragen müssen, wenn sie eine andere als die von der Krankenkasse zugewiesene Reha-Einrichtung wählen, wird halbiert. Für eine erneute Reha von Kindern und Jugendlichen gibt es zudem keine Mindestwartezeit. Bei geriatrischen Rehabilitationen, die insbesondere für ältere Menschen angeboten werden, stellen verordnende Ärztinnen und Ärzte die medizinische Notwendigkeit fest und die Krankenkassen sind an diese Feststellung gebunden. Bei anderen Indikationen kann die Krankenkasse von der Verordnung nur nach Überprüfung durch den Medizinischen Dienst abweichen.

3.2 Gesundheitsversorgung – von A wie Apotheken bis Z wie zahnärztliche Versorgung

Es ist doch ganz einfach, könnte man meinen: Werden Menschen krank, gehen sie zur Ärztin oder zum Arzt. Wer schwerer erkrankt, wird im Krankenhaus behandelt. Dank des medizinischen Fortschritts aber sind die Behandlungsmöglichkeiten inzwischen wesentlich vielfältiger. So gibt es heutzutage auch Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Pflegebedarf, die nahezu ohne Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes Leben führen können.

Das deutsche Gesundheitssystem gliedert sich unter anderem in ambulante und stationäre Versorgung, ebenso gibt es ambulante und stationäre Pflege.

Ambulant oder stationär?

Behandlungen, Pflege- oder Rehabilitationsmaßnahmen und Therapien, die außerhalb von stationären Institutionen wie Krankenhäusern erbracht werden, gehören zur ambulanten Versorgung. Aber auch Krankenhäuser können eine ambulante Versorgung anbieten, beispielsweise in Krankenhausambulanzen. Zudem sind einige niedergelassene Ärztinnen, Ärzte oder Hebammen als Belegärztinnen, Belegärzte oder Beleghebammen zeitweise im Krankenhaus tätig.

Die ambulante medizinische Versorgung

Ambulant bedeutet, dass niedergelassene Fachleute die Patientinnen und Patienten behandeln (*mehr dazu siehe Kapitel 3.2.2 ab Seite 76*).

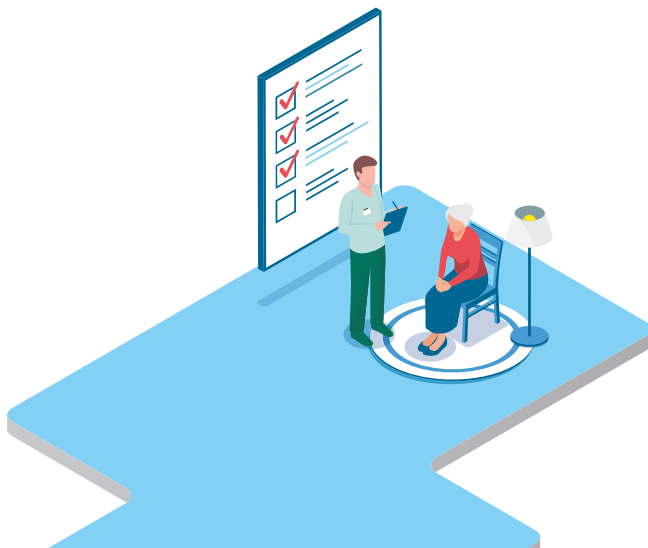
Als ambulant werden zudem diejenigen Operationen bezeichnet, für die eine Patientin beziehungsweise ein Patient nicht im Krankenhaus übernachten muss. Bei ambulanten Operationen kann die Patientin beziehungsweise der Patient unmittelbar oder wenige Stunden nach der Operation wieder nach Hause zurückkehren.

Die stationäre medizinische Versorgung

In den rund 1.900 Krankenhäusern in Deutschland werden Patientinnen und Patienten stationär versorgt. Dabei behandeln die meisten **Krankenhäuser** alle Personen, egal ob diese gesetzlich oder privat versichert sind. Sie müssen dafür nur eine Einweisung einer Ärztin oder eines Arztes vorlegen – außer natürlich im Notfall, in dem die Krankenhäuser sofort behandeln.

Aus einer Hand

Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten eine Mannschaftsleistung ist (*siehe auch Kapitel 3.2.5 ab Seite 85*). Wer etwa altersbedingte Hüftgelenkschmerzen hat, wird ambulant orthopädisch untersucht, muss womöglich stationär operiert werden, anschließend in eine Rehaklinik und nach der Entlassung zur Physiotherapie vor Ort. Das ist nur ein Beispiel unter vielen, das zeigt: Medizinische Behandlungen gehen oft über die einzelnen Sektoren hinaus. Gerade chronisch kranke Menschen profitieren von Angeboten, die Bausteine ambulanter und stationärer Therapien zur individuell optimalen Behandlung zusammensetzen. Dafür sind in den vergangenen Jahren ganz neue Versorgungsmodelle entstanden.



Beispiele aus der Praxis:

- 1 | Für bestimmte chronische Krankheiten, unter anderen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 (*siehe Kapitel 4.4.7 auf Seite 132*), Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD), bieten die Krankenkassen **strukturierte Behandlungsprogramme** an. Das Besondere: Die ganze Therapie wird aus einer Hand koordiniert. An diesen sogenannten **Disease-Management-Programmen (DMP)** können chronisch Kranke freiwillig teilnehmen.
- 2 | „**Integrierte Versorgung**“ erlaubt es Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern, gemeinsame Versorgungskonzepte zu erarbeiten – über die Grenzen von ambulant und stationär hinaus. Mit den Kassen schließen sie Verträge ab, sodass diese ihren Versicherten die Behandlungen anbieten können.
- 3 | In **Hausarztverträgen** (hausarztzentrierte Versorgung) haben die Hausärztinnen und -ärzte eine besondere Lotsenfunktion für ihre Patientinnen und Patienten: Sie steuern die gesamte Versorgung. Die freie Arztwahl, eigentlich Grundlage des deutschen Systems, ist hier insofern eingeschränkt, als die Patientinnen und Patienten verpflichtet sind, grundsätzlich zunächst die ausgewählte Hausärztin beziehungsweise den ausgewählten Hausarzt aufzusuchen. Dafür wird die gesamte Behandlung von einer Person des Vertrauens koordiniert. Die Krankenkassen schließen solche Hausarztverträge für ihre Versicherten ab. Ziel ist die verbesserte Koordinierung von Fachärztinnen und -ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern.
- 4 | Die **Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)** ist ein Behandlungsangebot für Patientinnen und Patienten mit seltenen oder schweren Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf (etwa Tuberkulose, Mukoviszidose oder Morbus Wilson). Die Behandlung erfolgt durch interdisziplinäre Ärzteteams aus der ambulanten fachärztlichen und der stationären Versorgung.

Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen

Eine schwere Krankheit, lange Therapiezeiten oder eine Operation markieren mitunter dramatische Umbrüche im Leben eines Menschen. Oftmals haben sie auch langwierige Folgen. Um den Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, möglichst schnell wieder am Alltag teilzunehmen, gibt es ein breites Spektrum von Rehabilitationsangeboten, ambulant und stationär. Rehabilitationsmaßnahmen werden zum Teil auch mobil angeboten, das heißt in der Häuslichkeit der Patientin oder des Patienten oder auch in einer stationären Pflegeeinrichtung. Zu den Rehabilitationsleistungen gehören physiotherapeutische Behandlungen, psychologische Betreuung sowie Unterstützung beim Umgang mit Hilfsmitteln. Darüber hinaus bietet das deutsche Gesundheitssystem Rehabilitationseinrichtungen für spezielle Indikationen wie beispielsweise Essstörungen oder Suchterkrankungen an.

Damit Menschen lückenlos und gut behandelt werden können, bedarf es eines starken Netzwerks an weiteren Akteuren. In den folgenden Abschnitten stellen wir Ihnen diese vor.

3.2.1 Apotheken und Arzneimittel

Bekommt jemand in der Arztpraxis ein Rezept ausgestellt, geht sie oder er damit in die **Apotheke**. Die Krankenkasse trägt den wesentlichen Anteil der Kosten für das verschriebene Arzneimittel. Gesetzlich Krankenversicherte müssen sich mit einer **Zuzahlung** von 10 Prozent des Verkaufspreises beteiligen, mit

Die Patientinnen und Patienten können mit ihrem Rezept in jede Apotheke gehen. Die Arzneimittel kosten in allen Apotheken gleich viel. Das stellt die Arzneimittelpreisverordnung sicher. Sie regelt, dass es für verschreibungspflichtige Arzneimittel überall einen einheitlichen Abgabepreis gibt.

mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro. Bekommt eine Patientin beispielsweise ein Arzneimittel, das in der Apotheke 17,80 Euro kostet, würde sie den Mindestbetrag von 5 Euro bezahlen. Braucht sie ein Arzneimittel, das 70 Euro kostet, zahlt sie als Eigenanteil 10 Prozent dazu, also 7 Euro.

Bei mehreren tausend günstigen Präparaten müssen Patientinnen und Patienten nichts zuzahlen. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind grundsätzlich von der Zuzahlung befreit.

Damit durch Zuzahlungen niemand überfordert wird, gilt eine **Belastungsgrenze**: Sie liegt bei zwei Prozent des Bruttoeinkommens, für chronisch Kranke bei einem Prozent. In diese Rechnung fließen nicht allein die Zuzahlungen für Arzneimittel ein, sondern auch der Eigenanteil für stationäre Behandlungen und die Zuzahlung für Heilmittel und häusliche Krankenpflege. Ist die Belastungsgrenze im laufenden Jahr erreicht, bescheinigt das die Krankenkasse auf Antrag. Die Versicherten sind dann für den Rest des Jahres von allen Zuzahlungen befreit.

Arzneimittel

Auch wenn **Arzneimittel** in allen Apotheken dasselbe kosten, ist der gleiche Wirkstoff mal teurer und mal billiger. Grundsätzlich entscheiden pharmazeutische Unternehmer (*siehe Kapitel 2.3.6 ab Seite 52*) selbst, wie teuer ihre Arzneimittel sind. Es gibt Arzneimittel, die durch ein Patent geschützt sind, sogenannte Originalpräparate. Kommt ein neues Arzneimittel auf den Markt, kann der Hersteller den Preis selbst bestimmen. Danach verhandeln Pharmaunternehmen und Krankenkassen den Preis. Die Höhe hängt auch davon ab, ob der G-BA (*siehe Kapitel 2.2.1 ab Seite 42*) dem neuen Wirkstoff einen Zusatznutzen bescheinigt.

Und es gibt **Generika**. Das sind Arzneimittel, die den Originalpräparaten nachentwickelt werden, sobald deren Patentschutz erlischt. Sie enthalten denselben Wirkstoff, sind aber eben nicht das Original und deswegen oftmals günstiger. Um die Arzneimittelkosten zu begrenzen, legen die Krankenkassen oft fest, welche Arzneimittel ihre Mitglieder verschrieben bekommen dürfen, sofern die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt dies nicht ausgeschlossen hat. So kann es vorkommen, dass die Apothekerin oder der Apotheker plötzlich das Arzneimittel eines anderen Herstellers abgibt als in den Jahren zuvor. Diese Generika wirken aber genau gleich. Patientinnen und Patienten können davon profitieren, weil ihre Zuzahlung geringer ist.

Arzneimittelentwicklung und Arzneimittelzulassung

Bevor ein Arzneimittel auf den Markt kommt, wird es unter anderem in klinischen Studien getestet. Diese prüfen, ob ein neues Arzneimittel wirkt und gut verträglich ist. Sind die Tests

Fertigarzneimittel dürfen nur verkauft werden, wenn sie genehmigt wurden. Diese Zulassung erteilen auf nationaler Ebene das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM; *siehe Kapitel 2.1.2 ab Seite 36*) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI; *siehe Kapitel 2.1.4 auf Seite 38*). Bei zentral in der EU zugelassenen Arzneimitteln ist die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) zuständig. Der Hersteller muss zuvor nachweisen, dass der neue Wirkstoff wirksam und sicher ist.

abgeschlossen, beantragt der Hersteller bei der zuständigen Behörde die Zulassung.

Neue Arzneimittel müssen aber nicht nur gründlich geprüft und medizinisch zugelassen werden. Der G-BA bewertet außerdem den Nutzen eines neuen Arzneimittels im Vergleich zu anderen Arzneimitteln für die gleiche Erkrankung. Dieser Schritt ist seit 2011 vorgeschrieben (nach dem Arzneimittelmarktneu-

ordnungsgesetz). Auf der Grundlage der Bewertung vereinbaren das pharmazeutische Unternehmen und der GKV-Spitzenverband einen Preis für das neue Arzneimittel.

3.2.2 Arztpraxen

Ambulant behandeln die **niedergelassenen** Hausärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten (vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung) sowie die Fachkräfte aus nicht ärztlichen Heilberufen wie etwa Hebammen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten oder Logopädinnen und Logopäden.

Die meisten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten nehmen an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teil (Kassenzulassung). Dafür haben sie eine Zulassung zur

Teilnahme an der vertrags-(zahn)ärztlichen Versorgung erhalten, welche beim entsprechenden Zulassungsausschuss für (Zahn-)Ärzte beantragt werden muss. Damit sind sie Mitglied in einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV), dürfen gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten behandeln

und ihre Leistungen bei der GKV (*siehe Kapitel 1.3.1 ab Seite 27*) abrechnen. Diese Zulassung ist an den Praxisstandort und somit die jeweilige KV-Region beziehungsweise KZV-Region und deren Bedarfsplanung gebunden. Neben den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten können auch einzelne Krankenhausärztinnen und -ärzte oder stationäre Einrichtungen mit einer entsprechenden Ermächtigung ambulante Behandlungen erbringen. Diese Ermächtigung wird grundsätzlich ebenfalls vom zuständigen Zulassungsausschuss für Ärztinnen und Ärzte erteilt.

Außerhalb der Sprechstunden bietet die niedergelassene Ärzteschaft und Zahnärzteschaft einen ärztlichen sowie einen zahnärztlichen **Notdienst** (Bereitschaftsdienst) an. In vielen Regionen wird der ärztliche Notdienst bereits nicht mehr in der Arztpraxis, sondern in den Räumen an oder in Krankenhäusern durchgeführt (sogenannte Portalpraxis). Außerdem gibt es auch im Notdienst die Möglichkeit einer aufsuchenden Behandlung. Der Notdienst ist über die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 (*siehe Kapitel 4.2.4 ab Seite 116*) erreichbar.

Landesärztekammern und Bundesärztekammer

Bei den Landesärztekammern sind sowohl die Vertragsärztinnen und -ärzte als auch die im Krankenhaus, in Gesundheitsämtern oder anderen Einrichtungen tätigen Ärztinnen und

Freie Arztwahl

Bei einer Erkrankung ist der erste Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten zumeist die Hausärztin oder der Hausarzt. Grundsätzlich können gesetzlich Versicherte jedoch jede Ärztin und jeden Arzt aufsuchen, die oder der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Es besteht freie Arztwahl. Andere Ärztinnen und Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden.

Ärzte gemeldet. Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Ärztekammern gilt die Bundesärztekammer (BÄK) als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung. Sie wie auch die Landesärztekammern vertreten als Berufsverbände die Interessen der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Dieselbe Struktur besteht bei der Zahnärzteschaft, den Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie den Apothekerinnen und Apothekern (siehe auch Kapitel 2.3.3 ab Seite 48).

3.2.3 Digitalisierung im Gesundheitswesen

Die Digitalisierung gehört in vielen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens und der Wirtschaft bereits zum Alltag. Auch für die Gesundheitsversorgung bietet sie große Chancen: Sie macht Kommunikation schneller und die Verwaltung effizienter, sie schafft Faxnachrichten und Papierformulare ab – und sie stellt Patientendaten immer dann und dort bereit, wo sie benötigt werden.

Darüber hinaus lassen sich medizinische Daten, sofern sie strukturiert übermittelt werden, einfacher systematisch auswerten. Das erleichtert es nicht nur, Krankheiten zu erkennen. Es ermöglicht auch individuell ausgerichtete Therapien und eröffnet neue Heilungschancen. Patientinnen und Patienten nutzen mobile Anwendungen und werden dadurch unabhängiger und selbstbestimmter.

So können digitale Technologien das Gesundheitswesen bei den Herausforderungen unterstützen, vor denen fast alle Gesundheitssysteme der westlichen Welt stehen: immer mehr ältere und chronisch kranke Menschen mit weniger Fachkräften zu behandeln, teure medizinische Innovationen zu bezahlen oder strukturschwache, ländliche Gebiete weiterhin gut medizinisch zu versorgen.

Insbesondere können Anwendungen, die auf Künstlicher Intelligenz (KI) basieren, zum Beispiel Behandelnde dabei unterstützen, eine Diagnose präziser und schneller zu treffen,

Therapien individuell anzupassen und Prozesse so zu optimieren, dass Ärztinnen und Ärzte und weitere Angehörige der Gesundheitsberufe, insbesondere auch Pflegekräfte, mehr Zeit für die Gesundheitsversorgung erhalten.

Diese und weitere Aspekte werden in der im März 2023 veröffentlichten Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege reflektiert und seither voranschreitend umgesetzt.

Bei der Umsetzung unterstützt unter anderem die **Gesellschaft für Telematik (gematik)** die Bundesregierung (siehe Kapitel 2.3.7 ab Seite 54). Sie kümmert sich um die sogenannte Telematikinfrastruktur. Das sind zum Beispiel digitale Anwendungen, die die Kommunikation medizinischer Daten unterstützen – insbesondere die elektronische Patientenakte, das elektronische Rezept oder auch die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

Elektronische Patientenakte (ePA)

Seit dem 1. Januar 2021 können alle gesetzlich Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) ihrer Krankenkassen erhalten. Sie speichert medizinische Befunde und Informationen aus vorhergehenden Untersuchungen und Behandlungen einrichtungsübergreifend.

Mit dem Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz) wird insbesondere die Transformation der elektronischen Patientenakte (ePA) zu einer widerspruchsbasierten Anwendung (Opt-out) vorgegeben. Die ePA wird beginnend ab Januar 2025 für alle gesetzlich Versicherten automatisch bereitgestellt werden („ePA für alle“), es sei denn, sie widersprechen. Auch die privaten Krankenversicherer planen, ihren Versicherten eine ePA anzubieten, die den gleichen Prinzipien folgt. Der Zugang soll dann mithilfe digitaler Identitäten über das Smartphone möglich sein.



Ob und in welchem Umfang Versicherte die ePA nutzen möchten, entscheiden ganz allein sie. Sie können zum Beispiel bestimmen, welche Daten in der Akte gespeichert oder gelöscht werden sollen und welchem Behandler sie ihre Daten zur Verfügung stellen wollen. Die Versicherten können entweder mit ihrem Smartphone oder ihrem Tablet auf ihre ePA zugreifen.

Je besser Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Leistungserbringer die Krankengeschichte ihrer Patientinnen und Patienten nachvollziehen können, desto besser können sie die geeignete Behandlung wählen. Mithilfe der ePA soll der Austausch von Gesundheitsdaten unterstützt werden. Sie vernetzt Versicherte mit Ärztinnen und Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern. Viele bisher analog oder in Papierform ablaufende Arbeitsschritte können durch die ePA digitalisiert und vereinfacht werden.

Auch den Versicherten selbst stehen so etwa einzelne Befunde verschiedener Ärztinnen und Ärzte und andere relevante Unterlagen an einer Stelle gebündelt zur Verfügung. Das erleichtert ihnen den Überblick und kann beispielsweise verhindern, dass Patientinnen und Patienten belastende Mehrfachuntersuchungen erhalten.

Elektronisches Rezept (E-Rezept)

Am 1. Januar 2024 hat das E-Rezept das rosafarbene Papierrezept abgelöst. Gesetzlich Versicherte erhalten verschreibungspflichtige Arzneimittel nur noch per E-Rezept und können dieses mit ihrer elektronischen Gesundheitskarte (eGK), per E-Rezept-App der gematik oder mittels Papierausdruck einlösen – vor Ort in einer Apotheke ihrer Wahl oder in einer Online-Apotheke. Für Patientinnen und Patienten bedeutet die Umstellung mehr Komfort und weniger Wege in die Arztpraxis.

Digitalisierung von Krankenhäusern

Am 29. Oktober 2020 trat das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) in Kraft. Ziel ist unter anderem, die Krankenhäuser schneller zu modernisieren und zu digitalisieren. Der Bund stellt hierfür 3 Milliarden Euro bereit. Die Länder beziehungsweise Krankenhausträger zahlen weitere 1,3 Milliarden Euro. Das Geld kommt in den eigens eingerichteten Krankenhauszukunftsfonds (KHZF), aus dem beispielsweise Krankenhausträger Mittel abrufen können – nach einem Antrag auf Förderung.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Seit 2020 haben Versicherte Anspruch auf erstattungsfähige DiGA. Diese „Apps auf Rezept“ können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten ähnlich wie Arzneimittel verordnen. Zuvor müssen die Hersteller gegenüber dem BfArM (*siehe Kapitel 2.1.2 ab Seite 36*) nachweisen, dass ihre DiGA positive Versorgungseffekte erzielt. Das bedeutet, dass es Patientinnen und Patienten nach der Behandlung besser geht als vorher. Außerdem müssen die DiGA unter anderem bestimmte Sicherheits-, Qualitäts- und Datenschutzerfordernisse erfüllen.

Zugelassene DiGA listet das DiGA-Verzeichnis des BfArM. Aktuell sind dort unter anderem Apps und Webanwendungen vertreten, die Menschen mit Migräne, Tinnitus, Adipositas oder Depression nutzen können.

Die DiGA haben unterschiedliche Inhalte und Funktionen. Manche erkennen oder überwachen Symptome, die eine Untersuchung notwendig machen. Andere können die Gesundheitskompetenz der Nutzerinnen und Nutzer fördern und sie motivieren, im Sinne ihrer Gesundheit zu handeln. Die meisten DiGA unterstützen direkt bei der Behandlung von Erkrankungen und der Linderung von Symptomen.

Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS)

DEMIS ermöglicht es seit Juni 2020, Infektionskrankheiten elektronisch zu melden. Dadurch sollen Labore und Gesundheitsämter entlastet werden. Außerdem erreichen Daten, die für den Infektionsschutz relevant sind, schneller und vollständiger alle beteiligten Akteure. Diese können zeitnah Maßnahmen zum Infektionsschutz einleiten, um weitere Infektionen zu verhindern. Zu den meldepflichtigen Infektionskrankheiten gehören zum Beispiel Masern, Keuchhusten oder COVID-19.

Meldende Stellen, wie beispielsweise Labore, senden die Informationen an DEMIS. Die Daten liegen bereits elektronisch in der jeweils genutzten Software vor. Alternativ kann die Meldung online über das DEMIS-Meldeportal erfolgen. DEMIS bestimmt automatisiert, welches Gesundheitsamt die Meldungen empfangen darf, und stellt diese dem zuständigen Gesundheitsamt verschlüsselt bereit.

3.2.4 Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie

Damit Krankheiten und Beschwerden geheilt, gelindert oder verhindert werden können, bedarf es oftmals umfassender therapeutischer Hilfe. Die Ärztin oder der Arzt legt die Therapie fest. Die anderen Partner im Gesundheitswesen sorgen für die notwendige therapeutische Unterstützung. Arzneimittel (siehe Kapitel 3.2.1 ab Seite 74) wie zum Beispiel Schmerzmittel spielen dabei eine zentrale Rolle. Aber auch **Heilmittel** wie Physiotherapie, Logopädie oder Ergotherapie sind integraler Bestandteil zeitgemäßer medizinischer Behandlung.

Versicherte der GKV haben Anspruch auf medizinisch notwendige **Heilmittel**. Diese dürfen nur Ärztinnen und Ärzte verschreiben, ergotherapeutische Behandlungen zusätzlich auch Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten. Voraussetzung: Das Heilmittel hilft, eine Krankheit zu heilen oder zu lindern. Ein Anspruch kann auch bestehen, wenn die Behandlung zum Beispiel verhindert, dass eine Person pflegebedürftig wird, oder wenn sie die gesunde Entwicklung eines Kindes fördert.

Wenn Heilmittel ärztlich verordnet sind, kommen die Krankenkassen für die Kosten auf. Versicherte zahlen einen Eigenanteil – die Zuzahlung. Die Zuzahlung bei Heilmitteln beträgt für volljährige Versicherte 10 Prozent der Kosten für die Behandlung. Hinzu kommen 10 Euro pro Verordnung, wobei diese mehrere Anwendungen umfassen kann.

Welche Heilmittel ärztlich oder zahnärztlich verordnet werden können und damit von den Krankenkassen bezahlt werden, legt die **Heilmittel-Richtlinie** beziehungsweise die Heilmittel-Richtlinie für Zahnärzte des G-BA fest. Wesentlicher Bestandteil der Heilmittel-Richtlinien ist der Heilmittelkatalog. Er beschreibt, welche Heilmittel in welchen Mengen bei bestimmten Diagnosen einer medizinisch angemessenen und wirtschaftlichen Versorgung entsprechen. Im Heilmittelkatalog ist für jede Erkrankung die Höchstmenge je Verordnung angegeben. Wenn dies nicht ausreicht, kann die Behandlung fortgesetzt werden. Dies müssen Ärztinnen und Ärzte neu verordnen.

Es gibt jedoch auch Erkrankungen, bei denen grundsätzlich über mehrere Monate ein Heilmittelbedarf besteht. Dann kann die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt das Heilmittel für zwölf Wochen verordnen, wenn es medizinisch notwendig ist. Spätestens nach zwölf Wochen sind ein Arztbesuch zur medizinischen Kontrolle und eine erneute Heilmittelverordnung nötig. Man spricht dann von einem „besonderen Versorgungsbedarf“.

Heilmittel

Physiotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Ergotherapie oder Ernährungstherapie – all diese Behandlungen zählen zu den Heilmitteln.

- **Physiotherapie** umfasst aktive und passive Bewegungsübungen und physikalische Therapien wie zum Beispiel Massagen, Reizstrom- und Wärmebehandlungen. Ziel ist, Beschwerden durch physikalische Reize wie Druck, Wärme oder Kälte zu lindern sowie Beweglichkeit, Muskelkraft und Koordination zu verbessern.
- **Ergotherapie** soll Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen dabei helfen, ihr Leben eigenständiger zu bewältigen. Sie bezieht sich deshalb oft auf alltägliche Aktivitäten, zum Beispiel Ankleiden, Essen oder Schreiben. Ergotherapeutinnen und -therapeuten setzen dazu verschiedene Übungen ein. Trainiert werden zum Beispiel Feinmotorik, Gleichgewicht, Konzentration, Koordination, Kraft oder Ausdauer.
- **Logopädie:** Die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie dient der Behandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens. Diese Therapien werden unter anderen von Logopädinnen und Logopäden durchgeführt. Behandelt werden beispielsweise Kinder mit Problemen bei der Sprachentwicklung oder bei der Aussprache, stotternde Menschen oder Menschen, die infolge von Erkrankungen das Sprechen neu erlernen müssen.



3.2.5 Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren

Bei der integrierten Versorgung geht es darum, verschiedene Sektoren im Gesundheitssystem zu verzahnen – also um die Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Versorgung, von Rehabilitation und vielen anderen Leistungsanbietern. **Hausärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken** sowie **Angehörige anderer Heilberufe** arbeiten in der integrierten Versorgung zusammen – und das von Anfang an auf einer gemeinsamen Datenbasis. So entsteht eine Behandlung, in der sich jede Fachrichtung bestmöglich und zum Wohl der Patientinnen und Patienten einfügt (integriert).

Die **Krankenkassen** übernehmen bei der integrierten Versorgung mehrere Aufgaben: Sie koordinieren und organisieren die Therapie und sorgen für eine einheitliche Qualitätssicherung. Dafür haben sie sektorenübergreifend sowie interdisziplinär-fachübergreifend vernetzte Strukturen aufgebaut.

Für die Teilnahme an einer integrierten Versorgungsform müssen Krankenkassen ihren Versicherten eigene Wahltarife anbieten. Sie gewähren dafür zum Teil auch einen Bonus. Zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Gesamtsituation von älteren und gebrechlichen Patientinnen und Patienten sind auch die **Pflegekassen** in die integrierte Versorgung eingebunden. Auch sie können entsprechende Verträge zur integrierten Versorgung abschließen oder solchen beitreten.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind eigenständige Leistungserbringer, in denen mehrere **ambulant** tätige Ärztinnen und Ärzte kooperativ unter einem Dach zusammenarbeiten. Sie fördern eine patientenorientierte Versorgung aus einer Hand, denn in MVZ arbeiten häufig Fachärztinnen und -ärzte unterschiedlichster Fachrichtungen ebenso wie teilweise Angehörige anderer Heilberufe.

MVZ zeichnen sich – gegenüber anderen kooperativen Formen der Berufsausübung – durch eine organisatorische Trennung der Inhaberschaft von der ärztlichen Behandlungstätigkeit aus. MVZ können unter anderen von Vertragsärztinnen und -ärzten, Krankenhäusern, bestimmten gemeinnützigen Trägern und Kommunen gegründet werden. Hier gibt es eine eigenständige Verwaltung, die sich darum kümmert, dass im Zentrum alles rundläuft. Dennoch haben MVZ immer eine ärztliche Leitung, welche in medizinischen Fragen weisungsfrei ist. Die leitende Ärztin oder der leitende Arzt ist selbst in dem MVZ tätig.

3.2.6 Krankenhäuser

Krankenhäuser versorgen Patientinnen und Patienten häufig **stationär**. Das bedeutet, dass die Personen für eine Behandlung, eine Untersuchung oder eine Operation mehrere Tage in der Klinik bleiben. Auch tagesstationäre (ohne Übernachtung) oder ambulante Behandlungen sind möglich.

Erst wenn die niedergelassene Haus- oder Fachärztin oder der niedergelassene Haus- oder Facharzt alle Möglichkeiten ausgeschöpft hat, um eine Erkrankung zu heilen oder zu lindern, kann eine teil- oder vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus notwendig werden. Das kann zum Beispiel bei einem größeren operativen Eingriff der Fall sein oder bei einer Behandlung, die eine besondere technische Ausstattung erfordert.

Darüber hinaus stehen die Krankenhäuser natürlich für **Notfälle** zur Verfügung, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung notwendig ist und eine ambulante Behandlung bei einer niedergelassenen Ärztin oder einem niedergelassenen Arzt nicht möglich ist.

Patientinnen und Patienten können ein Krankenhaus wählen. Die **GKV** übernimmt die Kosten, wenn die Einrichtung zur Versorgung von gesetzlich Versicherten **zugelassen** ist. Nur für Unterbringung und Verpflegung bei einer stationären Behandlung müssen gesetzlich Versicherte zuzahlen. Dies hält vor der Behandlung ein Krankenhausvertrag zwischen Patientin oder

Patient und Krankenhaus fest. Die meisten Krankenhäuser behandeln alle Personen, egal ob diese gesetzlich oder privat versichert sind. Sie müssen nur eine Krankenseinweisung einer Ärztin oder eines Arztes vorlegen.

Die **Bundesländer** müssen dafür sorgen, dass ausreichend viele Krankenhäuser und Krankenhausbetten vorhanden sind, um ihre Bewohnerinnen und Bewohner medizinisch zu versorgen. Dafür stellen sie sogenannte Krankenhauspläne auf und entscheiden über die Zulassung von Krankenhäusern.

Weitere Informationen zum Thema Krankenhaus präsentiert Ihnen der **Ratgeber Krankenhaus** des BMG, den Sie sich von der Website des BMG herunterladen oder sich zuschicken lassen können. Der Ratgeber bietet eine Einführung in die Krankenhauslandschaft in Deutschland sowie umfassende Informationen zu den Abläufen und Leistungen, die vor, während und nach einer Krankenhausbehandlung wichtig sind.

In vielen Krankenhäusern stehen Patientenfürsprecherinnen und -sprecher als unabhängige Ansprechpartner für Ihre Belange und Wünsche, aber auch für Anregungen und Kritik zur Verfügung. Sie können damit eine vermittelnde Rolle zwischen den Patienten, den Angehörigen und den Mitarbeitern des Krankenhauses einnehmen.



Zugelassene Krankenhäuser

Eine Zulassung, gesetzlich Versicherte zu behandeln, erhalten Kliniken über mehrere Wege:

- Plankrankenhaus: Die Klinik wurde in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen und kann Fördermittel des Landes erhalten.
- Die Klinik hat einen Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen oder den privaten Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossen.
- Das Krankenhaus verfügt nach landesrechtlichen Vorschriften über die Anerkennung als Hochschulklinik.

Die Trägerschaft der Krankenhäuser teilt sich in private, freigemeinnützige und öffentliche Häuser auf.

3.2.7 Psychotherapie

Eine Psychotherapie ist die gezielte Behandlung von psychischen Erkrankungen oder körperlichen Erkrankungen mit psychischem Anteil mithilfe von psychotherapeutischen Methoden. In der Psychotherapie geht es darum, das Denken, Erleben, Fühlen und Verhalten von Patientinnen und Patienten gemeinsam in eine gesündere Richtung zu lenken.

Es gibt prinzipiell keine Diagnose, die eine Psychotherapie von vornherein ausschließt. Eine Psychotherapie kann helfen, Beschwerden zu lindern, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen, die Krankheitsverarbeitung zu unterstützen, die soziale Anpassung zu verbessern oder auch das Krankheitsverständnis zu fördern.

Häufige psychische Erkrankungen in Deutschland sind Angststörungen, Depressionen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, psychoorganische Störungen und Psychosen. Eine Psychotherapie ist dann sinnvoll, wenn eine Erkrankung besteht, die sich aus fachlicher Sicht durch eine Therapie positiv und nachhaltig verändern kann. Die Behandlungsempfehlung für eine Psychotherapie gibt eine fachkundige Person, zum Beispiel die Hausärztin oder der Hausarzt.

Eine Psychotherapie kann je nach Krankheitsbild als alleinige Behandlungsmethode eingesetzt werden. Sie kann aber auch als Ergänzung oder als Alternative zu Medikamenten und anderen Behandlungen erfolgen. Psychotherapien können **ambulant**, **teilstationär** oder **stationär** (in einer Einrichtung) durchgeführt werden.

Für gesetzlich Versicherte entstehen durch anerkannte Psychotherapieverfahren keine Kosten, sofern die behandelnden psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten über eine entsprechende Kassenzulassung verfügen. Privat Versicherte müssen individuell mit ihrer Krankenversicherung abklären, welche Kosten übernommen werden. Im stationären Rahmen werden die Kosten für Psychotherapie unabhängig von der Art der Krankenversicherung übernommen.

Wissenschaftlich anerkannte und von der GKV bezahlte Psychotherapieverfahren sind:

- (kognitive) Verhaltenstherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- (psycho)analytische Psychotherapie (Psychoanalyse)
- systemische Psychotherapie

Wissenschaftlich anerkannt ist auch die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Diese Therapieform wird allerdings von der GKV nicht bezahlt.

Die **psychotherapeutische Sprechstunde** stellt einen niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten Psychotherapie dar. Hier sollen Therapeutinnen und Therapeuten frühzeitig feststellen, ob eine seelische Krankheit vorliegt und weitere fachliche Hilfe notwendig ist. Weitere Inhalte der Sprechstunde sind: Beratung, Information, Klärung des individuellen Behandlungsbedarfs, erste Diagnosestellung, dementsprechende Behandlungsempfehlung und – sofern erforderlich – eine kurze psychotherapeutische Intervention. Für die psychotherapeutische Sprechstunde ist es notwendig, dass sich Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut persönlich treffen.

3.2.8 Rettungswesen

Das Rettungswesen vereint Personen und Einrichtungen, die Menschen bei medizinischen Notfällen helfen. Dabei sind Rettungsdienste rund um die Uhr erreichbar. Als Notfälle gelten lebensbedrohliche Verletzungen, Vergiftungen oder akute Erkrankungen wie Schlaganfälle und Herzinfarkte.

Die Organisation und die Sicherstellung der Versorgung durch Rettungsdienste ist Ländersache. Die Länder, Landkreise und Kommunen versorgen ihre Bewohnerinnen und Bewohner mit der nötigen Infrastruktur. Hierzu beauftragen sie meist Hilfsorganisationen wie das Deutsche Rote Kreuz (DRK), die Johanniter-Unfallhilfe (JUH), den Malteser Hilfsdienst (MHD), den Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) und die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG) oder führen dies mit kommunalen Eigenbetrieben oder Berufsfeuerwehren selbst durch.

Neben Notärztinnen und -ärzten arbeiten auch Angehörige anderer Heilberufe im Rettungswesen. Das sind vor allem Notfall-sanitäterinnen und -sanitäter sowie Rettungssanitäterinnen und -sanitäter.

In einem Rettungswagen sind dabei üblicherweise eine medizinisch verantwortliche Notfallsanitäterin oder ein Notfallsanitäter sowie eine Rettungssanitäterin oder ein Rettungssanitäter. Die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter kann und darf aufgrund der dreijährigen Berufsausbildung viele heilkundliche Maßnahmen unter eigener Verantwortung durchführen. Hierzu zählt auch die Gabe bestimmter Medikamente. Bei lebensbedrohlichen Notfällen, die kompliziertere Maßnahmen erfordern, wird außerdem eine Notärztin oder ein Notarzt alarmiert. Diese sind zusätzlich zu ihrer ärztlichen Ausbildung nochmals besonders geschult für Notfälle. Hierzu gehören zum Beispiel die Durchführung von Narkosen, die Sicherung der Atemwege und chirurgische Eingriffe, die bei schwersten Verletzungen auch schon am Notfallort erfolgen müssen. Benötigt eine Notfallsanitäterin oder ein Notfallsanitäter Beratung durch eine Notärztin oder einen Notarzt, kann diese auch telemedizinisch stattfinden. Die Notfallsanitäterin oder der Notfallsanitäter kann hierzu Befunde, gemessene Werte und Bilder an die Telenotärztin oder den Telenotarzt übertragen.

Die Behandlung und der Transport in das Krankenhaus sind kostenpflichtig und werden in der Regel von den Krankenkassen bezahlt.

Die Rettungsleitstelle ist rund um die Uhr und ohne Vorwahl über Festnetz, Handy oder Notrufsäulen erreichbar. Der Anruf ist kostenfrei.

Wichtige Notfallnummern und Kontaktmöglichkeiten sind:

- Notruf: 112
- Ärztlicher Notdienst: 116117
- NORA-Notruf-App (die offizielle Notruf-App der Bundesländer ist kostenlos in App-Stores erhältlich)

Bei psychischen Problemen und Krisen können Betroffene sich an sozialpsychiatrische Dienste wenden. Informationen zu diesen regionalen Beratungsangeboten erhalten sie beispielsweise in der Verwaltung von Städten und Kommunen. Außerdem gibt es verschiedene, spezialisierte Krisentelefone und Kontaktmöglichkeiten:

- Telefonseelsorge 116 123
- E-Mail- und Chatseelsorge: online.telefonseelsorge.de
- Nummer gegen Kummer: 116 111 (psychologische Hilfe für Kinder und Jugendliche)
- KrisenKompass (App; erreichbar über die Website der Telefonseelsorge: www.telefonseelsorge.de/krisenkompass)

3.2.9 Zahnärztliche Versorgung

Die Zahnheilkunde kümmert sich um Verletzungen und Erkrankungen der Zähne, des Zahnfleisches und des Kieferbereichs. Weit verbreitete Probleme und Erkrankungen sind Karies, Zahnfehlstellungen oder Entzündungen des Zahnfleisches. Mit regelmäßiger Prophylaxe (Vorbeugung) können viele Erkrankungen der Zähne und des Zahnfleisches abgemildert oder verhindert werden.

Zahnärztinnen und -ärzte führen zahnmedizinische Behandlungen durch, die Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten heilen oder durch Früherkennung vermeiden sollen. Sie entfernen zum Beispiel harte Zahnbeläge („Zahnsteinentfernung“), führen Wurzelkanalbehandlungen und Zahnfüllungen durch und behandeln Erkrankungen der Mundschleimhaut.

Wie bei der gesamten ärztlichen Versorgung gilt auch hier: Die **gesetzlichen Krankenkassen** übernehmen die Behandlungskosten, wenn Versicherte eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt in Anspruch nehmen, die oder der zur vertragszahnärztlichen

Versorgung zugelassen ist. Dabei sind zahnärztliche Leistungen grundsätzlich zuzahlungsfrei. Ausnahmen bestehen für Leistungen, die über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehen, die die oder der Versicherte aber dennoch wünscht. Dann gilt die sogenannte Mehrkostenregelung, zum Beispiel bei Inlays oder alternativen Zahnfüllungen.

Medizinisch notwendigen **Zahnersatz** bezuschusst die gesetzliche Krankenkasse mit einem sogenannten Festzuschuss. Wie hoch dieser ist, ist vom zahnärztlichen Befund und von der nötigen Versorgung abhängig. Die über den Festzuschuss hinausgehenden Kosten müssen Versicherte selbst zahlen. Auch für zusätzliche ästhetische oder kosmetische Leistungen kommen sie selbst auf.

Nutzen Patientinnen und Patienten jährliche **Kontrolluntersuchungen**, belohnt die Krankenkasse dies mit einem sogenannten Bonus: Sie gewährt einen höheren Zuschuss beim Zahnersatz. Dafür müssen Versicherte ein Bonusheft führen, in dem die Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen dokumentiert werden.



3.3 Pflegerische Versorgung

Eine gute Pflege soll dazu beitragen, trotz Einschränkungen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Um in dieser schwierigen Situation die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bestmöglich zu unterstützen, wurde in Deutschland am 1. Januar 1995 für alle gesetzlich und privat Versicherten eine umfassende Versicherungspflicht für das Pflegerisiko eingeführt.

Die soziale Pflegeversicherung finanzieren die Arbeitgeber sowie die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer grundsätzlich paritätisch. Allerdings deckt die Pflegeversicherung nicht alle Kosten der Pflege ab. Alle Kosten für Pflege- und Unterstützungsleistungen, die die Leistungsbeträge übersteigen, tragen die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen selbst – beziehungsweise im Bedarfsfall die Sozialhilfe. Eine Ausnahme hierbei ist die vollstationäre Dauerpflege, bei der ergänzend Leistungszuschläge nach § 43c Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zur Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile erfolgen.

Ein bedeutender Schritt, die Pflegeversicherung weiterzuentwickeln, war die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Er erlaubt, Pflegebedürftige fünf Pflegegraden zuzuteilen, nach denen sich die Leistungsansprüche richten.

Die Pflegegrade sind:

1. geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
2. erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
3. schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

4. schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
5. schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Diese Aufteilung ist besonders für Personen wichtig, die körperlich zwar weitgehend fit sind, aber dennoch viel Unterstützung benötigen, um ihren Alltag zu meistern – etwa Menschen mit Demenz (*siehe Kapitel 4.4.1 auf Seite 126*). Seit 2017 werden nun neben körperlichen auch geistige und psychische Einschränkungen der Selbstständigkeit, wie sie etwa bei Alzheimer-Demenz und anderen Demenz-Erkrankungen vorkommen, berücksichtigt.

Weitere Informationen zum Thema Pflege präsentiert Ihnen der **Ratgeber Pflege** des BMG, den Sie sich von der Website des BMG herunterladen oder sich zuschicken lassen können.

3.3.1 Pflegebedürftig – was nun?

Grundsätzlich kann Pflegebedürftigkeit in allen Lebensabschnitten auftreten. Ist ein Mensch nicht (mehr) in der Lage, seinen Alltag selbstständig zu bewältigen, gilt er als pflegebedürftig. Grund dafür können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen sein. Die betroffene Person hat dann Anspruch auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (*siehe Kapitel 1.3.3 ab Seite 30*) und kann Hilfen beantragen.

Wann besteht ein Leistungsanspruch?

Um Pflegeleistungen in Anspruch nehmen zu können, muss die beziehungsweise der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zwei Jahre als Mitglied in die Pflegekasse eingezahlt haben oder familienversichert gewesen sein.

Dieser Schritt fällt niemandem leicht. Aber eine gute Pflege soll und kann dazu beitragen, trotz Einschränkungen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.

Um an die Leistungen der Pflegeversicherung zu gelangen, müssen Betroffene einen Antrag bei der Pflegekasse stellen – das ist auch telefonisch möglich. Die Pflegekasse befindet sich bei der Krankenkasse. Den Antrag können auch Familienangehörige, Nachbarinnen und Nachbarn oder gute Bekannte stellen, wenn sie dazu bevollmächtigt werden. Sobald der Antrag bei der Pflegekasse gestellt ist, beauftragt diese den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter damit, festzustellen, ob eine Pflegebedürftigkeit der versicherten Person vorliegt.

Privat Versicherte stellen einen Antrag bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Die Begutachtung erfolgt dort durch Gutachterinnen oder Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflege-Pflichtversicherung Medicproof.



Um festzustellen, wie selbstständig eine pflegebedürftige Person ist, beurteilt die Gutachterin oder der Gutachter sechs Lebensbereiche:



1. Mobilität; zum Beispiel: Kann die betroffene Person allein aufstehen und vom Bett ins Badezimmer gehen? Kann sie sich selbstständig in den eigenen vier Wänden bewegen? Ist Treppensteigen möglich?
2. Geistige und kommunikative Fähigkeiten; zum Beispiel: Kann sich die betroffene Person zeitlich und räumlich orientieren? Versteht sie Sachverhalte, erkennt sie Risiken und kann sie Gespräche mit anderen Menschen führen?
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen; zum Beispiel: Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, die für die pflegebedürftige Person, aber auch für ihre Angehörigen belastend sind.
4. Selbstversorgung; zum Beispiel: Kann die Antragstellerin oder der Antragsteller sich waschen und anziehen, selbstständig die Toilette benutzen sowie essen und trinken?
5. Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie deren Bewältigung; zum Beispiel: Kann die betroffene Person Arzneimittel selbst einnehmen, den Blutzucker eigenständig messen, mit Hilfsmitteln wie Prothesen oder Rollator umgehen und eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt aufsuchen?
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte; zum Beispiel: Kann die betroffene Person ihren Tagesablauf selbstständig gestalten? Kann sie mit anderen Menschen – ohne Hilfe – in direkten Kontakt treten?

Für jedes Kriterium ermitteln die Gutachterinnen und Gutachter den Grad der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person, in der Regel anhand eines Punktwerts zwischen 0 (Person kann Aktivität ohne eine helfende Person durchführen, gegebenenfalls mit Hilfsmitteln) und 3 (Person kann die Aktivität nicht durchführen, auch nicht in Teilen). Am Ende fließen die Punkte mit unterschiedlicher Gewichtung zu einem Gesamtwert zusammen, der für einen der fünf Pflegegrade steht.

Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen im Internet Vergleichslisten über die Leistungen und Preise der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie über Angebote, die nach Landesrecht zur Unterstützung im Alltag anerkannt sind. Betroffene können diese Liste bei der Pflegekasse auch anfordern.

Die gesetzlich vorgegebene Bearbeitungsfrist für Anträge, die eine Pflegebedürftigkeit bescheinigen, beträgt 25 Arbeitstage. Verkürzte Begutachtungsfristen gelten zum Beispiel, wenn Pflegebedürftige in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationsein-

richtung behandelt werden und wenn dies zur Sicherstellung der weiteren Versorgung erforderlich ist.

3.3.2 Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Der demografische Wandel zeigt sich auch in Deutschland: Der Anteil älterer und sehr alter Menschen in der Bevölkerung steigt stetig. Vor diesem Hintergrund wird es immer wichtiger, Gesundheitsförderung und **Prävention** im Alter zu stärken. Es geht darum, dass Menschen zukünftig nicht nur immer älter, sondern auch gesünder alt werden sollen.

Ein gesunder Lebensstil kann vielen Krankheiten, die bei älteren Menschen häufig vorkommen, entgegenwirken. Das sind zum Beispiel Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparats und des Stoffwechsels oder auch Demenzerkrankungen. Insbesondere körperliche Bewegung, eine ausgewogene Ernährung, geistige Aktivität und soziale Teilhabe tragen zu einem gesunden Altern, zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA; *siehe Kapitel 2.1.3 auf Seite 37*) stellt dazu Informationen auf der Website www.gesund-aktiv-aelter-werden.de zur Verfügung.

Bei vielen Erkrankungen kann man zudem die Gesundheit verbessern, wenn Betroffene an Maßnahmen der **Rehabilitation** teilnehmen. Sie helfen, die Funktionsfähigkeit wiederherzustellen, und wirken einer Verschlechterung von Symptomen und Beeinträchtigungen entgegen. Das Prinzip „Reha vor Pflege“ möchte Pflegebedürftigen so lange wie möglich ein weitgehend selbstbestimmtes Leben ermöglichen, ihr Selbstwertgefühl stärken, die Lebensqualität steigern und die Teilhabeoptionen vermehren.

Bevor Gutachterinnen und Gutachter im Auftrag der Pflegeversicherung Patientinnen und Patienten eine Pflegebedürftigkeit bescheinigen, schauen sie sich die Lebenssituation und Lebensführung der überwiegend älteren Personen an. Ziel ist es, den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern. Aber auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit geht es darum, die Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten.

Wenn geboten, empfehlen die Gutachterinnen und Gutachter präventive und Reha-Maßnahmen. Im Mittelpunkt steht stets die individuelle Situation der pflegebedürftigen Person. Wie kommt sie in ihrem Alltag zurecht? Gibt es Hilfsmittel, die ihr das Leben erleichtern können? Kann das Wohnumfeld verbessert werden? Auch solche Punkte fließen in das Pflegegutachten ein und lösen – bei Bedarf und wenn die versicherte Person zugestimmt hat – einen Antrag auf medizinisch notwendige Reha-Maßnahmen beim zuständigen Rehabilitationsträger aus.

Mit dem **Präventionsgesetz** wurden die Pflegekassen ab dem Jahr 2016 zudem erstmals dazu verpflichtet, spezifische Leistungen zur Prävention in **teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen** zu erbringen. Dazu gehören Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt.



3.3.3 Häusliche Pflege

Mehr als drei Viertel aller Pflegebedürftigen in Deutschland werden **zu Hause** gepflegt. Die Pflegeversicherung unterstützt pflegebedürftige Menschen, indem sie Hilfen und Hilfsmittel (teil)finanziert. Damit ein langes Leben zu Hause möglich ist, steht eine Vielzahl an Unterstützungsleistungen zur Verfügung – unter anderen ambulante Leistungen von Pflege- und Betreuungsdiensten, das Pflegegeld und der Entlastungsbetrag.

Pflegebedürftige sollen selbst darüber entscheiden können, wie und von wem sie gepflegt werden. Die Pflegeversicherung unterstützt deshalb auch, wenn sich Betroffene dafür entscheiden, statt von einem ambulanten Pflegedienst von Angehörigen, Freunden oder anderen ehrenamtlich Tätigen versorgt zu werden. Hierfür zahlt die **Pflegeversicherung** das sogenannte **Pflegegeld**.

Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege sichergestellt ist, zum Beispiel durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen, und **mindestens**

Pflegegrad 2 vorliegt. Das Pflegegeld wird der pflegebedürftigen Person von der Pflegekasse überwiesen. Sie kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen und gibt das Pflegegeld in der Regel an die sie versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter. Das Pflegegeld kann auch mit ambulanten Pflegesachleistungen kombiniert werden.

Das monatliche Pflegegeld ist nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt:

- Pflegegrad 2: 332 Euro
- Pflegegrad 3: 573 Euro
- Pflegegrad 4: 765 Euro
- Pflegegrad 5: 947 Euro

Der **ambulante Pflegedienst oder Betreuungsdienst** unterstützt Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Er bietet Familien Unterstützung und Hilfe im Alltag, damit pflegende Angehörige zum Beispiel Beruf und Pflege sowie Betreuung besser organisieren können. Er springt auch ein, wenn es keine Angehörigen gibt, die eine häusliche Pflege übernehmen. Gleichzeitig ermöglicht ambulante Pflege den Betroffenen, in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben.

Pflegekräfte kümmern sich grundsätzlich um so gut wie alle Aufgaben, die zur körperlichen, geistigen und psychischen Gesundheit zählen und ein möglichst selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Beispiele sind:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen, etwa Hilfe beim Essen und Trinken, bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen, zum Beispiel Alltagsbegleitung, gemeinsames Kochen, Spaziergänge sowie Unterstützung bei Hobbys und sozialen Kontakten

- Hilfe bei der Haushaltsführung: Wäsche waschen, Wechsel der Bettwäsche oder Reinigung der Wohnung
- gegebenenfalls häusliche Behandlungspflege, wie Wundversorgung oder die Gabe von Medikamenten
- Beratung bei pflegerischen Fragen, zum Beispiel wie die Mobilität erhalten und gefördert sowie Stürzen vorgebeugt werden kann, wie sich Druckgeschwüre vermeiden lassen, wie man mit Schmerzen oder Wunden umgehen kann, wie Hilfsmittel oder digitale Pflegeanwendungen (DiPA) angewendet werden sowie Tipps zur Aufnahme von Speisen und Getränken
- Beratung bei organisatorischen Fragen, etwa wie Hilfsmittel angeschafft oder Krankenfahrten und Krankenhausaufenthalte organisiert werden können, wie Anträge auf einen höheren Pflegegrad gestellt oder andere Leistungen der Pflegekasse beantragt werden können

Pflegedienste müssen unter der Verantwortung von staatlich geprüften **Pflegefachpersonen** stehen. Neben Pflegefachpersonen können auch Hauswirtschaftshelfer oder Pflegeassistenten- oder -hilfskräfte in einem ambulanten Pflegedienst arbeiten.

Statt eines Pflegedienstes können Bedürftige auch **Betreuungsdienste** beauftragen. Diese bieten ausschließlich Betreuung und Hilfe im Haushalt an. Ein Betreuungsdienst kann beispielsweise für Menschen mit Demenz oder geistigen Beeinträchtigungen sinnvoll sein, die körperlich noch weitgehend fit sind. Betreuungsdienste müssen ebenfalls unter der Verantwortung einer ausgebildeten Fachkraft stehen und qualifiziertes Personal beschäftigen, vorzugsweise aus dem Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich.

Einzelpflegerkräfte sind Personen mit einer pflegefachlichen Ausbildung, die sich selbstständig gemacht haben. Sie bieten die gleichen Leistungen an wie Pflegedienste.

Die **Pflegeversicherung** übernimmt für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 sogenannte **Pflegesachleistungen** für die häusliche Pflege.

Der gesetzlich vorgeschriebene Höchstbetrag richtet sich nach dem Pflegegrad.

Je höher der Pflegegrad, desto höher sind die monatlichen Beträge:

- Pflegegrad 2: 761 Euro
- Pflegegrad 3: 1.432 Euro
- Pflegegrad 4: 1.778 Euro
- Pflegegrad 5: 2.200 Euro

Personen mit Pflegegrad 1 erhalten keine Pflegesachleistungen und auch kein Pflegegeld, sie können aber ebenfalls einen Pflege- oder Betreuungsdienst beauftragen. Für die Kosten können sie den **Entlastungsbetrag** von monatlich bis zu 125 Euro nutzen.

Pflegesachleistungen umfassen ausschließlich Dienstleistungen, die aber nach dem Sachleistungsprinzip abgerechnet werden: Versicherte erhalten professionelle Unterstützung bei der Pflege und Betreuung, ohne dass sie die Kosten vorstrecken müssen. Der Pflege- oder Betreuungsdienstleister rechnet direkt mit der Pflegekasse ab.

Pflegesachleistungen können nur von ambulanten Pflegediensten, Betreuungsdiensten oder Einzelpflegekräften erbracht werden, die einen Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Pflegekassen abgeschlossen haben. Dies wird auch Zulassung genannt. Die Zulassung der Pflegekasse soll die Qualität sichern und erleichtert die Abrechnung der Leistungen für pflegebedürftige Menschen.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich (also insgesamt bis zu 1.500 Euro im Jahr). Das gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender An- und Zugehöriger und zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Dazu gehören beispielsweise bestimmte Angebote zur Unterstützung im Alltag sowie Leistungen der Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege.

Für **privat Versicherte** gelten dieselben Voraussetzungen und Ansprüche wie in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Allerdings erhalten sie eine Rechnung, die sie zunächst vollständig begleichen und dann bei ihrem Versicherungsunternehmen einreichen müssen. Das Versicherungsunternehmen erstattet die Kosten im Rahmen des Höchstbetrags für den persönlichen Pflegegrad.

Pflegesachleistungen decken in der Regel nicht den gesamten grundlegenden Pflegebedarf, der im Alltag entsteht. Alle weiteren Kosten dafür muss die oder der Versicherte selbst zahlen. Wenn das eigene Einkommen und das Vermögen nicht ausreichen, können Versicherte unter Umständen Hilfe zur Pflege beantragen.

Die Pflegekasse kann für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 auf Antrag bis zu 4.000 Euro als **Zuschuss für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen** zahlen. Einen solchen Zuschuss zahlen die Kassen, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person

wiederhergestellt wird. Dazu gehören beispielsweise Treppenhilfen, Rampen oder ein pflegegerechter Umbau des Badezimmers.

Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, Pflegegeld mit ambulanten Pflegesachleistungen zu kombinieren – eine sogenannte Kombinationsleistung. Das Pflegegeld vermindert sich in diesem Fall anteilig.

Ist die private Pflegeperson vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege, der sogenannten Verhinderungspflege, für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr. Die **Verhinderungspflege** kann durch einen ambulanten Pflegedienst, durch Einzelpflegekräfte, ehrenamtlich Pflegenden, aber auch durch nahe Angehörige erfolgen.

Außerdem gibt es die Möglichkeit, die sogenannte **Kurzzeitpflege** in Anspruch zu nehmen, wenn Pflegebedürftige nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen sind.

Zum 1. Juli 2025 werden die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege zu einem **Gemeinsamen Jahresbetrag** für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengefasst werden. Damit wird für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege ab dem 1. Juli 2025 dann ein kalenderjähriger Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung stehen, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können.

3.3.4 Teilstationäre und vollstationäre Pflege

Die meisten Pflegebedürftigen bevorzugen eine Pflege in der eigenen Wohnung. Aber manchmal reicht die häusliche Pflege nicht mehr aus. Dann können Betroffene teil- oder vollstationäre Pflege in Anspruch nehmen.

Teilstationär bedeutet, dass Patientinnen und Patienten nur zeitweise in einer Pflegeeinrichtung betreut werden, entweder zu bestimmten Tageszeiten oder **nachts**. Eine **Tagespflege** kann zum Beispiel dann nötig werden, wenn pflegende Angehörige tagsüber berufstätig sind. Die Pflegebedürftigen werden dann morgens abgeholt und nachmittags nach Hause zurückgebracht.

Vollstationäre Pflege kommt infrage, wenn pflegebedürftige Menschen zu Hause nicht mehr versorgt werden können. In **Pflegeeinrichtungen** werden sie rund um die Uhr unterstützt.

Ausgebildete **Pflege- und Betreuungskräfte** unterstützen die pflegebedürftigen Personen in allen Lebensbereichen, in denen sie auf Hilfe angewiesen sind. Dies umfasst nicht nur die Pflege und Betreuung, Gesundheitsversorgung, Verpflegung und Unterkunft. Auch soziale Bedürfnisse sollen erfüllt werden, zum Beispiel, indem Treffen, Austausch und Gemeinschaft gefördert werden. Außerdem werden die Bewohnerinnen und Bewohner dabei unterstützt, ihren Alltag zu gestalten. Denn vollstationäre Pflege soll nicht nur lebensnotwendige Bereiche abdecken, sondern als neuer Lebensmittelpunkt auch Wohn- und Lebensqualität bieten.

Für ältere und pflegebedürftige Menschen ist es besonders wichtig, sich in regelmäßigen Abständen medizinisch untersuchen zu lassen. Erkrankungen und gesundheitliche Probleme frühzeitig zu behandeln, kann Komplikationen vorbeugen. Pflegeeinrichtungen sind daher verpflichtet, Kooperationsverträge mit **Haus-, Fach- und Zahnärzten** sowie für die Versorgung mit **Arzneimitteln** zu schließen.

Darüber hinaus haben Bewohnerinnen und Bewohner das Recht, eine Ärztin oder einen Arzt ihrer Wahl aufzusuchen. Die Kosten werden wie gewohnt über die elektronische Gesundheitskarte abgerechnet und von der **gesetzlichen Krankenkasse** erstattet.

Die **Pflegeversicherung** bezuschusst die Kosten für Pflege und Betreuung, wenn Pflegebedürftige einen Pflegegrad von mindestens 2 haben. Die übrigen Kosten müssen sie selbst übernehmen. Einen Zuschuss zahlt die Pflegeversicherung nur, wenn eine Vereinbarung zwischen Einrichtung und Versicherung besteht, das Pflegeheim also eine Zulassung der Pflegeversicherung hat.

3.3.5 Versorgung von Schwerstkranken und Sterbenden

Die **Sterbebegleitung** ist ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrags der **sozialen Pflegeversicherung**. Sterbende Menschen brauchen die Gewissheit, dass sie in ihrer letzten Lebensphase nicht allein sind, sondern in jeder Hinsicht gut versorgt und begleitet werden. Dazu gehört auch der Anspruch auf eine **palliative Versorgung**. Die Palliativmedizin hat das Ziel, die Folgen einer Erkrankung zu lindern (Palliation), wenn auf Heilung keine Aussicht mehr besteht.

Palliativversorgung kann überall dort stattfinden, wo Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen – zu Hause, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Krankenhäusern oder in stationären Hospizen. Zu einer Palliativversorgung gehört sowohl die medizinische und pflegerische als auch die psychologische und seelsorgerische Versorgung. Menschen mit unterschiedlichen Berufen kümmern sich im Team um die Patientinnen und Patienten.

Viele schwerstkranke Menschen haben den Wunsch, die Zeit bis zum Tod zu Hause, in ihrer gewohnten Umgebung, zu verbringen. Damit das möglich ist, bieten ambulante Pflegedienste, Hausärztinnen und -ärzte und spezialisierte interdisziplinäre Teams Unterstützung bei der Versorgung in der letzten Lebensphase an.

Je nach Gesundheitszustand haben gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten Anspruch auf:

- eine palliative Grundversorgung und Beratung
- die „allgemeine ambulante Palliativversorgung“ (AAPV)
- die „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV)

Außerdem können sie die Hilfe von **ambulanten Hospizdiensten** nutzen. Diese werden hauptsächlich von Ehrenamtlichen getragen. Sie kommen regelmäßig zu den Patientinnen und Patienten nach Hause, stehen für Gespräche zur Verfügung und beraten Angehörige. Sie unterstützen die schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihre Angehörigen dabei, mit der Situation umzugehen. Ambulante Hospizdienste übernehmen jedoch keine medizinisch-pflegerische oder palliative Versorgung.

Die gesetzlichen Krankenkassen leisten Zuschüsse für ambulante Hospizdienste sowie für teilstationäre und stationäre Hospize.

Wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie der beziehungsweise des Versicherten nicht mehr möglich ist, können Patientinnen und Patienten in **stationären Palliativstationen** versorgt werden. Möglich ist auch eine Versorgung in **stationären Hospizen**.

Die palliative Begleitung von Bewohnerinnen und Bewohnern gehört zu den Aufgaben von **Pflegeheimen**. Die Heime sind deshalb zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet und müssen Kooperationsverträge mit Hausärztinnen und -ärzten sowie mit Fachärztinnen und -ärzten schließen. Falls erforderlich, können auch Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen die „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) in Anspruch nehmen.

Ist eine angemessene ambulante palliative Versorgung nicht möglich, können Patientinnen und Patienten im **Krankenhaus** versorgt werden. Das kann beispielsweise bei starken Beschwerden der Fall sein, die zu Hause nicht behandelt werden können. Einige Krankenhäuser haben dafür spezielle Palliativstationen eingerichtet. Hier kümmern sich Fachkräfte darum, sowohl die körperlichen Beschwerden als auch die seelische Belastung so gut wie möglich zu lindern. Auch Angehörige werden hier

Was bedeuten AAPV und SAPV?

Die „allgemeine ambulante Palliativversorgung“ (AAPV) ist eine besonders qualifizierte und koordinierte Form der ambulanten Palliativversorgung. Sie kommt für Menschen infrage, deren Lebenszeit aufgrund einer weiter fortgeschrittenen Erkrankung begrenzt ist. Sie wird meist von Ärztinnen und Ärzten übernommen, die im Bereich Palliativmedizin besonders qualifiziert sind. Diese ermitteln zunächst den individuellen palliativen Versorgungsbedarf und erstellen einen (Schmerz-)Therapie- sowie Notfallplan. Außerdem stimmen sie die weitere medizinische und pflegerische Versorgung mit Therapeuten, Pflegediensten oder Hospizen ab.

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand weiter und wird eine besonders aufwendige Versorgung von Fachleuten benötigt, kann die „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) in Anspruch genommen werden. Dabei wird die Patientin oder der Patient von einem Team aus Fachleuten verschiedener Berufe betreut: Um die Schmerztherapie und die Behandlung weiterer Symptome kümmern sich ausgebildete Palliativ-Pflegekräfte und spezialisierte Ärztinnen oder Ärzte. Außerdem kooperieren Teams je nach Bedarf mit Fachleuten aus den Bereichen Psychologie, Physiotherapie und Sozialarbeit.

betreut. Ziel ist es, die Symptome so weit zu lindern, dass die Patientinnen und Patienten wieder nach Hause, in eine Pflegeeinrichtung oder in ein Hospiz entlassen werden können. Verfügt das Krankenhaus nicht über eine Palliativstation, werden die Patientinnen und Patienten auf der jeweiligen Fachstation palliativmedizinisch betreut. In manchen Krankenhäusern steht ihnen dabei ein Palliativdienst zur Seite. Er unterstützt das Team der Station bei der palliativen Betreuung.

Hospize sind stationäre Einrichtungen, in denen schwerstkranke Menschen mit sehr begrenzter Lebenserwartung ganzheitlich bis zum Lebensende begleitet werden. Sie richten sich an Patientinnen und Patienten, die keine engmaschige medizinische Betreuung, aber eine spezialisierte Pflege benötigen. In einem Hospiz arbeiten hauptamtliche und geschulte ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusammen. Hausärztinnen und -ärzte übernehmen in der Regel die ärztliche Betreuung.

Im Fokus stehen die Pflege und die psychosoziale Unterstützung der Schwerstkranken und ihrer Angehörigen. Das bedeutet, dass Hospizbegleiterinnen und -begleiter sowohl helfen, Gefühle und Ängste zu verarbeiten, als auch, praktische Angelegenheiten zu regeln. Sie stehen auch den Angehörigen zur Seite und übernehmen für diese zeitweise die Betreuung der Sterbenden.



4

**Anlaufstellen: Wer kann Ihnen
weiterhelfen?**

Wenn Sie krank sind, haben Sie wahrscheinlich viele Fragen: Was bedeutet meine Diagnose überhaupt? An wen kann ich mich wenden, damit ich eine gute Behandlung erhalte? Und: Wo finde ich vertrauenswürdige Informationen? Im folgenden Kapitel haben wir für Sie passende Anlaufstellen zusammengestellt.



4.1 Angebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Informationsangebote der Bundesregierung und ihrer Organisationen und Behörden gelten als vertrauenswürdig. Sie wurden von Fachleuten zusammengestellt und basieren auf wissenschaftlicher Evidenz.

4.1.1 Website des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Aktuelle Informationen des BMG finden Sie unter: www.bundesgesundheitsministerium.de

4.1.2 Nationales Gesundheitsportal

Mit dem Nationalen Gesundheitsportal gesund.bund.de erhalten Bürgerinnen und Bürger in Deutschland wissenschaftlich fundierte, neutrale und gut verständliche Informationen rund um Fragen zur Gesundheit und zum Gesundheitswesen. So fällt es ihnen leichter, gemeinsam mit ihrer Ärztin beziehungsweise ihrem Arzt informierte Entscheidungen zu treffen.

Das **Nationale Gesundheitsportal** stärkt die Rolle der selbstbestimmten Patientinnen und Patienten. Das Portal bietet umfassende Informationen zu Gesundheitsthemen in fünf Sprachen sowie praktische Suchdienste beispielsweise zu ICD-Codes (internationale Klassifikation der Krankheiten) und Arztpraxen.

4.1.3 Bundes-Klinik-Atlas

Der **Bundes-Klinik-Atlas** ermöglicht Bürgerinnen und Bürgern eine Orientierung im deutschen Krankenhaus-Dschungel. In der Datenbank erfahren Sie schnell und verständlich, welche Klinik welche Leistung in welcher Qualität und mit welcher Personalausstattung anbietet. So können Sie Kliniken leicht miteinander vergleichen und eine fundierte Entscheidung darüber treffen, welches Krankenhaus für Ihren individuellen Fall geeignet ist – und das auch ohne Vorkenntnisse im Gesundheitswesen.

www.bundes-klinik-atlas.de

4.1.4 Portal Migration und Gesundheit

Auf dem mehrsprachigen Webportal www.migration-gesundheit.bund.de stehen zahlreiche Broschüren und Informationsmaterialien zu den Schwerpunktthemen „Gesundheitswesen“, „Gesundheit & Vorsorge“, „Pflege“ sowie „Sucht & Drogen“ in über 40 Sprachen zur Verfügung. Das Portal soll dabei helfen, sich mit dem Gesundheitswesen in Deutschland vertraut zu machen. Es steht in den Sprachen Deutsch, Englisch, Türkisch, Arabisch und Russisch zur Verfügung und wird kontinuierlich um weitere Themen aus dem Bereich Gesundheit erweitert.
www.migration-gesundheit.bund.de

4.2 Zentrale Anlaufstellen und Patientenrechte

4.2.1 Beauftragte und Bevollmächtigte der Bundesregierung beim BMG

Die Bundesregierung bestellt drei Beauftragte beziehungsweise Bevollmächtigte, die sich auf Bundesebene für die Interessen und Belange der Bürgerinnen und Bürger einsetzen. Das sind: der **Sucht- und Drogenbeauftragte der Bundesregierung** (siehe Kapitel 2.1.6 auf Seite 40), der **Patientenbeauftragte der Bundesregierung** (siehe Kapitel 2.1.7 auf Seite 40) und die **Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung** (siehe Kapitel 2.1.8 auf Seite 41).

4.2.2 Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Mit dem Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland – und zur Änderung weiterer Gesetze vom 11. Mai 2023 wurde die **Unabhängige Patientenberatung (UPD)** neu strukturiert und als Stiftung bürgerlichen Rechts verstetigt. Die derzeit im Aufbau befindliche Stiftung hat den Zweck, eine unabhängige, qualitätsgesicherte und kostenfreie Information und Beratung von Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen sicherzustellen. Hierdurch sollen die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen gestärkt und mögliche Problemlagen im Gesundheitssystem aufgezeigt werden. Das Informations- und Beratungsangebot der Stiftung UPD befindet sich derzeit im Aufbau. Patientinnen und Patienten können sich mit ihren Fragestellungen Montag, Dienstag, Donnerstag von 09:30 bis 12:00 und 15:00 bis 17:00 Uhr sowie Mittwoch und Freitag von 09:30 bis 14:00 Uhr unter der kostenfreien Telefonnummer 0800 011 77 22 an die Stiftung UPD wenden.

www.patientenberatung.de

E-Mail: info@patientenberatung.de

4.2.3 Gesicherte Gesundheitsinformationen

Allgemeinverständliche Informationen über Erkrankungen, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie außerdem auf der Website gesundheitsinformation.de des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (siehe Kapitel 2.3.8 auf Seite 55).

www.gesundheitsinformation.de

4.2.4 Bundesweit einheitliche Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117

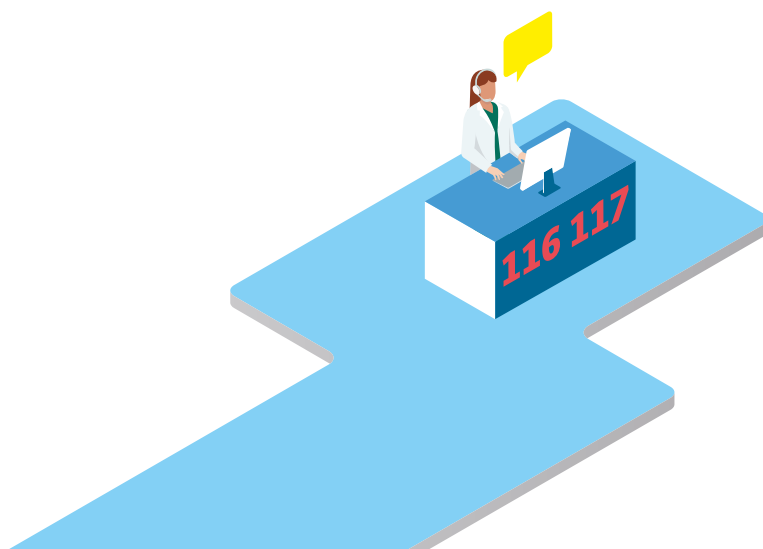
Unter der **Rufnummer 116117** erhalten Patientinnen und Patienten neben der Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS) auch medizinische Hilfe außerhalb der Sprechstundenzeiten (ärztlicher Bereitschaftsdienst). Die Rufnummer muss täglich 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche erreichbar sein. Auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens ist dann eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln; das kann zum Beispiel eine geöffnete Arztpraxis, eine Bereitschaftsdienstpraxis, die Notfallambulanz eines Krankenhauses oder in geeigneten Fällen auch eine telefonische ärztliche Konsultation sein.

Grundsätzlich können Sie sich über diesen Service bei Vorlage einer entsprechenden Überweisung mit Vermittlungscode Facharzttermine vermitteln lassen. Bei Hausärztinnen und Hausärzten, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten, Augenärztinnen und -ärzten, Frauenärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten bedarf es keiner Überweisung.

Die TSS haben innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin in zumutbarer Entfernung zu vermitteln. Die Wartezeit darf vier Wochen nicht überschreiten. Kann kein passender Termin in dieser Frist vermittelt werden, ist ein ambulanter Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Diese Regelung gilt nicht bei verschiebbaren

Routine- oder Früherkennungsuntersuchungen, sofern es sich nicht um termingebundene Gesundheitsuntersuchungen für Kinder handelt.

Zusätzlich ist der Service auch über die Website www.116117.de oder über die App [116117.app](https://www.116117.de/app) erreichbar.



4.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Zahlreiche Anlaufstellen unterstützen Menschen dabei, Krankheiten zu vermeiden und ihre Gesundheit zu stärken.

Die **Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)** ist ein gemeinnütziger, politisch und konfessionell unabhängiger Verband mit derzeit 132 Mitgliedsorganisationen. Er setzt sich dafür ein, die Strukturen rund um Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland zu erhalten und zu verbessern. Auf der Website der BVPG finden Sie zum Beispiel Informationen zu den Themen „Gesundes Leben“ und „Chronische Krankheiten“.

bvpraevention.de

4.3.1 Bewegung, Ernährung und Entspannung

Wer sich ausgewogen ernährt, regelmäßig bewegt, für guten Schlaf sorgt und bewusst mit Stress umgeht, fördert seine Gesundheit. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA; siehe Kapitel 2.1.3 auf Seite 37) möchte mit ihren Angeboten einen solchen Lebensstil bei Kindern und Jugendlichen fördern – für eine gesunde physische und psychische Entwicklung. Eine gesunde Lebensweise beugt gleichzeitig Erkrankungen im späteren Lebensalter vor.



Ein bedeutendes Gesundheitsproblem in Deutschland ist die große Verbreitung von **Übergewicht** – auch im jungen Lebensalter. Übergewicht wird durch wenig Bewegung, Stress und Schlafmangel begünstigt. Zu den Themen Bewegung, Ernährung, Entspannung, Schlaf und Mediennutzung bietet die BZgA auf dem Internetportal „**Übergewicht vorbeugen**“ wissenschaftlich fundierte Informationen und Alltagstipps. Sie sollen Eltern von Grundschulkindern und Jugendlichen dabei unterstützen, dem Nachwuchs gesunde Verhaltensweisen zu vermitteln. Des Weiteren richtet sich das Portal an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Kinder- und Jugendarztpraxen, Kliniken, Beratungsstellen und Kindertageseinrichtungen können die Materialien einsetzen; Lehrerinnen und Lehrer finden Unterrichtsmaterialien für die Grundschule und die Sekundarstufe.

www.uebergewicht-vorbeugen.de

Daneben stellt die BZgA qualitätsgesicherte Informationen zum Thema **Essstörungen** bereit. Essstörungen sind ernsthafte Erkrankungen, die behandelt werden müssen und die sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene betreffen können, Mädchen, Frauen, Jungen und Männer.

Ziel der BZgA ist es, dass Menschen mit einer Essstörung möglichst früh professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Dazu ist es erforderlich, die Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren und Betroffene und Angehörige zu informieren.

www.bzga-essstoerungen.de

4.3.2 Sexuelle Gesundheit, Sexualaufklärung und Familienplanung

Liebesleben.de informiert mal ernst, mal spielerisch und immer ganz offen über alle Themen rund um sexuelle Gesundheit. Auf mehr als 300 Seiten geht es von Kondomgebrauch und Symptomen einer sexuell übertragbaren Infektion (STI) über Onlinedating und sexuelle Rechte bis zu Coming-out und dem Schutz vor Konversionsbehandlungen.

Das Onlineportal richtet sich insbesondere an Jugendliche und junge Erwachsene. Sie finden neben vielfältigen Inhalten auch unterschiedliche Tools, etwa eine Onlineversion des Kondometers oder den ganz persönlichen Safer-Sex-Check.

www.liebesleben.de

Sexualität und STI sind eng miteinander verbunden. Deshalb hat **Liebesleben.de** das Social-Media-Format „**Die Infektastischen STI**“ entwickelt: Trippo Tripper, Feig Feigwarze, Chlam Chlamydie, Hepp Hepatitis und Philis Syphilis erklären zielgruppengerecht, was sich hinter den Krankheitsbezeichnungen verbirgt, wie man sich infizieren kann und wie man sich am besten vor STI schützt. Auf der Website finden Sie alle Clips und die wichtigsten Hintergrundinformationen:

www.die-infektastischen-sti.de

Wenn Sie konkrete Anliegen und Fragen zu Themen wie sexuelle Gesundheit, sexuelle und geschlechtliche Vielfalt oder zu HIV und anderen STI haben, finden Sie bei **Liebesleben.de** ebenfalls passende Angebote. Über die Website gelangen Sie zur **Telefon- und Onlineberatung** der BZgA. Und mit dem Beratungsstellenfinder können Sie auch Beratungsstellen ganz in Ihrer Nähe suchen:

www.liebesleben.de/fuer-alle/lass-dich-beraten

Gesicherte Informationen und Beratung rund um den Schutz vor Konversionsbehandlungen finden Sie hier:

www.liebesleben.de/fuer-alle/konversionsbehandlung

Das Webportal **Zanzu.de** bietet in 13 Sprachen einfache Erklärungen, unter anderem zu den Themen Körper, Schwangerschaft und Geburt, Verhütung, HIV und zu anderen STI.

www.zanzu.de

Trau-dich.de stellt Informationen für Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren zusammen, um sie vor sexuellem Missbrauch zu schützen. In einfacher Sprache erfahren junge Menschen, was sexuelle Gewalt gegen Kinder überhaupt ist und dass jedes Kind das Recht hat, NEIN zu sagen.

www.trau-dich.de

Die Website **Jung und schwanger** ist ein Informationsangebot für junge Frauen, die entweder schwanger sind oder eine Schwangerschaft vermuten und Hilfe suchen.

www.jung-und-schwanger.de



Das Portal „**Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung**“ bietet Informationen für unterschiedliche Zielgruppen zu den benannten Themenfeldern. Dazu gehören beispielsweise Materialien für Arztpraxen und aktuelle Forschungsergebnisse. www.sexualaufklaerung.de

4.3.3 Schutzimpfungen und persönlicher Infektionsschutz

Schutzimpfungen verhindern Infektionskrankheiten oder mildern sie ab. Damit zählen sie zu den effektivsten und kostengünstigsten medizinischen Präventionsmaßnahmen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, das Wissen über den Nutzen von Schutzimpfungen in der Bevölkerung zu verankern und die Impfbereitschaft zu erhöhen. Dazu trägt das Onlineangebot der BZgA bei:

www.bzga.de/programme-und-aktivitaeten/schutzimpfungen-und-persoenerlicher-infektionsschutz

Die Einführung von **Antibiotika** zählt zu den bedeutendsten Fortschritten der Medizin im 20. Jahrhundert. Eine unsachgemäße Anwendung kann aber dazu beitragen, dass bakterielle Erreger gegen Antibiotika resistent werden und auf eine Behandlung nicht mehr ansprechen. Ein sorgsamer Einsatz dieser Arzneimittel ist daher besonders wichtig. Hierfür sensibilisiert das Onlineangebot der BZgA:

www.infektionsschutz.de/infektionskrankheiten/behandlungsmoeglichkeiten/antibiotika

Das seit März 2020 geltende Masernschutzgesetz soll Personen in Kindergärten, Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen sowie in medizinischen Einrichtungen schützen. Die Website informiert über das Gesetz, die Masernerkrankung und die Masernschutzimpfung. Interessierte finden dort auch Material zum Download.

www.masernschutz.de

Die **Ständige Impfkommision (STIKO)** ist beim Robert Koch-Institut (RKI; *siehe Kapitel 2.1.5 auf Seite 39*) angesiedelt. Sie entwickelt Impfpfehlungen für Deutschland und berücksichtigt dabei nicht nur deren Nutzen für jede einzelne geimpfte Person, sondern auch für die gesamte Bevölkerung.

www.rki.de/stiko

4.3.4 Suchtprävention

Alkohol

Ziel von „**Alkoholfrei Sport genießen**“ ist es, Erwachsene in Sportvereinen für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol im Vereinsleben zu sensibilisieren.

www.alkoholfrei-sport-geniessen.de

Die beiden Onlineangebote „**Alkohol? Kenn dein Limit**“ sollen Erwachsene sowie Heranwachsende auf die Folgen hinweisen, die übermäßiger Alkoholkonsum für Menschen haben kann, und sie für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol sensibilisieren.

www.kenn-dein-limit.de (Erwachsene)

www.kenn-dein-limit.info (junge Menschen)

Das Präventionsangebot „**Null Alkohol – Voll Power**“ richtet sich vorrangig an Schülerinnen und Schüler sowie an Jugendliche im Alter von 12 bis 16 Jahren und verfolgt das Ziel, Jugendliche und junge Erwachsene über die Risiken des Alkoholkonsums aufzuklären und eine nachhaltige Sensibilisierung für die Gefahren von Alkoholmissbrauch zu erreichen.

www.null-alkohol-voll-power.de

Cannabis

Informationen zu Cannabis und zum Cannabisgesetz (CanG) für verschiedene Zielgruppen sind über www.infos-cannabis.de abrufbar. Über www.cannabispraevention.de können sich Jugendliche, Eltern und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren über die Wirkung und die gesundheitlichen Risiken von Cannabis informieren. Ziel ist es, eine kritische Einstellung zum Konsum zu fördern sowie eine möglichst lange Abstinenz von Jugendlichen zu bewirken. Bei den Präventionsmaßnahmen der BZgA stehen besonders vulnerable Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche, junge Erwachsene, Schwangere und Kinder aus suchtbelasteten Familien im Fokus.

Drogen

Die **Sucht- und Drogenhotline** ist ein gemeinsames Angebot der Drogennotrufe aus Berlin, Frankfurt am Main und München unter der Schirmherrschaft des Sucht- und Drogenbeauftragten der Bundesregierung.
www.sucht-und-drogen-hotline.de

Glücksspiel

Die Website „**Check dein Spiel**“ bietet Betroffenen, Angehörigen und Interessierten Informationen rund um das Themenfeld **Glücksspiel** und **Glücksspielsucht**. Nutzen Sie den Selbsttest für eine Einschätzung, ob mit Ihrer Spielweise (noch) alles in Ordnung ist, oder das Online-Beratungsprogramm, wenn Sie Hilfe suchen.

www.check-dein-spiel.de

Medien

„**Ins Netz gehen**“ informiert über **Mediennutzung** und Medienkompetenz. Die Website richtet sich vor allem an junge Menschen im Alter von 12 bis 18 Jahren.

www.ins-netz-gehen.de

Das **Multiplikatorenportal** zielt auf den Abbau gängiger Klischees, Stereotype und Vorurteile und auf die gemeinsam zu bewältigende Herausforderung, Kinder und Jugendliche auf dem Weg aus der exzessiven Mediennutzung zu unterstützen.
www.ins-netz-gehen.info

Rauchen

Die beiden Onlineangebote „**Rauchfrei**“ informieren Erwachsene und Jugendliche über Wirkungen, Risiken und gesundheitliche Folgeschäden des Rauchens.

www.rauch-frei.info (junge Menschen)

www.rauchfrei-info.de (Erwachsene)

4.4 Erkrankungen

In den folgenden Abschnitten finden Sie Informationsangebote zu ausgewählten Erkrankungen. Über weitere Krankheiten können Sie sich auf den Seiten www.gesund.bund.de des BMG und www.gesundheitsinformation.de des IQWiG informieren (siehe Kapitel 4.1.1 auf Seite 113).

4.4.1 Demenz

Bei einer **Demenz** nehmen Gedächtnisleistung, Konzentration und Lernfähigkeit eines Menschen ab. Grund dafür sind Veränderungen im Gehirn. **Alzheimer-Demenz** ist die häufigste Art der Demenz-Erkrankung. Für Menschen mit Demenz wird es oftmals schwierig, den Alltag allein zu bewältigen.

In Deutschland werden etwa zwei Drittel der Menschen mit Demenz von Angehörigen zu Hause gepflegt. Für die Angehörigen ist die Pflege häufig mit großen Herausforderungen verbunden. Dazu gehören Kommunikationsprobleme, verändertes Verhalten sowie nächtliche Unruhe und andere „untypische“ Verhaltensweisen.

Die **Deutsche Alzheimer Gesellschaft** engagiert sich als Bundesverband von mehr als 130 Alzheimer-Gesellschaften für ein besseres Leben mit Demenz. Sie unterstützt und berät Menschen mit Demenz und ihre Familien.

www.deutsche-alzheimer.de

Wer sich dafür entscheidet, einen an Demenz erkrankten Angehörigen zu pflegen, stellt sich einer großen Herausforderung. Der **Ratgeber Demenz** des BMG erläutert nach einem kurzen Blick auf das Krankheitsbild Demenz, wie Ihnen die Pflegestärkungsgesetze bei der Betreuung Ihres von einer Demenz betroffenen Angehörigen helfen, welche Leistungen Sie in Anspruch nehmen und wie Sie Hilfe beim Helfen erhalten können.

www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/ratgeber-demenz

4.4.2 Seltene Erkrankungen

In der Europäischen Union gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind. Da es mehr als 6.000 unterschiedliche Seltene Erkrankungen gibt, ist die Gesamtzahl der Betroffenen trotz der Seltenheit der einzelnen Erkrankungen hoch. Allein in Deutschland leben Schätzungen zufolge etwa vier Millionen Menschen mit einer Seltenen Erkrankung, in der gesamten EU geht man von circa 30 Millionen Betroffenen aus.

Seltene Erkrankungen bilden eine Gruppe von sehr unterschiedlichen und meist komplexen Krankheitsbildern. Über 70 Prozent sind genetisch bedingt oder mitbedingt, selten sind sie heilbar. Die meisten von ihnen verlaufen chronisch, gehen mit gesundheitlichen Einschränkungen und/oder eingeschränkter Lebenserwartung einher und führen häufig bereits im Kindesalter zu Symptomen. Eine Herausforderung ist, dass oftmals nur wenige Expertinnen und Experten zur Verfügung stehen, verschiedene medizinische Fachrichtungen in Bezug auf Diagnose und Therapie zusammenarbeiten müssen und die jeweilige Erkrankung nur wenig beforscht ist.

Mit dem Ziel, die gesundheitliche Situation von Menschen mit Seltenen Erkrankungen in Deutschland voranzubringen, wurde deshalb im Jahr 2010 das **Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE)** gegründet. An diesem Bündnis sind neben dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) weitere 26 Bündnispartner beteiligt – vor allem Spitzen- und Dachverbände der wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen in Deutschland.

www.namse.de

Die **ACHSE**, ein Netzwerk von Selbsthilfeorganisationen, bietet neben Informationen über Seltene Erkrankungen auch Beratung an. Außerdem vertritt sie die Interessen von Menschen mit Seltenen Erkrankungen gegenüber der Politik, den Krankenkassen oder anderen Kostenträgern.

www.achse-online.de

Die öffentliche Wissensplattform **Orphanet** stellt in ihrer Datenbank umfassende Informationen zu Seltenen Erkrankungen, den Versorgungsmöglichkeiten und Registern zur Verfügung. Orphanet Deutschland ist dauerhaft beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM; *siehe Kapitel 2.1.2 ab Seite 36*) angesiedelt.

www.orpha.net/de

Der **se-atlas – Versorgungsatlas für Menschen mit Seltenen Erkrankungen** ist eine webbasierte Informationsplattform und bietet einen Überblick über die Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit Seltenen Erkrankungen in Deutschland.

www.se-atlas.de

4.4.3 Krebs

Krebs umfasst Erkrankungen, bei denen körpereigene Zellen „böartig“ werden. Das heißt: Die Zellen vermehren sich unkontrolliert, dringen in gesundes Gewebe ein und zerstören es. Häufig bilden sie dort einen Tumor. Absiedlungen in andere Regionen des Körpers werden Metastasen genannt.

Der **Krebsinformationsdienst** des Deutschen Krebsforschungszentrums ist in Deutschland eine wichtige Anlaufstelle für alle Menschen mit Fragen zum Thema Krebs. Er bietet verständliche und wissenschaftlich fundierte Informationen zum gesamten Spektrum der Onkologie. Das kostenlose Angebot per Telefon, per E-Mail und im Internet richtet sich an alle, die Fragen zum Thema Krebs haben: Patientinnen und Patienten, deren Familien und Freunde sowie Menschen, die sich über Krebsvorbeugung und Krebsfrüherkennung informieren wollen. Auch für

Fachleute, die Krebspatientinnen und -patienten versorgen, bietet der Krebsinformationsdienst unabhängige und neutral recherchierte Fakten.

www.krebsinformationsdienst.de

Nach dem Motto „Helfen. Forschen. Informieren.“ hält die **Deutsche Krebshilfe** für Krebskranke und Interessierte kostenfrei zahlreiche Informationsmaterialien und Broschüren bereit, zum Beispiel die „Blauen Ratgeber“. Außerdem bietet das INFONETZ KREBS Ratsuchenden eine kostenfreie Beratung per Telefon oder E-Mail für alle Phasen der Krebserkrankung nach dem aktuellen Stand von Medizin und Wissenschaft.

www.krebshilfe.de

4.4.4 Aids

Aids ist die Abkürzung für den englischen Begriff „Acquired Immune Deficiency Syndrome“, zu Deutsch: erworbenes Immunschwächesyndrom. Das Syndrom kann nach einer Infektion mit **HIV**, dem „Human Immunodeficiency Virus“, auftreten. Das Virus infiziert Zellen, die für die Abwehr von Krankheitserregern zuständig sind. Weil das Virus dadurch das Immunsystem schwächt, spricht man vom Immunschwächevirus. Mit geschwächter Immunabwehr erkranken Menschen an Krankheiten, die sonst ungefährlich wären, gegen die sie sich nun aber nicht mehr schützen können. Wenn dieser Zustand erreicht ist, sprechen Ärztinnen und Ärzte von Aids. Oft kommt es zu Lungenentzündungen oder Tumorerkrankungen. Es können aber auch andere Erkrankungen auftreten. Mittlerweile ist Aids medikamentös behandelbar, wenn auch nicht heilbar.

Die **Deutsche Aidshilfe (DAH)** ist der Dachverband von rund 115 Organisationen und Einrichtungen in Deutschland. Sie vertritt die Interessen von Menschen mit HIV/Aids in der Öffentlichkeit sowie gegenüber Politik, Wissenschaft und medizinischer Forschung.

www.aidshilfe.de/deutsche-aidshilfe

Die **Deutsche Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä)** ist die zentrale Vertretung niedergelassener HIV-Schwerpunktärztinnen und -ärzte sowie ambulant tätiger Infektiologinnen und Infektiologen. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit stehen Prävention, Diagnostik und Behandlung des HI-Virus und weiterer Infektionskrankheiten.

www.dagnae.de

Das HIV ist ein Virus, das beim Geschlechtsverkehr übertragen werden kann. Damit gehört das Virus zu den **sexuell übertragbaren Infektionen (STI)**. Zu diesem Thema, vor allem zur Prävention, finden Sie weitere Informationen in *Kapitel 4.3.2 ab Seite 119*.

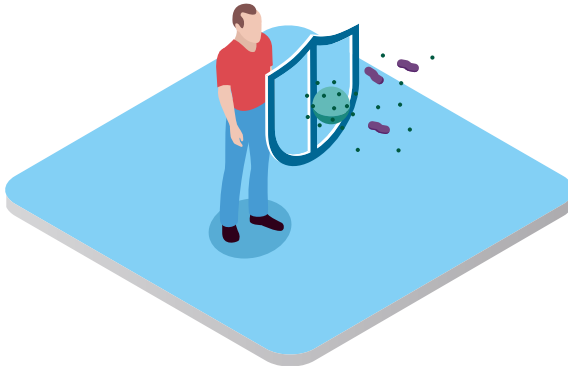
Die BZgA betreibt außerdem eine **Telefonberatung zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen**. Sie erreichen das Infotelefon unter **0221 892031** von Montag bis Donnerstag zwischen 10 und 22 Uhr sowie von Freitag bis Sonntag zwischen 10 und 18 Uhr.

4.4.5 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems – vor allem akute Ereignisse wie der Herzinfarkt und der Schlaganfall – sind die häufigste Todesursache in Deutschland. Andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie die chronische koronare Herzkrankheit können die Leistungsfähigkeit und Lebensqualität Betroffener stark mindern. Neben erblichen Veranlagungen gilt eine ungesunde Lebensweise als Risikofaktor, um eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu entwickeln. Dazu gehören Rauchen, wenig Bewegung, Übergewicht und eine einseitige, ungesunde Ernährung.

Auf dem Informationsportal gesundheitsinformation.de des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG; *siehe Kapitel 2.3.8 auf Seite 55*) lernen Sie, was Sie selbst für Herz und Gefäße tun können.

www.gesundheitsinformation.de/was-kann-ich-selbst-fuer-herz-und-gefaesse-tun



4.4.6 Long COVID

Auch wenn COVID-19 im Alltag der meisten Menschen heute eine untergeordnete Rolle spielt, sind die Auswirkungen der Corona-Pandemie noch immer spürbar. Zahlreiche Betroffene von Long COVID müssen mit den Nachwirkungen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 leben. Viele von ihnen sind körperlich weniger belastbar – bis hin zur Berufsunfähigkeit. Deshalb treibt das BMG gemeinsam mit der gesamten Bundesregierung die Forschung zu Long COVID und zu der Myalgischen Enzephalomyelitis/dem Chronischen Fatigue-Syndrom (**ME/CFS**) als einer der schwersten Ausprägungen von Long COVID voran.

Auf der Website der **BMG-Initiative Long COVID** erhalten Betroffene und Angehörige aktuelle und fachlich gesicherte Informationen, die zum Beispiel gezielt für Arbeitnehmerinnen, Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufbereitet wurden.
www.bmg-longcovid.de

4.4.7 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus gehört zu den häufigsten nicht übertragbaren Erkrankungen. Die Stoffwechselerkrankung zeigt sich durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel. Dieser kann durch einen Mangel des Hormons Insulin, eine gestörte Insulinwirkung oder durch eine Kombination aus beidem verursacht sein. Etwa neun von zehn Menschen mit Diabetes mellitus zeigen den Typ-2-Diabetes, der sich vor allem mit steigendem Erwachsenenalter entwickelt. Personen mit Typ-1-Diabetes erkranken vorwiegend im Kindes- und Jugendalter.

Für das **Diabetesinformationsportal** haben sich die führenden Zentren der Diabetesforschung in Deutschland zusammengetan: das Helmholtz Zentrum München, das Deutsche Diabetes-Zentrum in Düsseldorf und das Deutsche Zentrum für Diabetesforschung in München. Mit dem Onlineportal bieten sie qualitätsgesicherte und verständliche Informationen rund um die Vorbeugung und das Leben mit Diabetes mellitus an – sowohl Hintergrundartikel als auch Erklärfilme und Podcasts. Außerdem können Menschen mit Diabetes mellitus, Angehörige und Interessierte im Onlineforum persönliche Fragen stellen, die von Expertinnen und Experten individuell beantwortet werden.

www.diabinfo.de

Mit dem **Diabetesnetz Deutschland** vernetzt die BZgA die wesentlichen Akteurinnen und Akteure im Bereich Diabetes mellitus und Diabetesprävention in Deutschland. Ziel ist es, Fachwissen zu bündeln und gemeinsam die „Nationale Aufklärungs- und Kommunikationsstrategie zu Diabetes mellitus“ schrittweise umzusetzen und weiterzuentwickeln.

www.diabetesnetz.info

4.5 Weitere Themen

4.5.1 Organ- und Gewebespende sowie Blut- und Plasmaspende

Damit sich mehr Menschen mit dem Thema **Organ- und Gewebespende** befassen und eine persönliche Entscheidung treffen, informiert die BZgA mit der Website umfassend und ergebnisoffen über diese Themen.

www.organspende-info.de

Auf [blutspenden.de](http://www.blutspenden.de) finden Sie Informationen rund um das Thema **Blut- und Plasmaspenden**: von den Voraussetzungen über den Ablauf bis hin zur Verwendung der Spende.

www.blutspenden.de

4.5.2 Geschlechterspezifische Gesundheit

Das Frauengesundheitsportal der BZgA bietet qualitätsgeprüfte Informationen und praktische Tipps rund um die Gesundheit von Frauen. In einem Newsletter informiert die BZgA regelmäßig über das Themengebiet.

www.frauengesundheitsportal.de

Das Männergesundheitsportal der BZgA bietet qualitätsgeprüfte Informationen und praktische Tipps rund um die Gesundheit von Männern. In einem Newsletter informiert die BZgA regelmäßig über das Themengebiet.

www.maennergesundheitsportal.de

4.5.3 Gesundheit älterer Menschen

Die Website **„Gesund und aktiv älter werden“** bietet Daten und fachlich geprüfte neutrale Gesundheitsinformationen rund um das Thema „Gesundes Alter“.

www.gesund-aktiv-aelter-werden.de

Darüber hinaus bietet die BZgA Materialien zum Thema „Alter“, die heruntergeladen oder bestellt werden können.

4.5.4 Kinder- und Jugendgesundheit

Damit Kinder sich entfalten können, brauchen sie eine zugewandte und kompetente Begleitung in ihrer Familie und ihrer Lebenswelt. Mit diesem Onlineangebot unterstützt die BZgA Eltern dabei, für eine gesunde Entwicklung ihrer Kinder zu sorgen.

www.kindergesundheit-info.de

Das **Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)** hat das Ziel, Kinder früher und besser vor Gefährdungen zu schützen. Dafür vernetzt das Zentrum Hilfen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe. Der Fokus liegt auf Familien, deren Lebenssituationen durch hohe Belastungen gekennzeichnet und deren Kinder jünger als etwa drei Jahre sind.

www.fruehehilfen.de

4.5.5 Klima und Gesundheit

Der Klimawandel beeinflusst die menschliche Gesundheit in vielfältiger Weise. Extreme Wetter- und Umweltveränderungen wie zum Beispiel Hitzewellen können bestehende Gesundheitsprobleme verstärken und neue verursachen. Das Informationsportal der BZgA informiert über die Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit und gibt Handlungsempfehlungen zum Schutz vor klimabedingten Gesundheitsrisiken.

www.klima-mensch-gesundheit.de

4.5.6 Pflege

Das **Pflegenetzwerk Deutschland** fördert den Austausch in der Pflegepraxis und vernetzt Akteure vor Ort und bundesweit.

www.pflegenetzwerk-deutschland.de

Das **Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)** hat eine deutschlandweite Recherche zu nicht kommerziellen Beratungsangeboten für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige durchgeführt und eine Datenbank erstellt.

www.zqp.de

Etliche Versicherungsunternehmen informieren über Themen rund um die Pflege. Es geht zum Beispiel um Pflegeeinrichtungen und die Qualität der pflegerischen Leistungen sowie um Pflegeberatungsstellen in Deutschland.

www.pflege-navigator.de (AOK)

pflegefinder.bkk-dachverband.de (BKK)

www.pflegelotse.de (vdek)

4.5.7 Wiederbelebung

Das von der BZgA koordinierte **Nationale Aktionsbündnis Wiederbelebung (NAWIB)** setzt sich dafür ein, das Wissen über Laien-Reanimation in Deutschland zu erhöhen. Es will zeigen: Wiederbelebung ist ganz einfach, jeder kann Leben retten.

www.wiederbelebung.de

Wichtig ist, überhaupt zu handeln. Denn bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand ist sofortige Hilfe nötig. Und im Ernstfall genügen wenige Schritte: Prüfen – rufen – drücken! Die Scheckkarte „Du kannst Leben retten“, das Aufsteller-Set und die Broschüre „Wie funktioniert Wiederbelebung?“ können kostenlos bestellt werden unter:

www.shop.bzga.de/catalogsearch/result/?q=wiederbelebung

4.5.8 Selbsthilfegruppen und -organisationen

Die **Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)** informiert darüber, welche Möglichkeiten der Selbsthilfe Betroffene und Angehörige haben, und vernetzt Interessierte, Betroffene und Angehörige. Sie verfügt über umfangreiche Adressdatenbanken zu bundesweiten Selbsthilfeorganisationen und örtlichen Selbsthilfekontaktstellen sowie deren Selbsthilfeangeboten.

www.nakos.de

Die **Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG-SH)** unterstützt und fördert Selbsthilfegruppen in Deutschland. Mitglieder sind zum Beispiel Selbsthilfeorganisationen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Selbsthilfekontaktstellen, aber auch Fachkräfte aus psychosozialen und Gesundheitsberufen.

www.dag-shg.de

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen** (BAG SELBSTHILFE) ist die Vereinigung der Selbsthilfeverbände behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen in Deutschland. Sie vertritt die politischen und gesellschaftlichen Interessen chronisch kranker und behinderter Menschen sowie die ihrer Angehörigen.

www.bag-selbsthilfe.de

4.5.9 Hilfe im Ausland

Die Website der **Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA)** bietet Versicherten aktuelle Informationen, damit ihr Krankenversicherungsschutz im Ausland gesichert ist.

www.dvka.de

Die Website der **Nationalen Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung** informiert Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsdienstleister über alle Fragen rund um die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zwischen Deutschland und dem EU-Ausland.

www.eu-patienten.de

Die Website **Deutsche im Ausland** bietet unter anderem Informationen zur Sozialversicherung im Ausland einschließlich Kranken- und Pflegeversicherung.

www.deutsche-im-ausland.org/absicherung-und-finanzen/sozialversicherung-im-ausland

Auf den Seiten der **Europäischen Union** finden Sie allgemeine Informationen zu Gesundheitsdienstleistungen in der EU.
www.europa.eu/youreurope/citizens/health/index_de.htm

4.5.10 Weitere Informationsangebote und Anlaufstellen

Der **Allergieinformationsdienst** des Helmholtz Zentrums München bietet aktuelle, wissenschaftlich geprüfte Informationen zur Allergieforschung und Allergologie in verständlich aufbereiteter Form an.

www.allergieinformationsdienst.de

Die Website „**Medizinischer Dienst**“ gibt Auskunft über alle Arbeitsbereiche der Medizinischen Dienste, wie beispielsweise die Pflegebegutachtung, die Rehabilitation oder Hilfsmittel.

www.medizinischerdienst.de/versicherte

Es gibt medizinische Leistungen, die Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis selbst bezahlen müssen. Dazu gehören beispielsweise bestimmte Vorsorgeleistungen oder sport- und reisemedizinische Untersuchungen. Diese Leistungen heißen „**Individuelle Gesundheitsleistungen**“, kurz **IGeL**. Der **IGeL-Monitor** bewertet dieses Angebot. Ein interdisziplinäres Team aus den Bereichen evidenzbasierte Medizin und Öffentlichkeitsarbeit des Medizinischen Dienstes Bund wird dabei von externen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern unterstützt.

www.igel-monitor.de

Der **Deutsche Ethikrat** bewertet naturwissenschaftliche, medizinische und rechtliche Fragen unter ethischen Gesichtspunkten. Sein Blick gilt vor allem den möglichen Folgen für Individuum und Gesellschaft. Themen sind zum Beispiel Gen Diagnostik, Organspende und Keimbahneingriffe beim Menschen wie auch das Patientenwohl im Krankenhaus und Big Data im Gesundheitswesen.

Zu den Aufgaben des Deutschen Ethikrats als Dialogforum und Beratungsgremium gehört es, die Öffentlichkeit zu informieren und Diskussionen in der Gesellschaft zu fördern. Außerdem erarbeitet er Stellungnahmen und Empfehlungen für die Bundesregierung und den Deutschen Bundestag.

www.ethikrat.org

Der **Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung** ist durch das Bundesministerium der Justiz als Schlichtungsstelle anerkannt und vermittelt bei Streitigkeiten zwischen privat Kranken- und Pflegeversicherten und den privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen. Ziel ist es, den Streit außergerichtlich beizulegen. Der Ombudsmann arbeitet unabhängig und kostenlos für die Beteiligten.

www.pkv-ombudsmann.de

Das BMG fördert seit dem 1. Oktober 2021 das Projekt **genomDE** zum Aufbau einer bundesweiten Plattform für die medizinische Genomsequenzierung in Versorgung und Forschung. Zunächst stehen dabei Seltene Erkrankungen (*siehe Kapitel 4.4.2 ab Seite 127*) sowie erbliche und nicht-erbliche Krebserkrankungen (*siehe Kapitel 4.4.3 ab Seite 128*) im Vordergrund.

www.genom.de

Das **Umweltbundesamt (UBA)** hat die Aufgabe, die wissenschaftlichen Grundlagen und Maßstäbe für sicheres Trinkwasser stets aktuell zu halten. Es bewertet gesundheitliche Risiken, die bei der Gewinnung und Aufbereitung des Trinkwassers auftreten können. Außerdem zeigt es, wie diese Risiken geringgehalten werden können. Auf der Website finden Sie Informationen rund ums Trinkwasser.

www.umweltbundesamt.de/themen/wasser/trinkwasser

Die **Stiftung Gesundheit** ist eine gemeinnützige Stiftung bürgerlichen Rechts. Seit 1996 setzt sie sich für mehr Transparenz im Gesundheitswesen ein und hilft Verbraucherinnen und Verbrauchern, sich in diesem oft unübersichtlichen Feld zu orientieren. Dazu bietet die Stiftung Gesundheit die kostenfreie Arztsuche unter www.arzt-auskunft.de an.
www.stiftung-gesundheit.de

Stichwortregister

ältere Menschen.....	26 f., 37, 70, 72, 78, 85, 98 f., 106, 118, 133
Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)	51
Alkohol – <i>siehe Drogen</i>	
Alzheimer-Demenz.....	95, 102, 126
ambulante Behandlung.....	15, 44 f., 49, 53, 66, 71 ff., 76 f., 85 f.,
.....	89 f., 100 ff., 104 f., 107 ff., 116, 130
Antibiotika.....	122
Apps auf Rezept.....	81
Arzneimittel.....	15, 20 f., 23 ff., 28, 36, 38, 42, 52 f., 55,
.....	74 ff., 81 f., 89, 91, 97, 102, 106, 122, 128
Arzneimittelzulassung.....	38, 76
Zuzahlung.....	15, 20, 74 f., 83, 86, 93
Arztwahl, freie.....	70, 73, 77, 106
Beratung	57, 66 f., 90 ff., 102, 107, 115, 119 f., 124, 128 ff., 134 f., 148 f.
Bereitschaftsdienst.....	77, 116
Bewegung.....	37, 65, 84, 97 f., 118 f., 130
Blutspende	37, 133
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW).....	49
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP).....	50
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen.....	49
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE).....	51, 136
Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (BMVZ)	49
Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI).....	53
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa).....	53
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)...	118
Bundesärztekammer (BÄK).....	48, 55, 77 f.
Bundezahnärztekammer (BZÄK)	48, 55

Careproof.....	69
Check-up.....	61 ff., 85, 92 f., 114, 137
chronische Erkrankungen.....	29, 37, 39 f., 42 f., 50 f., 61, 63 f., 67, 70 ff., 75, 78, 95 f., 102, 118, 126 ff., 136, 138, 147
COVID-19, Coronavirus.....	67, 82, 131
Depressionen	81, 89
Deutsche Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV-Medizin (dagnä).....	130
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG-SH)	51, 136
Deutscher Behindertenrat (DBR)	50
Deutscher Pflegerat (DPR) – Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen	49
Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS).....	82
Deutsche Krebshilfe.....	129
digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA).....	36, 81 f.
digitale Pflegeanwendungen (DiPA).....	102
Drogen	23, 40, 61, 114 f., 123 f., 149
elektronische Patientenakte (ePA).....	55, 79 f.
elektronisches Rezept (E-Rezept)	55, 79, 81
Entlastungsbetrag.....	100, 103 f.
Gesundheitsämter	47, 66, 77, 82
Gesundheitsfonds	28
Hebammen.....	49, 71, 76
Heilmittel.....	25, 42, 75, 82 ff.
Hospiz – <i>siehe Palliativversorgung</i>	
Impfen.....	23, 38, 47, 62, 65 f., 122 f., 146
Infektionskrankheiten.....	39, 47, 62, 66 f., 82, 119 f., 122, 129 ff., 146, 149
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).....	42, 69
Krebsinformationsdienst.....	128 f.

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS).....	135
Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE).....	127
Nationales Aktionsbündnis Wiederbelebung (NAWIB).....	135
Notfälle.....	24, 72, 77, 86, 90 f.
Operationen.....	15, 21, 69 ff., 74, 86, 91
Orphanet.....	128
Palliativversorgung.....	107 ff.
Pflegebedürftigkeit.....	27, 30 ff., 68, 83, 94 ff., 98 ff., 103 ff., 134, 147
Pflegegeld.....	100 f., 103, 105
Pflegegrad.....	31, 94, 98, 101 ff., 107
Pflegegutachten.....	28, 56 f., 67, 96 ff., 137
Pflegeheime und Pflegeeinrichtungen.....	63, 68 f., 74, 98 f., 106 ff., 110, 135
Pflegekassen.....	28, 45, 68, 85, 95 f., 98 f., 101 ff.
Pflegekräfte.....	22, 25, 67, 79, 101 ff., 109
Pflegenetzwerk Deutschland.....	134
Pflegesachleistungen.....	101, 103 ff.
Rauchen.....	61, 125, 130, 149
Rehabilitation.....	22, 25, 27, 46, 70 ff., 74, 85, 98 f., 137
Schlaganfall.....	90, 130
Schwangerschaft.....	47, 65, 120 f., 124
sexuelle Gesundheit.....	37, 47, 67, 119 f., 122, 130, 149
Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung.....	54
Ständige Impfkommision (STIKO).....	62, 123
stationäre Behandlung.....	46, 71 ff., 85 f., 89, 108, 110
Sterbebegleitung – <i>siehe Palliativversorgung</i>	
teilstationäre Behandlung.....	86, 89, 108
Übergewicht.....	39, 65, 119, 130
U- und J-Untersuchungen.....	65

Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa)	53
Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)	51
Versorgungsatlas für Menschen mit Seltenen Erkrankungen.....	128
vollstationäre Behandlung.....	86
Vorsorge	27, 38, 47, 61 ff., 85, 92 f., 114, 117, 128, 137
Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).....	134
Zweitmeinung.....	70



Informationsangebote

Magazin „Im Dialog“

„Im Dialog“ ist das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit. Es bietet Ihnen Informationen zu allen wichtigen Themen und Ereignissen rund um Gesundheit und Pflege. Hilfreiche Services finden Sie hier ebenso wie Hinweise zu unseren Veranstaltungen und Erläuterungen zu den laufenden Kampagnen. In redaktionellen Beiträgen und mit grafischen Darstellungen werden auch schwierige Fachthemen anschaulich erläutert.

Wenn Sie eine Ausgabe bestellen oder das Magazin dauerhaft als Digital- und/oder Printversion abonnieren möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an: ImDialog@bmg.bund.de

Internetangebote

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de

Mit dem Nationalen Gesundheitsportal erhalten Sie wissenschaftlich fundierte und neutrale Informationen rund um Fragen zur Gesundheit und zum Gesundheitswesen. Sie finden das Angebot unter:

www.gesund.bund.de

Mehrsprachige Informationsmaterialien zu verschiedenen Gesundheitsthemen finden Sie unter:

www.migration-gesundheit.bund.de



Weitere Publikationen

Kostenlose Bestellung von Publikationen unter:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 030 182722721

Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de

Fax: 030 18102722721

postalisch: Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Website: www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen



Ratgeber Impfen – Alles, was Sie zum Thema Impfen wissen sollten

Impfungen gegen Infektionskrankheiten sind eine der erfolgreichsten Maßnahmen der Medizin. Diese Broschüre informiert über den Nutzen und die Risiken von Impfungen und soll bei der Impfentscheidung unterstützen.

Bestellnummer: BMG-G-11183



Ratgeber Krankenversicherung – Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen sollten

Dieser Ratgeber hilft Ihnen, sich in unserem Gesundheitswesen besser zurechtzufinden. Von der Wahl der Krankenkasse bis hin zu Tipps für den Gang in die Apotheke – diese Broschüre zeigt die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick.

Bestellnummer: BMG-G-07031



Ratgeber Krankenhaus – Alles, was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten

Dieser Ratgeber bietet eine Einführung in die Krankenhauslandschaft in Deutschland sowie umfassende Informationen zu den Abläufen und Leistungen, die vor, während und nach einer Krankenhausbehandlung wichtig sind.

Bestellnummer: BMG-G-11074



Ratgeber Pflege – Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten

Der Ratgeber bietet einen Überblick über das Pflegesystem und beantwortet die häufigsten Fragen im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung und anderen Leistungen zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

Bestellnummer: BMG-P-07055



Ratgeber Demenz – Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz

Dieser Ratgeber informiert rund um die Pflege von Menschen mit Demenz, beantwortet häufige Fragen und stellt die Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Bestellnummer: BMG-P-11021

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon, das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt ist, erreichen Sie von Montag bis Mittwoch von 8 bis 16 Uhr, am Donnerstag von 8 bis 18 Uhr und am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter den folgenden Nummern:



Bürgertelefon zur Krankenversicherung
030 3406066-01



Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
030 3406066-02



Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention
030 3406066-03



Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte
Videotelefonie:
www.gebaerdentelefon.de/bmg



E-Mail:
info.gehoerlos@bmg.bund.de

Ihre Fragen beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bürgertelefons, das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von der Telemark Rostock Kommunikations- und Marketinggesellschaft mbH betrieben wird. Personenbezogene Daten werden nur im Rahmen der von der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und vom Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorgegebenen Grenzen erhoben, verarbeitet und genutzt.

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Website:
www.bundesgesundheitsministerium.de/buergertelefon

Infotelefone der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)



BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung¹

0221 892031



Sucht & Drogen Hotline²

01806 313031



BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung³

0800 8313131



BZgA-Telefonberatung zum Thema geschlechtliche und sexuelle Vielfalt sowie zum Schutz vor Konversionsbehandlungen⁴

0221 8992876



BZgA-Infotelefon für Fragen rund um die Organspende⁵

0800 9040400



BZgA-Telefonberatung zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen⁶

0221 892031

¹ Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr, Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

² Montag bis Sonntag von 8 bis 24 Uhr; kostenpflichtig (0,20 Euro pro Anruf aus dem deutschen Festnetz und aus dem Mobilfunknetz)

³ Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr, Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr; Anrufe sind kostenfrei

⁴ Montag bis Donnerstag von 12 bis 16 Uhr





⁵ Montag bis Freitag von 9 bis 18 Uhr; Anrufe sind kostenfrei

⁶ Montag bis Donnerstag von 10 bis 22 Uhr und Freitag bis Sonntag von 10 bis 18 Uhr

Impressum

Herausgeber

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

-  bmg.bund
-  bmg_bund
-  BMGesundheit
-  bundesgesundheitsministerium

Stand

Oktober 2024, 6. aktualisierte und überarbeitete Auflage

Druck

Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG,
60386 Frankfurt am Main

Papier

Circle Offset Premium white,
Blauer-Engel-zertifiziert, FSC-zertifiziert

Gestaltung

Scholz & Friends Berlin GmbH, 10178 Berlin

Gestaltung, Layout und Satz

ifok GmbH, 64625 Bensheim
die wegmeister gmbh, 70376 Stuttgart

Bildnachweis

Thomas Ecke / BMG / S. 4
Mareen Fischinger / Westend61 / Getty Images / S. 20
Joseffson / Westend61 / Getty Images / S. 57
Maskot / Getty Images / S. 96
Gorodenkoff / Adobe Stock / S. 121
Nicolas Hansen / shapecharge / Getty Images / S. 144

Die Broschüre Gesund in Deutschland können Sie kostenlos heruntergeladen oder bestellen:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Servicetelefon: 030 182722721

Servicefax: 030 18102722721

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Bestellung über das Gebärdentelefon:

gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de

Onlinebestellung: www.bundesregierung.de/publikationen

Bestellnummer: BMG-G-11088



Weitere Publikationen der Bundesregierung zum Herunterladen und zum Bestellen finden Sie ebenfalls unter:
www.bundesregierung.de/publikationen

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.

Weitere Informationen
zum deutschen
Gesundheitssystem finden
Sie hier:



www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet.