

Im Dialog

Das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit

SCHWERPUNKT

Künstliche Intelligenz

Junge Forscherinnen und Forscher arbeiten an praktischen KI-Lösungen für Gesundheit und Pflege

DIGITALISIERUNG

Zukunft der Krankenhäuser im Fokus

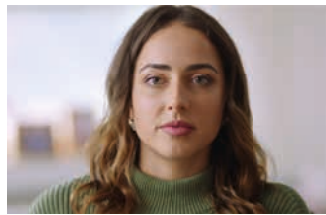
PANORAMA

Corona: Betroffene erzählen ihre Geschichte

04 Schwerpunkt



- 04 **KI unterstützt individuelle Krebstherapie**
Digitalisierung hilft dabei, die Qualität der Gesundheitsversorgung weiter zu verbessern
- 09 **KI – Ein neues Werkzeug im Arztkoffer**
Gastautor Lars Roemheld über den Nutzen



18

28



- 10 **Digitalisierung**
Das Krankenhauszukunftsgesetz
Digitalisierungsschub für Kliniken

- 12 **Die Story**
Masernschutzgesetz – Besuch in einer Kita
Eine Kita-Leiterin berichtet über ihre Erfahrungen

- 14 **Hintergrund**
Kein Platz für Masern
Die Infografik zum Thema

Impressum

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

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

Redaktion und Gestaltung:
CP/COMPARTNER, 45128 Essen

Druck: Bonifatius GmbH, 33042 Paderborn
Papier: Vivus 100 (Umschlag) und LEIPA ultraSKY (Innenteil); Blauer-Engel-zertifiziert, FSC-zertifiziert

Redaktionsschluss: 5. März 2021

Titelbild: Dr. Titus Brinker (li.) im Gespräch mit Informatiker Achim Hekler und Molekularbiologin Dr. Tanja Jutzi.

Bildnachweis: Uwe Anspach (1, 2, 4, 6, 7); BMG (2, 3, 8, 13, 18, 19, 20, 21); AdobeStock/francescoridolfi.com (3, 29); Jan Pauls/hih (9); Shutterstock/Drazen Zigic (10); Katharina Müller-Güldemeister (12); Shutterstock/yindee (14, 15, 23, 24, 34); BrauerPhotos/J Reetz (16); AdobeStock/VectorMine (23); Fs (25); Fabian Stuertzt/Photographer (27); Shutterstock/tynyuk (32); Dorothea Blankenhagen (35)

Bestellmöglichkeit:
Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock
Servicetelefon: 030 182722721
Servicefax: 030 18102722721
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Bestellung über das Gebärdentelefon:
gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de
Online-Bestellung:
www.bundesregierung.de/publikationen
Kostenloses Abonnement:
E-Mail: ImDialog@bmg.bund.de
Bestellnummer: BMG-G-11098



Bundesministerium für Gesundheit

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

16 **Panorama**

„Impfungen gehören zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen“

RKI-Präsident Prof. Lothar H. Wieler im Interview

18 **#IchHatteCorona**

Betroffene erzählen ihre Geschichte

22 **Global Health**

Globale Gesundheit gemeinsam gestalten

24 **Ratgeber**

Apotheke vor Ort ist eine zentrale Anlaufstelle für eine gute Arzneimittelversorgung

VOASG sorgt für einen fairen Wettbewerb

26 **Serie**

PTA – Wissen, was gebraucht wird

28 **Pflege**

Das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

Wichtiger Schritt zur Optimierung

30 **Ratgeber**

BMG im Dialog zum Thema Pflege zu Hause

34 **Junge Seiten**

Gut geschützt

Tipps zum Schutz vor Sonnenbrand



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Seit mehr als einem Jahr beeinflusst das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 unser Leben in einem bis dahin unvorstellbaren Maß. Weit über 114 Millionen Menschen weltweit haben sich bis heute (5. März 2021) mit dem Virus infiziert. Die Corona-Pandemie forderte mehr als 2,5 Millionen Menschenleben. Allein in Deutschland beklagen wir bis heute weit über 71.000 Todesfälle. Um die Toten trauern ihre Hinterbliebenen – Partnerinnen und Partner, Kinder, Enkel, Freundinnen und Freunde. Am 18. April 2021 werden wir ihrer gemeinsam bei einer zentralen Veranstaltung gedenken.

Hinter diesen erschreckend hohen Zahlen stehen vor allem viele individuelle Schicksale und ganz persönliche Leidensgeschichten. Unter der Überschrift „Ich hatte Corona“ haben uns ganz junge wie auch ältere Menschen ihre Erfahrungen mit dem Coronavirus geschildert. Ihre Geschichten verdeutlichen uns einmal mehr, wie brutal und rücksichtslos dieses Virus zuschlagen kann und wie verletzlich wir Menschen sind. Sie zeigen uns aber auch, worauf es ankommt in dieser Pandemie: Auf uns alle! Nur zusammen werden wir das Coronavirus besiegen.

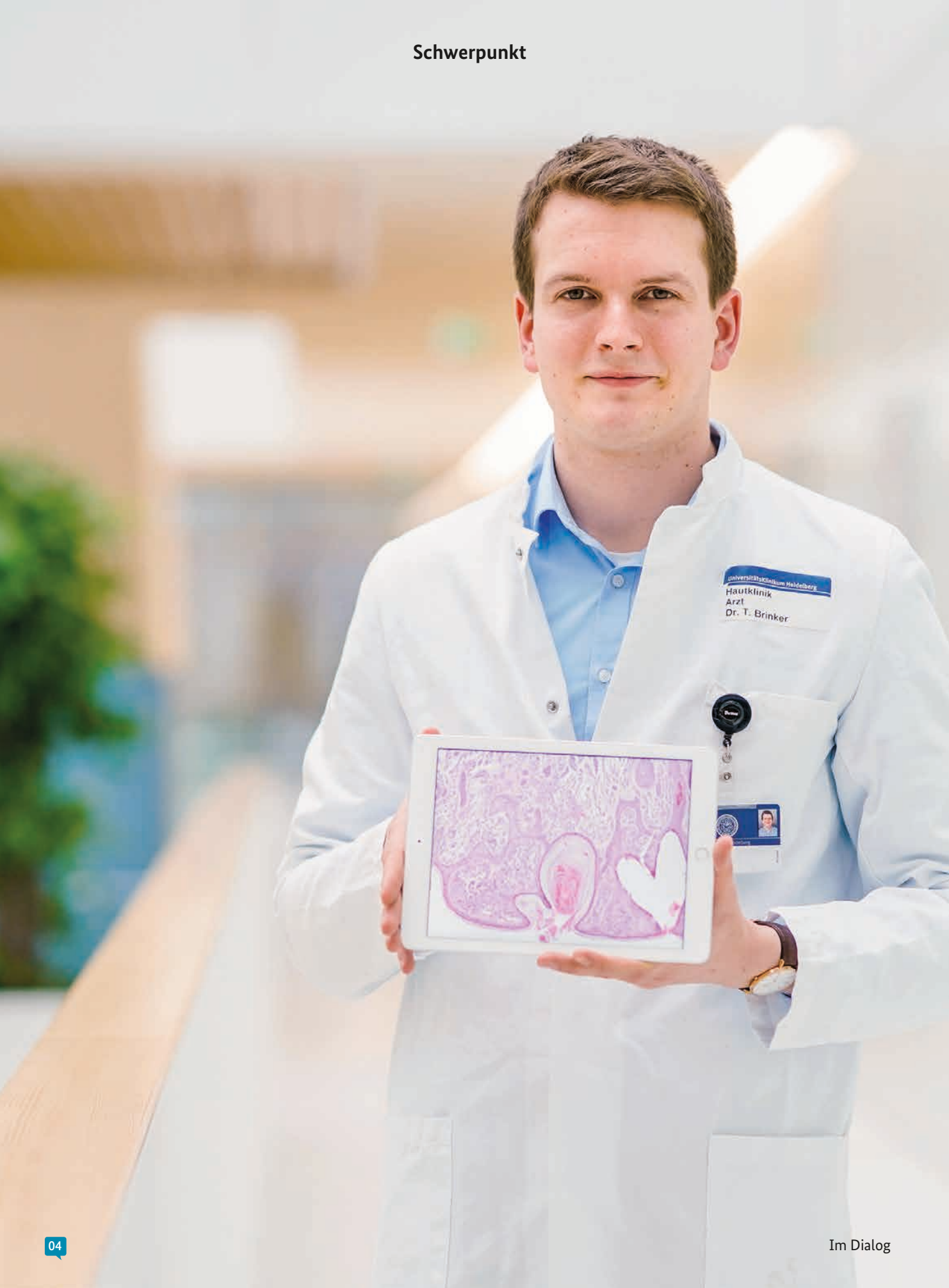
Es ist ein Segen, dass wir Ende des vergangenen Jahres mit den Impfungen gegen COVID-19 starten konnten. Auch wenn es anfangs nur langsam voranging, sind wir mittlerweile auch in Deutschland auf einem guten, ja dem einzigen Weg raus aus der Pandemie. Dem beeindruckenden Forschergeist deutscher Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ist es zu verdanken, dass uns heute mehrere wirksame und zuverlässige Impfstoffe zur Verfügung stehen. Der erste zugelassene COVID-19-Impfstoff wurde in Deutschland entwickelt. Uns macht dies stolz und zuversichtlich, denn es zeigt, unser Gesundheitswesen wird auch in Zukunft zu den besten und leistungsfähigsten gehören.

Das gilt aber nicht nur für die Entwicklung von Impfstoffen, sondern beispielsweise auch auf dem Gebiet der Künstlichen Intelligenz, wie es der Schwerpunkt dieser Ausgabe der *Im Dialog* eindrucksvoll beschreibt. Vieles von dem, was heute bereits möglich ist, war vor nicht allzu langer Zeit noch unvorstellbar. Das macht Mut – gerade in dieser Zeit – und gibt uns Zuversicht für die Zukunft.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr

Jens Spahn
Bundesgesundheitsminister



KI unterstützt individuelle Krebstherapie

Die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen ermöglicht es, die hohe Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland weiter zu verbessern. Smarte Algorithmen und selbstlernende Expertensysteme haben das Potenzial, medizinische Entscheidungsprozesse in Echtzeit zu unterstützen. Daher fördert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gezielt Projekte aufstrebender Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf dem Feld der Künstlichen Intelligenz (KI). Einer dieser Forscher ist Dr. Titus Brinker, der mit seinem Team am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg einen Algorithmus zur Bestimmung von schwarzem Hautkrebs entwickelt hat.

Text Heike Reinhold

Ein verregneter Morgen am Radiologischen Forschungs- und Entwicklungszentrum des DKFZ in Heidelberg. Das Team rund um den Dermatologen Dr. Titus Brinker trifft sich zur Lagebesprechung. Projektleiter Achim Hekler und sein Informatikkollege Max Schmitt diskutieren mit der Molekularbiologin Dr. Tanja Jutzi und dem Molekularbiologen Lucas Schneider, wie sie ihren KI-Algorithmus zur Bestimmung verdächtiger Hautveränderungen noch präziser trainieren können. Die Mitglieder des interdisziplinären Teams sind hochmotiviert, die Ergebnisse erster Studien vielversprechend. Konkret geht es um die Anwendung von Künstlicher Intelligenz (KI) bei der Auswertung von

Zur Person: Dr. Titus Brinker

Der 30-jährige Mediziner aus Lüneburg arbeitet seit Ende 2017 als Assistenzarzt in der Dermatologie der Universitätsklinik Heidelberg sowie als Arbeitsgruppenleiter am Deutschen Krebsforschungszentrum und Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg. Bereits als Student in Gießen entwickelte er die kostenfreie App Smokerface, die anhand eines Selbstporträts dem Nutzer die beschleunigte Hautalterung durch das Rauchen vor Augen führt. Für die Gründung und Leitung des Vereins „Aufklärung gegen Tabak e. V.“ wurde er mehrfach von Bundeskanzlerin Angela Merkel ausgezeichnet. Mit den Modellprojekt-Apps „AppDoc“ und „Intimarzt“ lancierte Brinker ab 2018 die bundesweit ersten genehmigten Online-Hautarzt-Anwendungen ohne direkten Patientenkontakt, die insbesondere in der aktuellen Corona-Pandemie mehrere Tausend Menschen mit Hautproblemen versorgen konnten. Aktuell arbeitet er unter anderem am Aufbau einer Plattform, auf der Patientinnen und Patienten künftig selbst entscheiden können, was mit ihren Patientendaten passiert. Er hofft, dass dadurch in Zukunft schneller Daten für die Forschung EU-DSGVO-konform freigegeben werden können.

medizinischen Bildaufnahmen. Denn die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler konnten zeigen, dass ihr digitales Assistenzsystem sehr gute Ergebnisse bei der Erkennung von schwarzem Hautkrebs liefern kann. „Wir gehen davon aus, dass die KI rund die Hälfte der Melanome, die aktuell übersehen werden, erkennt. Gleichzeitig werden pro Jahr 80.000 Muttermale umsonst entfernt. Diese Operationen könnten wir einsparen“, so die Zielsetzung von Brinker.

Präzise Diagnose mit KI

Im Skin Classification Project, das vom BMG gefördert wird, geht es darum, modellhaft den Einsatz intelligenter digitaler Systeme zur Verbesserung der dermatologischen Patientenversorgung zu entwickeln. „Als wir vor über einem Jahr gestartet sind, hatten wir sehr genaue Vorstellungen davon, was ein Assistenzsystem zur Bestimmung verdächtiger Hautveränderungen können muss. Aber es gab noch keine Benchmark, an der wir hätten testen können, wie gut unser Algorithmus ist. In der Klinik wurde ein Nutzen von KI bei Hautkrebs bislang noch nicht nachgewiesen“, fasst Brinker die Ausgangsvoraussetzungen zusammen. Die

Forscherinnen und Forscher erstellten ein eigenes Testset mit Open-Source-Bildern von schwarzem Hautkrebs und gutartigen Fehlbildungen der Haut. Alle Beispiele waren durch eine Biopsie histologisch gesichert. In einer Studie traten dann 157 Hautärztinnen und -ärzte von zwölf deutschen Universitätskliniken gegen die Künstliche Intelligenz aus Heidelberg an und beurteilten anhand von 100 Bildern, ob es sich um ein Muttermal oder schwarzen Hautkrebs handelte. Nur sieben der 157 Dermatologinnen und Dermatologen schnitten besser ab als der Algorithmus, 14 erzielten gleich gute und 136 hatten schlechtere Ergebnisse. „Ein toller Erfolg für uns. Am Ende war die Künstliche Intelligenz präziser als erfahrene Kliniker. Das hat uns angespornt und wir haben begonnen, den Algorithmus mit Bildern in sehr hoher Qualität zu trainieren“, so der Mediziner. Schnell stellte sich heraus, dass die Größe der nationalen Hautkrebsbilddatenbank für das Training von neuronalen Netzen deutlich kleiner sein kann als zu Beginn des Projektes angenommen. Künstliche neuronale Netze sind Algorithmen, die dem menschlichen Gehirn nachempfunden sind und als Grundlage für die Künstliche Intelligenz gelten.

Interdisziplinäres Team: Informatiker Achim Hekler, Mediziner Dr. Titus Brinker sowie die Molekularbiologen Lucas Schneider und Dr. Tanja Jutzi. (v. l. n. r.)





Die Anwendung von Künstlicher Intelligenz bei der Auswertung von medizinischen Bildaufnahmen.

Entscheidend für die Zuverlässigkeit datengetriebener Vorhersagen ist dabei, so die Erkenntnis der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die Datenqualität und weniger die Quantität der Bilder. „Wir sind mit diesem Projekt sehr nah an der Anwendung. Das ist ein großer Anreiz“, unterstreicht auch Jutzi, die mit ihrem molekularbiologischen Hintergrund die Forschung an entscheidender Stelle unterstützt. Sie lobt vor allem die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team: „Wir haben alle einen unterschiedlichen Background und daher einen anderen Blick auf das Problem. Dadurch ergeben sich ganz neue Fragestellungen.“ Aktuell ist das Forscherteam dabei, auch genetische und klinische Daten in das Training des Algorithmus einzubinden. „Wir kommen der biologischen Realität schon sehr nah“, erklärt Brinker und betont: „In einem nächsten Schritt wird es darum gehen, den Nutzen von KI am Patienten in der Klinik zu demonstrieren.“

Individuelle Versorgung von Patienten

Ein weiteres vom BMG gefördertes Projekt, an dem das Team um Brinker seit März 2020 arbeitet, ist die Tumorverhalten-Prädiktions-Initiative. Dabei geht es



*„Künstliche Intelligenz hat das Potenzial, die Kosten im Gesundheitswesen erheblich zu senken. Die Versorgungsqualität wird erhöht, Diagnostik und Therapie werden individueller und die Patientinnen und Patienten profitieren von weniger Nebenwirkungen.“
Dr. Titus Brinker*

darum, auf Basis von smarten Daten die patientenzentrierte Präzisionsonkologie bei Melanom, Brust- und Prostatakrebs zu verbessern und die Therapiesteuerung zu individualisieren. Zentrale Fragen lauten: Mit welcher Wahrscheinlichkeit wird dieser oder jener Krebs streuen? Wie wird die Patientin oder der Patient auf die Therapie ansprechen? Der Individualisierungsaspekt steht bei diesem Projekt im Vordergrund, wie Brinker betont: „Es geht mir darum, dem Arzt präzisere Werkzeuge bei der Wahl der Therapie anbieten zu können und dadurch Belastungen und Nebenwirkungen für den Patienten so

gering wie möglich zu halten.“ Bislang seien Diagnostik und Therapiesteuerung bei den genannten Krebsarten noch nicht ausreichend individuell. Digitale Expertensysteme hätten jedoch die Möglichkeit, dies zu ändern: „Wie sich ein Krebs verhält, hängt sehr von der Genetik und seiner Mikroumgebung ab. Die Genetik hat morphologische Entsprechungen, sogenannte Korrelate, die sich mit KI erkennen lassen, und auch die direkte Umgebung ist in einem hochaufgelösten histologischen Schnitt digital gut zu erfassen. Das macht eine individualisierte Therapieentscheidung möglich.“ Selbstlernende Expertensysteme können auf der Basis verschiedener Erhebungsergebnisse – dazu gehören messbare Parameter biologischer Prozesse, die sogenannten Biomarker, genetische Charakterisierungen und andere klinische Daten – eine zielgenaue patientenindividuelle Versorgung ermöglichen. Verbesserungen für Patientinnen und Patienten beschränken sich dabei nicht nur auf den Bereich der Diagnostik, sondern steigern auch in erheblichem Maß die Möglichkeiten der personalisierten Behandlung und Nachsorge. Das Optimierungspotenzial sei enorm, wie der Assistenzarzt herausstellt: „Dadurch, dass wir multiple Faktoren, die prädiktiv sind für ein bestimmtes Tumorverhalten, abbilden können, wird Präzisionsonkologie überhaupt erst möglich. Wir sprechen dabei über Entscheidungen auf Pixel-Ebene, die das Problem der Übertherapie lösen könnten.“ Letztlich werde in Deutschland, so der 30-Jährige, nach wie vor zu viel therapiert: „Man weiß zum Beispiel, dass ein Drittel der Melanome nie streut. Dieses Drittel bräuchte also eigentlich nie eine Immuntherapie. Da man jedoch nicht genau identifizieren kann, welches Drittel dies ist, erhält der individuelle Patient oft eine überflüssige Maximaltherapie und hat anschließend mit den Nebenwirkungen zu kämpfen. Das wollen wir mithilfe von KI ändern.“ Die Tumorverhalten-Prädiktions-Initiative wird zunächst für einen Zeitraum von 30 Monaten gefördert. Die Motivation »

Schwerpunkt



„Künstliche Intelligenz wird die Möglichkeiten, Patientinnen und Patienten zu behandeln, deutlich erweitern – so wie einst das Stethoskop, der Röntgenapparat oder die Nuklearmedizin. Das medizinische Wissen wächst immer schneller.

Künstliche Intelligenz kann es Ärztinnen und Ärzten einfach zugänglich machen. Sie kann binnen Sekunden zigtausend Röntgenbilder miteinander vergleichen und Mediziner so dabei unterstützen, schneller die korrekte Diagnose zu stellen. Sie kann helfen, die richtige Therapie auszuwählen und die Behandlung exakt auf den Patienten zuzuschneiden.“

Jens Spahn
Bundesgesundheitsminister

» bei den Forscherinnen und Forschern ist groß: „Wir haben jetzt die Chance, den konkreten Nutzen für die Patientinnen und Patienten unter Beweis zu stellen. Das muss unser oberstes Ziel sein.“

Zusammenspiel von Menschen und Maschine

Beide Forschungsprojekte zeigen eindrucksvoll, wie das Gesundheitswesen in Deutschland in den kommenden Jahren von Künstlicher Intelligenz profitieren kann. „In der Mustererkennung ist die KI sehr viel genauer als der Mensch. Sie macht Entscheidungen reproduzierbar. Dadurch werden Diagnose und Therapie auch für den Patienten transparent und besser verständlich“, stellt Brinker heraus. Auch der Zeitfaktor spielt eine große Rolle: Die Ausbildung einer Pathologin oder eines Pathologen beispielsweise dauert fünf

Jahre. Ein KI-Training nach der Deep-Learning-Methode des maschinellen Lernens ist derzeit in ein bis zwei Stunden absolviert. Dennoch: Die KI wird immer ein Assistenzsystem bleiben, die alleinige Diagnose durch einen Algorithmus ist nach Meinung des Wissenschaftlers nicht zu empfehlen:

„Die systematische Untersuchung eines Patienten kann keine Maschine übernehmen. Der Mensch ist nicht ersetzbar. Deshalb sollten wir auch keine Angst vor der Künstlichen Intelligenz haben.“ Dem kann sich auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn nur anschließen: „Künstliche Intelligenz und digitale Anwendungen werden Ärzte nicht ersetzen. Aber die Ärztinnen und Ärzte, die digitale Anwendungen nutzen, werden auf lange Sicht die ablösen, die noch mit Karteikarten arbeiten.“ Künftig wird es vermehrt darum gehen, die Qualitäten der KI in der Datenerfassung und ihre Genauigkeit zu nutzen, um präzisere Diagnosen zu stellen und menschliche Kapazitätsgrenzen auszugleichen. Beste Ergebnisse erzielt bislang übrigens die Kombination von Mensch und Maschine, wie das Forscherteam aus Heidelberg zeigen konnte. Eine Studie aus dem Oktober 2019 ergab eine erhöhte Genauigkeit bei der Kombination von menschlicher und Künstlicher Intelligenz bei der rein visuellen Bewertung von Bildern. «

Nutzen von KI für den Menschen

Das Bundesministerium für Gesundheit fördert Projekte, die wissenschaftliche Erkenntnisse zum Nutzen digitaler Innovationen generieren und dadurch einen Beitrag zur Verbesserung der patientenzentrierten Versorgung leisten. Die im Text beschriebenen Beispiele aus Heidelberg stehen stellvertretend für eine Reihe spannender Forschungsprojekte, die durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert werden. So ist im Januar 2020 an der Fraunhofer-Einrichtung für Mikrosysteme und Festkörper-Technologien in München ein Projekt gestartet, das Künstliche Intelligenz zur Prophylaxe von Wundliegeneschwüren nutzt. Bereits abgeschlossen ist ein Projekt am Zentrum für Medizinische Informatik an der Technischen Universität Dresden, das die Einsatzmöglichkeiten und den klinischen Nutzen von Big-Data-Anwendungen im Kontext seltener Erkrankungen untersucht hat. Insgesamt werden aus Mitteln der KI-Strategie der Bundesregierung durch das Bundesministerium für Gesundheit 21 spannende Projekte gefördert.

Die KI-Strategie der Bundesregierung

Im Herbst 2018 wurde die „Strategie Künstliche Intelligenz der Bundesregierung“ mit dem Ziel verabschiedet, die Wettbewerbsfähigkeit des Landes für die Zukunft zu sichern. Bundeskanzlerin Angela Merkel möchte „Deutschland zu einem führenden Standort für Künstliche Intelligenz“ und „KI made in Germany“ zu einem Markenzeichen für gemeinwohlorientierte Wertschöpfung machen. Staatlich geförderte KI-Projekte müssen sich am Gemeinwohl sowie dem allgemein positiven Nutzen orientieren. KI soll ethisch, rechtlich, kulturell und institutionell in die Gesellschaft eingebettet werden. Um Deutschland im Kampf gegen die COVID-19-Pandemie zu stärken und die Grundlagen für die Wettbewerbsfähigkeit auch nach der Krise zu legen, verstärkt die Bundesregierung ihr Engagement für die Zukunftstechnologie KI jetzt noch einmal deutlich: Bis 2025 werden die Investitionen des Bundes in KI aus Mitteln des Konjunktur- beziehungsweise Zukunftspaketes von drei auf fünf Milliarden Euro erhöht.



www.ki-strategie-deutschland.de

KI – Ein neues Werkzeug im Arztkoffer

Lassen Sie sich nicht verunsichern: Auch wenn die Künstliche Intelligenz (KI) ein Trendthema in allen Lebensbereichen ist, ist die Realität von KI für Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten weit weniger bombastisch und bedrohlich als oft dargestellt.

Text Lars Roemheld



Wem hilft das?

Dafür können KI-Systeme, ausgestattet mit den richtigen Trainingsdaten, genauso gut wie die besten Ärztinnen und Ärzte der Welt Muster erkennen – und dabei wesentlich mehr Daten auf einmal berücksichtigen. So kann Spitzendiagnostik breiter verfügbar gemacht und Fehler können vermieden werden. Zusätzlich wird umfassendere Versorgung möglich, beispielsweise wenn eines Tages die Patientendaten von ambulanter Pflege, Fachärztinnen und -ärzten sowie vorherigen Krankenhausaufenthalten für die Notfallversorgung automatisch durchkämmt und zur Diagnose analysiert werden können. Solche KI-Systeme unterstützen ärztliches und pflegerisches Handeln, indem Hinweise, Warnungen, Erinnerungen gegeben werden. Damit wird die KI ein weiteres Werkzeug im Arztkoffer, neben Handbüchern, Messinstrumenten und Konsiliarbericht. Auch der administrative Teil des Gesundheitswesens kann von KI profitieren: ob das eine vorausschauende Bestellung von Medikamenten ist, die teilautomatisierte Dokumentation eines Behandlungsfalls oder eine Vorsorgeempfehlung aufgrund einer personalisierten Risikoberechnung. Alle diese Potenziale stimmen mich optimistisch, dass mit KI eine bessere und auch eine auf die Patientin bzw. den Patienten personalisiertere Versorgung möglich wird. Gleichzeitig sind KI im Allgemeinen und ML im Speziellen auch „nur“ Werkzeuge der Datenverarbeitung und der Medizin: Sie werden unser Gesundheitssystem noch lange beeinflussen und verbessern. Aber auch nicht anders, als digitale Handbücher, hochpräzise Messinstrumente oder Telekonsile per Videotechnologie das auch schon tun.

Was ist KI?

Der Begriff „KI“ bezeichnet grundsätzlich Computersysteme, die hinreichend „intelligent“ wirkende Tätigkeiten ausüben. Da wir Menschen uns nicht immer darüber einig sind, was eigentlich „intelligent“ ist, wird auch der Begriff „KI“ gern lose verwendet. Ganz banal können das etwa Systeme sein, die im Krankenhaus einen automatischen Alarm auslösen, wenn bestimmte Blutwerte einer Patientin oder eines Patienten eine vorprogrammierte Schwelle überschreiten. KI im engeren Sinne bedeutet meist maschinelles Lernen (ML). Auch dabei befolgt ein Computer Regeln, um – im Beispiel bleibend – einen Alarm auszulösen. Allerdings findet die KI hier die Regeln selbstständig aus Beispielen. Das hat durchaus Ähnlichkeiten mit menschlichem Lernen: Ein Radiologe in Ausbildung etwa versucht unter Anleitung von Lehrbeispielen und Expertenwissen auf Röntgenbildern Brustkrebs zu erkennen. Ebenso wird ein ML-Algorithmus trainiert, indem viele Bilder immer wieder analysiert werden und indem die ML-Diagnosen durch mathematische Optimierung dem existierenden Expertenwissen angepasst werden. Während Ärztinnen und Ärzte beim Lernen auf ein tiefes Verständnis des Körpers und seiner Krankheiten zurückgreifen, arbeitet das maschinelle Lernen sozusagen „naiv“ und erlernt Muster allein aus den Daten, mit denen es trainiert wurde. Daher brauchen auch modernste ML-Algorithmen weiterhin wesentlich mehr Beispieldaten zum Lernen als menschliche Ärztinnen und Ärzte.

health innovation hub (hih) des Bundesministeriums für Gesundheit

Seit April 2019 berät der hih das Ministerium in Fragen rund um Digital-Technologien. Das Team aus Expertinnen und Experten fungiert dabei gewissermaßen als Brückenkopf in die digitale Szene. Ein zentrales Ziel ist es, neue Entwicklungen möglichst schnell zu erkennen und auf ihren Nutzen für die Patientinnen und Patienten zu prüfen. Dabei soll das Expertengremium das Ministerium beraten, aber unabhängig agieren.



www.hih-2025.de

Das Krankenhauszukunftsgesetz – Digitalisierungsschub für Kliniken

Infolge der Corona-Pandemie ist die Zustimmung zur Digitalisierung im Gesundheitssektor gestiegen. Videosprechstunden oder Online-Krankschreibungen wurden von vielen Menschen angenommen. Um auch die digitale Infrastruktur der Krankenhäuser zu verbessern, wurde das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) verabschiedet.

Text **Oliver Jesgulke**

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz wurde von der Bundesregierung im vergangenen Herbst ein über vier Milliarden Euro schweres Investitionsprogramm auf den Weg gebracht. Das Ziel: die Modernisierung und Digitalisierung der hiesigen Krankenhäuser anzukurbeln. Drei Milliarden Euro stammen aus dem Bundeshaushalt. Hinzu sollen weitere 1,3 Milliarden Euro über die 16 Länder und die Krankenhausträger mit einem Eigenfinanzierungsanteil kommen. Die Förderung erfolgt aber nicht nach dem Gießkannenprinzip: Über den sogenannten „Krankenhauszukunftsfonds“ sollen konkrete und nachweisbare Projekte zum (IT-)technischen Aufbau, der Verbesserung und Erneuerung von Notfallkapazitäten, der digitalen Infrastruktur und der IT-Sicherheit von Kliniken sowie von regionalen Versorgungsstrukturen erfolgen. Die finanzielle Unterstützung kommt zu einem wichtigen Zeitpunkt: Sämtliche Kliniken – ob kommunal, privatgeführt, angeschlossen an Universitäten oder in freigemeinnütziger Trägerschaft – stehen seit einem Jahr an vorderster Front im Kampf gegen die um sich greifende Corona-Pandemie.

In dieser Ausnahmesituation befinden sich die Häuser inmitten der Transformation: Die Digitalisierung klinischer



Arbeitsabläufe hat in den zurückliegenden Jahren Fahrt aufgenommen. Und das Virus zeigt, wie wichtig und notwendig dieser Schritt ist. Dabei wirkt es zusehends wie eine Art Katalysator: Millionen von Bürgerinnen und Bürgern verwenden heute die Corona-Warn-App oder greifen vermehrt auf telemedizinische Angebote zurück. So ist etwa laut dem Zentrum für Telematik und Telemedizin allein bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die Anzahl der Videosprechstunden im Frühjahr 2020 von wenigen Tausend im Vorjahreszeitraum auf über 1,2 Millionen hochgeschwungen. Und auch der Gesetzgeber hat mit verschiedenen Gesetzen nachgelegt: Die Einführung der elektronischen

Patientenakte ist nur eine von vielen Neuerungen. Arzneimittelrezepte und Krankschreibungen werden unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit ebenfalls digital ermöglicht.

Gefahr durch Cyber-Attacken so hoch wie nie

Branchenkennerinnen und -kenner sind überzeugt, dass der digitale Wandel im deutschen Gesundheitssystem als Folge der Corona-Krise deutlich schneller voranschreiten wird. So soll die Pandemie die Einführung digitaler Dienstleistungen im medizinischen Sektor weltweit um mindestens zwei Jahre beschleunigen, prognostiziert die Unternehmensberatung Roland

Berger. Im europäischen Vergleich bewegt sich Deutschland allerdings weiter im unteren Mittelfeld. Länder wie Dänemark, die Niederlande oder Estland dagegen haben schon frühzeitig ihren Gesundheitssektor digitalisiert, so ein Positionspapier des Fraunhofer-Instituts für Software- und Systemtechnik. Das hat viele Gründe: Der digitale Entwicklungsstand ist von Krankenhaus zu Krankenhaus höchst unterschiedlich. Während in Leuchtturm-Kliniken schon KI und Robotik zum Einsatz kommen, müssen sich Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen, auch in Abhängigkeit von den Investitionsmitteln der jeweiligen Bundesländer, teilweise zwischen medizinischen Großgeräten und der Verbesserung der IT-Sicherheit entscheiden. Und die Pandemie fördert einige altbekannte Schwächen zutage: Die Vernetzung der Häuser und Verbände untereinander ist noch immer verbesserungswürdig. Die Interoperabilität von Systemen ist vielerorts nicht gewährleistet. Und dann droht Ungemach aus dem Internet: Die Gefahren für alle Branchen und damit auch für die Krankenhäuser nehmen zu – so das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). Damit die IT-Infrastrukturen in den Kliniken robuster werden, setzt das Krankenhauszukunftsgesetz einen Schwerpunkt auf IT-Sicherheit.

Verbände begrüßen das neue Gesetz

„Das Gesetz setzt einen wichtigen Impuls, um den Aufbau der IT-Infrastruktur voranzubringen. Die Unikliniken brauchen dringend eine moderne digitale Ausstattung, damit sie auch zukünftig wichtige Impulse in der Krankenversorgung setzen und digitale Innovationen auf den Weg bringen können“, kommentiert Jens Bussmann, Generalsekretär des Verbands der Universitätsklinik Deutschlands e. V. (VUD), das neue Gesetz. „Ein Schwerpunkt dürfte das Thema IT-Sicherheit sein, zumal die Universitätskliniken da bisher durch den Krankenhausstrukturfonds nicht förderfähig waren“, so Bussmann

weiter. „Aus unserer Sicht ist das Krankenhauszukunftsgesetz ein gutes und wichtiges Signal an die Bundesländer, die seit Jahren ihrer Verantwortung in der Investitionsfinanzierung nicht ausreichend nachkommen“, pflichtet Thomas Bublitz vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) bei. Der Hauptgeschäftsführer begrüßt die Bandbreite an förderungsfähigen Vorhaben, Nachbesserungen hingegen fordert er für Vorsorge- und medizinische Rehabilitationseinrichtungen, die sonst leer ausgingen.



„Wir senden damit das klare Signal: Deutschlands Krankenhäuser sollen stark bleiben! Wir investieren in ihre digitale Zukunft – weil wir gerade in der Pandemie erfahren haben, wie wichtig gut ausgerüstete und funktionierende Krankenhäuser sind. Und wir spannen unseren Schutzschirm für die Kliniken weiter auf – weil wir wissen, dass einige Krankenhäuser immer noch unter den finanziellen Folgen der Pandemie leiden.“

Jens Spahn
Bundesgesundheitsminister

Ebenso hat der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) hohe Erwartungen an das KHZG: „Das Förderpaket für Digitalisierung ist sehr positiv und war dringend notwendig. Die Kliniken haben seit Langem eine solche Anschubfinanzierung gefordert, da sie die dafür notwendigen Investitionen aus den laufenden Einnahmen nicht stemmen können“, sagt Geschäftsführerin Bernadette Rummelin. Eine Hürde sieht sie in der Vorgabe des Gesetzes, dass Kliniken selbst 30 Prozent an Investitionsmitteln beisteuern müssen, wenn die Länder dies nicht tun. „Die konkreten, auf Digitalisierung ausgerichteten Fördertatbestände sind richtig und

können Krankenhäuser bei der langfristigen Sicherstellung der Versorgung und Aufrechterhaltung der hohen Versorgungsqualität unterstützen“, pflichtet Markus Holzbrecher-Morys bei. „Ob sich die in der Förderrichtlinie enthaltenen Anforderungen für die einzelnen Förderprojekte in dieser Form alle umsetzen lassen, muss sich dann zeigen – teils bedarf es noch entsprechender Lösungen am Markt“, gibt er zu bedenken. Das Interesse der gut 2.000 Krankenhäuser sei laut dem Geschäftsführer für IT, Datenaustausch und eHealth der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. jedenfalls hoch – bis zu zwei Drittel hätten sich über das Thema informiert. Zudem fordert er, dass Krankenhäuser, die nach dem IT-Sicherheitsgesetz besondere Anforderungen erfüllen müssen, von Investitionen nicht ausgeschlossen werden. Auch Christoph Radbruch, Vorsitzender des Deutschen evangelischen Krankenhausverbands e. V. (DEKV), geht von einem wichtigen Schub für seine Mitgliedshäuser aus. Er sieht jedoch ein paar formelle Hürden: „Teilweise sind die Anforderungen sehr detailliert und im vorgegebenen zeitlichen Rahmen für die Beantragung der Fördermittel nicht leicht übertragbar.“ Für ihn wäre daher ein längerer als der bis Ende 2021 vorgesehene Antragszeitraum wünschenswert, gerade weil sich die Krankenhäuser derzeit im Ausnahmezustand befinden.

Weitere Informationen zum Thema unter:



www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenzukunftsgesetz



www.krankenhauszukunftsfonds.de



[www.kfw.de/inlandsfoerderung/
Öffentliche-Einrichtungen/
Kommunale-Unternehmen/
Infrastruktur/
Krankenhaus-digitalisieren/](http://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Oeffentliche-Einrichtungen/Kommunale-Unternehmen/Infrastruktur/Krankenhaus-digitalisieren/)



[www.bundesamtsozialesicherung.de/de/
themen/krankenzukunftsfonds-1/](http://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/krankenzukunftsfonds-1/)

Masernschutzgesetz – Besuch in einer Kita

Mit dem Masernschutzgesetz sollen vor allem die Kleinsten vor der Krankheit und ihren Folgen geschützt werden. Das finden nicht alle gut, aber gerade Verantwortliche begrüßen diesen Schritt als überfällig – wie etwa eine Kita-Leiterin in Leipzig, die mit einem Masernfall konfrontiert war.

Text Katharina Müller-Güldemeister



Kita-Leiterin Barbara Kellner schätzt die eindeutige Regelung.

Wenn Barbara Kellner über den Masernfall 2015 spricht, bekommt sie eine Gänsehaut. Kellner leitet das „Kinderhaus am Park“, eine kommunale Kita in Leipzig mit 149 Plätzen, ein Drittel davon in der Krippe. Damals hatte sich ein elf Monate altes Kind mit dem Virus angesteckt und wurde mit Fieberkrämpfen auf die Intensivstation gebracht. „Das war wirklich kritisch“, sagt Kellner. „Wir haben mit den Eltern und dem Geschwisterkind, das auch bei uns war, mitgelitten.“ Kein Wunder, schließlich ist eine Maserninfektion alles andere als eine harmlose Kinderkrankheit. Bei etwa jedem Zehnten treten neben dem typischen Hautausschlag Komplikationen wie eine Entzündung der Lunge, des Mittelohrs

oder der Bindehaut auf. Bei etwa einem von 1.000 Erkrankten kommt es zu einer Gehirnentzündung, in seltenen Fällen kann es rund sieben Jahre nach der Infektion zu einer schleichend fortschreitenden Gehirnentzündung (sklerosierende Panenzephalitis) kommen, die immer tödlich endet. Zudem ist das Immunsystem nach einer Maserninfektion geschwächt, sodass sich im Anschluss leicht andere Infektionen entwickeln können.

Zu viele Menschen nicht geimpft

Die Zahl der Masernfälle ist seit den 1970er-Jahren durch Impfungen zwar stark gesunken, trotzdem kommt es immer wieder zu größeren Ausbrüchen. Hintergrund ist, dass noch

nicht genügend Menschen in Deutschland immun sind, um das Virus bei uns auszurotten. Pro Jahr sterben hierzulande etwa drei bis sieben Menschen durch eine Infektion. Das Risiko schwerer Komplikationen ist für Kinder unter fünf Jahren, Erwachsene über 20 Jahren, Schwangere und Menschen mit Immunschwäche am höchsten. Da die Masernimpfung erst ab dem 13. Monat empfohlen wird, sind Babys auf Herdenschutz angewiesen, also darauf, dass die Menschen in ihrer Umgebung immun sind. Trotzdem waren in Leipzig vor dem Inkrafttreten des Masernschutzgesetzes im März 2020 rund 20.000 Kinder nicht gegen Masern geimpft. Das elf Monate alte Krippenkind aus dem „Kinderhaus am Park“ hatte sich das Virus vermutlich in einer Arztpraxis zugezogen. Nachdem es ins Krankenhaus eingeliefert worden war, informierten die Eltern die Kita und Leiterin Barbara Kellner verständigte sofort das Gesundheitsamt. „Das ist Pflicht, wenn es einen Masernfall gibt oder auch nur den Verdacht darauf“, sagt Kellner. Aus gutem Grund. Nach dem Gespräch habe der Leiter des Gesundheitsamts ein Maßnahmenpaket festgelegt, zu dem gehörte, dass alle Kontaktpersonen ermittelt, Impfstände geprüft und Besuchs- und Tätigkeitsverbote ausgesprochen werden.

„Ausfälle bei Mitarbeitern gab es nicht, aber sieben Kinder, die nicht geimpft waren, mussten auf unbestimmte Zeit zu Hause bleiben“, sagt Kellner. „Wir haben versucht, den Eltern feinfühlig zu erklären, dass die Gesundheit der Kinder im Vordergrund steht.“ Manche Eltern hätten ihre Kinder nachgeimpft, doch es habe auch Widerstand gegeben. „Damals gab es keine Impfpflicht und dadurch war es schwierig zu vermitteln, dass nur geimpfte Kinder die Kita besuchen dürfen.“ Immerhin konnte die Leiterin auf das Gesundheitsamt verweisen, das die Maßnahmen angeordnet hatte. „Das hat es leichter gemacht.“

Eindeutige Regelungen

Bis die ungeimpften Kinder wiederkommen durften, dauerte es drei Wochen. „Das Krippenkind hat die Masern zum Glück ohne erkennbare Folgeschäden überstanden“, sagt Kellner. Es blieb der einzige Masernfall in der Einrichtung. Damit Fälle wie dieser überhaupt nicht mehr auftreten, wurde das Masernschutzgesetz beschlossen. Für Kinder, die mindestens ein Jahr alt sind und in eine Kindertagesstätte oder in die Schule aufgenommen werden, muss nun ein Impfnachweis vorliegen oder ein ärztliches Attest, dass die Krankheit durchgemacht worden ist. Für Kinder, die bereits betreut werden, muss der Nachweis bis zum 31. Juli 2021 erbracht werden. Gleiches gilt für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betreuungseinrichtungen, die nach 1970 geboren wurden. Kita-Leiterin Barbara Kellner findet das gut. Hohe Impfquoten sorgen für eine Unterbrechung der Infektionsketten und tragen damit zur Eindämmung bei. Bei einer Immunität in der Bevölkerung von etwa 95 Prozent werden auch Personen geschützt, die (noch) nicht geimpft werden können. „Es ist wichtig, diesen Schutz zu gewährleisten. Für mich als Leitung ist es jetzt klar geregelt“, sagt Kellner. „Masern muss heute niemand mehr erleben, auch weil es



„Wir wollen möglichst alle Kinder vor einer Masernansteckung bewahren. Denn Masern sind in höchstem Maße ansteckend und können einen sehr bösen, teils tödlichen Verlauf nehmen.“

Jens Spahn
Bundesgesundheitsminister

eine Auswirkung in globaler Hinsicht hat.“ Mit hohen Impfquoten in Deutschland wird auch vermieden, dass die Viren in Länder mit niedrigeren Impfquoten exportiert werden und dort zu Ausbrüchen mit vielen Todesfällen führen. Immerhin sind nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO im vergangenen Jahr rund 207.500 Menschen weltweit an Masern gestorben. Die Zahl der Todesfälle durch Masern ist laut WHO seit 2016 um rund die Hälfte gestiegen. Die bestätigten globalen Masernfälle erreichten den Angaben zufolge 2019 mit 870.000 den höchsten Stand seit mehr als 20 Jahren. In Deutschland wurden 2019 laut Robert Koch-Institut (RKI) 514 Fälle gemeldet. Die seit März geltende Impfpflicht sowie die Corona-bedingten Kontaktbeschränkungen haben diesbezüglich 2020 für einen deutlichen Rückgang gesorgt: 76 Fälle wurden laut RKI bis zur 45. Kalenderwoche gemeldet.

Für die Umsetzung der Impfpflicht sind das Gesundheitsamt sowie Träger und Leitung der Einrichtung verantwortlich. Im „Kinderhaus am Park“ in Leipzig stünden die meisten Eltern einer Masernimpfung positiv gegenüber, berichtet Leiterin Barbara Kellner. Seit Inkrafttreten des Masernschutzgesetzes seien drei Kinder nachgeimpft worden, ein Elternpaar habe sein Kind jedoch aus der Kita genommen. Die Handhabung sei gut gelöst, findet sie. „Durch ein Formblatt, das Eltern beim Aufnahmegespräch von der Kita bekommen, ist ein Nachweis für Eltern und uns sehr unkompliziert.“ Den Nachweis über den Impfstatus gebe es von der Kinderärztin bzw. dem Kinderarzt.

Handlungsbedarf sieht Kellner allerdings noch bei der Prüfung von Attesten. „Es ist bekannt, dass es auch unter Ärzten Nichtbefürworter des Masernschutzgesetzes gibt“, sagt sie. Hier gebe es eine Grauzone, die es Impfverweigerern ermögli-che, das Gesetz zu umgehen.

Kein Platz für Masern

Seit dem 1. März 2020 ist das Masernschutzgesetz in Kraft. Damit sollen vor allem Schul- und Kindergartenkinder wirksam vor Masern geschützt werden. Denn Masern sind hochansteckend und können zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen führen. Einige Fragen und Antworten liefert die Infografik. Wichtige Informationen bietet zudem die Website www.masernschutz.de

1. Ab wann und warum?

Am 1. März 2020 trat das Masernschutzgesetz in Kraft.

Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Gerade bei Kindern unter fünf Jahren und Erwachsenen können Masern zu schweren Komplikationen führen. Dazu gehören Mittelohrentzündungen, Lungenentzündungen und Durchfälle, seltener auch eine Gehirnentzündung, und es kann zu Spätfolgen kommen.

Insgesamt sterben in Industrieländern etwa ein bis drei von 1.000 erkrankten Menschen an den Masern. Auch in Deutschland gab es in den vergangenen Jahren durch Masern bedingte Todesfälle.

2. Wer ist betroffen?

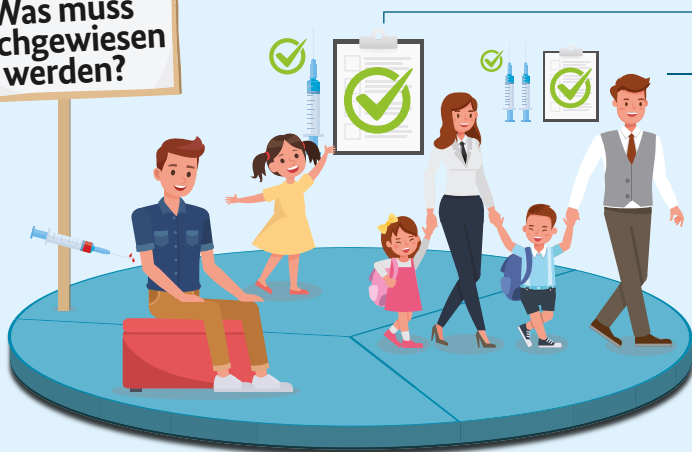
Alle Kinder, die mindestens ein Jahr alt sind und in Kindertageseinrichtungen und Horten sowie in bestimmten Formen der Kindertagespflege, in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen mit überwiegend minderjährigen Personen betreut werden.

Alle Kinder, die mindestens zwei Jahre alt sind.

Alle nach 1970 geborenen Menschen, die in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerberinnen und -bewerber, Flüchtlinge oder Spätaussiedlerinnen und -siedler untergebracht sind.

Nach 1970 geborene Personen, die in den genannten Einrichtungen und in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern und Arztpraxen tätig sind, also Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, Tagespflegepersonen und medizinisches Personal.

3. Was muss nachgewiesen werden?



Kinder ab einem Jahr müssen eine Masernschutzimpfung oder eine Masern-Immunität nachweisen.

Kinder ab zwei Jahren und Erwachsene, die nach 1970 geboren sind (siehe Punkt 2), müssen mindestens zwei Masernschutzimpfungen oder ein ärztliches Zeugnis über eine ausreichende Immunität gegen Masern nachweisen.

Denn: An Masern kann man nur einmal erkranken. Wer sie bereits hatte, ist dagegen geschützt und benötigt keine Impfung mehr. Ob Masern durchgemacht wurden, lässt sich mit einer Blutuntersuchung nachweisen. Ein ärztliches Zeugnis bestätigt dann nach der Untersuchung, dass eine Immunität bereits vorliegt oder – sollte etwa der Impfausweis verloren gegangen sein – die Schutzimpfungen stattgefunden haben.

Wer keinen ausreichenden Nachweis erbringt, darf weder in den betroffenen Einrichtungen betreut noch in diesen tätig werden. Das gilt nicht für Übergangsfälle nach § 20 Abs. 10 Infektionsschutzgesetz (IFSG). Ausnahme: Personen, die einer gesetzlichen Schulpflicht unterliegen, kann nicht untersagt werden, Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen zu betreten.



Die betroffenen Personen müssen der Leitung der jeweiligen Einrichtung vor dem tatsächlichen Beginn ihrer Betreuung oder ihrer Tätigkeit einen entsprechenden Nachweis vorlegen.

Personen, die bei Inkrafttreten des Gesetzes bereits in den betroffenen Einrichtungen betreut wurden oder dort tätig waren, müssen den Nachweis erst bis zum 31. Juli erbringen.

Wenn der Nachweis nicht bis zum 31. Juli 2021 vorgelegt wird oder ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist oder vervollständigt werden kann, muss die Leitung der Einrichtung unverzüglich das Gesundheitsamt benachrichtigen.

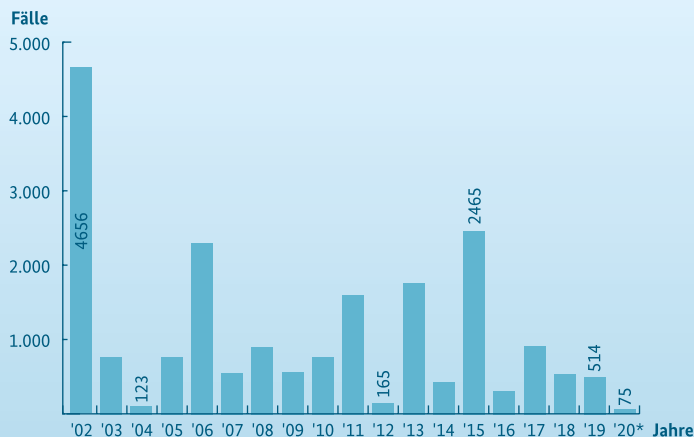


Mehr Infos? www.masernschutz.de!

Wichtige Informationen rund um das Masernschutzgesetz, zur Impfung, zu rechtlichen Aspekten und zur Krankheit selbst hat das Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit dem Paul-Ehrlich-Institut, dem Robert Koch-Institut und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Internet unter www.masernschutz.de zusammengestellt. Dort finden Eltern und Erziehungsberechtigte, Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen und medizinischen Einrichtungen, Einrichtungsleiterinnen und -leiter sowie Ärztinnen und Ärzte umfassende Antworten auf ihre Fragen. Zu den einzelnen Aspekten werden dort auch Materialien zum Herunterladen angeboten.

Masernfälle in Deutschland seit 2002

Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat, <https://survstat.rki.de/>, Datenstand 29.12.2020*



„Impfungen gehören zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen“

Ob Masern oder aktuell bei SARS-CoV-2 – Impfungen helfen, schwerwiegende Krankheiten in den Griff zu kriegen. Im Interview erläutert Professor Lothar H. Wieler, Präsident des Robert Koch-Institutes, warum kein Weg daran vorbeiführt.



Professor Lothar H. Wieler
Präsident des Robert Koch-Instituts

Herr Professor Wieler, warum sind Impfungen so wichtig und welche Erfolge werden damit erzielt?

Impfungen gehören zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der modernen Medizin zur Verfügung stehen. Wir haben mittlerweile eine Vielzahl an Impfstoffen, die nicht nur einen Standard bei der Gesundheits-

vorsorge im Kleinkindalter darstellen, sondern auch im Jugendalter, in der Schwangerschaft oder im Seniorenalter eine wichtige Rolle spielen. Ihre breite Anwendung hat zu einem drastischen Rückgang an infektionsbedingten Erkrankungen und Todesfällen geführt. Zwei Impfstoffe – der Hepatitis-B- und der HPV-Impfstoff – verhindern sogar wirksam die Entstehung von Krebs. Bei Erreichen hoher Impfquoten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich sogar weltweit auszurotten. Die Elimination der Masern und der Poliomyelitis (Kinderlähmung) sind erklärte und erreichbare Ziele nationaler und internationaler Gesundheitspolitik. Für Poliomyelitis ist dieses Ziel unter anderem in Europa bereits erreicht worden; zur Elimination der Masern bedarf es noch großer Anstrengungen. Aber auch der Aspekt der Reduktion der Einnahme von Medikamenten und deren möglicher Nebenwirkungen darf nicht vergessen werden: Jede durch eine Impfung verhinderte Infektion macht ja auch den Einsatz von Therapeutika unnötig. So wird unter anderem auch die Ausbildung von Antibiotikaresistenzen verringert, da bei einer verhinderten bakteriellen Infektion zum Beispiel Antibiotika gar nicht erst therapeutisch eingesetzt werden müssen. Neben der Verhinderung von Erkrankung und Tod darf man auch nicht unterschätzen, welchen zusätzlichen Nutzen Impfungen sowohl auf individueller als auch gesamtgesellschaftlicher Ebene haben. In vielen Ländern der Welt führen infektionsbedingte Erkrankungen zu privater Verschuldung, zu hohen Kosten im Gesundheitssystem, zu Arbeitsausfällen. Berechnungen belegen, dass es für ein Land auch aus ökonomischer Sicht äußerst lohnend ist, in das nationale Impfprogramm zu investieren.

Die WHO zählt die mangelnde Impfbereitschaft der Menschen zu den größten Gesundheitsrisiken weltweit. Warum?

In den letzten Jahren gab es zunehmend ein Bewusstsein dafür, dass mangelnde Impfbereitschaft eine große Herausforderung für Public Health sein kann. Wir haben zwar äußerst effektive und sichere Impfstoffe. Aber wenn sich die Menschen nicht impfen lassen wollen und in der Folge die Impfquoten sinken, dann können Krankheiten, die man weit zurückgedrängt oder – wie die Masern – sogar fast eliminiert hatte, auch wieder zurückkommen und Ausbrüche verursachen. Es ist daher wichtig, dass die Menschen seriös über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen von Impfungen aufgeklärt werden, dass sie den Wert von Impfungen kennen und Impfungen auch aktiv einfordern.

Wie bewerten Sie die generelle Impfbereitschaft der Menschen in Deutschland?

Die Impfbereitschaft in Deutschland ist im Allgemeinen hoch. Allerdings werden nicht alle Impfungen gleichermaßen gut angenommen. Gerade im Jugend- und Erwachsenenalter gibt es Impflücken, beispielsweise bei der HPV-Impfung oder der Influenza-Impfung. Impfquoten variieren auch regional stark – so sehen wir bei vielen Impfungen eine stärkere Inanspruchnahme in östlichen Bundesländern als in westlichen. Und bei manchen Impfungen im Kindesalter wird nicht zeitgerecht und nicht vollständig geimpft – wie bei der Masernimpfung.

Welche Rolle spielt die Corona-Schutzimpfung bei der Bewältigung der Pandemie?

Die COVID-19-Impfstoffe bieten einen guten individuellen Schutz vor einer potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung – je nach Impfung zwischen 70 und 95 Prozent. Wenn weniger Menschen erkranken und auch weniger schwer erkranken, dann gibt es auch weniger Krankenhauseinweisungen, weniger beatmungspflichtige Patientinnen und Patienten. So werden neben dem Schutz der Einzelnen auch die Gesundheitssysteme entlastet. Es ist zwar noch unsicher, in welchem Maße die Impfungen auch eine Übertragung des Virus verhindern. Man nimmt aber an – auch aufgrund der Erfahrung mit anderen Impfstoffen –, dass die Übertragung schon allein durch die Verhinderung einer Krankheitssymptomatik reduziert ist beziehungsweise



Corona-Schutzimpfung – gut informiert

Welche unterschiedlichen Impfstoffe gibt es? Wie wirksam sind diese? Wie erhalte ich einen Impftermin? Es gibt zahlreiche Fragen rund um die Corona-Schutzimpfung. Antworten bietet das Portal www.zusammengegencorona.de – auch in mehreren Sprachen. Mit der Informationskampagne „Deutschland krempelt die #ÄrmelHoch“ informiert das Bundesministerium für Gesundheit zudem umfassend über die Corona-Schutzimpfung. Dazu gehören Videoclips, Plakate, Anzeigen und Radiospots. Unterstützung gibt es auch telefonisch unter 116117.

bei Menschen, die aufgrund der Impfung zwar nicht erkranken, aber vorübergehend trotzdem das Virus im Nasen-Rachen-Raum tragen, zumindest die Viruslast und die Dauer dieser Trägerschaft reduziert ist. Daher sollen auch Personengruppen mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen, wie medizinisches Personal, prioritär geimpft werden, damit sie – neben dem Eigenschutz – die Erkrankung nicht an ihre Patientinnen und Patienten weitergeben. Auch geht man davon aus, dass die Impfung einen Effekt auf den Gemeinschaftsschutz hat, dass also das Virus umso weniger in der Bevölkerung zirkuliert, je mehr Menschen geimpft sind (Herdenimmunität). So könnten dann auch Personen geschützt werden, die sich selber nicht impfen lassen können. Impfen ist auch ein Akt der Solidarität.

Wie groß ist die Skepsis gegenüber der Corona-Schutzimpfung und wie motivieren Sie die Menschen, sich dennoch impfen zu lassen?

Ich nehme momentan keine ausgeprägte Skepsis wahr. Der Wunsch, möglichst rasch geimpft zu werden, ist sehr groß. Viele Menschen warten ungeduldig darauf, dass sie endlich auch an der Reihe sind. Diese Menschen haben Sorge schwer zu erkranken, schränken sich zum Teil in ihrem täglichen Leben massiv ein, um sich vor Ansteckung zu schützen. Für sie ist die Impfung der Weg raus aus der Pandemie. Andere wollen sich nicht impfen lassen – oder vielleicht auch noch nicht impfen lassen. Viele Menschen treibt die Sorge um, die Impfung sei vielleicht nicht sicher. In den Sozialen Medien kursieren Gerüchte um Langzeitnebenwirkungen. Das verunsichert die Menschen. Natürlich ist nichts in der Medizin hundertprozentig sicher, aber die COVID-19-Impfstoffe, die in Deutschland zugelassen sind, wurden an Zehntausenden Probanden geprüft – und sind ja jetzt auch schon in vielen Ländern an Millionen Menschen verimpft worden. Da gibt es jetzt schon sehr viele Daten, um die Sicherheit der Impfung zu überprüfen. Und diese Überprüfungen der Sicherheit finden ja beständig statt. Mich überzeugt das jedenfalls. Ich hoffe, dass diese Verunsicherung zurückgeht, wenn nun mehr und mehr Menschen in unserem Land geimpft sind und die hoffentlich guten Erfahrungen, die die Menschen mit der Impfung machen, auch das Vertrauen in die Impfungen stärken.

Wie steht es um die Impfbereitschaft des Gesundheitspersonals?


Daten aus der COSMO-Befragung zeigen, dass medizinisches Personal ähnlich impfbereit ist wie die Allgemeinbevölkerung. Das ist erst einmal keine Überraschung. Auch wer einen medizinischen Hintergrund hat, für den ist die COVID-19-Impfung erst einmal etwas Neues. Zu Anfang gibt es einen großen Informationsbedarf und viele Fragen, vielleicht auch Bedenken. Oft unterscheiden sich die Bedenken hinsichtlich einer Impfung gar nicht so sehr von denen in der Allgemeinbevölkerung. Aber klar ist auch, dass das medizinische Personal eine besondere Rolle hat, insofern ist die Impfbereitschaft hier sehr relevant. Je nach Arbeitsort, ist das Personal stark oder auch sehr stark gegenüber SARS-CoV-2 exponiert, hat also ein erhöhtes Risiko sich anzustecken. Und durch den Kontakt mit Patientinnen und Patienten besteht auch ein erhöhtes Risiko, das Virus an diese weiterzugeben. Gerade hochalt-rige Personen, die ein wesentliches Patientenkontingent in vielen medizinischen Einrichtungen darstellen, sind ja besonders gefährdet für einen schweren Krankheitsverlauf. Und dann hat das medizinische Personal auch eine Vorbildfunktion – es ist enorm wichtig für die Impfscheidung der Menschen zu hören, dass das medizinische Personal, das sie betreut, selbst auch an die Impfung glaubt und sich selbstverständlich hat impfen lassen.

Dennoch gibt es auch Menschen, die eine Impfung grundsätzlich ablehnen. Ist die Rückkehr zur Normalität auch ohne Impfung denkbar?


Natürlich ist die Impfung nicht der einzige Weg, das Infektionsgeschehen zu beeinflussen. Das sehen wir ja in einigen Ländern, die auch ohne Impfung die Infektionen stark zurückgedrängt und unter Kontrolle haben. Aber die Frage ist tatsächlich, wie eine Rückkehr zur Normalität gelingen kann. Ich sehe nicht, wie das ohne Impfungen gelingen kann. Das Geniale an Impfungen ist ja, dass der Körper einen Schutz aufbaut, ohne dass er die Erkrankung durchmachen musste. Der Körper ist also nicht dem Risiko eines schweren Verlaufs ausgesetzt, gibt aber trotzdem eine Immunantwort. Wenn ein Großteil der Menschen einen Impfschutz hat, kann sich das Virus nicht mehr so ungehindert ausbreiten, erkranken viel weniger Menschen, läuft unser Gesundheitssystem nicht mehr Gefahr, überlastet zu werden. Wenn das erreicht ist, dann kann schlussendlich die Pandemie für beendet erklärt werden.

Weitere zuverlässige Informationsquellen:

Bundesministerium für Gesundheit

 www.bundesgesundheitsministerium.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

 www.infektionsschutz.de

Paul-Ehrlich-Institut

 www.pei.de

Robert Koch-Institut

 www.rki.de

#IchHatteCorona – Betroffene berichten

Täglich wird in den Medien über den aktuellen Stand der Infektionen berichtet. Doch wer sind die Menschen hinter diesen Zahlen? Mit #IchHatteCorona gibt das Bundesministerium für Gesundheit den Betroffenen ein Gesicht. Einige erzählen in kurzen Videos und Texten ihre Geschichte. Eine Auswahl.

Die vollständigen Videobeiträge sowie weitere Berichte von Betroffenen finden Sie unter:



www.zusammengegencorona.de/informieren/ichhattecorona



Manfred, 62, Friseurmeister

„Früher war es so: Zeigt mir das Klavier, ich trage es irgendwohin. Heute bin ich dagegen im Vergleich fast ein Schatten meiner selbst“, berichtet der 62-Jährige. So richtig krank war er nie. Dann infizierte er sich im vergangenen März mit Corona. Zunächst war er nur etwas geschwächt, wie bei einer einfachen Erkältung. Doch nach kurzer Zeit fühlte er sich stündlich schlechter. Mit der Erwartung, in spätestens drei bis vier Tagen schon alles überstanden zu haben, begibt sich Manfred in eine Klinik. In der Notaufnahme wird festgestellt, dass die Sauerstoffaufnahme bei unter 50 Prozent liegt. Eine lebensbedrohliche Situation. Intensivstation, 23 Tage künstliches Koma und hohes Fieber folgen. Das Fieber ist so hoch, dass die inneren Organe künstlich gekühlt werden müssen. Doch Manfred hat großes Glück. Nach seiner Rückkehr lernt er wieder zu sprechen, zu schreiben und zu laufen. Dennoch kämpft er bis heute mit den Folgen. „Es macht mich derzeit traurig, was passiert“, sagt er.

„Aber wir müssen nun einmal mit der Situation umgehen und sie meistern – und das geht nicht einzeln. Das geht nur zusammen.“

Hanai, 22, Studentin

„Man unterschätzt es, wie schnell man sich und andere anstecken kann“, erzählt Hanai. Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen infiziert sich die gesamte Familie der 22-Jährigen mit dem Virus. Zu den Erschöpfungszuständen und Erkältungssymptomen, die nach einer Weile abklingen, gesellt sich ein weiteres Phänomen, mit dem die Studentin bis heute kämpft: Sie hat ihren Geruchssinn verloren. Selbst scharf gewürzte Speisen oder Parfüm kann sie nicht mehr riechen. Hinzu kommt die bedrückende Zeit der Quarantäne, unter der die gesamte Familie leidet. Und doch ist sie froh, dass die Folgen vergleichsweise mild sind.

„Nachdem ich selbst Corona hatte, nehme ich es ernster, weil es eben Folgen mit sich bringt, die natürlich für jeden unterschiedlich sind. Bei uns war es relativ mild, aber es gibt viele, bei denen der Verlauf schwerer ausfällt. Und daher gilt: Haltet die Regeln ein.“





Michael, 60, Chefarzt

„Ich kann mich noch daran erinnern, wie wir die ersten Bilder aus China gesehen haben“, erzählt Michael vom Beginn der Pandemie. „Zu diesem Zeitpunkt haben wir in den Kliniken in Deutschland Betten freigehalten für die vielen Kranken, die kommen sollten, aber praktisch nicht kamen. Das hat sich jetzt in der zweiten Welle massiv verändert“, sagt der Mediziner. Ende September wird der Chefarzt der Frauenklinik eines Krankenhauses selbst positiv auf COVID-19 getestet. Seine Ehefrau und seine Tochter sind ebenfalls infiziert. Während Michael nur unter Erkältungssymptomen und leichtem Fieber leidet, ist der Verlauf bei seiner Frau schwerer. Sie leidet bis heute unter starken Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen, kann ihrem Beruf nicht nachgehen. „Das ist eine heimtückische Erkrankung und die neurogenen, also die nervlichen Veränderungen sind offensichtlich ganz anders als bei anderen Grippeerkrankungen“, erklärt der Arzt und betont, wie dankbar er ist, in Deutschland zu leben.

„Wenn wir uns als Gesellschaft nicht endlich einen Ruck geben und mehr aufeinander Acht geben, dann sind die Bemühungen des Sozialstaats am Ende doch vergebens. Unser Verzicht auf so vieles soll wenigstens davon gekrönt werden, dass wir als Gesellschaft am Schluss sagen können: Wir haben diese Pandemie gut überstanden.“

Stefan, 52, Hochschuldozent und Rocksänger

„Als die Pandemie begann, hätte ich nie gedacht, dass ich das bekommen könnte beziehungsweise, dass es ein Problem sein könnte, falls doch“, berichtet Stefan. „Ich bin eines Besseren belehrt worden.“ Der 52-Jährige fühlt sich sicher, selbst dann noch, als er positiv auf Corona getestet wird: ein Mann im besten Alter, Nichtraucher, sportlich, kerngesund. Doch: „Innerhalb kürzester Zeit kam ich dann plötzlich an einen Punkt, an dem ich Todesangst hatte.“ Atemnot, Probleme mit dem Sprechen lassen ihn beim Hausarzt anrufen. „Der sagte mir unmissverständlich: auflegen, 112 anrufen und ins Krankenhaus fahren.“ Dort stellt man eine Lungenentzündung und schwere Schädigungen der Lunge fest. 16 Tage verbrachte er im Krankenhaus und musste mit Sauerstoff versorgt werden. Das Erlebte belastet ihn und seine Familie bis heute.



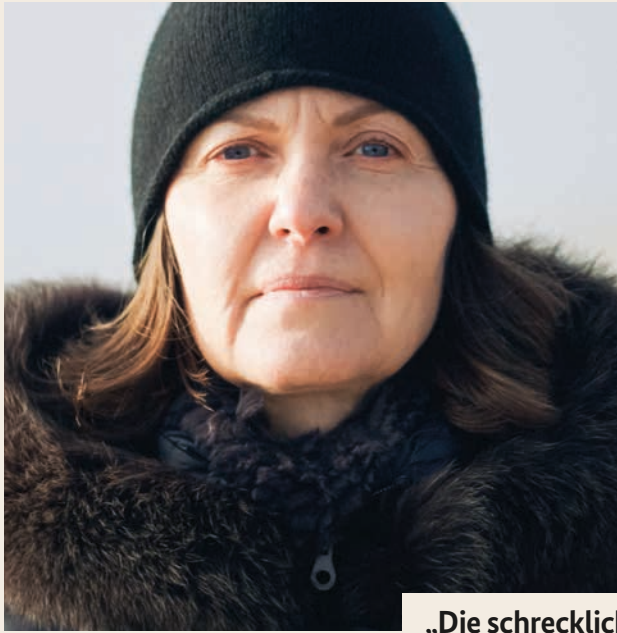
„Ich kann nur appellieren, nehmt dieses Virus ernst.“



Inge, 73, Rentnerin

„Du denkst immer, dir passiert das nicht“, erzählt Inge. Doch dann kam eines Tages das Fieber und es ging schließlich ins Krankenhaus. An die Zeit auf der Intensivstation kann sich die Rentnerin nicht mehr wirklich erinnern. Nur verschwommen sind die Eindrücke. Den Verwandten machen die Ärzte keine allzu große Hoffnung. Niemand kann zu dem Zeitpunkt sagen, ob Inge noch einmal aus dem Koma erwacht. Für die Angehörigen beginnt eine Zeit zwischen Bangen und Hoffen. Doch die 73-Jährige kämpft sich in das Leben zurück und ist dankbar für diese Chance.

„Das Leben geht vorwärts. (...) So habe ich immer gelebt und so lebe ich auch jetzt noch.“



Monika, 57, Designerin

Gliederschmerzen, leicht erhöhte Temperatur – als ihre Tochter Lena Mitte März über diese Symptome klagt, geht Monika zunächst von einer Erkältung aus. Erst als auch Geschmacks- und Geruchssinn betroffen sind, wird sie nachdenklich. Auch sie erkrankt, leidet zunächst unter Fieber, Gliederschmerzen und einem Druck auf der Brust. Als sie dann eines Tages mit einem Ruhepuls von 140 aufwacht, ruft sie den Notarzt und lässt sich in einem Krankenhaus untersuchen. Die Ärzte können nichts feststellen. Wieder daheim, glaubt die Familie, damit wäre alles überstanden. „Eigentlich gingen erst nach der Infektion die gesundheitlichen Probleme los. Ich hatte das Gefühl, das ganze System ist krank geworden“, erinnert sich die 57-Jährige. Herzrasen, Schweißausbrüche, der Druck auf der Lunge halten an. An Schlaf ist kaum zu denken und schließlich gesellen sich auch neurologische Probleme dazu. Äußere Reize wie Bewegung sind für Monika nahezu unerträglich. Hinzu kommt die Isolation, unter der Mutter und Tochter leiden. „Wir konnten dreieinhalb Monate quasi nicht das Haus verlassen“, sagt Lena.

„Die schrecklichste Zeit in meinem Leben.“

Gerd, 62, Unternehmer im Sanitätsfachhandel

Es beginnt mit Erkältungssymptomen: Gerd fühlt sich müde und schlapp, sucht den Arzt auf. Dort bricht der 62-Jährige zusammen. Als er nach 28 Tagen im künstlichen Koma aufwacht, kann er sich an nichts erinnern: „Ich lag völlig hilflos in einem Bett. Ich wusste nicht, warum ich im Krankenhaus war. Ich wusste nicht, dass ich Corona hatte.“ Er erfährt, wie schwer seine COVID-19-Erkrankung verlaufen ist. Starke Schmerzen im Fuß, ein Gefühl, „als hätte jemand die Haut abgezogen“, begleiten ihn, werden nur langsam besser. Auch nach Monaten erinnern ihn die Schmerzen im Fuß jeden Tag daran, dass er Corona hatte. „COVID-19 ist keine Grippe. Nach einer Grippe bist du irgendwann wieder fit. Wenn ich am Tag 5.000 Schritte gegangen bin, dann kann ich abends nicht mehr“, sagt der Unternehmer, der sich der großen Verantwortung für seine 120 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bewusst ist. Es belastet ihn, dass er Verwandten, Freunden und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern so viele Sorgen bereitet hat.



„Es tut mir unendlich leid, dass so viele Menschen solche Angst um mich hatten.“



Anne, 51, Heilerziehungspflegerin

Eigentlich kümmert sich Anne um psychisch kranke Menschen, die ihr Leben nicht allein meistern können. Als sie im März 2020 eine Klientin zu Hause betreut, steckt sie sich mit COVID-19 an. „Ich war immer die, die anderen Menschen geholfen hat. Jetzt war ich darauf angewiesen, dass man mir hilft“, sagt die 51-Jährige. Sie leidet unter Haarausfall, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel und Konzentrationsschwäche: „Ich konnte Worte, die mir gesagt wurden, nicht mehr verstehen, habe ihren Inhalt nicht begriffen.“ Einige ihrer Post-COVID-Symptome sind zunächst auch den Ärzten nicht bekannt. Anne fühlte sich allein und hilflos. Dann wird sie auf eine Selbsthilfegruppe für Langzeitbeschwerden nach Corona aufmerksam: „Das war meine Rettung. Ohne diese Gruppe hätte ich längst aufgegeben.“ Heute arbeitet Anne in der Tages-Reha an Gleichgewicht, Muskulatur und ihrer körperlichen Konstitution. Bald schon hofft sie, als Heilerziehungspflegerin wieder für andere da sein zu können.

„Ich möchte jeden ermutigen, sich sein Lachen zurückzuholen, nicht aufzugeben und sich von Corona nicht unterkriegen zu lassen.“

Wolfgang, 67, Unternehmer

Wolfgang ist einer der ersten Corona-Infizierten in Deutschland. „Die Erinnerung an die lebensbedrohende Situation werde ich nie vergessen“, schildert der 67-Jährige seine Erlebnisse. Es beginnt mit einer Magenverstimmung, wie er zunächst annimmt. Der Zustand verschlimmert sich, Wolfgang wird ins Krankenhaus eingeliefert und dort positiv auf Corona getestet. Spätestens die Frage der Oberärztin nach seiner Patientenverfügung führt ihm vor Augen, wie schlecht es wirklich um ihn steht. „Dann kommt natürlich die Angst“, berichtet er. Erst im Jahr zuvor hat er seinen Kindern die Firma überschrieben. Die sind plötzlich ganz auf sich gestellt. Doch der Unternehmer hat Glück. Seine Werte stabilisieren sich und es ist nicht mehr nötig, ihn ins künstliche Koma zu versetzen. Die Genesungsphase verlangt dann doch noch einmal viel Kraft von der gesamten Familie. Gut fünf Monate benötigt er, um halbwegs wieder auf die Beine zu kommen.



„Rücksicht, Disziplin und Respekt. Diese drei Begriffe habe ich seitdem verinnerlicht. (...) Wenn man das berücksichtigt, werden wir das auch mit der Pandemie hinbekommen.“



Amelie, 31, Fitnesstrainerin

Als junge Fitnesstrainerin ist Amelie es eigentlich gewöhnt, viel Luft zu haben. Treppesteigen, Sport und Herausforderungen des Alltags meistert sie problemlos. Bis zu dem Moment, als ihr buchstäblich die Luft ausging. „Ich hatte panische Angst“, berichtet sie. „Es war, als würde mir jemand regelrecht die Luft abdrehen.“ Als man ihr die Diagnose Corona mitteilt, kann sich die 31-Jährige noch nicht vorstellen, dass sie ein halbes Jahr später wegen einer Lungenembolie eine Rehaklinik aufsuchen muss. „Egal wer du bist, woher du kommst oder wie dein Gesundheitszustand ist, du weißt nicht, wie sich das Virus auswirken wird“, sagt sie. Seit März ist sie krank und kämpft sich Schritt für Schritt zurück ins Leben. „Die Krankheit hat mich sehr verändert. Früher war ich unbeschwert, aber wenn dir die Luft zum Atmen fehlt, kannst du nicht mehr die Person sein, die du vorher warst.“ Zusätzlich belastet sie das Wissen, einen anderen Menschen angesteckt zu haben.

Wir alle müssen Verantwortung übernehmen. Schau nach links und rechts und sage dir, ich möchte nicht, dass es ein anderer bekommt, ich möchte es auch selber nicht, und deswegen halte ich mich an diese ganz einfachen Regeln. Wir schaffen das nur, wenn wir jetzt zusammenhalten.“

Marie, 19, Schülerin

Marie erkrankt gemeinsam mit ihren Eltern und ihrer kleinen Schwester an Corona. „Meine Mutter und ich waren zwei Wochen lang total kaputt und haben uns schlapp gefühlt, aber am schlimmsten hat es meinen Papa erwischt. Er hatte direkt hohes Fieber über 40 Grad Celsius“, erinnert sich die Schülerin. Als sich der Zustand von Marias Vater verschlechtert, ruft die Familie den Rettungswagen. „Als die Sanitäter ihn mitgenommen haben, hat mein Papa noch gesagt: Es ist alles okay, ich bin bald zurück. Ich habe ihm dann eine SMS geschrieben, er soll sich melden, sobald es ihm besser geht, aber er hat nicht mehr geantwortet.“ Marias Vater erliegt im Krankenhaus den Folgen seiner Coronainfektion.



„Mein Papa war einfach ein herzenguter Mensch. Es gibt Momente, in denen wir sehr traurig sind, aber am Ende des Tages sitzen wir zusammen und erinnern uns an die schönen Dinge. Das macht den Schmerz erträglicher.“

Globale Gesundheit gemeinsam gestalten

„Verantwortung – Innovation – Partnerschaft: Globale Gesundheit gemeinsam gestalten“ – unter diesem Titel hat die Bundesregierung die Strategie zur globalen Gesundheit im vergangenen Oktober verabschiedet. Zu den wesentlichen Zielen zählen unter anderem die Verbesserung der Gesundheitssicherheit über die Ländergrenzen hinweg sowie eine Stärkung der Weltgesundheitsorganisation WHO. Die Umsetzung sollte unter Einbezug von Partnerschaften, beispielsweise mit nicht staatlichen Akteuren, sowie ressortübergreifend gemäß dem „Health in all Policies“-Ansatz erfolgen. Gerade die Erfahrungen aus dem Umgang mit der Corona-Pandemie zeigen, wie wichtig eine enge internationale Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit ist.

Text **Tim Wohlfarth**

Viren hatten es noch nie so leicht, sich in kürzester Zeit weltweit zu verbreiten. Gesundheitsgefahren machen im 21. Jahrhundert nicht an Grenzen halt. Deshalb wollen wir den Gesundheitsschutz globaler denken, das ist eine zentrale Lehre aus der Corona-Pandemie“, so formuliert Bundesgesundheitsminister Jens Spahn eine der zentralen Herausforderungen der Globalisierung. „Neben nationalen Strategien brauchen wir eine verstärkte internationale Zusammenarbeit in der Gesundheitspolitik. Nur so können wir die Gesundheitssysteme weltweit widerstandsfähiger machen.“ Die unter der Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelte Strategie weist der WHO in diesem Kontext eine zentrale Rolle zu. Sie müsse laut Minister Spahn reformiert und handlungsfähiger gemacht werden: „Wir brauchen eine WHO, die Gesundheitsgefahren global vorbeugen und im Notfall schnell handeln kann. Deutschland wird sich aus eigenem Interesse hier noch stärker international engagieren.“ So setzt sich die Bundesregierung laut Strategiepapier unter anderem dafür ein, die an die WHO zu zahlenden Beiträge deutlich zu erhöhen, und geht hier mit bestem Beispiel voran. Im vergangenen Sommer hatte Bundesgesundheitsminister Spahn angekündigt, die finanzielle Unterstützung für die Gesundheitsorganisation für das Jahr 2020 auf 500 Millionen Euro zu erhöhen, der höchste Betrag, den Deutschland bislang an die WHO gezahlt hat.

Auch die EU soll künftig eine aktivere Rolle bei der Bewältigung globaler Herausforderungen im Bereich Gesundheit übernehmen. Unter der deutschen EU-Ratspräsidentschaft, die im vergangenen Dezember endete, wurden dazu bereits gemeinsam mit den europäischen Partnern entsprechende Initiativen angestoßen. Dazu

zählt zum Beispiel die Stärkung des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) (mehr dazu finden Sie in der Ausgabe 5 der *Im Dialog*). „Deutschland tritt für ein starkes ECDC ein, das unter anderem Pandemien auf EU-Ebene wirksam entgegentreten kann“, heißt es in dem Strategiepapier.

Breites Themenspektrum

Neben Herausforderungen wie die aktuelle Corona-Pandemie greift die Strategie weitere Punkte auf, die ein gemeinsames interdisziplinäres Handeln erfordern, um Gesundheit zu gewährleisten. Die Reduzierung von Antibiotikaresistenzen etwa ist ein Thema, das Expertinnen und Experten schon seit einer Weile umtreibt. Immerhin sind Antibiotika das wichtigste Mittel bei der Behandlung bakterieller Infektionen, einschließlich lebensbedrohlicher Krankenhausinfektionen. Doch ihre Wirksamkeit ist gefährdet, da durch unsachgemäßen Einsatz Antibiotikaresistenzen entstanden sind. Die Bundesregierung will sich daher international stärker für die Reduzierung dieser Resistenzen sowie für den Ausbau der Antibiotikaforschung einsetzen. Zudem soll im Sinne des „One Health“-Ansatzes die Zusammenarbeit zwischen Humanmedizin, Tiermedizin und Umweltschutz stärker gefördert werden. Ferner soll die Forschung an Impfstoffen weiter vorangetrieben werden – wie auch das Vorhalten von Impfstoffplattformen und die Ausdehnung von Impfprogrammen im eigenen Land und weltweit. „Deutschland setzt sich



außerdem dafür ein, dass der gerechte Zugang zu Impfstoffen (wie auch zu essenziellen Arzneimitteln) ermöglicht wird, um Infektionskrankheiten einzudämmen, insbesondere in Ländern mit einem schwachen Gesundheitssystem“, legt Spahn die Strategie fest.

Klimaschutz ist Gesundheitsschutz

Umweltbedingungen, allen voran der Klimawandel, haben ebenfalls „vielfältige und teilweise unkalkulierbare Auswirkungen auf die Gesundheit“. Daher hat sich die Bundesregierung zum Ziel gesetzt, den Klima- und Umweltschutz im Sinne von Gesundheitsschutz voranzutreiben. Soll heißen: Für die Gesundheit nachteilige Umwelt- und Klimaeinflüsse sollen erkannt und reduziert sowie das Gesundheitsversorgungssystem an den Klimawandel angepasst werden. Mögliche konkrete Gefahren: Höhere Temperaturen sowie die verstärkte Nutzung von bislang ungestörten Lebensräumen und die damit verbundene Nähe zu wildlebenden Tieren könnten das Risiko erhöhen, dass auf den Menschen übertragbare Infektionskrankheiten zunehmen. Bereits heute führen Hitzewellen zu einer höheren Gesundheitsbelastung. Mögliche Folgen: Die Anzahl der zu versorgenden Menschen steigt, bestehende Krankheiten breiten sich weiter aus und neue Krankheiten entstehen – mit noch nicht absehbaren Folgen für das Gesundheitssystem.

Insgesamt sind die Herausforderungen vielschichtig. Mit der Strategie formuliert die Bundesregierung ein Leitbild, das für die nächsten zehn Jahre gültig ist. Zur Halbzeit – also im Jahr 2025 – soll die Umsetzung überprüft werden.

Die Prioritäten der Bundesregierung

Die Bundesregierung setzt mit ihrer Strategie Prioritäten, in denen Deutschland sein politisches Engagement, seine Expertise und Kompetenzen bestmöglich einsetzen kann:

- Gesundheit und Prävention fördern
- sich für eine Minderung der gesundheitlichen Folgen des Klimawandels einsetzen
- Gesundheitssysteme stärken und eine allgemeine Gesundheitsversorgung mit einem diskriminierungsfreien Zugang für alle ermöglichen
- sich langfristig und umfassend für den Schutz der Gesundheit, einschließlich des Schutzes vor Epidemien und Pandemien, einsetzen und sein Engagement in der humanitären Gesundheitshilfe fortsetzen
- Forschung und Innovation für globale Gesundheit vorantreiben

Weitere Informationen zum Thema unter:



[www.bundesgesundheitsministerium.de/
globale-gesundheitspolitik](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/globale-gesundheitspolitik)

Die Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit kann als barrierefreies PDF (DE/EN) heruntergeladen und als Broschüre über den Bestellservice des BMG kostenlos angefordert werden:



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



Apotheke vor Ort ist eine zentrale Anlaufstelle für eine gute Arzneimittelversorgung

Das Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken, kurz VOASG, sichert die Arzneimittelversorgung in der Stadt und auf dem Land. Zudem werden jährlich 150 Millionen Euro für mehr pharmazeutische Dienstleistungen durch Apothekerinnen und Apotheker bereitgestellt.

Text Guido Schweiß-Gerwin

Wir Apotheker können mehr leisten als die Standardberatung zum Einzelarzneimittel, die bei der Abgabe selbstverständlich sein sollte“, erklärt der Apotheker Dr. Stephan Barmeyer. „Gerade in einer immer älter werdenden Gesellschaft wächst der Beratungsbedarf. In meiner Apotheke versorge ich viele Patientinnen und Patienten, die mitunter zehn oder mehr Arzneimittel gleichzeitig einnehmen, die

von unterschiedlichen Ärzten verordnet werden. Wenn jetzt durch das VOASG die Medikationsanalyse und andere definierte und strukturierte pharmazeutische Dienstleistungen im Apothekenalltag verankert und auch honoriert werden, ist das ein Riesenschritt nach vorne. Die Qualität der Versorgung durch die Apotheke vor Ort wird sich dadurch weiter verbessern“, so der in der Apothekerkammer Westfalen-Lippe organisierte Apotheker.

Wichtige Hilfe bei der Medikation
Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG Selbsthilfe) begrüßt diesen Schritt. Als Dachverband von 117 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften unterstützt die BAG Selbsthilfe das



gesetzgeberische Ziel, die flächendeckende Arzneimittelversorgung der Patientinnen und Patienten zu stärken. Aus Sicht der BAG Selbsthilfe sind wohnortnahe Apotheken wichtige Ansprechpartner für Betroffene. Eine Klärung der Medikation in der Apotheke hat mehrere Vorteile: So sind beispielsweise viele Patientinnen und Patienten mit Polymedikation bei drei und mehr Ärztinnen und Ärzten in Behandlung, sodass ein Überblick über die verordneten Arzneimittel häufig auch dem Hausarzt fehlt. Gerade Apothekerinnen und Apotheker sind aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer leichten Zugänglichkeit für eine derartige Aufgabe geeignet, heißt es in einer Stellungnahme der BAG Selbsthilfe zum VOASG.

„Die Apotheken vor Ort sind eine wichtige Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten. Sie erbringen unverzichtbare Leistungen für die Versorgung der Bevölkerung, das hat gerade die derzeitige Situation in der Pandemie eindrucksvoll gezeigt. Darum erhalten Apothekerinnen und Apotheker künftig mehr Geld für neue Dienstleistungen. Und wir sorgen für einen fairen Wettbewerb zwischen Vor-Ort-Apotheken und Versandapotheken. So sichern wir eine gute Arzneimittelversorgung“, erklärt dazu Bundesgesundheitsminister Jens Spahn.

Versandhandel in der Diskussion

Unterschiedliche Ansichten gibt es in Sachen Versandhandel. „Ambivalent ist meine Einstellung jedoch zum Boni-Verbot für rezeptpflichtige Arzneimittel. Es ist ein wichtiges Signal, obwohl ich mir persönlich ein Versandhandelsverbot gewünscht hätte“, sagt Kathrin Luboldt, Vizepräsidentin der Apothekerkammer Nordrhein und Inhaberin mehrerer Apotheken. Auch Barmeyer hätte sich ein vollständiges Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel gewünscht. „Aber das



Apotheker Dr. Stephan Barmeyer verzeichnet einen stetig wachsenden Beratungsbedarf.

Bundesgesundheitsministerium hat ja deutlich gemacht, dass dies nicht mit dem Europarecht vereinbar ist. Insofern ist die jetzt gefundene Lösung ein sehr guter Kompromiss“, so der Apotheker aus Coesfeld weiter. Im Gegensatz dazu begrüßt die BAG Selbsthilfe, dass die wichtige Möglichkeit der Nutzung von Spezialversendern für Menschen mit chronischen Erkrankungen durch die Form des Boni-Verbots im VOASG erhalten bleibt. Eine flächendeckende Spezialisierung über die Apotheke vor Ort, beispielsweise für Mukoviszidose-Erkrankte, hält der Dachverband für nur schwer realisierbar. Neben der genauen Ausgestaltung der Themen rund um die Apotheke vor Ort durch Vereinbarungen zwischen dem Deutschen Apothekerverband und dem GKV-Spitzenverband schlug Sabine Wolter, Regionalleiterin der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, bei einem virtuellen E-Health-Kongress der Apothekerkammer Nordrhein im

Dezember künftig eine Intensivierung der Zusammenarbeit von Apotheken und Patientenvertretern vor. Im Rahmen der Diskussion zur voranschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen standen auch die Vorteile des E-Rezeptes in der Diskussion.

Große Einigkeit herrscht beim Thema honorierte Botendienste für Arzneimittel. Die BAG Selbsthilfe begrüßt diese Option insbesondere für mobilitätseingeschränkte Menschen. Dr. Stephan Barmeyer ist daher sicher: „Das VOASG wird die Apotheke vor Ort stärken, gerade auch in Verbindung mit der Einführung einer Botendienstpauschale von 2,50 Euro. Die mag vielleicht nicht kostendeckend sein, erleichtert es uns Apothekern aber, unseren Botendienst zu verbessern und zu stärken. So sind wir Vor-Ort-Apotheken auch definitiv schneller bei den Patientinnen und Patienten als jede Versandapotheke dieser Welt.“

Weitere Informationen zu diesem Thema:



www.bundesgesundheitsministerium.de/apotheken

PTA – Wissen, was gebraucht wird

Als rechte Hand von Apothekerinnen und Apothekern sorgen pharmazeutisch-technische Assistentinnen und Assistenten (PTA) für eine ordnungsgemäße Beratung in der Apotheke. Neben Menschenkenntnis und Einfühlungsvermögen ist dabei Fachwissen gefragt. Benedikt Richter stellt seinen Beruf vor.

Text **Tim Wohlfarth**

Die Türlocke der Apotheke im brandenburgischen Herzberg (Elster) meldet eine neue Patientin. Benedikt Richter nimmt sich ihrer an. Als pharmazeutisch-technischer Assistent – kurz: PTA – ist der 26-Jährige gewissermaßen die rechte Hand der Apothekerin. Die Patientin druckst zunächst etwas herum, bis sie schließlich mit ihrem Anliegen herausrückt: Eine Warze macht ihr zu schaffen. Benedikt weiß Rat und schafft es geschickt, die für die Frau anscheinend eher unangenehme Situation zu entspannen. Schnell ist ein passendes Mittel gefunden und die Patientin macht sich sichtlich erleichtert auf den Heimweg. „Für die Beratung in der Apotheke braucht man ein offenes Ohr und Fingerspitzengefühl“, erklärt Benedikt. „Es gibt Themen, die unseren Patienten peinlich sind. Als PTA darf man in solchen Situationen nicht rot werden. Im Laufe der Zeit habe ich gelernt, den Patientinnen und Patienten die Angst zu nehmen.“

Fingerspitzengefühl und Fachwissen

Zum Fingerspitzengefühl gesellt sich eine gehörige Portion Fachwissen. Die Grundlage für jede solide Beratung. Schließlich geht es um nicht weniger als die Gesundheit der Menschen, die Benedikt in der Apotheke aufsuchen. Sie benötigen einen Rat zu einem Medikament oder einem Wirkstoff, fragen nach einem Mittel gegen

bestimmte Leiden oder wünschen eine Empfehlung. „Für die PTA ist es wichtig, fit in der Beratung zu sein, Medikamente zielgerichtet zu empfehlen, aber auch zu wissen, wann ein Patient zum Arzt gehört“, sagt Benedikt. Damit nicht genug, stellt er mitunter in der sogenannten Rezeptur auch Medikamente her. Das ist zum Beispiel erforderlich, wenn die Dosierung individuell angepasst werden muss. Etwa dann, wenn Kinder auf Wirkstoffe angewiesen sind, die es auf dem Markt nur in Erwachsenenodosierungen gibt.

Schnell wird deutlich: Die Tätigkeit einer oder eines PTA umfasst weit mehr, als nur Medikamente über den Handverkaufstisch zu reichen, und geht mit einer gewissen Verantwortung einher. Das A und O ist hier daher eine solide Ausbildung. Die erfolgt überwiegend an einer von etwa 90 staatlichen und privaten Berufsfachschulen. Die ersten zwei Jahre verbringen angehende PTA in der Berufsfachschule, wo sie theoretische naturwissenschaftliche Grundlagen und praktische Fähigkeiten lernen. Auf dem Lehrplan stehen beispielsweise Galenik, Chemie und Botanik, Drogenkunde, aber auch Arzneimittelkunde, einschließlich Information und Beratung, sowie fachbezogene Mathematik. Einen Großteil der Zeit befassen sich die Auszubildenden mit praktischen Aufgaben


in den Laborräumen der Schule. Danach folgt eine halbjährige praktische Ausbildung in einer Apotheke.

Modernisierte Ausbildung

Doch die Zeiten ändern sich und mit ihnen die Anforderungen. Um die Ausbildung an die aktuellen Erfordernisse anzupassen, hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn das „Gesetz zur Weiterentwicklung des Berufsbildes der Ausbildung der pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten“ (PTA-Reformgesetz) auf den Weg gebracht, das am 20. Dezember 2019 vom Bundesrat bestätigt wurde. Die Ausbildung nach der neuen Regelung startet dann zum 1. Januar 2023. Wer seine PTA-Ausbildung vor dem Inkrafttreten des Reformgesetzes begonnen hat oder beginnt, wird diese nach bisherigen Vorschriften abschließen. Nachdem der Beruf der pharmazeutisch-technischen Assistentin bzw. des Assistenten erstmals 1968 gesetzlich geregelt wurde, war es Zeit für eine Modernisierung. Stand damals zum Beispiel noch die Arbeit im Labor und in der Rezeptur im Vordergrund, hat sich der Schwerpunkt mehr und mehr in Richtung Beratung und Information verlagert. Das wird im PTA-Reformgesetz entsprechend berücksichtigt. Auch Themen wie die Digitalisierung werden stärker aufgenommen.



 **Benedikt Richter**
Pharmazeutisch-Technische Assistent

Noch mehr Informationen auch zu weiteren Gesundheitsberufen gibt es unter:
 www.mehralsnureinjob.com

Das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

Zum Jahresbeginn trat das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege in Kraft. Das GPVG rückt unter anderem die Situation in den Pflegeheimen in den Fokus und sorgt darüber hinaus auch in anderen Bereichen für spürbare Verbesserungen – für die Beschäftigten, aber auch für Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftige.

Text **Tim Wohlfarth**

In der Pflege zu arbeiten wird wieder attraktiver, wenn mehr Kolleginnen und Kollegen mit anpacken. Deswegen finanzieren wir 20.000 zusätzliche Pflegehilfskraftstellen in der Altenpflege, jedes Pflegeheim in Deutschland profitiert davon“, ist Bundesgesundheitsminister Jens Spahn überzeugt und nennt damit eines der wesentlichen Ziele des GPVG. Ganz wichtig in dem Zusammenhang: Die dadurch entstehenden Personalkosten werden vollständig über die Pflegeversicherung bezahlt, sodass die Eigenanteile der Bewohnerinnen und Bewohner nicht steigen müssen. Das kommt auch bei entsprechenden Verbänden gut an. So schreibt etwa der Paritätische Gesamtverband: „Mit dem in den erweiterten Paragraphen 84 und 85 SGB XI geregelten Pflegehilfskraftstellenprogramm (Finanzierung von 20.000 zusätzlichen Stellen) wird u. a. ein erster wichtiger Schritt hin zur Umsetzung des Personalbemessungsinstruments nach Paragraph 113c SGB XI im vollstationären Pflegebereich in Angriff genommen. Aus Sicht des Paritätischen ist zu begrüßen, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen, einschließlich der Kurzzeitpflege, auf Antrag die Möglichkeit erhalten, zusätzliche Pflegehilfskräfte finanziert zu bekommen, ohne dass dies zu einer finanziellen Mehrbelastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen führt.“ Und Thomas Knieling, Bundesgeschäftsführer des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe,

meint: „Die Finanzierung von zusätzlich 20.000 Stellen für Pflegehilfskräfte in der Altenpflege über einen gesonderten Zuschlag ist (...) ein Schritt zur Verbesserung der angespannten Personalsituation. Die Einrichtungen haben nun die Möglichkeit, mehr Hilfskräfte zu beschäftigen und finanziert zu bekommen. Allerdings bleibt jetzt abzuwarten, was der Arbeitsmarkt hergibt.“

Verbindliches Personalbemessungsverfahren
Zusätzliche Pflegehilfskraftstellen sind ein erster wichtiger Schritt in Richtung einer verbindlichen Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen. So haben die Ergebnisse des Projekts zur wissenschaftlichen Bemessung des Personalbedarfs gezeigt, dass in vollstationären Pflegeeinrichtungen zukünftig mehr Pflegekräfte und insbesondere mehr Pflegehilfskräfte benötigt werden. Ein Team um Professor Dr. Heinz Rothgang, Leiter der Abteilung „Gesundheit, Pflege und Alterssicherung“ am SOCIUM Forschungszentrum zu Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen, hatte erstmals ein fachlich fundiertes Instrument zur Errechnung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen erarbeitet und Ende September 2020 den Abschlussbericht vorgestellt. Wesentliche Empfehlungen des Forscherteams: Mehr Assistenzkräfte einsetzen und die

Aufgabenverteilung innerhalb einer Pflegeeinrichtung qualifikationsorientiert neu strukturieren.

Das GPVG ist ein wesentlicher Baustein der Strategie der Bundesregierung, die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu verbessern, Pflegekräfte zu entlasten und die Attraktivität des Pflegeberufs zu stärken. Im vergangenen November hatten das Bundesgesundheits-, das Bundesfamilien- und das Bundesarbeitsministerium einen ersten Umsetzungsbericht zur „Konzertierten Aktion Pflege“ vorgelegt, der zeigt, dass bereits wichtige Maßnahmen für eine bessere Entlohnung, für mehr Auszubildende und mehr Kolleginnen und Kollegen an der Seite der Pflegekräfte umgesetzt werden konnten.

Mehr Personal in der Geburtshilfe

Nicht nur in den Pflegeheimen, sondern auch in den Krankenhäusern – genauer: auf den Geburtsstationen – tut sich etwas. Ein Hebammenstellen-Förderprogramm mit 100 Millionen Euro pro Jahr soll laut GPVG von diesem Jahr an bis 2023 dafür sorgen, dass Krankenhäuser mehr Hebammen einstellen können. „Schwangere und junge Mütter profitieren von mehr Personal in der Geburtshilfe“, so Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Mit dem Förderprogramm könnten etwa 600 zusätzliche Hebammenstellen und bis zu 1.750 weitere Stellen für Fachpersonal zur



Weitere Informationen zum Thema unter:



www.bundesgesundheitsministerium.de/versorgungsverbesserungsgesetz

Unterstützung von Hebammen in Geburtshilfeabteilungen geschaffen werden, rechnet das BMG vor.

Stabile Finanzierung der GKV

Schließlich geht es beim GPVG auch darum, die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie zu stabilisieren. „Die Pandemie belastet die gesetzlichen Krankenkassen, durch

geringere Einnahmen und höhere Ausgaben“, erklärt Minister Spahn. „Mit dem GPVG stellen wir die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung im Krisenjahr 2021 sicher und sorgen für einen weitestgehend stabilen Zusatzbeitragsatz. Die Lohnnebenkosten bleiben damit 2021 unter 40 Prozent. Das ist in diesen wirtschaftlich schwierigen Zeiten wichtig für Beitragszahler und Arbeitgeber.“ Als ein wichtiges Element, um die Beiträge

stabil zu halten, ist in diesem Jahr ein ergänzender Bundeszuschuss aus Steuermitteln in Höhe von fünf Milliarden Euro vorgesehen, den die GKV erhält. Außerdem werden aus den Finanzreserven der Krankenkassen einmalig acht Milliarden Euro in die Einnahmen des Gesundheitsfonds überführt. Und: das Anhebungsverbot für Zusatzbeiträge und die Verpflichtung zum stufenweisen Abbau überschüssiger Finanzreserven werden ausgeweitet.

BMG im Dialog

5 Fragen zur Pflege zu Hause

Monat für Monat erreichen das Bundesministerium für Gesundheit zahlreiche Fragen von Bürgerinnen und Bürgern zu den unterschiedlichsten Themen. In dieser Ausgabe greift *Im Dialog* die fünf häufigsten Fragen zum Thema „Pflege zu Hause“ auf.



1

„Was versteht man unter dem Entlastungsbetrag und wird dieser direkt ausgezahlt?“

Grundsätzlich haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich – also maximal 1.500 Euro jährlich. Das gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Dieser Betrag ist zweckgebunden für qualitätsgesicherte Leistungen einzusetzen. Er dient der Entlastung von Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, die die Pflege daheim übernehmen, sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Erstattet werden Aufwendungen, die der oder dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

- Leistungen der teilstationären Tages- oder Nachtpflege,
- Leistungen der vorübergehenden vollstationären Kurzzeitpflege,
- Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der sogenannten Selbstversorgung) oder
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI

entstehen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag außerdem auch für Leistungen zugelassener Pflegedienste im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung einsetzen. Eine Direktauszahlung, um die Pflege selbst sicherzustellen, ist dagegen nicht vorgesehen. Das dient vor allem dem Schutz der Pflegebedürftigen. Denn es muss sichergestellt sein, dass die Dienstleistungen von Helferinnen und Helfern erbracht werden, die für diese Aufgaben sowie den Umgang mit Pflegebedürftigen auch geschult sind. Dazu gehört insbesondere auch das Vorhandensein eines angemessenen Grund- und Notfallwissens.

2

„Wer kann eine kurzzeitige Auszeit oder eine Pflegezeit in Anspruch nehmen?“

Beschäftigte haben nach dem Pflegezeitgesetz das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben (aufgrund der Corona-Pandemie 20 Tage bis zum 30. Juni 2021* – siehe Frage 3), wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen (kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Dieser Anspruch besteht unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber Beschäftigten.

Darüber hinaus sind Beschäftigte für maximal sechs Monate ganz oder teilweise freizustellen, wenn sie pflegebedürftige nahe Angehörige zu Hause pflegen (Pflegezeit). Im Falle minderjähriger Pflegebedürftiger naher Angehöriger kann die Betreuung auch in außerhäuslicher Umgebung erfolgen. Wenn nur eine teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Die Inanspruchnahme von Pflegezeit ist allerdings nur möglich, wenn der Arbeitgeber in der Regel mehr als 15 Personen beschäftigt. Wichtig ist hier eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung für den Arbeitgeber, die belegt, dass der oder die Angehörige pflegebedürftig ist. Bei in der privaten Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

„Bin ich während der Pflegezeit finanziell und sozial abgesichert?“

Im Falle einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung von bis zu zehn Tagen ist der Arbeitgeber zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt. Ist dies nicht der Fall, können Beschäftigte ein auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenztes Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch nehmen, sofern sie kein Krankengeld oder Verletzengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes beanspruchen können. Dies gilt für die Pflege von pflegebedürftigen Personen aller Pflegegrade und Personen, die die Voraussetzungen für die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich erfüllen. Dabei handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung. Als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld werden 90 Prozent (bei Bezug beitragspflichtiger Einmalzahlungen in den letzten zwölf Monaten vor der Freistellung 100 Prozent) des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt.

Abweichend von § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes (kurzzeitige Arbeitszeitverhinderung) haben Beschäftigte das Recht, im Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. Juni 2021* bis zu 20 Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn die akute Pflegesituation aufgrund der COVID-19-Pandemie aufgetreten ist. Diese Regelung wurde mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite eingeführt. Gleiches gilt für die Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld im neu eingeführten § 150 Absatz 5d Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Beide Regelungen, die bisher bis zum 31. Dezember 2020 galten und durch das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege zunächst bis zum 31. März 2021 verlängert wurden, gelten nach einer erneuten Verlängerung durch das EpiLage-Fortgeltungsgesetz bis zum 30. Juni 2021*. Beschäftigte haben danach – abweichend von den sonstigen Regelungen zum Bezug von Pflegeunterstützungsgeld – Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage, um die Pflege eines oder einer pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung im Sinne des § 2 des Pflegezeitgesetzes vorliegt. Voraussetzung ist, dass

1. die Beschäftigten glaubhaft darlegen, dass sie die Pflege oder die Organisation der Pflege aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie übernehmen,
2. die Beschäftigten keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder anderweitige Lohnersatzleistungen haben und
3. die häusliche Pflege nicht anders sichergestellt werden kann.

Diese Sonderregelung stellt sicher, dass bei einem durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten pflegerischen Versorgungsengpass Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung für bis zu 20 Arbeitstage gewährt werden kann, wenn Beschäftigte aufgrund einer anderweitig nicht behebbaren Versorgungslücke die pflegerische Versorgung eines oder einer nahen Angehörigen im Sinne des Pflegezeitgesetzes in dieser Zeit selbst sicherstellen oder organisieren müssen. Dies muss in geeigneter Weise glaubhaft gemacht werden, beispielsweise durch eine Bestätigung des behandelnden Arztes oder der Pflegeeinrichtung, die aufgrund des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ihr Angebot ganz oder teilweise einstellt oder einstellen muss, oder durch die Bestätigung einer Pflegeperson, die Corona-bedingt ausfällt.

Beschäftigte, die sich nach dem Pflegezeitgesetz für eine bis zu sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung entscheiden, haben Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen, das beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden kann. Wer nach dem Pflegezeitgesetz von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurde oder wessen Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung wird, kann auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung erhalten, sofern keine Familienversicherung besteht. Während der Pflegezeit ist die Pflegeperson rentenversichert, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig ist. Wird die Arbeitszeit während der Pflegezeit lediglich reduziert, zahlt der Arbeitgeber zudem die Beiträge zur Rentenversicherung auf Basis des reduzierten Arbeitsentgelts weiter.

Auch in der Arbeitslosenversicherung ist die Pflegeperson während der Pflegezeit versicherungspflichtig, wenn sie einen pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in einem zeitlichen Umfang von mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson in der Arbeitslosenversicherung bereits unmittelbar vor Aufnahme der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig war oder Anspruch auf Arbeitslosengeld hatte.

Während der Pflegezeit besteht wie bei allen Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen, beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.

* Die Verlängerung der Corona-Sonderregelungen bis zum 30. Juni 2021 durch das EpiLage-Fortgeltungsgesetz steht unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Bundesrates (Abstimmung am 26. März 2021).

„Was versteht man unter einer Familienpflegezeit und kann diese mit der Pflegezeit kombiniert werden?“

Beschäftigte haben einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, das heißt, sie können sich für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden im Durchschnitt eines Jahres teilweise für die Pflege in häuslicher Umgebung einer beziehungsweise eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen (Pflegegrade 1 bis 5) freistellen lassen. Ein Anspruch auf teilweise Freistellung besteht auch für die außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen.

Der Rechtsanspruch findet nur Anwendung gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten. Die Ankündigungsfrist für die Freistellung beträgt acht Wochen. Derzeit ist diese Frist aufgrund der Corona-Pandemie auf zehn Tage verkürzt. Gleichzeitig ist zu erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang innerhalb der Gesamtdauer die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Dabei ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Arbeitgeber und Beschäftigte haben über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe dem entgegenstehen.

Auch Beschäftigte, die sich nach dem Familienpflegezeitgesetz freistellen lassen, haben Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben. Während der Familienpflegezeit zahlt der Arbeitgeber die Beiträge zur Rentenversicherung auf Basis des reduzierten Arbeitsentgelts weiter. Zusätzlich überweist die Pflegekasse an die Rentenversicherung während der Familienpflegezeit für die geleistete Pflege Beiträge, wenn der Pflegeaufwand für eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, und die Erwerbstätigkeit höchstens 30 Stunden pro Woche beträgt. Die Rentenansprüche steigen mit der Höhe des Pflegegrades der zu pflegenden Person, sodass sie im Ergebnis je nach Pflegegrad ein Niveau erreichen können, das einer Vollbeschäftigung entspricht. Während der Familienpflegezeit besteht wie für alle Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegen, beitragsfreier gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.

Alle Freistellungsmöglichkeiten nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz können miteinander kombiniert werden. Sie müssen aber nahtlos aneinander anschließen. Ihre Gesamtdauer beträgt höchstens 24 Monate. Die jeweiligen Ankündigungsfristen sowie die unterschiedlichen Ansprüche je nach Größe des Arbeitgebers sind zu beachten.

Corona-Sonderregelungen ermöglichen es, die Familienpflegezeit und Pflegezeit bis zum 30. Juni 2021* flexibler zu nutzen, wenn der Arbeitgeber zustimmt:

Wer die Höchstdauer einer Auszeit für pflegebedürftige nahe Angehörige bisher nicht ausgeschöpft hat, kann sich erneut von der Arbeit freistellen lassen. Während der Pandemie ist eine mehrfache Inanspruchnahme möglich und die Freistellungen müssen nicht im unmittelbaren Anschluss genommen werden.

Es genügt, die Familienpflegezeit mindestens zehn Tage vor dem Beginn schriftlich beim Arbeitgeber anzukündigen. Während einer Familienpflegezeit kann die Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden bis zu einem Monat lang unterschritten werden.



* Die Verlängerung der Corona-Sonderregelungen bis zum 30. Juni 2021 durch das EpiLage-Fortgeltungsgesetz steht unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Bundesrates (Abstimmung am 26. März 2021).

„Angenommen, ich werde als Pflegendе oder Pflegendеr selbst krank oder falle aus – was ist zu tun?“

Wenn private Pflegepersonen vorübergehend ausfallen, weil sie etwa selbst durch Urlaub, Krankheit oder andere Gründe verhindert sind, greift die sogenannte Verhinderungspflege. Die Pflegeversicherung übernimmt in dem Fall die nachgewiesenen Kosten einer Ersatzpflege für maximal sechs Wochen je Kalenderjahr. Voraussetzung: Die pflegebedürftige Person muss mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft sein. Und: Die Pflegeperson muss den pflegebedürftigen Menschen zuvor mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt haben. Wird die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dann ist der Betrag für die Verhinderungspflege auf 1.612 Euro begrenzt, kann jedoch um noch nicht in Anspruch genommene Leistungsbeträge der Kurzzeitpflege in Höhe von bis zu 806 Euro auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden.

Wird die Verhinderungspflege in Form der häuslichen Pflege durch eine Pflegeperson durchgeführt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann davon ausgegangen werden, dass die Verhinderungspflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird. In diesen Fällen sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach § 37 Absatz 1 SGB XI beschränkt. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass die tatsächlich entstandenen notwendigen Aufwendungen der Ersatzpflegeperson auch darüber hinaus erstattet werden.



Weitere Informationen zum Thema bietet der Online-Ratgeber Pflege unter:



www.bundesgesundheitsministerium.de/online-ratgeber-pflege



www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeleistungen



www.bundesgesundheitsministerium.de/ratgeber-pflege

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



Am Telefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie von Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr, am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter 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
Fax: 030 3406066-07



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



Gebärdentelefon (Videotelefonie)
www.gebaerdentelefon.de/bmg/



Online

bundesgesundheitsministerium.de
[youtube.com/BMGesundheit](https://www.youtube.com/BMGesundheit)
[facebook.com/bmg.bund](https://www.facebook.com/bmg.bund)
twitter.com/BMG_Bund



E-Mail

Schreiben Sie eine E-Mail an die *Im Dialog*-Redaktion:
ImDialog@bmg.bund.de

Gut geschützt

Autsch! So ein Sonnenbrand tut furchtbar weh. Am besten, man bekommt erst gar keinen. Die Haut wird es euch danken. Denn zu viel Sonne kann zu Hautschäden führen. Und das gilt übrigens nicht nur für Kinder. So schützt ihr euch richtig.

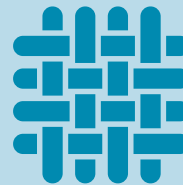
1

Der beste Sonnenschutz? Gar keine Sonne! Also nach Möglichkeit bei starker Sonne im Haus bleiben oder sich im Schatten aufhalten.



2

Wichtig ist auch die richtige Kleidung. Jedes Kleidungsstück schützt vor zu intensiver ultravioletter Strahlung, sogenannter UV-Strahlung. Wie hoch dieser Schutz ist, hängt vom Gewebetyp und der Dichte des Gewebes ab. Grundsätzlich gilt: je dichter gewebt, desto besser.



5

Am Strand oder im Garten sorgen Sonnenschirme oder Sonnensegel für ein schattiges Plätzchen.



3

Auch Kopf und Augen nicht vergessen. Ein Hut, eine Mütze oder ein Tuch schützen den Kopf, eine Sonnenbrille die Augen.



4

Auf keinen Fall vergessen: gründliches Eincremen mit Sonnencreme. Vor allem die Stellen, die nicht von der Kleidung bedeckt sind. Aber nicht nur die! Das Bundesamt für Strahlenschutz empfiehlt für Kinder einen Lichtschutzfaktor von mindestens 30, für Erwachsene mindestens 20.



Mehr Infos rund um den Sonnenschutz speziell für Kinder gibt es unter:



www.kindergesundheit-info.de/themen/risiken-vorbeugen/sonnenschutz/

Rätselspaß: Finde die Fehler

Auf der vorherigen Seite habt ihr gelernt, wie wichtig der richtige Sonnenschutz ist. Auf dem ersten Bild scheint die Familie alles richtig zu machen. Doch im Bild darunter haben sich sechs Fehler eingeschlichen. Könnt ihr sagen, was fehlt?



Lösung: Ball, Box, Sonnencremeharz, ein Schuh, Sonnenschirm, Schaufel

Abonnieren Sie
das Magazin des
Bundesministeriums
für Gesundheit

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



Bleiben Sie mit uns im Gespräch!

Bürgertelefon zur Krankenversicherung

☎ 030 3406066 – 01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

☎ 030 3406066 – 02

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

☎ 030 3406066 – 03

Beratungsservice für Gehörlose (Fax, E-Mail)

☎ 030 3406066 – 07

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

Gebärdentelefon (Videotelefonie)

📞 www.gebaerdentelefon.de/bmg/

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

Weitere Informationen finden Sie auf der Website:



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

NEU: Das Nationale Gesundheitsportal

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

Oder besuchen Sie uns!

Kontakt zum Besucherdienst

✉ Besucherdienstinland@bmg.bund.de

☎ 030 1844137 – 85



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



www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet.