

Table with 12 columns and multiple rows of numerical data. The table is partially obscured by a central blue circle containing the text 'Gesundheit in Zahlen 2017' and 'Nr. 1'.

Nr. 1 GESUNDHEIT IN ZAHLEN 2017

Nr. 1 | Gesundheit in Zahlen | November 2017

Liebe Leser,

Das beste Mittel gegen Klischees und Vorurteile ist ein Blick über den Teller- rand. Und genau das will „Gesundheit in Zahlen“ ermöglichen. Zusammen mit brandeins Wissen und statista.com laden wir Sie erstmals ein, unser Gesundheits- wesen aus einer Perspektive jenseits der Stereotype zu erleben.

Sorgsam aufbereitete Daten und Fakten aus nationalen wie internationalen Quel- len bieten überraschende, nicht selten amüsante Einsichten und lassen vielleicht sogar die eine oder andere bislang felsenfeste Überzeugung wanken. Ganz sicher aber sorgen sie für Transparenz und helfen bei der Einordnung – genau wie die redaktio- nellen Beiträge.

So geht etwa das Gespräch mit einem namhaften Soziologen der Frage nach, wieso „Komplexität“ zur Lieblingsvokabel für die Beschreibung unseres Gesundheits- systems geworden ist – und wie wenig Substanz doch nur hinter dem plakativen Etikett steckt. Dass die viel gescholtenen deutschen Strukturen in Relation zu denen anderer Länder ziemlich gut aussehen, zeigt unser Blick in die Welt.

Genügend Verbesserungspotenzial für das hiesige System bleibt trotzdem – das belegen die Praktiker im Heft, die ihren oft mühsamen Alltag schildern: die niederge- lassene Ärztin, der Krankenhausleiter, die Pflegerin oder der Krankenkassenmanager. Ihre Stimmen bilden ein Kaleidoskop der Sichtweisen, das ohne Polemik und Denk- schubladen auskommt – und unterstreichen damit die Idee unseres Heftes: Gesund- heit in Zahlen will Ihnen künftig eine realistische und kritische, aber unvoreingenom- mene Bestandsaufnahme liefern.

Zu Gesundheit und medizinischer Versorgung gibt es schon genug vorgefasste Meinungen. Wir würden uns freuen, wenn Sie diese Publikation dazu anregte, sich Ihr eigenes unbefangenes Bild zu machen.

Frank Hippler
Vorstandsvorsitzender der IKK classic

Inhalt

Gesundheitszustand

Lebenserwartung, Geburtenraten, Säuglingssterblichkeit, Bevölkerungswachstum, körperliche Aktivität, Ernährung, Diagnosen, gesundheitliche Beeinträchtigungen, Krankenhausaufenthalte, Pflege ... **(Seite 6 – 37)**

Interview: „Die Akteure sind klüger als die Regeln.“

Komplexität lässt sich reduzieren – aber Vorsicht!
Der Organisationssoziologe Stefan Kühl über die Fallenscheinbar einfacher Lösungen. **(Seite 34)**

Gesundheitswesen

Arzneimittel, Ärzte, Apotheker, Gesundheitspersonal, Krankenhäuser, Pflegeheime, Pflegedienste, Prävention, Vorsorgeeinrichtungen, medizinische Versorgung, Umsätze, Gesundheitsausgaben ... **(Seite 38 – 69)**

Standpunkte: Ansichtssachen

Die eine wünscht sich mehr Freiheit, der andere mehr Regeln, alle wollen eine möglichst gute medizinische Versorgung. Fünf Protagonisten erzählen ihre Sicht der Dinge. **(Seite 64)**

Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkassen, Beitragssätze, Kassenwahl, private Kranken- und Pflegeversicherung, Mitglieder und mitversicherte Angehörige, Krankenstand, Kassenwechsel, Leistungsfälle, Finanzierung, Ausgaben ... **(Seite 70 – 101)**

Meilensteine: Die Summe aller Teile

Unser Gesundheitssystem ist ein komplexes Werk, das sich über Jahrhunderte entwickelt und bewährt hat. Die wichtigsten Stationen im Überblick – von 1140 bis heute. **(Seite 96)**

Digital Health

Umsatz des globalen Digital-Health-Marktes, Gerätenutzung, digitale Gesundheits- und Wellness-Produkte, Ausgaben, Zahlungsbereitschaft der Nutzer, Bewertung der angebotenen Services ... **(Seite 102 – 121)**

Gesundheitssysteme weltweit: Top oder Flop?

Das Gesundheitssystem trägt entscheidend zum Wohlergehen eines Landes und seiner Einwohner bei. Aber Preis und Leistung gehen nicht immer Hand in Hand. Fünf Beispiele. **(Seite 116)**

Glossar (Seite 122)

Impressum (Seite 122)

Es gibt tausend Krankheiten, aber nur eine Gesundheit.

Carl Ludwig Börne

Auf einen Blick

Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung

Zahl der Geburten pro 1000 Einwohner im Jahr 1990	11,4
Zahl der Geburten pro 1000 Einwohner im Jahr 2015	9,0
Säuglingssterblichkeitsrate pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 1980	12,4
Säuglingssterblichkeitsrate pro 1000 Lebendgeburten im Jahr 2015	3,3
Durchschnittliche Lebenserwartung im Jahr 1980, in Jahren	72,9
Durchschnittliche Lebenserwartung im Jahr 2015, in Jahren	80,7
Anteil der unter 15-Jährigen im Jahr 1980, in Prozent	18,62
Anteil der unter 15-Jährigen im Jahr 2015, in Prozent	12,89
Anteil der über 60-Jährigen im Jahr 1980, in Prozent	19,25
Anteil der über 60-Jährigen im Jahr 2015, in Prozent	27,60
Anteil der Bevölkerung mit einem Body-Mass-Index unter 18,5 kg/m ² (untergewichtig) 2003, in Prozent	2,3
Anteil der Bevölkerung mit einem Body-Mass-Index unter 18,5 kg/m ² (untergewichtig) 2015, in Prozent	1,8
Anteil der Bevölkerung mit einem Body-Mass-Index über 30 kg/m ² (stark übergewichtig) 2003, in Prozent	12,9
Anteil der Bevölkerung mit einem Body-Mass-Index über 30 kg/m ² (stark übergewichtig) 2015, in Prozent	21,1
Anteil der Bevölkerung mit chronischer Erkrankung 2008, in Prozent	36,1
Anteil der Bevölkerung mit chronischer Erkrankung 2015, in Prozent	42,5
Zahl der Fälle von Arbeitsunfähigkeit 1993	36 861 877
Zahl der Fälle von Arbeitsunfähigkeit 2015	42 344 401
Die fünf häufigsten Diagnosen in Praxen von Allgemeinmedizinern 2015, in Prozent:	
essentielle (primäre) Hypertonie	38,7
Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	26,4
Rückenschmerzen	16,7
nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes)	13,7
sonstige nichttoxische Struma	11,0
Die fünf häufigsten Todesursachen 2015, Zahl der Sterbefälle:	
chronische ischämische Herzkrankheit	76 013
akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	49 210
Herzinsuffizienz	47 414
bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	45 224
nicht näher bezeichnete Demenz	31 939

Quellen: Statistisches Bundesamt, The World Bank Group, OECD, Department of Economic and Social Affairs by the United Nations, Robert Koch-Institut, Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Stabil

Bevölkerung; Deutschland

1991	79 753 227
1996	81 817 499
2001	82 259 540
2006	82 437 995
2011	81 751 602
2012	80 327 900
2013	80 523 746
2014	80 767 463
2015	81 197 537
2016	82 175 684

Quelle: Statistisches Bundesamt

Steigend

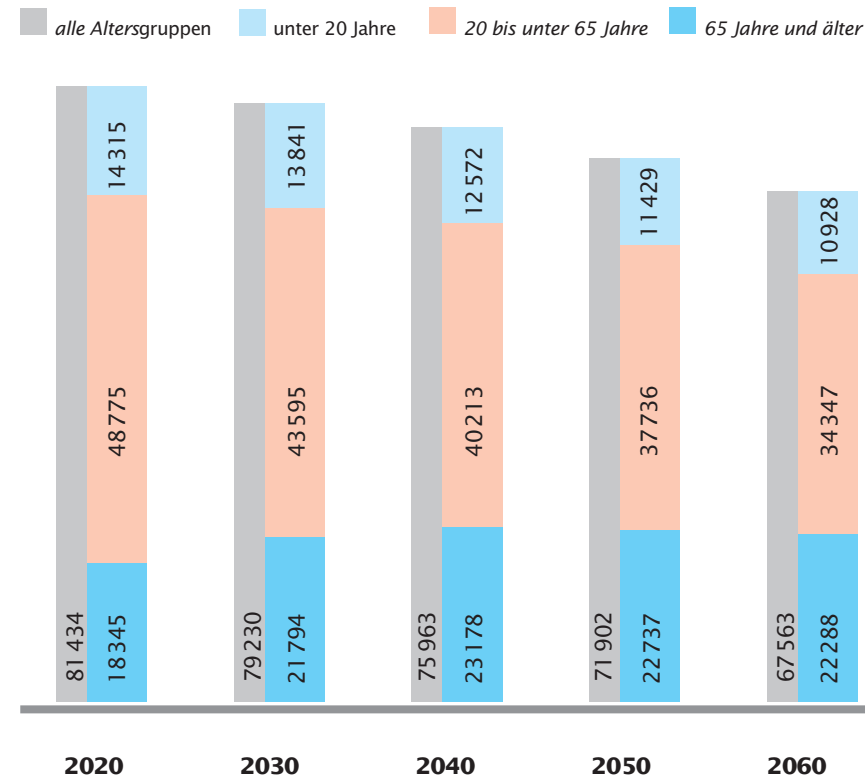
Bevölkerung nach Altersklasse und Gesundheitszustand: kranke oder unfallverletzte Personen; Deutschland; 2013*; in Prozent

unter 5 Jahre	14,8
5 bis unter 10 Jahre	10,2
10 bis unter 15 Jahre	8,8
15 bis unter 20 Jahre	9,0
20 bis unter 25 Jahre	11,2
25 bis unter 30 Jahre	13,2
30 bis unter 35 Jahre	13,6
35 bis unter 40 Jahre	13,9
40 bis unter 45 Jahre	14,1
45 bis unter 50 Jahre	14,6
50 bis unter 55 Jahre	16,1
55 bis unter 60 Jahre	18,8
60 bis unter 65 Jahre	18,1
65 bis unter 70 Jahre	17,6
70 bis unter 75 Jahre	21,1
75 Jahre und älter	28,2
alle Altersgruppen	16,2
Anteil der kranken oder unfallverletzten Frauen aller Altersgruppen	16,7
Anteil der kranken oder unfallverletzten Männer aller Altersgruppen	15,7

*Zahlen zur Gesundheit werden alle 4 Jahre im Mikrozensus erhoben.
Quelle: Statistisches Bundesamt

Wir werden weniger

Bevölkerungsvorausberechnung*; Deutschland; in Tausend



*Stand 2015. Quelle: Statistisches Bundesamt

Aufwärtstrend

Durchschnittliche Kinderzahl pro Frau*; Deutschland

1990	1,45
1995	1,25
2000	1,38
2005	1,34
2010	1,39
2011	1,39
2012	1,41
2013	1,42
2014	1,47
2015	1,50

*Durchschnittliche Kinderzahl, die eine Frau bei Abschluss des gebärfähigen Alters in ihrem Leben zur Welt bringen würde.
Quelle: Statistisches Bundesamt

Abwärtstrend

Quote der Schwangerschaftsabbrüche; Deutschland; pro 1000 Geborene

2009	164,9
2010	160,9
2011	162,2
2012	156,4
2013	148,6
2014	137,2
2015	132,5
2016*	132,1

Veränderung der Schwangerschaftsabbruch-Quote von 2009–2016; in Prozent

*vorläufig. Quelle: Statistisches Bundesamt

Je weniger, je besser

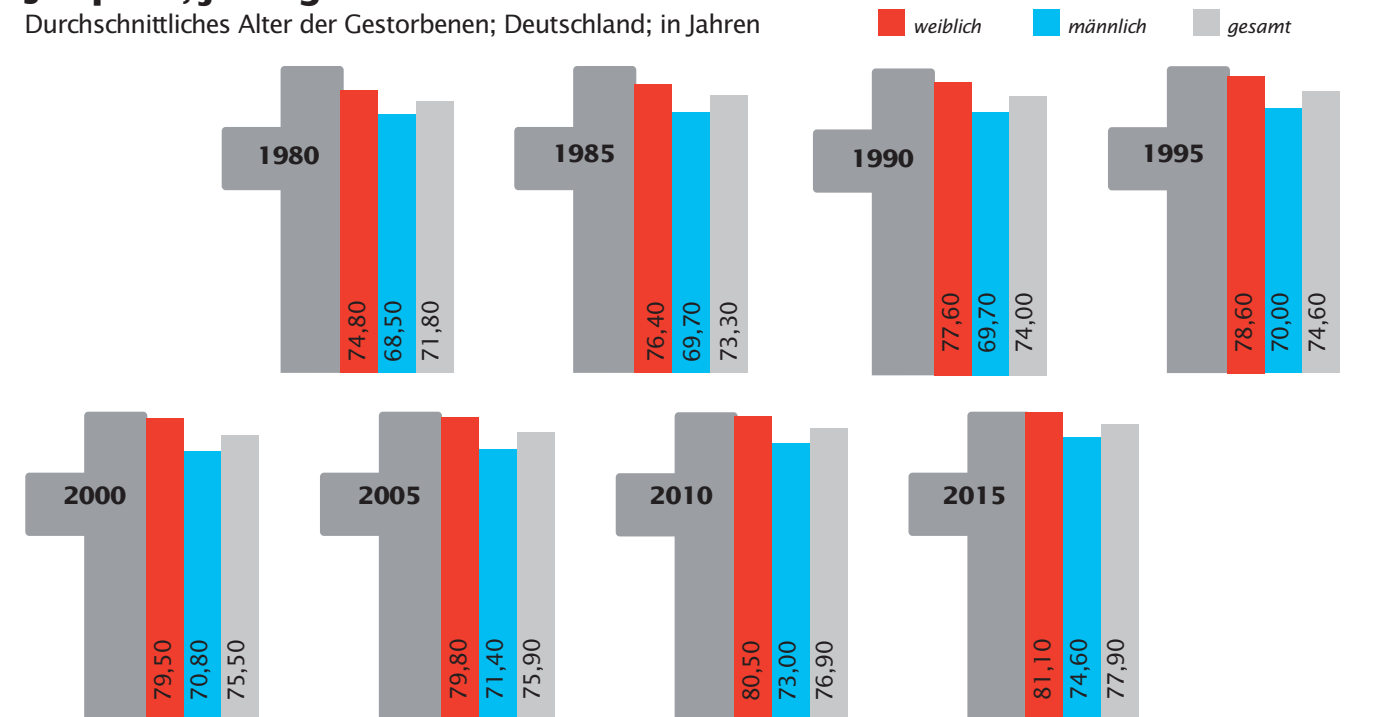
Säuglingssterbefälle pro Tausend Lebendgeborene; Deutschland

	1990	2005	2015
Deutschland	7,0	3,9	3,3
Baden-Württemberg	6,4	3,3	2,9
Bayern	6,2	3,5	2,8
Berlin	8,2	3,4	3,2
Brandenburg	7,4	4,1	2,6
Bremen	7,4	5,3	4,5
Hamburg	6,1	4,6	3,4
Hessen	6,2	3,9	3,1
Mecklenburg-Vorpommern	7,2	3,4	2,6
Niedersachsen	7,0	4,5	3,6
Nordrhein-Westfalen	7,7	4,6	4,1
Rheinland-Pfalz	8,1	3,8	3,5
Saarland	6,6	4,3	3,3
Sachsen	6,7	3,4	2,4
Sachsen-Anhalt	8,0	3,1	3,7
Schleswig-Holstein	6,8	4,2	3,0
Thüringen	8,0	4,1	2,8

Quelle: Statistisches Bundesamt

Je später, je länger

Durchschnittliches Alter der Gestorbenen; Deutschland; in Jahren



*Ab 2004 basieren die Werte auf dem tatsächlichen Sterbealter (vollendetes Jahr bzw. 0,188 Jahre für Säuglingssterbefälle). Für die Jahre bis 2003 wird das durchschnittliche Sterbealter auf der Grundlage der Altersklassenmitte von 5-Jahres-Altersgruppen berechnet. Für die Altersgruppe 90 Jahre und älter werden 93,697 Jahre und für die Säuglingssterbefälle 0,188 Jahre verwendet. Quelle: Statistisches Bundesamt

Wo leben Frauen am längsten?

Lebenserwartung von Frauen im internationalen Vergleich; OECD-Mitgliedsstaaten; in Jahren

Land	1990	2015
Japan	81,9	87,1
Spanien	80,6	85,8
Frankreich	80,9	85,5
Südkorea	75,5	85,2
Schweiz	80,9	85,1
Italien	80,3	84,9
Luxemburg	78,7	84,7
Australien	80,1	84,5
Finnland	79,0	84,4
Portugal	77,5	84,3
Norwegen	79,9	84,2
Schweden	80,5	84,1
Israel	78,4	84,1
Slowenien	77,8	83,9
Island	80,7	83,8
Griechenland	79,5	83,7
Österreich	79,0	83,7
Belgien	79,5	83,4
Irland	77,7	83,4
Neuseeland	78,4	83,4
Niederlande	80,2	83,2
Deutschland	78,5	83,1
Vereinigtes Königreich	78,5	82,8
Dänemark	77,8	82,7
Estland	74,9	82,2
Chile	76,5	81,8
Tschechische Republik	75,5	81,6
Polen	75,3	81,6
USA	78,8	81,2
Türkei	69,5	80,7
Slowakische Republik	75,7	80,2
Lettland	k.A.	79,5
Ungarn	73,8	79,0
Mexiko	74,0	77,7

Quelle: OECD

Wo leben Männer am längsten?

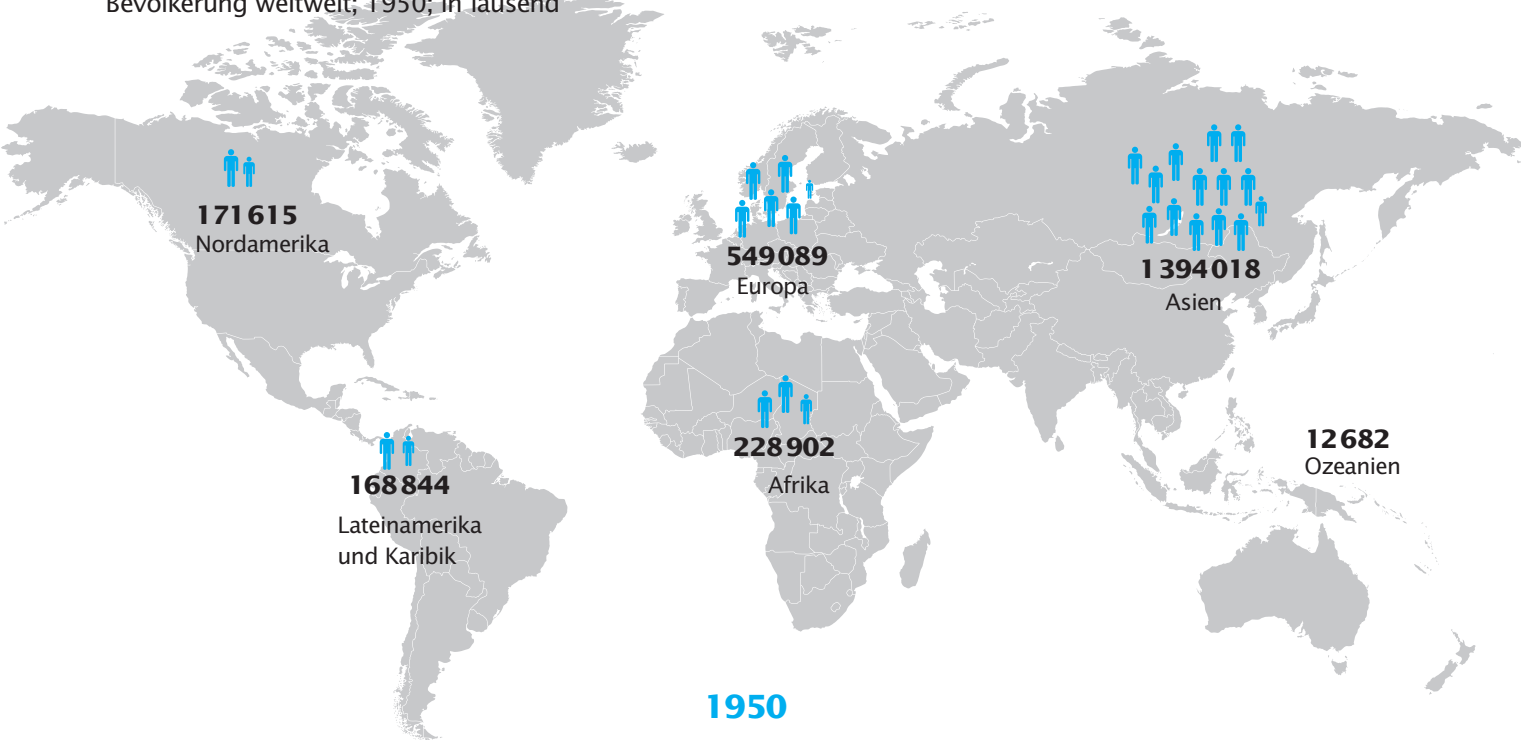
Lebenserwartung von Männern im internationalen Vergleich; OECD-Mitgliedsstaaten; in Jahren

Land	1990	2015
Island	75,5	81,2
Schweiz	74,0	80,8
Japan	75,9	80,8
Norwegen	73,4	80,5
Schweden	74,8	80,4
Australien	73,9	80,4
Italien	73,8	80,3
Spanien	73,4	80,1
Israel	74,9	80,1
Luxemburg	72,4	80,0
Niederlande	73,8	79,9
Neuseeland	72,5	79,9
Irland	72,1	79,6
Frankreich	72,8	79,2
Vereinigtes Königreich	72,9	79,2
Südkorea	67,3	79,0
Dänemark	72,0	78,8
Österreich	72,3	78,8
Belgien	72,7	78,7
Finnland	71,0	78,7
Griechenland	74,7	78,5
Deutschland	72,0	78,3
Portugal	70,6	78,1
Slowenien	69,8	77,8
Chile	69,4	76,7
USA	71,8	76,3
Tschechische Republik	67,6	75,7
Türkei	65,4	75,3
Polen	66,3	73,5
Estland	64,7	73,2
Slowakische Republik	66,7	73,1
Ungarn	65,2	72,3
Mexiko	67,0	72,3
Lettland	k.A.	69,7

Quelle: OECD

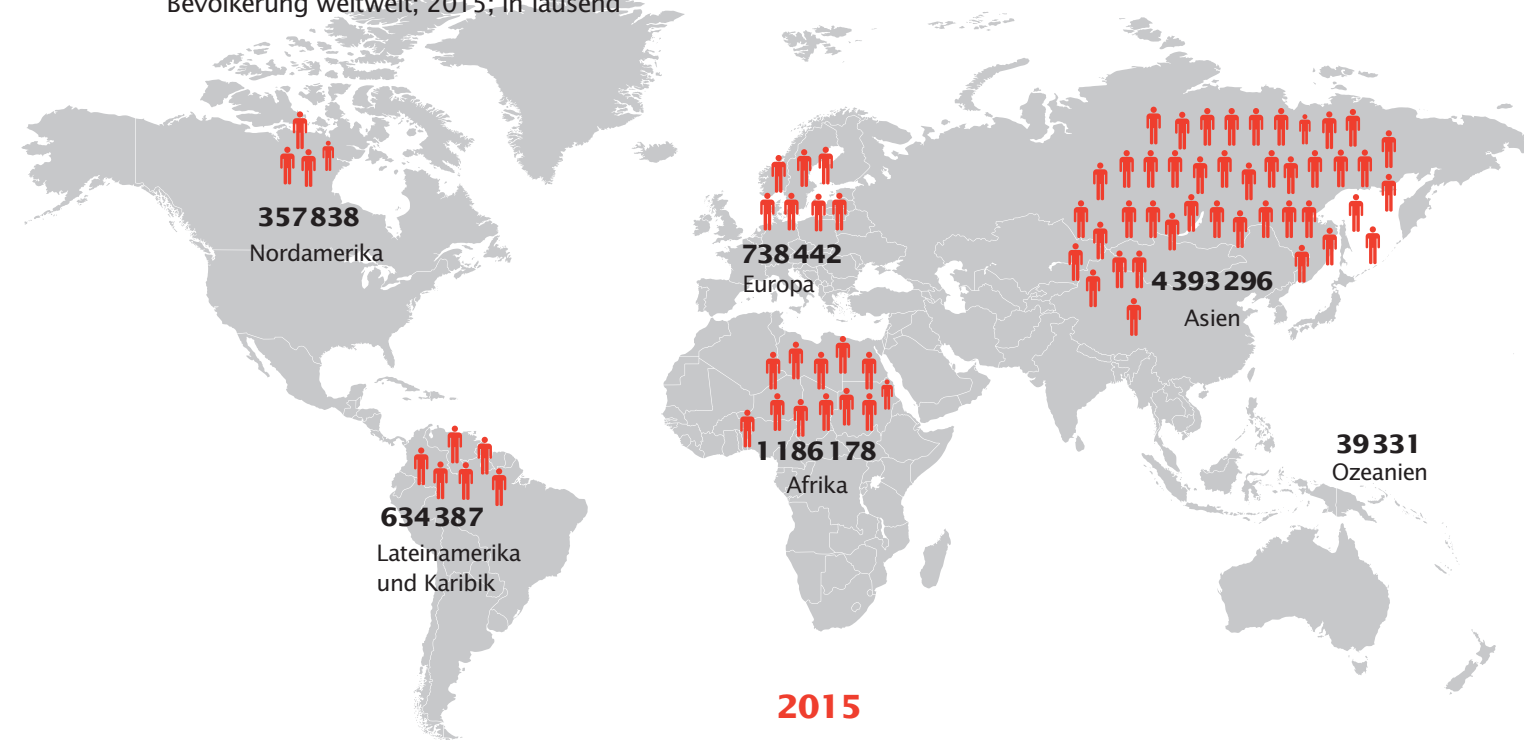
Innerhalb von nur 65 Jahren ...

Bevölkerung weltweit; 1950; in Tausend



... hat sich die Weltbevölkerung fast verdreifacht

Bevölkerung weltweit; 2015; in Tausend



Quelle: Department of Economic and Social Affairs by the United Nations

Quelle: Department of Economic and Social Affairs by the United Nations

Europa schrumpft ...

Durchschnittliches jährliches Bevölkerungswachstum; in Prozent

	1950 – 1955	1970 – 1975	1990 – 1995	2010 – 2015
Europa	0,98	0,60	0,19	0,08
Afrika	2,08	2,61	2,63	2,55
Asien	1,91	2,29	1,63	1,04
Lateinamerika und Karibik	2,70	2,43	1,73	1,12
Nordamerika	1,67	0,95	1,05	0,78
Ozeanien	2,23	1,76	1,49	1,54
weltweit	1,77	1,96	1,54	1,18

Quelle: Department of Economic and Social Affairs by the United Nations

... kein Wunder: Wir bekommen die wenigsten Babys

Geburtenrate; pro 1000 Einwohner

	1950 – 1955	1970 – 1975	1990 – 1995	2010 – 2015
Europa	21,46	15,59	11,51	10,79
Afrika	48,11	45,95	40,54	35,80
Asien	41,84	35,03	24,78	17,75
Lateinamerika und Karibik	42,81	35,41	25,32	17,75
Nordamerika	24,63	15,61	15,37	12,44
Ozeanien	27,46	24,11	19,57	17,25
weltweit	36,90	31,57	24,50	19,59

Quelle: Department of Economic and Social Affairs by the United Nations

Im Zenit

Mittleres Alter (Median); in Jahren

	1950	1985	2015	2045
Europa	28,9	33,5	41,7	46,9
Afrika	19,3	17,5	19,4	23,9
Asien	22,0	21,9	30,3	38,7
Lateinamerika und Karibik	19,9	20,6	29,2	39,7
Nordamerika	29,8	31,4	38,3	42,0
Ozeanien	27,9	27,5	32,9	36,8
weltweit	23,5	23,3	29,6	35,3

Quelle: Department of Economic and Social Affairs by the United Nations

In Bewegung

Mittleres Alter; ausgewählte Länder in Europa; in Jahren

	1950	1970	1990	2015
Deutschland	35,3	34,1	37,6	46,2
Italien	28,6	32,8	37,0	45,9
Litauen	27,8	30,8	32,7	43,1
Finnland	27,8	29,6	36,4	42,5
Ungarn	30,1	34,2	36,4	41,3
Schweden	34,2	35,4	38,3	41,0
Luxemburg	35,0	35,4	36,4	39,2
Russland	24,3	30,8	33,4	38,7

Quelle: Department of Economic and Social Affairs by the United Nations

Weniger Junge

Anteil der unter 15-Jährigen; in Prozent

	1950	1985	2015
Europa	26,34	21,23	15,74
Afrika	41,35	44,80	40,97
Asien	36,55	35,45	24,46
Lateinamerika und Karibik	40,30	38,12	25,72
Nordamerika	27,21	21,59	18,65
Ozeanien	29,86	28,25	23,46
weltweit	34,35	33,86	26,07

Quelle: Department of Economic and Social Affairs by the United Nations

Mehr Alte

Anteil der über 60-Jährigen*; in Prozent

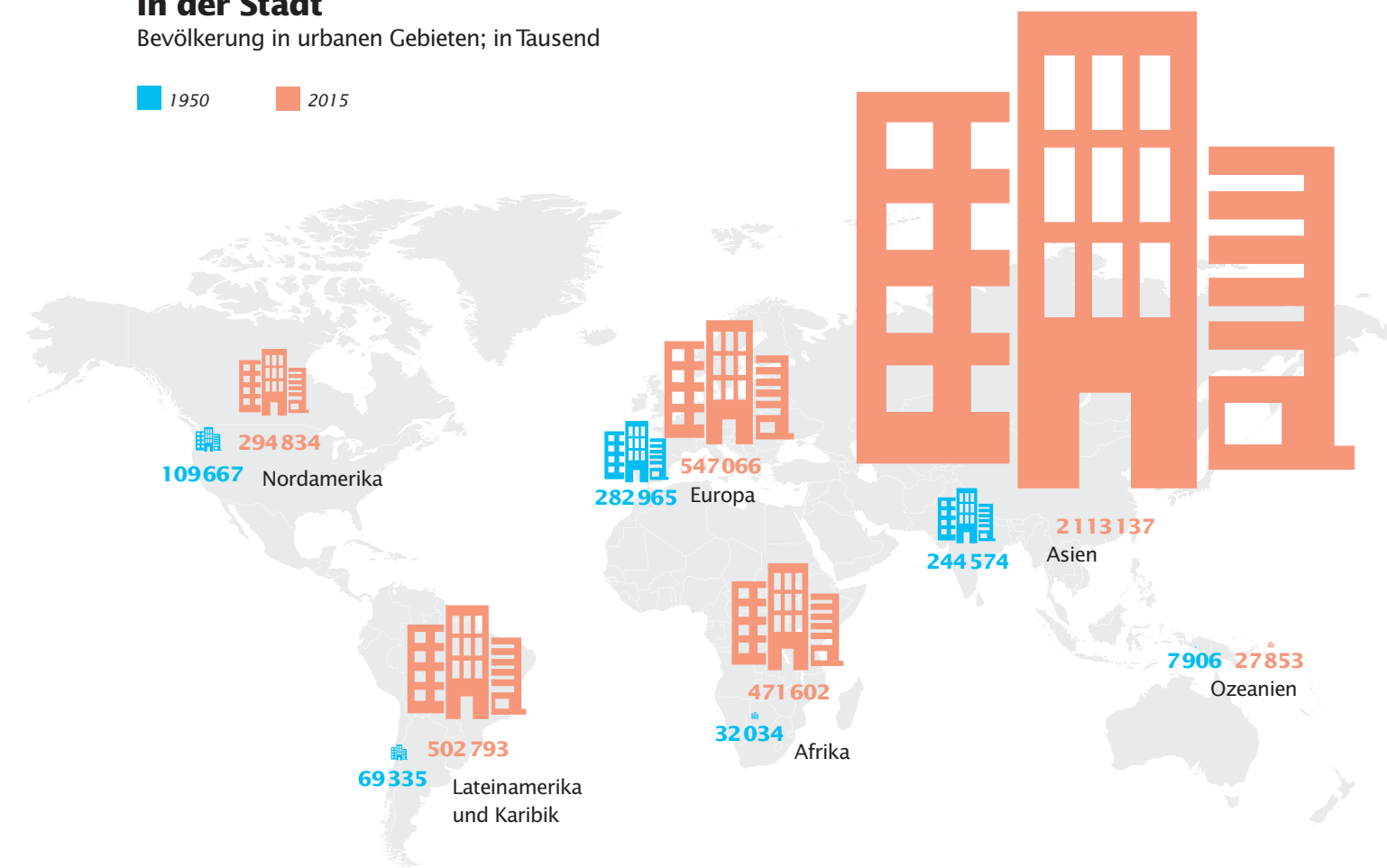
	1950	1985	2015
Europa	11,85	16,87	23,90
Afrika	5,28	5,06	5,43
Asien	6,65	6,99	11,56
Lateinamerika und Karibik	5,66	6,76	11,18
Nordamerika	12,40	16,35	20,84
Ozeanien	11,17	12,27	16,48
weltweit	8,00	8,73	12,26

*inklusive 60-Jähriger. Quelle: Department of Economic and Social Affairs by the United Nations

In der Stadt

Bevölkerung in urbanen Gebieten; in Tausend

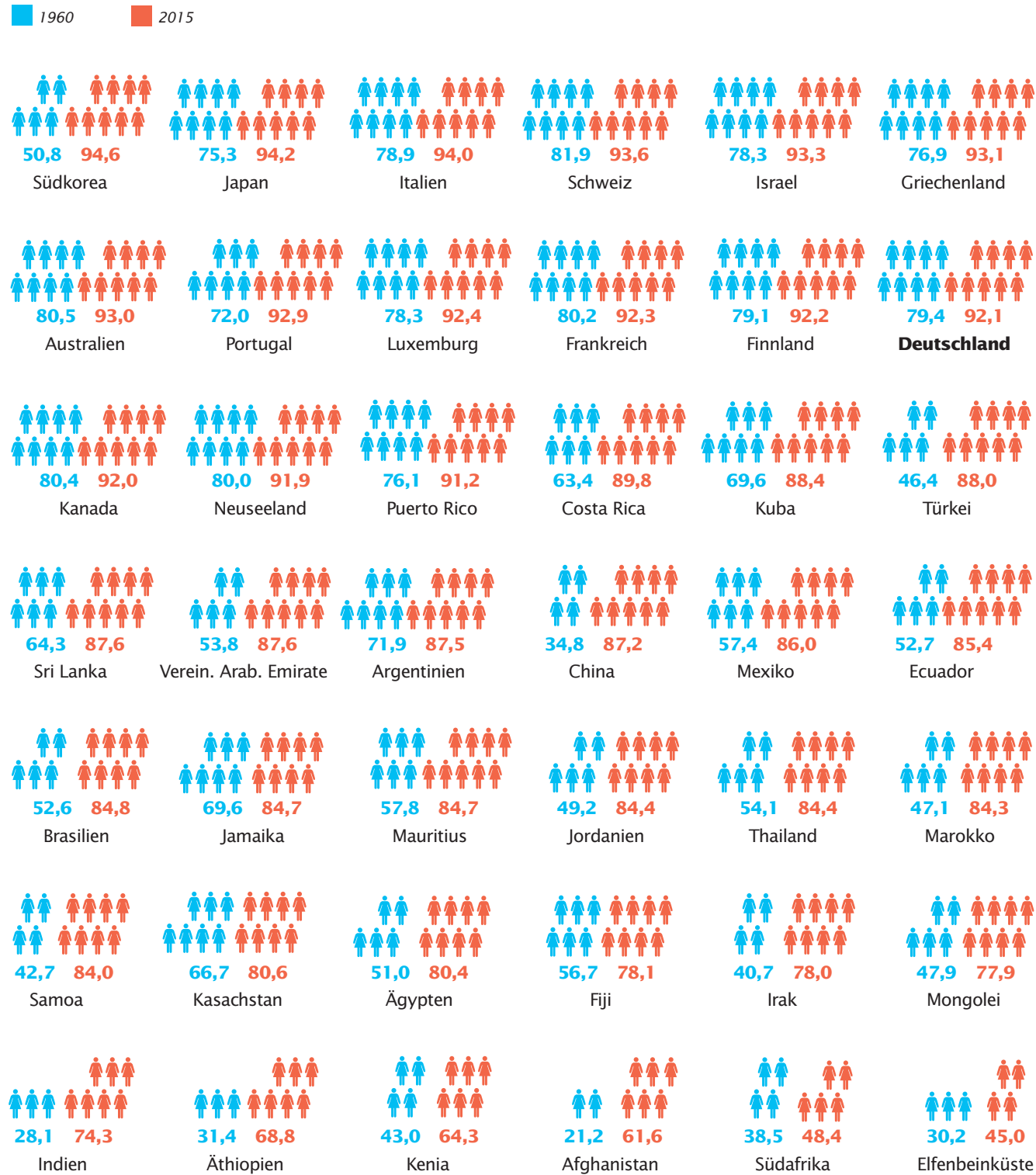
1950 2015



Quelle: Department of Economic and Social Affairs by the United Nations

Die Lebenserwartung steigt weltweit ...

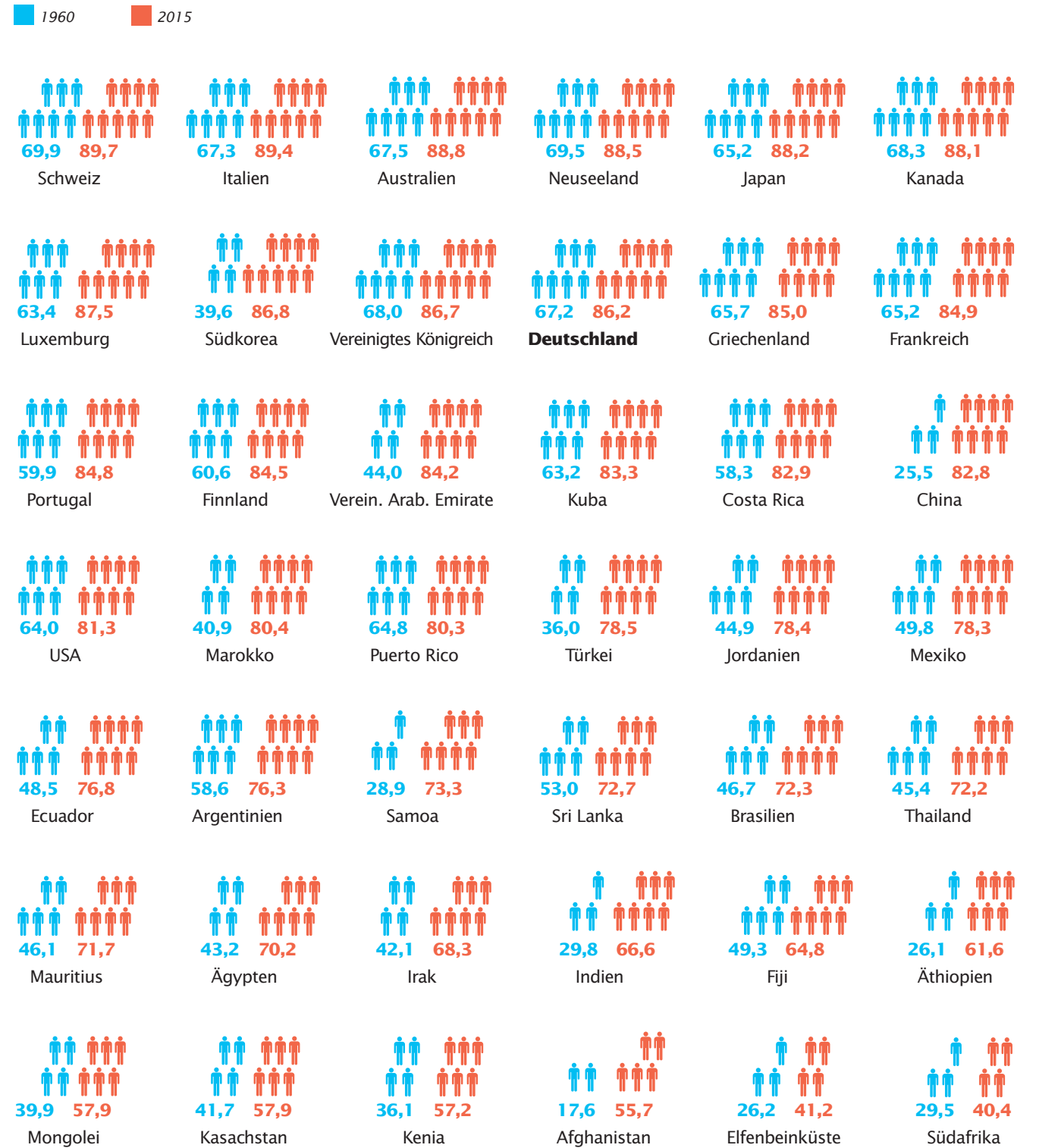
Anteil der Frauen, die das 66. Lebensjahr erreichen; in Prozent



Quelle: The World Bank Group

... mit gewaltigen Unterschieden, je nach Land und Geschlecht

Anteil der Männer, die das 66. Lebensjahr erreichen; in Prozent

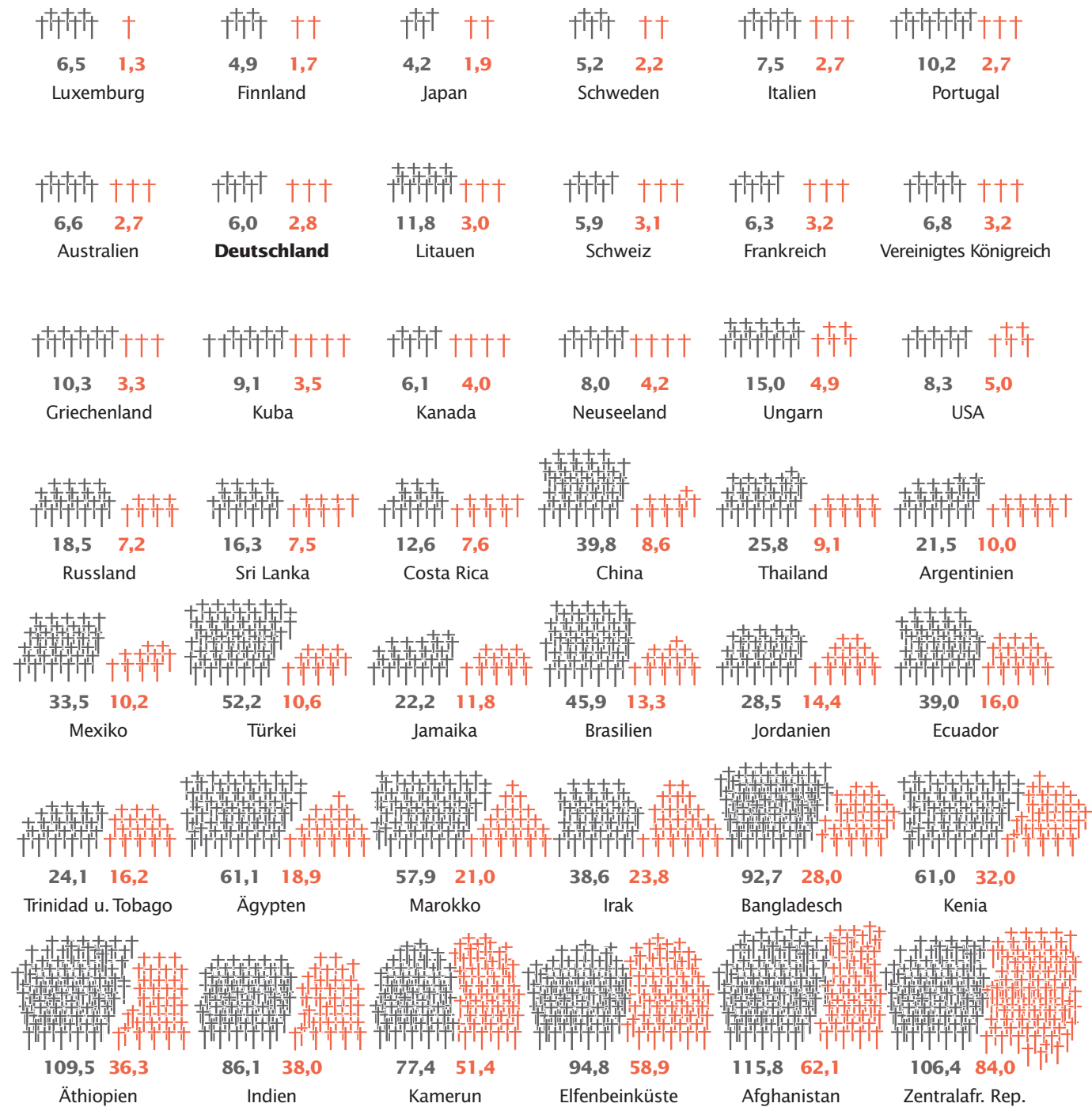


Quelle: The World Bank Group

Abnehmend ...

Säuglingssterblichkeit von Mädchen im internationalen Vergleich; pro Tausend Lebendgeburten

■ 1990 ■ 2015

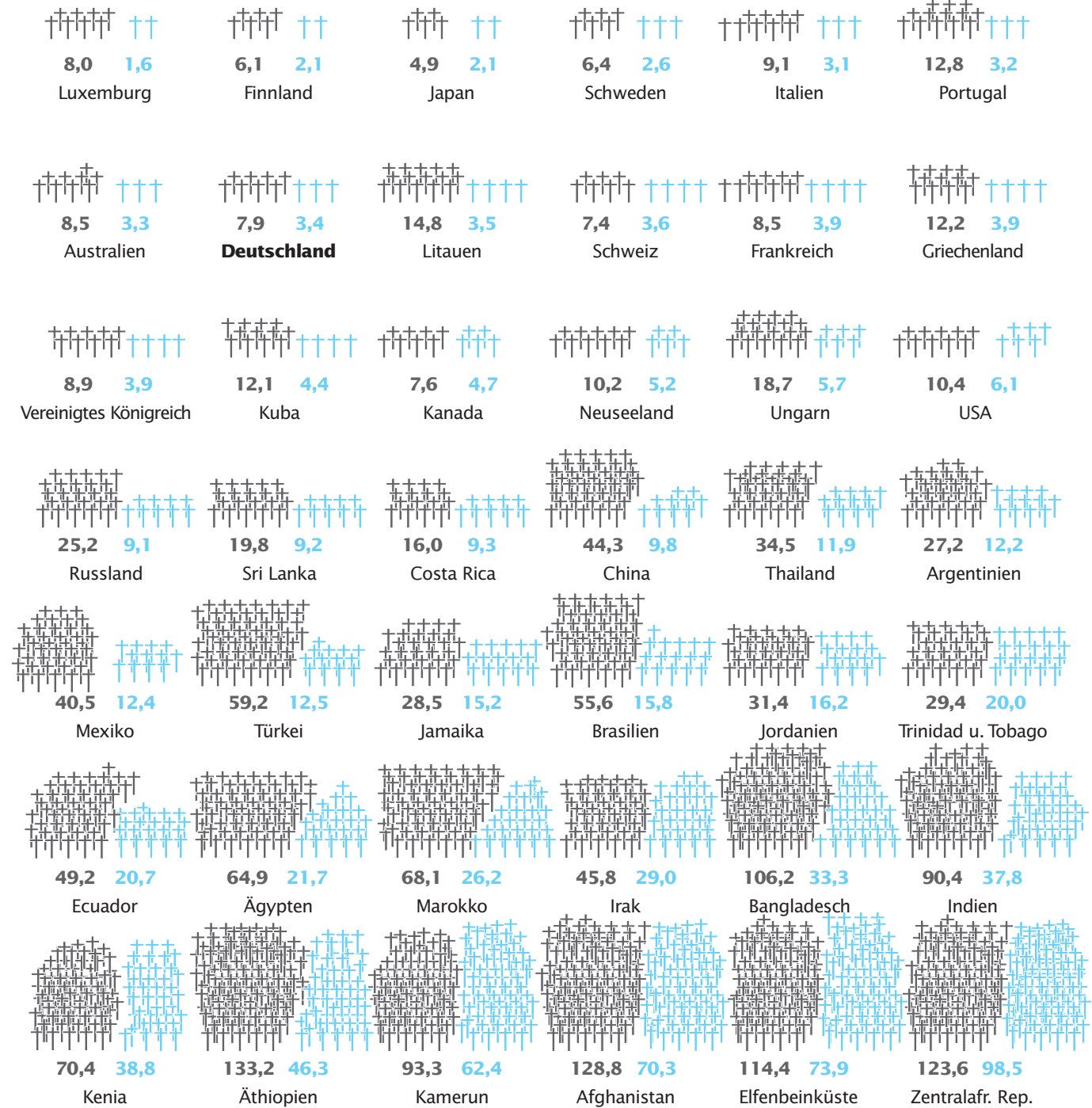


Quelle: The World Bank Group

... aber immer noch zu hoch

Säuglingssterblichkeit von Jungen im internationalen Vergleich; pro Tausend Lebendgeburten

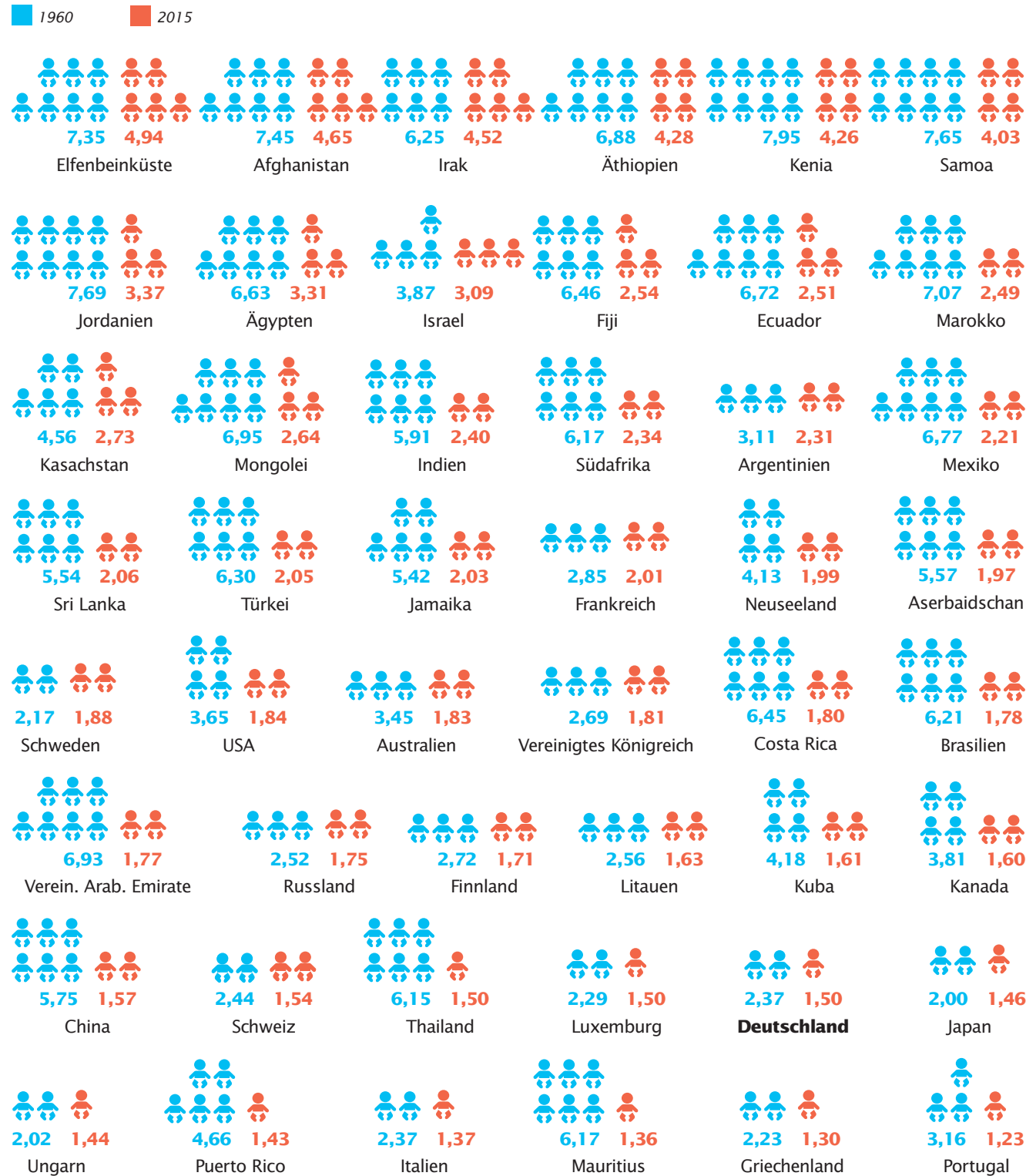
■ 1990 ■ 2015



Quelle: The World Bank Group

Der Welt geht der Nachwuchs aus

Lebend geborene Babys; pro Frau zwischen 15 und 49 Jahren (Fertilitätsrate)



Quelle: The World Bank Group

Die Generation von morgen

Jugendquotient (Verhältnis der Bevölkerung im Alter von unter 15 Jahren zur Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter*); 2016; in Prozent

Afghanistan	80,0
Elfenbeinküste	77,5
Kenia	75,1
Äthiopien	73,5
Irak	73,0
Samoa	63,9
Ägypten	54,7
Israel	46,0
Ecuador	44,6
Südafrika	43,9
Indien	43,1
Mongolei	42,5
Kasachstan	41,4
Mexiko	41,1
Marokko	40,8
Argentinien	39,2
Türkei	37,9
Sri Lanka	36,8
Jamaika	34,2
Brasilien	32,7
Costa Rica	31,9
Neuseeland	31,0
Frankreich	29,7
USA	28,6
Australien	28,5
Schweden	28,0
Vereinigtes Königreich	27,7
Finnland	26,1
Russland	24,9
Thailand	24,3
Luxemburg	23,8
China	23,8
Kanada	23,7
Kuba	23,1
Griechenland	22,9
Schweiz	22,1
Ungarn	21,6
Italien	21,4
Portugal	21,3
Japan	21,2
Deutschland	19,6
Südkorea	18,9
Vereinigte Arabische Emirate	16,6

*15 bis 65 Jahre. Quelle: The World Bank Group

Die Generation von gestern

Altenquotient (Verhältnis der Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren zur Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter*); 2016; in Prozent

Japan	44,5
Italien	35,7
Griechenland	33,9
Finnland	33,6
Deutschland	32,6
Portugal	32,6
Schweden	32,4
Frankreich	31,4
Litauen	28,3
Vereinigtes Königreich	28,0
Schweiz	27,3
Ungarn	27,1
Kanada	24,5
Neuseeland	23,5
Australien	23,2
USA	23,0
Luxemburg	20,4
Russland	19,7
Israel	18,9
Südkorea	18,7
Argentinien	17,3
Thailand	15,2
Sri Lanka	14,7
Jamaika	13,8
China	13,8
Costa Rica	13,3
Brasilien	11,7
Türkei	11,6
Ecuador	10,7
Kasachstan	10,3
Mexiko	10,0
Marokko	9,5
Samoa	9,3
Indien	8,8
Ägypten	8,6
Südafrika	7,8
Äthiopien	6,3
Mongolei	6,2
Elfenbeinküste	5,6
Irak	5,5
Kenia	5,2
Afghanistan	4,6
Vereinigte Arabische Emirate	1,5

*15 bis 65 Jahre. Quelle: The World Bank Group

Zu wenig aktiv

Durchschnittliche körperliche Aktivität nach Alter; Deutschland; 2014/15; in Prozent

	mindestens 2,5 Stunden Ausdaueraktivität pro Woche	mindestens zweimal pro Woche Muskelkräftigungsaktivität	Ausdauer- u. Kräftigungsaktivität entsprechend Empfehlung
alle Altersgruppen	45,3	29,4	22,6
18 bis unter 30 Jahre	51,2	39,4	31,0
30 bis unter 45 Jahre	41,8	24,8	19,4
45 bis unter 65 Jahre	46,7	27,8	21,9
65 Jahre und älter	41,8	29,0	20,2

Quelle: Robert Koch-Institut (GEDA)

Zu wenig bewusst

Regelmäßige Raucher* nach Alter; Deutschland; in Prozent

	2009	2012	2014/15
alle Altersgruppen	29,9	27,6	23,8
18 bis unter 30 Jahre	40,6	34,7	31,9
30 bis unter 45 Jahre	37,8	35,2	31,3
45 bis unter 65 Jahre	32,0	30,2	26,3
65 Jahre und älter	10,8	11,6	7,8

*Anteil der Personen, die berichten, täglich oder regelmäßig Zigaretten zu rauchen. Quelle: Robert Koch-Institut (GEDA)

Vitamine I

Obstverzehr* nach Alter; Deutschland; 2014/15; in Prozent

	täglich oder mehrmals täglich	mindestens einmal pro Woche	weniger als einmal pro Woche
alle Altersgruppen	46,3	43,1	10,6
18 bis unter 30 Jahre	31,6	53,3	15,1
30 bis unter 45 Jahre	36,3	49,2	14,5
45 bis unter 65 Jahre	45,0	44,6	10,4
65 Jahre und älter	67,5	28,1	4,3

*einschließlich frisch gepresster Obstsaften; Quelle: Robert Koch-Institut (GEDA)

Vitamine II

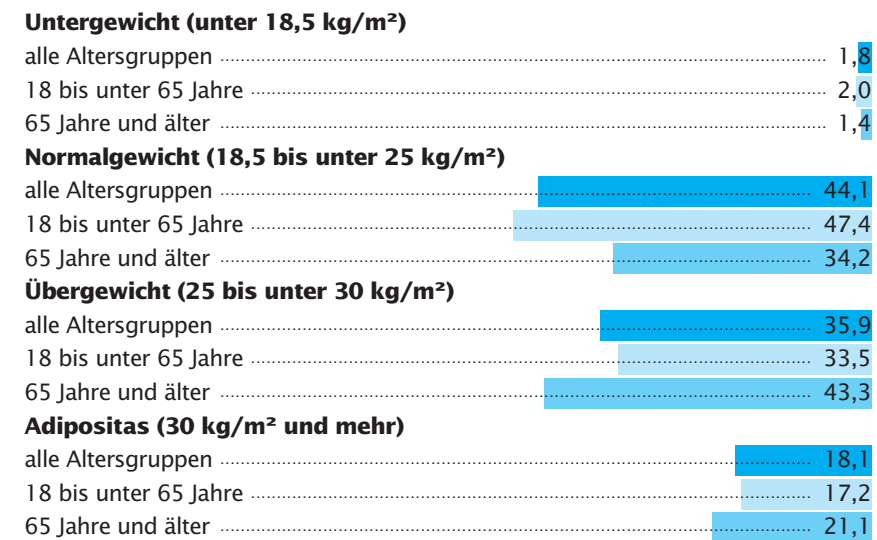
Gemüseverzehr* nach Alter; Deutschland; 2014/15; in Prozent

	täglich oder mehrmals täglich	mindestens einmal pro Woche	weniger als einmal pro Woche
Alle Altersgruppen	32,3	62,1	5,6
18 bis unter 65 Jahre	28,9	64,6	6,4
65 Jahre und älter	42,8	54,3	2,9

*Kartoffeln und Gemüsesäfte ausgeschlossen; Quelle: Robert Koch-Institut (GEDA)

Überernährt

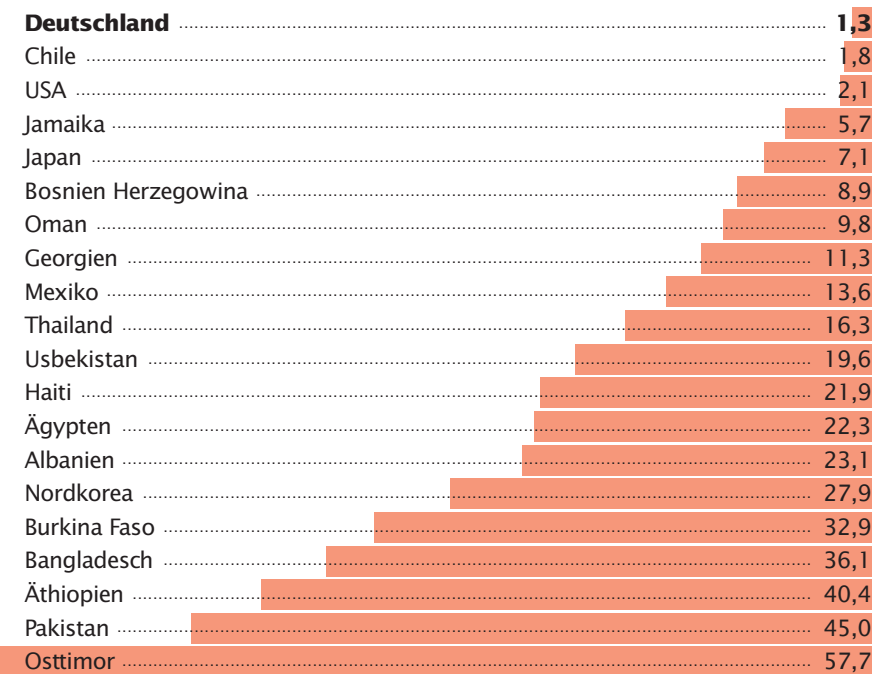
Durchschnittlicher Body-Mass-Index* nach Alter; Deutschland; 2014/15; in Prozent



*Die WHO stuft Erwachsene mit einem Body-Mass-Index (BMI) über 25 als übergewichtig, mit einem BMI über 30 als stark übergewichtig und mit einem BMI unter 18,5 als untergewichtig ein. Quelle: Robert Koch-Institut (GEDA), Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Unterernährt

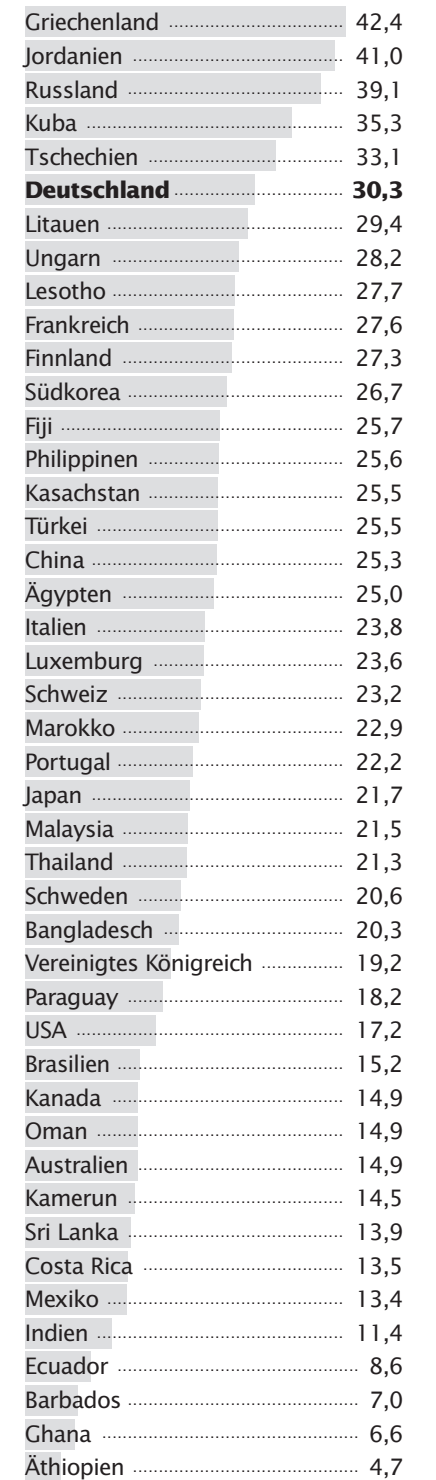
Auftreten von Unterernährung in der Bevölkerung; 2015; in Prozent



Quelle: UNICEF, World Health Organisation und The World Bank Group

Ungesund

Raucheranteil der Bevölkerung; 2015; in Prozent

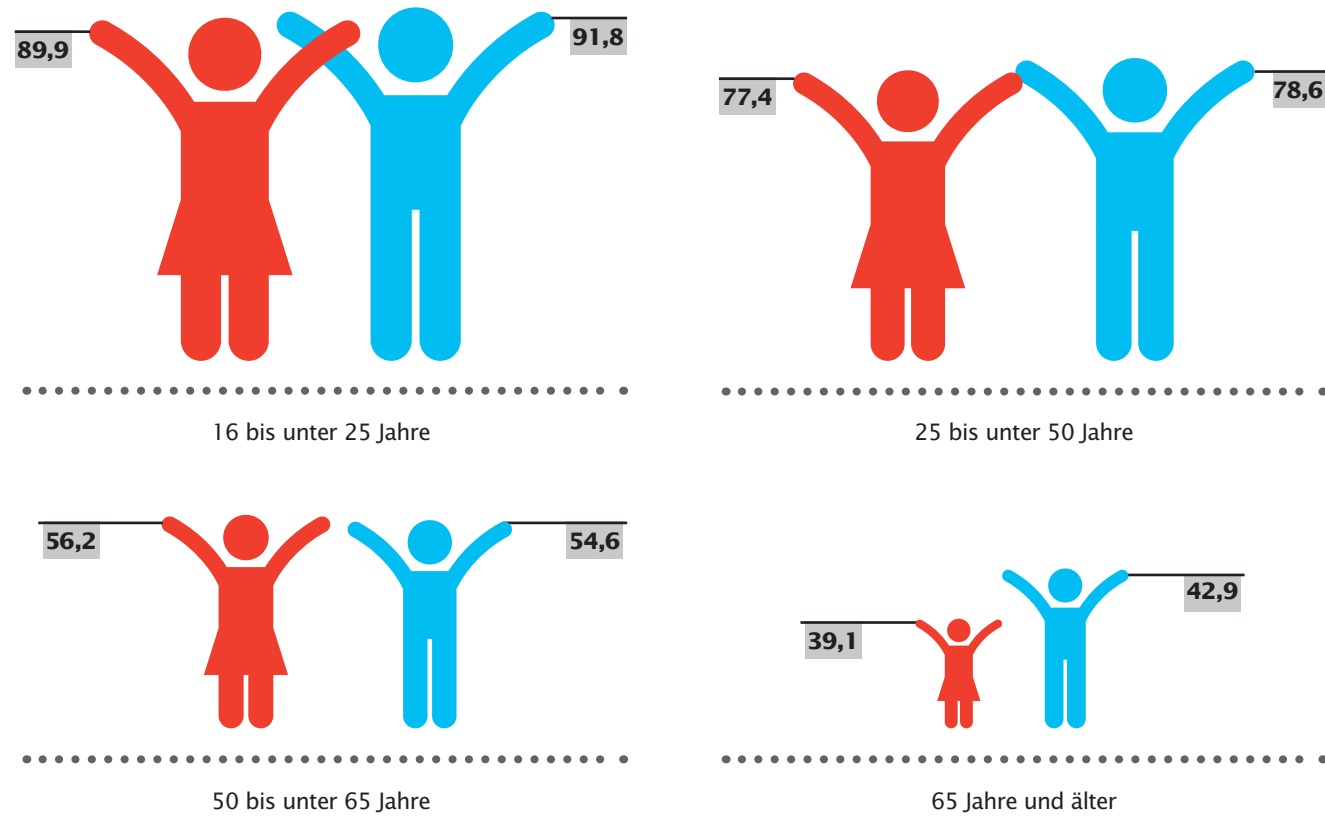


Quelle: World Health Organisation

Wie geht es mir?

Gesundheitliche Selbstwahrnehmung nach Alter und Geschlecht; Deutschland; 2015; in Prozent

„Mein Gesundheitszustand ist sehr gut / gut.“



Quelle: Statistisches Bundesamt, Leben in Europa (EU-SILC)

Vorsorge

Inanspruchnahme von Gripeschutzimpfungen durch ältere Menschen*; Deutschland; in Prozent

	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
Deutschland	47,9	47,7	43,6	41,8	37,2	38,1	36,5	35,3
West	43,9	43,5	39,2	37,2	32,2	33,2	31,5	30,4
Ost	61,3	61,4	58,1	56,7	53,4	53,7	52,6	51,4

* 60 Jahre und älter, die berichten, im vorangegangenen Winter eine Gripeschutzimpfung erhalten zu haben.
Quelle: Robert Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 1/2017

Lebenslang

Chronisch Kranke* nach Altersgruppen; Deutschland; in Prozent

Jahr	Altersgruppe	Prozent
2008	alle Altersgruppen	36,1
	16 bis unter 25 Jahre	11,2
	25 bis unter 50 Jahre	23,6
	50 bis unter 65 Jahre	46,0
	65 Jahre und älter	62,8
2011	alle Altersgruppen	36,7
	16 bis unter 25 Jahre	11,3
	25 bis unter 50 Jahre	24,0
	50 bis unter 65 Jahre	43,9
	65 Jahre und älter	64,4
2015	alle Altersgruppen	42,5
	16 bis unter 25 Jahre	19,0
	25 bis unter 50 Jahre	30,7
	50 bis unter 65 Jahre	51,5
	65 Jahre und älter	62,6

* Anteil der Personen, die angeben, chronisch krank zu sein.
Quelle: Statistisches Bundesamt, Leben in Europa (EU-SILC)

Hypertonisch

Bekannter Bluthochdruck*; Deutschland; 2014/15; in Prozent

Altersgruppe	Männer	Frauen
18 bis unter 30 Jahre	4,4	4,2
30 bis unter 45 Jahre	14,5	9,0
45 bis unter 65 Jahre	38,3	31,6
65 Jahre und älter	65,1	63,8

* Anteil der Personen die berichten, in den vorangegangenen 12 Monaten an Bluthochdruck bzw. Hypertonie erkrankt zu sein.
Quelle: Robert Koch-Institut (GEDA)

Gegenläufig

Zahl neu diagnostizierter HIV- und Aids-Fälle je 100 000 Einwohner; Deutschland

	1993	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
HIV-Infizierte	2,91	2,73	2,06	3,02	3,30	3,32	3,68	4,02	4,32	4,50
Aids-Fälle	2,50	2,42	1,06	0,89	0,62	0,63	0,61	0,52	0,41	0,19

Quelle: Statistisches Bundesamt und Robert Koch-Institut über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Eingeschränkt

Gesundheitlich beeinträchtigte* Menschen in Deutschland; nach Altersgruppen; in Prozent

Jahr	Altersgruppe	Prozent
2008	alle Altersgruppen	32,9
	16 bis unter 25 Jahre	8,6
	25 bis unter 50 Jahre	20,3
	50 bis unter 65 Jahre	42,3
	65 Jahre und älter	60,0
2011	alle Altersgruppen	32,2
	16 bis unter 25 Jahre	8,2
	25 bis unter 50 Jahre	19,2
	50 bis unter 65 Jahre	39,3
	65 Jahre und älter	59,9
2015	alle Altersgruppen	21,2
	16 bis unter 25 Jahre	5,5
	25 bis unter 50 Jahre	12,2
	50 bis unter 65 Jahre	27,4
	65 Jahre und älter	36,5

* Anteil der Personen, die angeben, Langzeiteinschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten zu unterliegen.
Quelle: Statistisches Bundesamt, Leben in Europa (EU-SILC)

Zuckerkrank

Selbst berichteter Diabetes mellitus*; Deutschland; 2014/15; in Prozent

beide Geschlechter	7,7
männlich	8,6
weiblich	7,0

* Anteil der Personen, die berichten, jemals an Diabetes erkrankt zu sein, und angeben, in den vorangegangenen 12 Monaten von diesem Zustand beeinflusst worden zu sein. Quelle: Robert Koch-Institut (GEDA)

Über Nacht

Zahl der Klinik-Entlassungen pro Jahr je 100 000 Einwohner; ausgewählte Diagnosen; Deutschland

	2000	2015
Krankheiten des Kreislaufsystems	3267,5	3744,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1487,9	2799,7
Neubildungen	2296,4	2440,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1969,0	2432,4
Krankheiten des Verdauungssystems	1986,2	2344,6
psychische und Verhaltensstörungen	1059,0	1718,9
Krankheiten des Atmungssystems	1223,4	1642,6
Krankheiten des Urogenitalsystems	1232,1	1254,0
Krankheiten des Nervensystems	756,0	988,6
bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	379,6	750,0
zerebrovaskuläre Krankheiten	462,1	550,8
affektive Störungen	160,4	461,1
psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	307,5	358,0
chronisch obstruktive Lungenkrankheit und Bronchiektasie	178,1	352,1
Herzinfarkt	196,8	286,7
Diabetes mellitus	252,3	271,5
bösartige Neubildungen der Trachea, Bronchien und der Lunge	202,0	246,9
bösartige Neubildung der Brustdrüse	237,0	215,0
bösartige Neubildungen des Darms, Rektums und Anus	284,3	206,1
Asthma	55,4	64,7
alkoholische Leberkrankheit	36,5	46,9
Demenz	52,4	25,3

Quelle: Statistisches Bundesamt über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Über Tag

Zahl der Tagesfälle* in allen Krankenhäusern pro Jahr je 100 000 Einwohner; ausgewählte Diagnosen; Deutschland

	2000	2015
Krankheiten des Kreislaufsystems	95,0	109,4
psychische und Verhaltensstörungen	56,7	103,5
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	91,9	83,7
psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	31,5	62,1
Krankheiten des Verdauungssystems	53,5	39,7
Krankheiten des Nervensystems	22,3	27,2
Neubildungen	210,1	25,8
Krankheiten des Urogenitalsystems	74,1	25,8
Krankheiten des Atmungssystems	74,9	24,3
Herzinfarkt	15,2	17,4
zerebrovaskuläre Krankheiten	14,7	17,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	26,0	17,1
bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	11,3	16,5
affektive Störungen	2,9	6,5
Diabetes mellitus	3,2	4,0
chronisch obstruktive Lungenkrankheit und Bronchiektasie	2,2	3,6
bösartige Neubildungen der Trachea, Bronchien und der Lunge	14,5	2,5
Asthma	2,9	1,8
bösartige Neubildung der Brustdrüse	70,7	1,7
bösartige Neubildungen des Darms, Rektums und Anus	18,6	1,6
Demenz	0,6	0,7
alkoholische Leberkrankheit	0,7	0,6

*ambulanter Krankenhausaufenthalt. Quelle: Statistisches Bundesamt über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Mit welcher Belastung sind Sie konfrontiert?

Körperliche Betätigung während der Arbeit*; 2014/15; Anteil der Befragten in Prozent

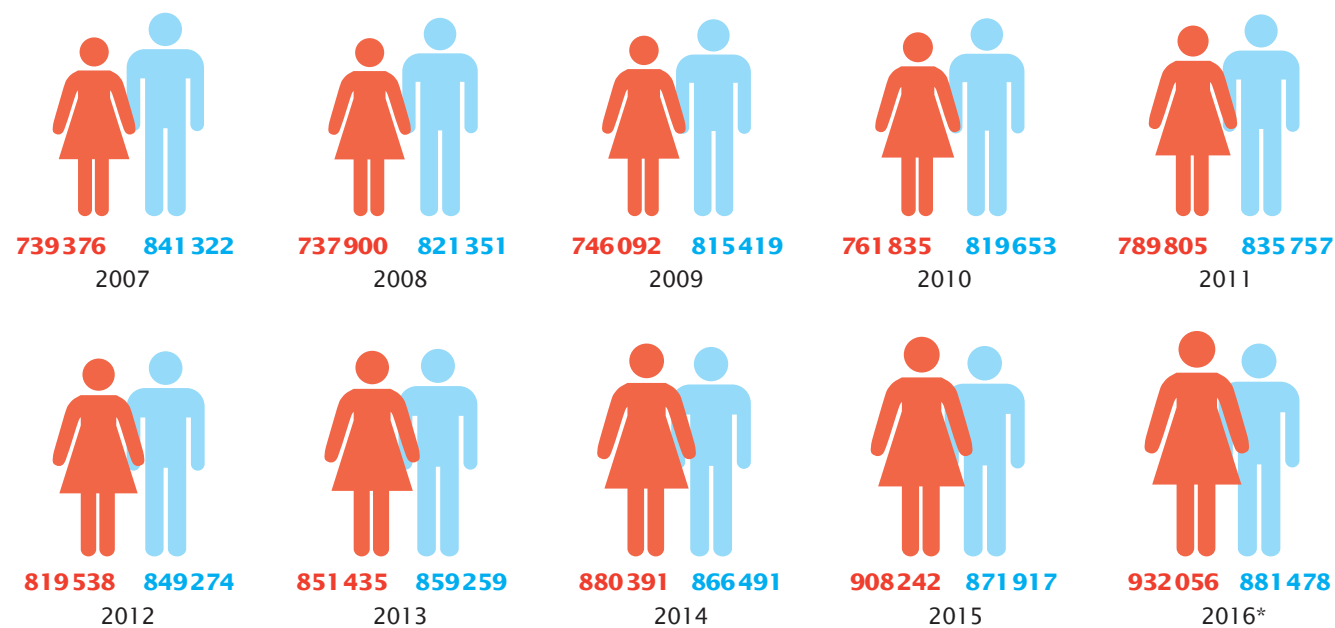
	vorwiegend sitzen oder stehen	vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten
alle Altersgruppen	47,3	35,6
18 bis unter 30 Jahre	47,3	35,6
30 bis unter 45 Jahre	50,8	32,0
45 bis unter 65 Jahre	49,9	36,1
65 Jahre und älter	44,2	36,9

	vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten	Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus
alle Altersgruppen	9,0	8,0
18 bis unter 30 Jahre	9,0	8,0
30 bis unter 45 Jahre	10,5	6,7
45 bis unter 65 Jahre	9,4	4,6
65 Jahre und älter	8,1	10,8

*Hierbei umfasst der Begriff Arbeit sowohl bezahlte als auch unbezahlte Tätigkeiten (wie Studium oder Hausarbeit).
Quelle: Robert Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)

Zu krank, um zu arbeiten

Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht; Zahl der Fälle (ohne Bergleute)



*inklusive Bergleute. Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund

Worunter leiden Sie bei der Arbeit?

Gesundheitliche Beschwerden am Arbeitsplatz; Erwerbstätige in Vollzeit; in Prozent*

Männer: ● in Behandlung ● nicht in Behandlung Frauen: ● in Behandlung ● nicht in Behandlung

Schmerzen im unteren Rücken (Kreuzschmerzen)	23,3	20,7	27,8	23,6
Schmerzen im Nacken- / Schulterbereich	18,2	21,5	34,4	29,1
Schmerzen in den Armen	7,1	12,6	10,9	12,7
Schmerzen in den Händen	4,2	9,7	7,9	10,9
Schmerzen in den Hüften	4,8	6,6	5,7	5,7
Schmerzen in den Knien	8,9	15,3	7,9	10,8
geschwollene Beine	2,0	4,3	5,2	11,2
Schmerzen in den Beinen, Füßen	5,4	12,8	7,1	14,4
Kopfschmerzen	6,3	22,3	14,3	31,0
Herzschmerzen, Stiche, Engegefühle in der Brust	4,0	3,3	4,3	4,2

*Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Arbeitswelt im Wandel 2016

Worunter leiden Sie im Alltag?

Gesundheitsempfinden von Beschäftigten generell; Erwerbstätige in Vollzeit; in Prozent*

	Männer		Frauen	
	in Behandlung	nicht in Behandlung	in Behandlung	nicht in Behandlung
Atemnot	2,3	1,7	2,4	1,6
Husten	6,3	9,5	9,7	7,7
Laufen der Nase / Niesreiz	6,8	16,0	9,9	15,1
Augen: Brennen, Schmerzen, Rötung, Jucken, Tränen	5,9	11,9	10,9	15,1
Hautreizung, Juckreiz	3,7	6,7	4,5	5,8
nächtliche Schlafstörung	4,9	19,6	9,0	23,9
allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit und Erschöpfung	6,3	37,6	12,7	41,8
Magen- oder Verdauungsbeschwerden	6,9	6,0	10,3	8,1
körperliche Erschöpfung	5,0	28,8	10,0	32,2
emotionale Erschöpfung	3,6	17,7	8,2	24,3

*Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Arbeitswelt im Wandel 2016

Im Ungleichgewicht

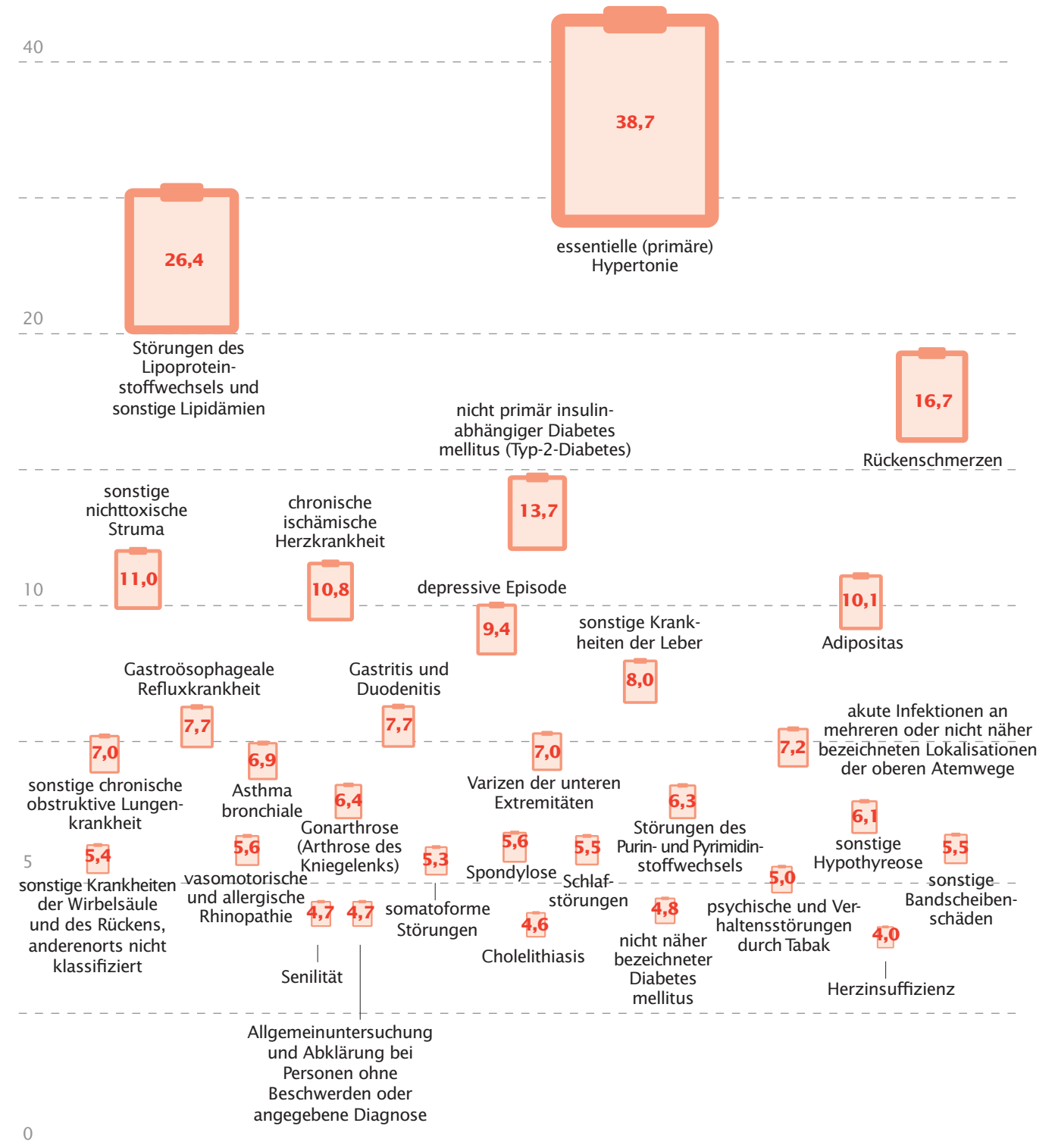
Zahl der Ärzte je 100 000 Einwohner; nach Region; Deutschland; 2016

Bremen	270,3	Trier	182,3
Hamburg	266,8	Schleswig-Holstein Nord	181,5
Berlin	259,4	Hochrhein-Bodensee	180,8
München	247,6	Bochum / Hagen	179,6
Schleswig-Holstein Ost	233,0	Ostfriesland	179,0
Köln	229,9	Magdeburg	178,6
Südlicher Oberrhein	237,0	Osthessen	178,4
Bonn	236,3	Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	178,1
Unterer Neckar	231,2	Westpfalz	177,9
Schleswig-Holstein Mitte	220,7	Westmecklenburg	177,2
Göttingen	218,2	Südthüringen	177,2
Düsseldorf	215,1	Oberfranken-West	176,8
Würzburg	214,3	Bielefeld	175,0
Industrieregion Mittelfranken	213,9	Dortmund	173,7
Osnabrück	211,9	Emscher-Lippe	173,3
Rhein-Main	210,5	Bremerhaven	172,9
Westsachsen	209,0	Mittelrhein-Westerwald	172,8
Saar	208,8	Nordthüringen	172,6
Mittl. Mecklenburg / Rostock	208,1	Landshut	171,8
Ob. Elbtal/ Osterzgebirge	206,6	Franken	171,6
Nordhessen	204,5	Starkenburg	171,3
Oldenburg	204,3	Oderland-Spree	171,1
Oberland	203,6	Oberpfalz-Nord	171,1
Mittelhessen	201,3	Lausitz-Spreewald	170,8
Hannover	200,0	Prignitz-Oberhavel	170,7
Münster	196,3	Oberlausitz-Niederschlesien	170,4
Bodensee-Oberschwaben	196,2	Nordschwarzwald	169,5
Neckar-Alb	194,6	Main-Rhön	168,6
Allgäu	193,3	Donau-Iller (BY)	168,4
Lüneburg	193,2	Schleswig-Holstein Süd-West	167,2
Donau-Iller (BW)	192,4	Duisburg / Essen	166,7
Aachen	192,2	Ingolstadt	166,0
Rheinessen-Nahe	191,7	Uckermark-Barnim	164,9
Mittelthüringen	191,0	Ostwürttemberg	163,6
Mittlerer Oberrhein	190,6	Siegen	162,3
Mecklenb. Seenplatte	190,5	Südheide	161,5
Regensburg	190,0	Bremen-Umland	161,2
Augsburg	189,4	Schwarzwald-Baar-Heuberg	159,8
Vorpommern	189,3	Altmark	159,4
Braunschweig	189,2	Westmittelfranken	159,0
Halle (Saale)	186,9	Hamburg-Umland-Süd	158,8
Ostthüringen	186,4	Arnsberg	158,6
Hildesheim	185,5	Bayerischer Untermain	158,4
Donau-Wald	185,0	Emsland	156,0
Stuttgart	184,0	Paderborn	154,6
Südsachsen	183,7	Schleswig-Holstein Süd	152,8

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

In Behandlung

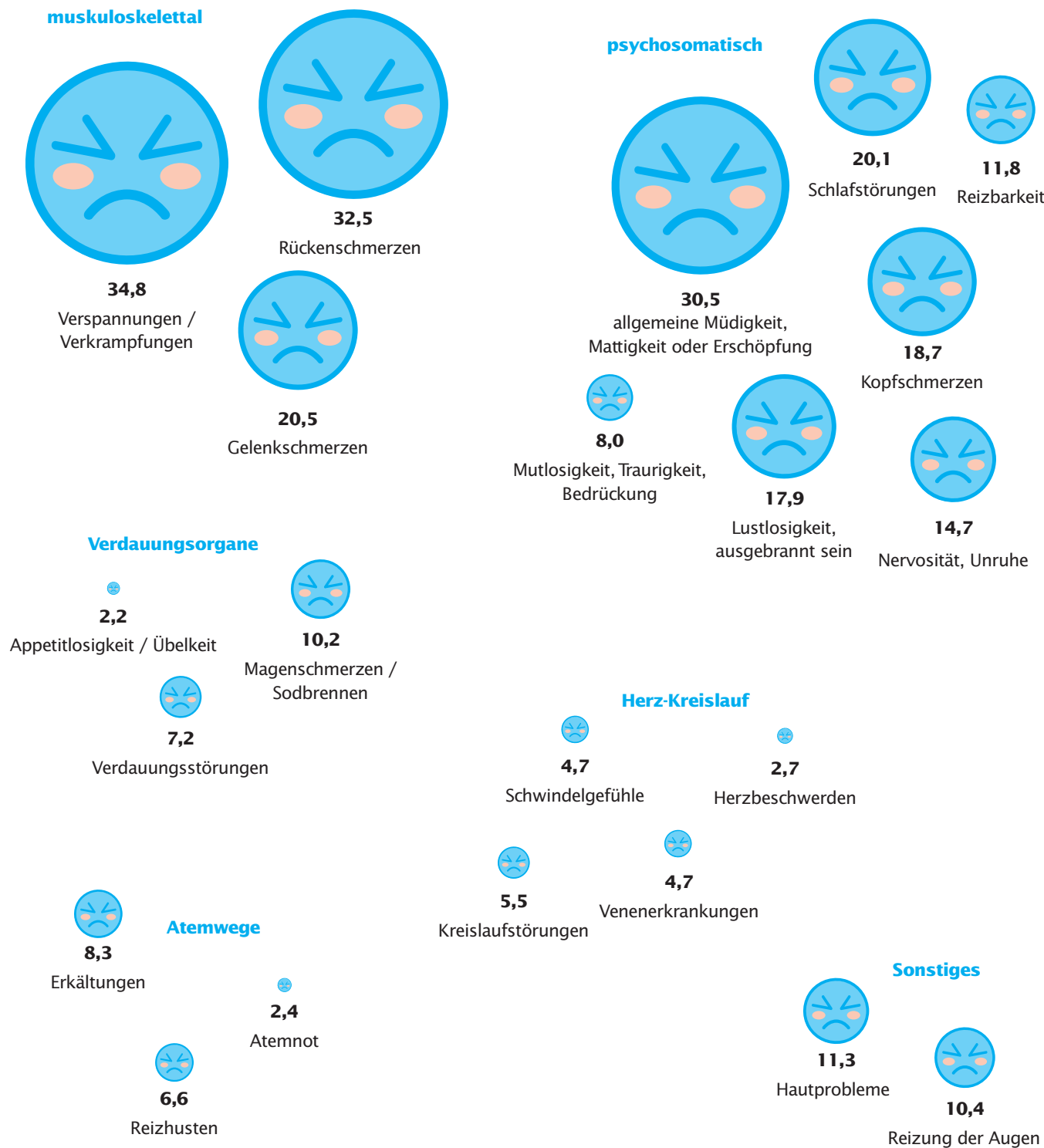
Häufigste Diagnosen in Praxen von Allgemeinmedizinern; Deutschland; 2015; Anteil der Behandlungsfälle in Prozent



Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

„Wie oft haben Sie diese gesundheitlichen Beschwerden?“

Anteil der Befragten*, die mit „immer“ oder „häufig“ antworteten; Deutschland; 2016; in Prozent



*Befragung von 30 469 Arbeitnehmern. Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

Ersichtlich

Zahl der Pflegebedürftigen; Deutschland

2011	2 501 441
2013	2 626 206
2015	2 860 293

Zahl der Pflegebedürftigen pro 100 000 Einwohner (altersstandardisiert):

2011	1690
2013	1731
2015	1808

Quelle: Statistisches Bundesamt über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Erstaunlich

Einstellungen zum Thema Pflegebedürftigkeit; 2002 Befragte ab 50 Jahren; Deutschland; 2015; in Prozent

„Das Risiko, selbst pflegebedürftig zu werden, halte ich für sehr gering.“	27,0
„Ich habe mich schon oft damit beschäftigt, was eine Pflegebedürftigkeit für mein Leben bedeuten würde.“	49,2
„Über das Thema Pflegebedürftigkeit mache ich mir Sorgen.“	50,1
„Das Thema ‚Wie bin ich im Falle von Pflegebedürftigkeit versorgt?‘ ist mir persönlich extrem wichtig.“	71,9

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

Unvorbereitet

Eigene Versorgung im Pflegefall; 2006 Befragte ab 50 Jahren; Deutschland; 2015; Anteil der Ja-Nennungen in Prozent

Haben Sie sich über Hilfe bei Pflegebedürftigkeit informiert?	26,1
Haben Sie Ihre Wohnung altersgerecht eingerichtet?	31,0
Haben Sie eine Einrichtung für die eigene Versorgung besichtigt?	23,5
Haben Sie sich angemeldet oder auf eine Warteliste setzen lassen?	3,5

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

Vertrauensvoll

Eigene Versorgung im Pflegefall; 2006 Befragte ab 50 Jahren; Deutschland; 2015; in Prozent

„Wer wird sich – aus heutiger Sicht – um Sie kümmern, wenn Sie selbst einmal pflegebedürftig werden?“	
professionelles Pflegepersonal, Pflegedienst	23,9
Partner, Partnerin, Kinder	58,0
Geschwister oder andere Familienangehörige	8,1
Freunde, Bekannte, Nachbarn	3,1
niemand	3,8
weiß nicht	12,1
keine Angabe	0,5

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK



„Die Akteure sind klüger als die Regeln.“

Komplexität lässt sich reduzieren. Das kann allerdings gefährliche Folgen haben. Der Organisationssoziologe Stefan Kühl über die Fallen scheinbar einfacher Lösungen.

Interview: Peter Laudenbach

Stefan Kühl untersucht Organisationen aus zwei Perspektiven: als Professor für Organisationssoziologie an der Universität Bielefeld und als Organisationsberater der Unternehmensberatung Metaplan. Kühl, Jahrgang 1966, ist ein Schüler des Systemtheoretikers Niklas Luhmann. Er erforscht die Entscheidungsprozesse von Organisationen und hält ihre informellen Regeln für ebenso wichtig wie ihre formalen Strukturen. Die verbreitete Vorstellung, Organisationen handelten stets zweckrational, hält Kühl für eine Illusion.

Was der Soziologe in der Wissenschaft theoretisch untersucht, wendet er als Berater in der Praxis bei Metaplan an, die einen Beratungsschwerpunkt in der Pharmaindustrie hat. Kühl selbst arbeitet für unterschiedliche Ministerien, Verwaltungen, Konzerne und Start-ups.

Berater sprechen oft von Überkomplexität, Komplexitätskosten oder Komplexitätsproblemen. Was steckt dahinter: Marketing oder ernsthafte Diagnose?

Ich vermute, dass sich damit sehr viel an Unsicherheit einfangen lässt. Wenn man sich überfordert fühlt, hilft so ein Begriff. Das kennen wir doch: Wenn jemand sagt, alles sei so komplex geworden, nickt jeder. Und von solch einer Feststellung fühlt sich auch so ziemlich jeder im Management angesprochen, ob in der Verwaltung oder im Unternehmen, selbst Leute, die in vergleichsweise übersichtlichen Verhältnissen arbeiten.

Und das Versprechen, diese Komplexität zu reduzieren, klingt natürlich attraktiv. Deshalb heißt das Ziel oft Komplexitätsoptimierung und verheißt höhere Prozesssicherheit oder flache Hierarchien. Beim Versuch, die Komplexität durch mehr Eigenverantwortlichkeit und den weitgehenden Verzicht auf klare Verantwortlichkeiten zu reduzieren, wird man allerdings recht schnell feststellen, dass damit die Komplexität eher steigt.

Das tut sie auch außerhalb von Unternehmen in eigentlich jedem Lebensbereich. Aber weshalb fühlen wir uns angesichts der Unübersichtlichkeit neuerdings so gestresst und oft überfordert?

Ich weiß nicht, ob das Gefühl wirklich so neu ist. Geschichtlich beginnt das vor 150, 200 Jahren, mit der Ausbildung der modernen Gesellschaft. Damals musste das Individuum lernen, konkurrierende Rollen zu verbinden und zwischen ihnen zu wechseln, etwa als Familienmitglied, Arbeitnehmer, Konsument, Staatsbürger oder Angehöriger einer Religion.

Soziologen sprechen von Rollentrennung. Sie ist ein altes Phänomen, das derzeit in bestimmten Bereichen gesteigert wird. Durch die Auflösung fester Arbeitszeiten müssen beispielsweise die Ansprüche an die Rollen als Arbeitnehmer und als Vater oder Mutter immer wieder neu verhandelt werden.

Aber die Geschwindigkeit der Veränderungen wird dramatisiert. Jede Generation hat die Wahrnehmung, dass gerade jetzt, zu ihrer Zeit, besonders viel passiert. Die Einführung des Automobils, der Eisenbahn oder der industriellen Massenproduktion waren mindestens so dynamische Prozesse wie die heutigen Innovationen. Der Kapitalismus führt immer zu starken Veränderungen, nicht nur der Märkte, sondern auch der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Sein Normalzustand ist die produktive Zerstörung. Und das zu verarbeiten kann für den Einzelnen ganz schön anstrengend sein.

Deshalb haben die Versprechen, Komplexität abzubauen, in der Management-Theorie Tradition. In den Neunzigerjahren sprach man von „Lean Management“, heute vom „agilen Unternehmen“. Sind das Begriffe für ähnliche oder gar identische Phänomene?

Absolut. Dahinter steckt immer der Wunsch des Managements nach weniger Problemen, mehr Klarheit und mehr Übersichtlichkeit. Und das Consulting

hat daraus ein Geschäftsmodell gemacht. Unternehmensberater treten an, Prozesse einfacher, schlanker und schneller zu machen. Und manchmal gelingt das ja auch. Nach der Implementierung der neuen Organisationsstruktur sieht man aber leider auch oft, wie interne Abstimmungsnotwendigkeiten geradezu explodieren. Was auf dem Papier oder im Organigramm so schön übersichtlich aussieht, produziert in der Unternehmenswirklichkeit vor allem neue Komplexität.

Da wird etwa aus Kostengründen eine neue Abrechnungsabteilung eingeführt, weil die Mitarbeiter günstiger sind als die Projektmanager, die diese Aufgabe vorher miterledigt haben. Der Effekt: Zwischen Projektmanagement und Rechnungslegung ist jetzt eine neue Schnittstelle entstanden, die zu enormen Abstimmungen zwingt. Die Prozesse werden langsamer, komplizierter und teurer, die Mitarbeiter sind frustriert.

Dem Management bleiben die negativen Effekte natürlich nicht verborgen, aber weil es sich nun mal auf die Reorganisation festgelegt hat, kann es nicht zurück. Typischerweise ergehen dann Schuldzuweisungen an die Mitarbeiter, die den Prozess angeblich nicht ordentlich umsetzen.

Ist so ein Verlauf beim Umbau von Organisationen Ihrer Erfahrung nach eher die Ausnahme oder die Regel?

Er lässt sich in der Praxis immer wieder beobachten. Jede Maßnahme hat ungewollte Nebenfolgen, mit denen man nicht gerechnet hat. Das sieht man bei Gesetzesänderungen, bei neuen Regelwerken und bei Umstrukturierungen oder Veränderungen der Kommunikationswege in Organisationen.

Diese ungewollten Nebenfolgen müssen irgendwie verarbeitet werden. Und der einfachste Weg besteht eben darin, die so entstehenden Probleme zu personalisieren. Zunächst sucht man die Schuld bei unfähigen Mitarbeitern.

Der Soziologe Niklas Luhmann definiert Komplexität als „Selektionsnotwendigkeit“ – jedes System muss filtern, welche Informationen aus der Umwelt es aufnimmt und bearbeitet und welche es ignoriert. Was heißt das für Unternehmen, Verwaltungen und andere Organisationen?

Sie brauchen partielle Blindheit, also die Fähigkeit, bestimmte Aspekte der Umwelt zu ignorieren und nicht wahrzunehmen. Diese Reduktion von Komplexität ist überlebensnotwendig. Alles andere würde zu völliger Überlastung führen. Ohne die blinden Flecken der Wahrnehmung würde ein Individuum verrückt werden, eine Organisation wäre in kürzester Zeit nicht mehr handlungsfähig, ein Unternehmen steuerte in die Insolvenz.

Selektion ist also unvermeidlich, aber sie ist auch riskant. Es kann schließlich immer sein, dass man etwas Wichtiges übersieht und an der falschen Stelle auf Blindheit gestellt hat.

Dazu kommt, dass sich die meisten Organisationen und Funktionsträger in unterschiedlichen Segmenten von Umwelt bewegen. Für einen Arzt etwa sind seine Patienten eine Umwelt, die Krankenkassen, über die er die Behandlung abrechnet, die Pharmaindustrie, die eigene Interessen hat, oder seine Mitarbeiter mit ihren jeweiligen Eigenarten, sind andere Umweltsegmente.

Die Herausforderung besteht darin, sich auf all diese Umweltsegmente einzustellen und jeweils entsprechende Selektionsleistungen vorzunehmen: Was ist relevant, was ist es nicht? Wenn der Arzt etwas Relevantes übersieht, zum Beispiel veränderte Rechtsvorschriften, die Vorerkrankung eines Patienten, neue Therapien oder Intrigen eines Mitarbeiters, entstehen Probleme.

Was passiert, wenn man sich verschätzt? Wenn eine Organisation Triviales in den Fokus rückt und zu viele oder die falschen Informationen für irrelevant hält? >

Das konnte man im Volkswagen-Skandal sehen. Man ist so stark in der organisationsinternen Logik verfangen, dass Irritationen ausgeblendet werden. Das ist selbst produzierte Blindheit. Sie sorgt zunächst für Entlastung durch Komplexitätsreduktion, produziert aber hohe Risiken.

Die Strukturen beim Volkswagen-Konzern waren beispielsweise so stark auf Entwicklung und Vermarktung von Diesel-Fahrzeugen ausgerichtet, dass die Verantwortlichen das Risiko bei der Manipulation der Abgaswerte nicht wahrgenommen haben.

Kennen Sie andere Beispiele?

So etwas kann einem auch bei einem Pharma-Unternehmen begegnen, das 50 bis 100 Millionen Euro in ein neues Präparat investiert hat und dann bei der Markteinführung zum Beispiel übersieht, dass eine für den Einsatz des Medikamentes notwendige Diagnostik nicht erstattungsfähig ist, also nicht bezahlt wird.

Ökonomen nennen das, was da passiert, Lock-in-Effekt – das Management ist in seiner Idee gefangen. Das Management bei Volkswagen war in einem technischen Pfad gefangen. Die Umstellung des Geschäftsmodells hat man sich offenbar nicht zugetraut, stattdessen wurde getrickst. Und auch als Reaktion auf den Skandal werden jetzt nicht die Strukturen oder das Geschäftsmodell geändert, sondern Verantwortliche ausgetauscht und einige neue Projekte zur e-Mobilität aufgesetzt.

Das kann auch rational sein, ein so großes Unternehmen wie Volkswagen lässt sich schließlich nur schwer umsteuern. Also macht man weiter das, was man am besten kann, in diesem Fall eben Autos mit Verbrennungsmotoren. Allerdings wissen wir aus vielen Branchenstudien, dass technische Lock-Ins, also technische Verriegelungen, zur Ursache des Scheiterns von Unternehmen werden können.

Viele machen vielleicht auch weiter, weil sie den blinden Fleck nicht wahrnehmen. Und solange es funktioniert ...?

Mein Lieblingsbeispiel ist die sogenannte QWERTY-Tastaturbelegung, benannt nach der Anordnung der Buchstaben auf der obersten Reihe der englischen Tastatur. Sie ist alles andere als optimal, die am häufigsten benutzten Buchstaben liegen sehr verstreut, das ist beim Schreiben ungünstig. Aber das hatte früher gute Gründe: Bei mechanischen Schreibmaschinen verhaken sich die Hebel nebeneinanderliegender Buchstaben. Um das zu verhindern, wurde der Abstand zwischen häufig benutzten Tasten möglichst groß gewählt. Und dabei ist es geblieben. Man hat die Anordnung für Kugelkopfschreibmaschinen und Computertastaturen einfach übernommen, weil die Benutzer daran gewöhnt waren.

Das ist ein technisches Lock-in, der einmal eingeschlagene Pfad ist zwar suboptimal, er ist nicht mehr nötig, aber er wird nicht verlassen. Es gibt auch andere Lock-ins, viele Unternehmen haben enorme Schwierigkeiten, sich von alten Pfaden zu befreien. Oft können sie auch schlicht nichts anderes.

Und dann machen sie sich obendrein auch noch blind, weil sie keine Mechanismen entwickeln, um zu sehen, dass das, was sie können und herstellen, in 10 oder 20 Jahren nicht mehr gebraucht wird. Das ist eine große Falle, weil sich etablierte Selektionsmechanismen gegenseitig verstärken: Die notwendige Komplexität fehlt. Lobbyarbeit verstärkt diese organisationsinternen Prozesse zusätzlich.

Inwiefern?

Der tragische Effekt der Auto-Lobby, und das ist vermutlich bei der Pharma-Lobby ganz ähnlich, besteht darin, die eigene Branche systematisch dümmer zu machen, indem gefährliche Wahrnehmungslücken erzeugt werden. Kritik, etwa an der Verletzung von Umweltstandards, wird reflexhaft abgewehrt.

Die Lobbyarbeit der Branchenverbände will die eigenen Mitgliedsunternehmen gegen Störungen von außen immunisieren. Statt den Status quo zu verteidigen, wäre es intelligenter, kritische Impulse als Entwicklungs-Chance und Lernmöglichkeit zu verstehen.

Aber die Immunisierung gegen externe Irritationen sorgt zunächst ja dafür, dass das Geschäftsmodell störungsfrei weiterläuft. Die Reduktion der lästigen Komplexität funktioniert scheinbar. Irgendwann explodieren dann allerdings wie im Abgas-Skandal die zuvor erfolgreich ausgeblendeten Anforderungen von außen. Oft sind die Unternehmen davon völlig überrascht.

Dann sorgt der Versuch, die Komplexität durch Immunisierung gegen Störungen von außen in den Griff zu bekommen, letztlich also für noch mehr Unübersichtlichkeit?

Genau. Das Problem ist nur, dass man gar nicht drum herum kommt, die Komplexität permanent durch Selektion zu reduzieren. Wir müssen das tun. Die Frage ist, an welchen Stellen lassen wir Fenster für notwendige Komplexität und externe Irritation zu?

Die Kunst des Managements besteht darin, diese Fenster zu erkennen und zu nutzen. Das gilt für Unternehmen, aber auch für Verwaltungen, Nichtregierungsorganisationen, Krankenhäuser, die Bundeswehr oder auch Ministerien.

Organisationen brauchen neben Fenstern auch Regeln. Machen Regeln den Unternehmensalltag komplizierter oder einfacher?

Beides. Oft sind die Akteure klüger als die Regeln. Organisationen sind darauf ausgerichtet, dass ihre Prozesse regelkonform ablaufen. Sie müssen Standards etablieren, weil Entscheidungen sonst unter Einfluss von Willkür getroffen würden. Standardisierungen sind aber auch ein Versuch, Komplexität zu reduzieren und das System zum Beispiel

davor zu schützen, für jeden Sonderfall individuelle Verfahren entwickeln zu müssen.

Also geht es nicht ohne Regeln?

Nein, aber sie sind für den Einzelfall nicht immer adäquat. Deshalb sind eine gewisse Flexibilität und Kreativität bei der Regelanwendung notwendig. Krankenkassen müssen zum Beispiel individuelle Krankengeschichten so in ihre Prozesse einfügen, dass sie abrechenbar sind. Weil aber viele Einzelfälle komplizierter sind, als es die Standardisierung vorsieht, finden im gesamten System, beispielsweise in Arztpraxen, permanent Regelbrüche im Interesse einer erfolgreichen Therapie statt.

Ein ganz harmloses Beispiel: Ich habe eine Sprunggelenksverletzung, die physiotherapeutisch behandelt wird. Vorgesehen und vom Kostenträger bezahlt werden halbstündige Behandlungen. Aus Sicht der Physiotherapeutin sind einstündige Behandlungen medizinisch aber sinnvoller. Also werden die Regeln gedehnt, wir legen zwei Termine zu einem zusammen.

Ein anderes Beispiel sind bestimmte Medikamente in der Onkologie, die vom Kostenträger nur zugelassen sind, wenn der Patient bereits eine Chemotherapie gemacht hat. Manche Patienten sind zu alt und krank für eine Chemotherapie. Dann geben Onkologen das Medikament auch schon mal unter Vortäuschung falscher Tatsachen, um den Patienten zu helfen.

Dieses Tricksen und Unterlaufen der Regeln findet so oder ähnlich in vermutlich vielen Krankenhäusern und Arztpraxen und jenseits des Gesundheitswesens in vielen anderen Bereichen statt.

Wäre eine Organisation, die vollkommen regelkonform arbeitet, überhaupt funktionsfähig?

Nein, das wäre sie nicht. Überall, wo Regeln aufgestellt werden, müssen sie lokal angepasst werden, etwa an

die Praxis einer einzelnen Abteilung. Diese lokale Anpassung bedeutet häufig die Aufweichung und Abweichung von Regeln. Regelabweichungen sind also durchaus funktional: Sie dienen der Funktionsfähigkeit des gesamten Systems.

Eine Organisation funktioniert, weil sich ihre Mitglieder nicht an die Vorschriften halten?

Niklas Luhmann bezeichnet das als brauchbare Illegalität. Andere Regelabweichungen bedienen Partikularinteressen, etwa bei Korruption. Das ist die für das System schädliche, unbrauchbare Illegalität. Die Herausforderung für das Management besteht darin, brauchbare von unbrauchbarer Illegalität zu unterscheiden.

Die Grenzen sind vermutlich fließend.

Deshalb sind die Graubereiche besonders interessant. Wenn ein Krankenhaus die Regeln verletzt, um zusätzliche Ressourcen zu bekommen, indem es Diagnosen so stellt, dass aufwendigere und teurere Therapien als nötig bezahlt werden, schädigt es den Kostenträger.

Aber wie will man es moralisch bewerten, wenn diese zusätzlichen, illegitim erzielten Ressourcen genutzt werden, um die Patienten besser zu behandeln, als es die im Einzelfall vielleicht zu restriktiven Regeln vorsehen? Das Gesundheitswesen ist extrem stark reglementiert, deshalb kommt es dort zu einem besonders großen Wildwuchs aus brauchbarer und unbrauchbarer Illegalität. Jeder weiß davon, aber offen ausgesprochen wird es eher selten.

Ohne das Vertrauen auf Akteure, die klüger sind als die Regeln und sie notfalls kreativ auslegen, müssten Regelwerke jeden Sonderfall antizipieren und wären ziemlich unhandlich. Ist das Tolerieren eines kreativen Umgangs mit Regeln, der „brauchbaren Illegalität“, also auch eine Form der Komplexitätsreduktion?

In gewisser Weise schon. Der kreative Umgang mit Regeln, wie Sie es nennen, reduziert Komplexität – schafft aber gleichzeitig neue, etwa das Risiko, sich bei einer Regelabweichung strafbar zu machen.

Doch es stimmt: Das Schaffen von Regeln bei Duldung gewisser punktueller Regelabweichungen ist ein Mechanismus, um in dieser Welt besser zurechtzukommen. <<

Zum Weiterlesen:

Stefan Kühls Buch „Organisationen. Eine sehr kurze Einführung“ (Springer VS Verlag) gilt als Standardwerk der Organisationsforschung. Seine Bücher „Wenn die Affen den Zoo regieren“ über die Tücken der flachen Hierarchien und „Sisyphos im Management“ über die „vergebliche Suche nach der optimalen Organisationsstruktur“ sind Bestseller (beide erschienen im Campus Verlag). Aufsehen erregte Kühl auch mit seiner Studie „Ganz normale Organisationen. Zur Soziologie des Holocaust“ aus dem Jahr 2014 (Suhrkamp Verlag).

**Da es sehr
förderlich für
die Gesundheit
ist, habe ich
beschlossen,
glücklich
zu sein.**

Voltaire

Auf einen Blick

Internationales Gesundheitswesen

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte in Deutschland 2000	126832
An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte in Deutschland 2016	146054
Zahl der Apotheken pro 100000 Einwohner in Deutschland 2015	25
Zahl der Apotheken pro 100000 Einwohner im EU-Durchschnitt 2015	31
Zahl der Apotheken pro 100000 Einwohner in Griechenland 2015	87
Zahl der Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner in Japan 2015	13,2
Zahl der Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner in Deutschland 2015	8,1
Zahl der Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner in Schweden 2015	2,4
Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland 2015 insgesamt	2860293
Anzahl derjenigen, die vollstationär in Heimen versorgt werden, 2015	783416
Anzahl derjenigen, die zu Hause versorgt werden, 2015	2076877
Anzahl derjenigen, die zu Hause allein durch Angehörige betreut werden, 2015	1384604
Anzahl derjenigen, die zusammen mit/von ambulanten Pflegediensten betreut werden, 2015	692273
Durchschnittliche Verweildauer in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in Deutschland 2007, in Tagen	25,47
Durchschnittliche Verweildauer in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in Deutschland 2015, in Tagen	25,26
Pro-Kopf-Ausgaben für Medikamente in den USA 2015, in US-Dollar	12,2
Pro-Kopf-Ausgaben für Medikamente in Deutschland 2015, in US-Dollar	14,3
Pro-Kopf-Ausgaben für Medikamente in Dänemark 2015, in US-Dollar	6,8
Gesundheitsausgaben in Deutschland 1992 je Einwohner, in Euro	1981
Gesundheitsausgaben in Deutschland 2015 je Einwohner, in Euro	4213
Gesundheitsausgaben in Deutschland 1992 als Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP), in Prozent	9,4
Gesundheitsausgaben in Deutschland 2015 als Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP), in Prozent	11,3
Anteil der Bevölkerung in Deutschland mit einem Arztbesuch im Jahr 2016, in Prozent	15
Anteil der Bevölkerung in Deutschland mit mehr als 20 Arztbesuchen im Jahr 2016, in Prozent	5

Quellen: Bundesärztekammer, Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V., Bundesministerium für Gesundheit, OECD, Kassenärztliche Bundesvereinigung – Versichertenbefragung

Wer arbeitet wo ...?

Gesundheitspersonal nach Einrichtungen; Deutschland; in Tausend

	2000	2015
Gesundheitsschutz	39	35
ambulante Einrichtungen	1 567	2 198
Arztpraxen	586	678
Zahnarztpraxen	284	346
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	246	489
Apotheken	186	224
Einzelhandel*	79	118
ambulante Pflege	185	344
stationäre und teilstationäre Einrichtungen	1 579	1 911
Krankenhäuser	1 021	1 113
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	115	119
stationäre und teilstationäre Pflege	443	679
Rettungsdienste	44	59
Verwaltung	226	221
sonstige Einrichtungen	168	369
Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens	384	540
pharmazeutische Industrie	93	153
medizintechnische und augenoptische Industrie	111	155
Großhandel und Handelsvermittlung	99	135
medizinische und zahnmedizinische Laboratorien	82	97

*Augenoptik sowie Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Erzeugnissen.
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

... und als was?

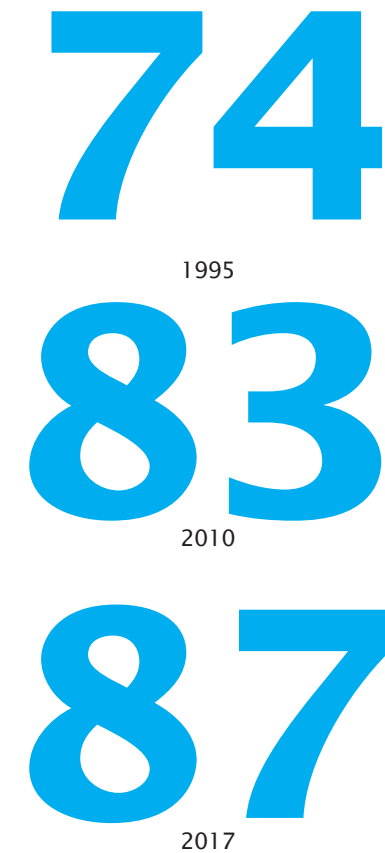
Gesundheitspersonal nach Berufen; Deutschland; in Tausend

	2012	2015
alle Berufe	5022	5333
Verkauf drogerie- und apothekenüblicher Waren	51	52
Verwaltung	73	78
Medien-, Dokumentations- und Informationsdienste	4	5
Arzt- und Praxishilfe	607	649
medizinisches Laboratorium	98	101
Gesundh.- u. Krankenpflege, Rettungsdienst u. Geburtshilfe	976	1 042
Human- und Zahnmedizin	418	443
Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie	36	41
nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	360	392
Pharmazie	155	163
Altenpflege	501	568
Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	16	16
Medizin-, Orthopädie- und Reha-technik	147	153
Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	47	49
andere Berufe	1 533	1 581

Quelle: Statistisches Bundesamt

Behandelt

Zahl der Zahnärzte pro 100 000 Einwohner; Deutschland



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Umsorgt

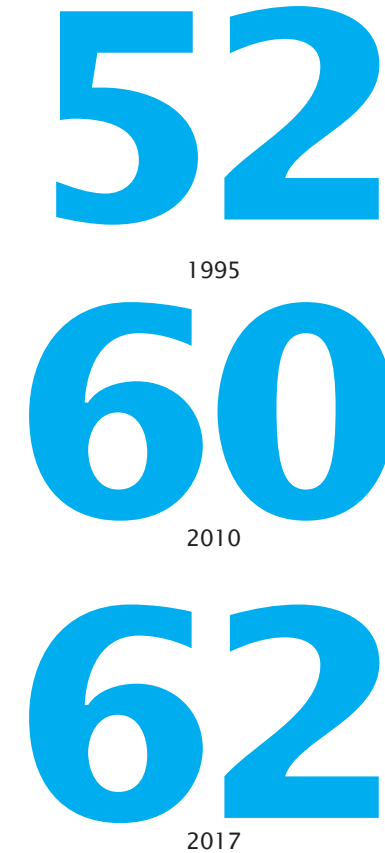
Ärztliches und nicht ärztliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen; Deutschland; 2015

insgesamt	1 192 852
ärztlicher Dienst	174 391
nicht ärztlicher Dienst	1 018 461
darunter: Schüler / Auszubildende	81 362

Quelle: Statistisches Bundesamt

Beraten

Zahl der Apotheker* pro 100 000 Einwohner; Deutschland



* in öffentlichen Apotheken. Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. und Statistisches Bundesamt über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Versorgt

Apothekendichte pro 100 000 Einwohner im internationalen Vergleich; 2015

Griechenland	87
Spanien	47
EU-Durchschnitt	31
Deutschland	25
Österreich	16
Dänemark	6

Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

Organisiert

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte; Deutschland

2010	138 472
2011	139 538
2012	141 038
2013	142 660
2014	143 635
2015	144 769
2016	146 054

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Differenziert

Ärzte pro 1000 Einwohner; OECD-Mitgliedsstaaten; 2015

Österreich	5,1
Norwegen	4,4
Schweiz	4,2
Italien	4,2
Deutschland	4,1
Spanien	3,9
Island	3,8
Australien	3,5
Slowakische Republik	3,5
Israel	3,4
Estland	3,4
Frankreich	3,3
Finnland	3,3
Lettland	3,2
Irland	3,1
Ungarn	3,1
Belgien	3,0
Neuseeland	3,0
Luxemburg	2,9
Slowenien	2,8
Vereinigtes Königreich	2,8
Kanada	2,7
Mexiko	2,4
Polen	2,3
Südkorea	2,2
Türkei	1,8

Quelle: OECD

Beschäftigt

In Krankenhäusern beschäftigte Personen; Deutschland; 2015

Pflegedienst (Pflegebereich)	426 838
med.-technischer Dienst	190 330
Funktionsdienst (einschl. Pflegepersonal)	132 145
klinisches Hauspersonal	15 181
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	50 687
technischer Dienst	17 897
Verwaltungsdienst	77 366
Sonderdienste	5 319
sonstiges Personal	21 336
hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen	174 391

Quelle: Statistisches Bundesamt

Verteilt

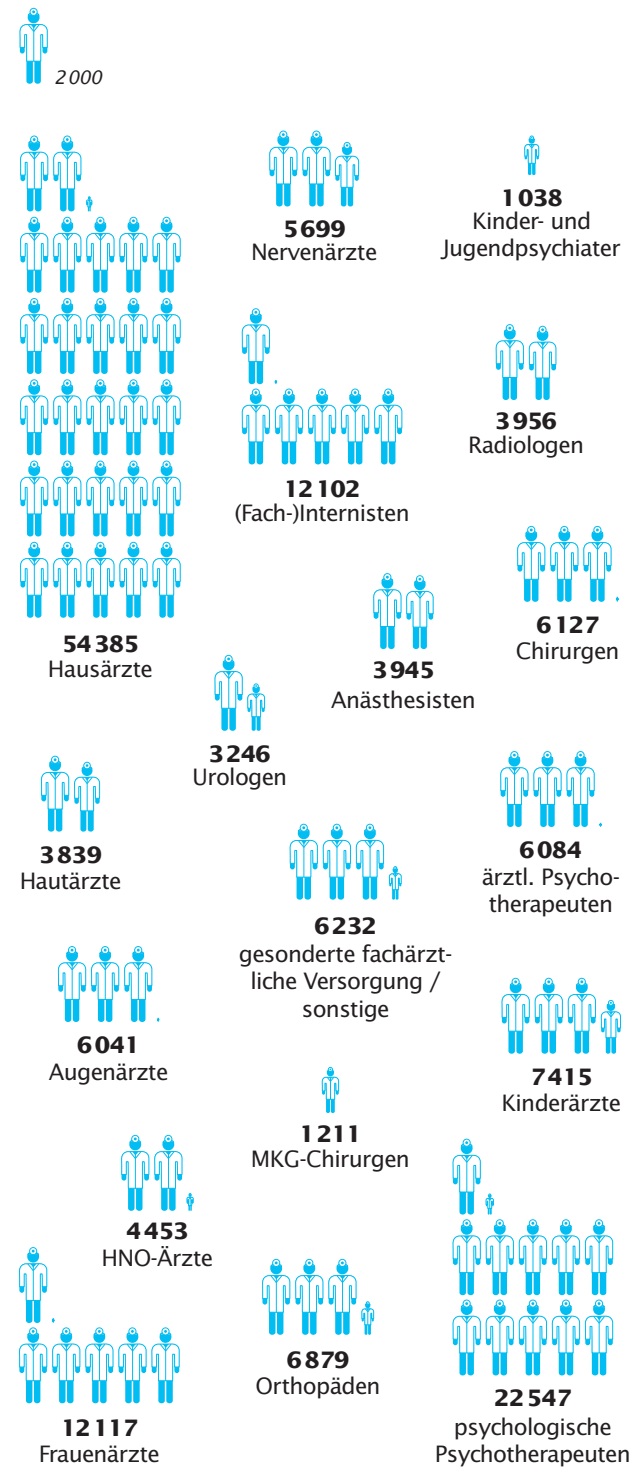
Zahl praktizierender Ärzte pro 100 000 Einwohner; Deutschland; 2015

Hamburg	612,56
Berlin	523,32
Bremen	522,12
Saarland	453,60
Bayern	432,57
Nordrhein-Westfalen	416,77
Mecklenburg-Vorpommern	415,97
Deutschland	413,42
Schleswig-Holstein	403,85
Thüringen	400,47
Baden-Württemberg	398,29
Hessen	394,50
Sachsen	392,67
Sachsen-Anhalt	379,65
Rheinland-Pfalz	377,29
Niedersachsen	365,23
Brandenburg	357,09

Quelle: Bundesärztekammer und Statistisches Bundesamt über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Spezialisiert

Zahl der Ärzte nach Arztgruppe; Deutschland; 2016



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung

Angestellt

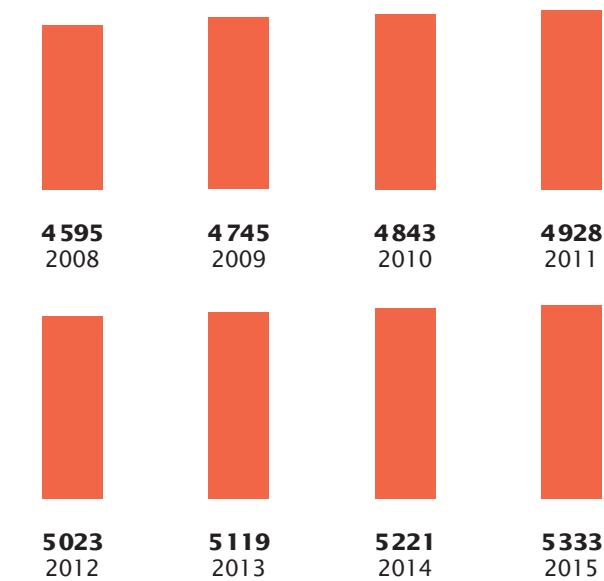
Zahl der hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen in Krankenhäusern am 31.12.2016

Deutschland	180372
Baden-Württemberg	22364
Bayern	28014
Berlin	9340
Brandenburg	4838
Bremen	1910
Hamburg	5956
Hessen	12210
Mecklenburg-Vorpommern	3783
Niedersachsen	14946
Nordrhein-Westfalen	41262
Rheinland-Pfalz	8056
Saarland	2451
Sachsen	9187
Sachsen-Anhalt	5056
Schleswig-Holstein	5949
Thüringen	5050

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Gebraucht

Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen; Deutschland; in Tausend



Quelle: Stat. Bundesamt über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Aufgeteilt

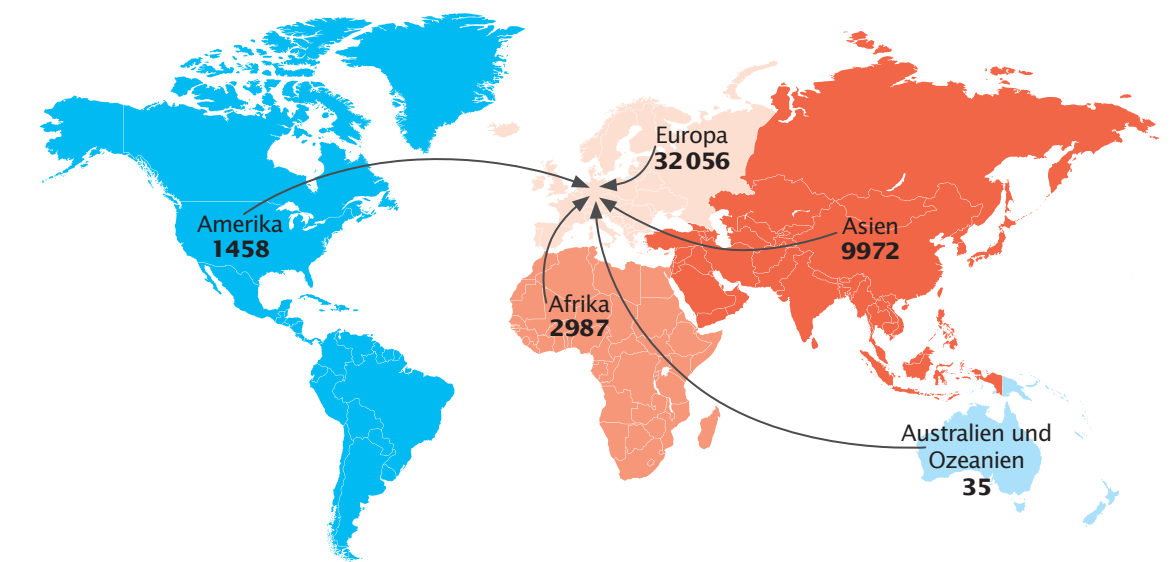
Zahl der hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen in Krankenhäusern am 31.12.2016 nach funktionaler Stellung

	leitende Ärzte	Oberärzte	Assistenzärzte
Deutschland	14866	44194	121312
Baden-Württemberg	1676	5301	15387
Bayern	2294	6803	18917
Berlin	720	1699	6921
Brandenburg	437	1212	3189
Bremen	177	519	1214
Hamburg	484	1208	4264
Hessen	1072	2775	8363
Mecklenburg-Vorpommern	369	1020	2394
Niedersachsen	1396	3816	9734
Nordrhein-Westfalen	3250	10895	27117
Rheinland-Pfalz	689	2121	5246
Saarland	191	554	1706
Sachsen	704	2185	6298
Sachsen-Anhalt	487	1386	3183
Schleswig-Holstein	463	1362	4124
Thüringen	457	1338	3255

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Zugezogen

Zahl der aus dem Ausland stammenden praktizierenden Ärzte; Deutschland; 2016



ohne Angabe
213

Quelle: Ärztestatistik, Bundesärztekammer

Gut gelegen

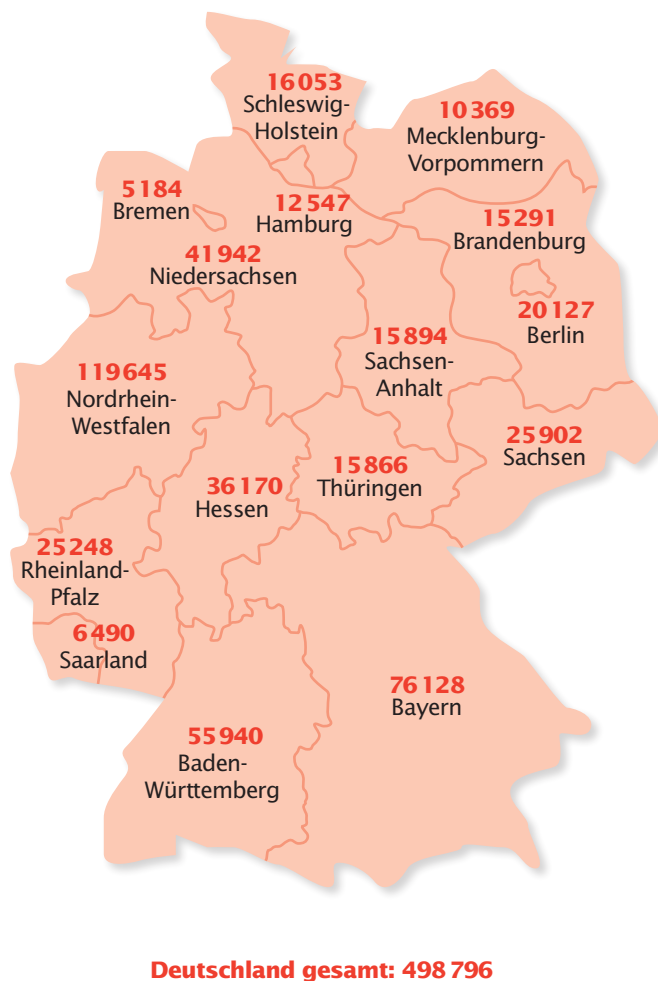
Krankenhausbetten in ausgewählten OECD-Mitgliedsstaaten; 2015; pro 1000 Einwohner

Japan	13,2
Südkorea	11,5
Deutschland	8,1
Österreich	7,6
Ungarn	7,0
Polen	6,6
Tschechische Republik	6,5
Belgien	6,2
Frankreich	6,1
Slowakische Republik	5,8
Lettland	5,7
Estland	5,0
Luxemburg	4,8
Schweiz	4,6
Finnland	4,4
Griechenland	4,3
Norwegen	3,8
Portugal	3,4
Italien	3,2
Israel	3,0
Spanien	3,0
Neuseeland	2,7
Türkei	2,7
Vereinigtes Königreich	2,6
Kanada	2,6
Irland	2,6
Dänemark	2,5
Schweden	2,4
Chile	2,1
Mexiko	1,5

Quelle: OECD

Gut verteilt

Zahl der Betten in Krankenhäusern; Deutschland; 2016



Quelle: Stat. Bundesamt über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gut gebettet

Krankenbetten, sortiert nach Krankenhausgröße; Deutschland; 2015

Krankenhäuser mit 1 bis 49 Betten	7 651	Krankenhäuser mit 400 bis 499 Betten	60 760
Krankenhäuser mit 50 bis 99 Betten	17 452	Krankenhäuser mit 500 bis 599 Betten	53 224
Krankenhäuser mit 100 bis 149 Betten	31 012	Krankenhäuser mit 600 bis 799 Betten	54 589
Krankenhäuser mit 150 bis 199 Betten	30 009	Krankenhäuser mit 800 und mehr Betten	115 553
Krankenhäuser mit 200 bis 299 Betten	64 130		
Krankenhäuser mit 300 bis 399 Betten	64 971		

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Viel Arbeit

Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie Aufenthalte mit Fallzahl, Berechnungs- / Belegungstage und Verweildauer; Deutschland; 2015

	Zahl der Einrichtungen	Fallzahl	Berechnungs-/ Belegungstage	Verweildauer (in Tagen)
Krankenhäuser insgesamt	1 956	19 239 574	141 281 148	7,3
allgemeine Krankenhäuser	1 619	18 613 774	125 979 260	6,8
sonstige Krankenhäuser	337	625 801	15 301 888	24,5
nachrichtlich: Bundeswehrkrankenhäuser	5	46 343	303 994	6,6
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen insgesamt	1 152	1 970 595	49 877 387	25,3
nachrichtlich: stationäre Einrichtungen insgesamt	3 108	k.A.	k.A.	k.A.

Quelle: Statistisches Bundesamt über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Viele Träger

Krankenhäuser nach Bettenzahl und Trägerart; Deutschland

	2006	2010	2015	Veränderung 2006 – 2015
allg. freigemeinnützige Krankenhäuser	692	644	567	-18,1%
allg. öffentliche Krankenhäuser	614	539	483	-21,3%
allg. private Krankenhäuser	503	575	569	13,1%
ausschließlich psychiatrisch, psychotherapeutisch, neurologisch oder geriatrisch tätige Krankenhäuser	235	245	274	16,6%
reine Tages- oder Nachtkliniken	60	61	63	5,0%
alle Träger	2 104	2 064	1 956	-7,0%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Viele Eingriffe

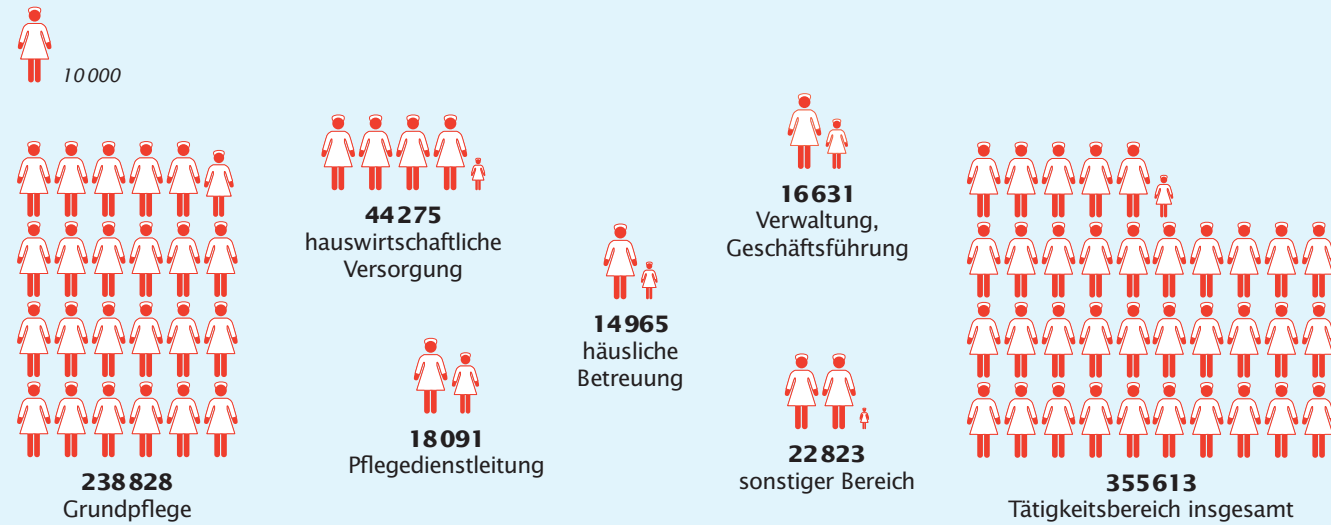
Zahl der ambulanten und vollstationären Operationen und Prozeduren in Krankenhäusern; Deutschland

	2006	2010	2015	Veränderung 2006 – 2015
vollstationäre diagnostische Maßnahmen	8 069 419	9 442 318	10 381 193	28,6%
vollstationäre bildgebende Diagnostik	5 460 718	8 417 123	11 547 515	111,5%
vollstationäre Operationen	12 617 955	14 937 120	16 422 693	30,2%
vollstationäre nicht operative therap. Maßnahmen	10 207 851	12 697 169	14 531 586	42,4%
vollstat. ergänzende Maßnahmen / Medikamente / und OP	1 289 101	1 874 642	2 482 465	92,6%
vollstationäre Maßnahmen insgesamt	37 645 044	47 368 372	55 365 452	47,1%
ambulante Operationen nach § 115b SGB V	1 513 716	1 854 125	1 978 783	30,7%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 und Reihe 6.4

In guten Händen

Zahl der in ambulanten Pflegediensten beschäftigten Personen; Deutschland; 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse

In wohlthätiger Hand

Zahl der Pflegeheime nach Trägerart; Deutschland

	2005	2011	2015	Veränderung 2005 – 2015
private Träger	3 974	4 998	5 737	44,4%
freigemeinnützige Träger	5 748	6 722	7 200	25,3%
öffentliche Träger	702	635	659	-6,1%
alle Träger	10 424	12 354	13 596	30,4%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse

In privater Hand

Zahl der ambulanten Pflegedienste nach Trägerart; Deutschland

	2005	2011	2015	Veränderung 2005 – 2015
private Träger	6 327	7 772	8 670	37,0%
freigemeinnützige Träger	4 457	4 406	4 461	0,1%
öffentliche Träger	193	171	192	-0,5%
alle Träger	10 977	12 349	13 323	21,4%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse

Kräftig gewachsen

Pflegebedürftige in Pflegeheimen nach Altersklasse; Deutschland

Alter	1999	2015	Veränderung 1999 – 2015
alle Altersgruppen	573 211	857 302	49,6%
unter 15 Jahre	335	225	-32,8%
15 bis unter 60 Jahre	29 685	37 008	24,7%
60 bis unter 65 Jahre	20 026	23 037	15,0%
65 bis unter 70 Jahre	24 434	31 821	30,2%
70 bis unter 75 Jahre	40 153	55 131	37,3%
75 bis unter 80 Jahre	81 168	118 564	46,1%
80 bis unter 85 Jahre	87 886	163 688	86,3%
85 bis unter 90 Jahre	160 003	211 906	32,4%
90 bis unter 95 Jahre	100 400	163 593	62,9%
95 Jahre und älter	29 121	52 329	79,7%

Quelle: Statistisches Bundesamt

Stark bedürftig

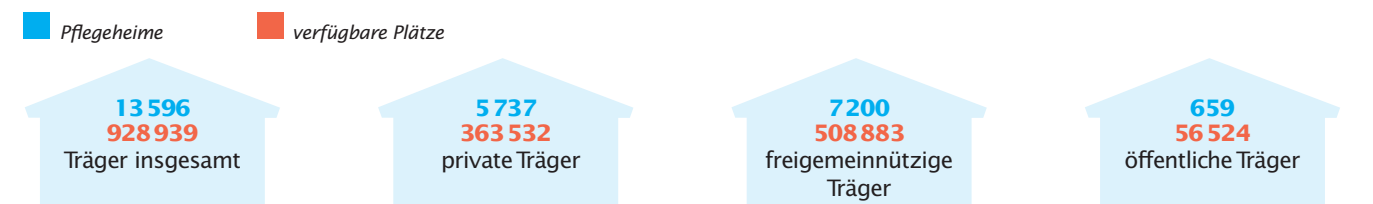
Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige nach Alter; Deutschland

Alter	1999	2015	Veränderung 1999 – 2015
alle Altersgruppen	415 289	692 273	66,7%
unter 15 Jahre	2 224	3 770	69,5%
15 bis unter 60 Jahre	24 848	46 045	85,3%
60 bis unter 65 Jahre	13 688	21 293	55,6%
65 bis unter 70 Jahre	20 163	28 867	43,2%
70 bis unter 75 Jahre	38 781	49 308	27,1%
75 bis unter 80 Jahre	73 838	108 131	46,4%
80 bis unter 85 Jahre	70 816	147 784	108,7%
85 bis unter 90 Jahre	104 438	163 901	56,9%
90 bis unter 95 Jahre	53 874	98 301	82,5%
95 Jahre und älter	12 619	24 873	97,1%

Quelle: Statistisches Bundesamt

Wenig öffentlich

Pflegeheime und verfügbare Plätze in Pflegeheimen; Deutschland; 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Großer Bedarf an psychotherapeutischer Medizin

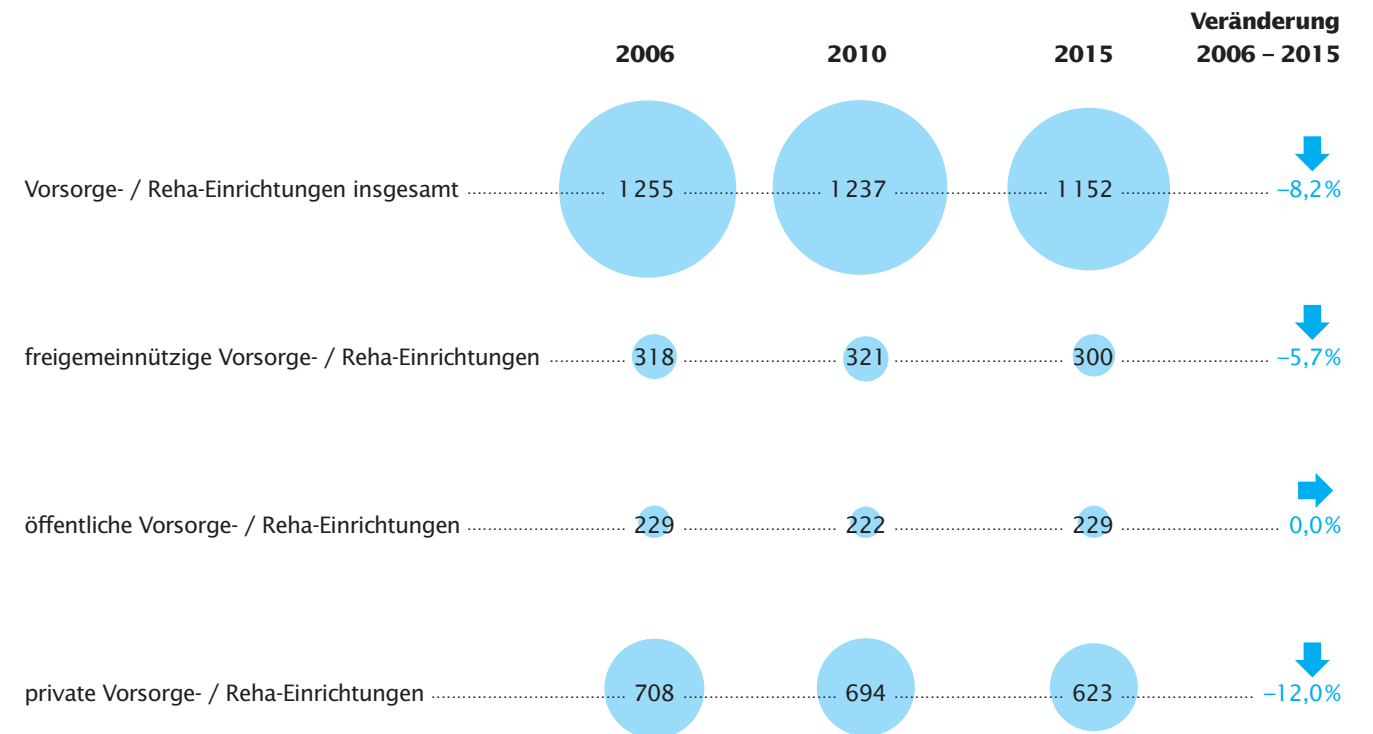
Betten und Patienten in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen; Deutschland

	Betten		Patienten		Veränderung			
	2007	2011	2015	2007 - 2015	2007 - 2015			
alle Fachabteilungen	170845	170544	165013	-3,4%	1942566	1926055	1970595	1,4%
Allgemeinmedizin	3650	3129	2588	-29,1%	45228	35560	35572	-21,3%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	931	1100	916	-1,6%	12825	12052	11622	-9,4%
Dermatologie	1817	1153	891	-51,0%	15697	10185	9360	-40,4%
Innere Medizin	39050	36542	33079	-15,3%	488211	463473	450729	-7,7%
Geriatrie	6512	7489	7913	21,5%	88644	105318	117807	32,9%
Kinderheilkunde	5392	6324	5602	3,9%	46081	47099	44235	-4,0%
Neurologie	16901	16801	17752	5,0%	169012	172035	185587	9,8%
Orthopädie	46065	46139	44752	-2,9%	639672	644845	647960	1,3%
Physikalische und Rehabilitative Medizin	1905	1549	1493	-21,6%	17494	14377	14114	-19,3%
Psychiatrie und Psychotherapie	13439	15076	14439	7,4%	69326	75755	70195	1,3%
Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatik	12999	15701	17516	34,7%	98794	134935	153768	55,6%
sonstige Fachbereiche	22184	19541	18072	-18,5%	251586	210425	229648	-8,7%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.2

Leicht gesunken

Vorsorge- und Reha-Einrichtungen nach Trägerart; Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Gleich geblieben

Durchschnittliche Verweildauer in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen; Deutschland; in Tagen

2007	25,47
2008	25,32
2009	25,49
2010	25,43
2011	25,43
2012	25,50
2013	25,31
2014	25,26
2015	25,26

Veränderung 2007 - 2015: -0,8%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.2

Leicht gestiegen

Beschäftigte in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen; Deutschland

	2006	2015
Beschäftigte insgesamt	111708	119185
medizinisch-technischer Dienst	28161	31890
Pflegedienst (Pflegebereich)	25889	28021
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	15562	15422
Verwaltungsdienst	11014	12053
hauptamtliche Ärzte und Ärztinnen	9008	10186
Funktionsdienst (einschließlich Pflegepersonal)	5521	6655
klinisches Hauspersonal	6553	5809
sonstiges Personal	4969	3941
Technischer Dienst	3700	3914
Sonderdienste	1331	1294

Beschäftigte insgesamt, Veränderung 2006 - 2015: 6,7%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.2

Verabschiedet

Medizinabsolventen in ausgewählten OECD-Mitgliedsstaaten; 2015; pro 100000 Einwohner

Irland	23,7
Slowenien	17,4
Lettland	16,2
Portugal	15,9
Australien	15,8
Niederlande	14,6
Tschechische Republik	13,6
Ungarn	13,4
Spanien	13,0
Vereinigtes Königreich	12,8
Italien	12,3
Belgien	12,1
Deutschland	11,3
Norwegen	11,2
Estland	11,0
Mexiko	10,7
Schweden	10,6
Polen	10,2
Chile	9,4
Türkei	8,9
Neuseeland	8,7
Südkorea	7,9
Kanada	7,9
USA	7,5
Japan	6,4
Israel	5,5

Quelle: OECD

Bebildert

Zahl der CT-Scanner in Krankenhäusern; Deutschland; pro Million Einwohner

2000	12,2
2005	15,4
2010	17,7
2011	18,6
2012	18,6
2013	18,7
2014	18,8
2015	18,9

Quelle: OECD

Verordnet

Ausgaben für Arzneimittel; Deutschland; in Milliarden Euro

2012	29,4
2013	30,3
2014	33,4
2015	34,8
2016	36,3

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1

Vermessen

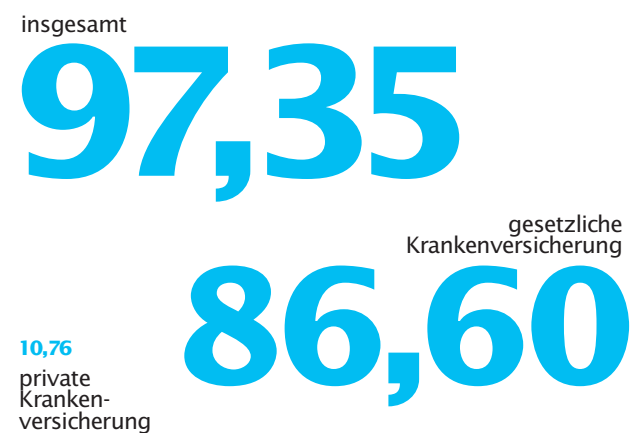
Zahl der MRT-Anlagen in Krankenhäusern; Deutschland; pro Million Einwohner

2000	4,9
2005	7,1
2010	10,3
2011	10,9
2012	11,3
2013	11,6
2014	11,6
2015	11,8

Quelle: OECD

Versichert

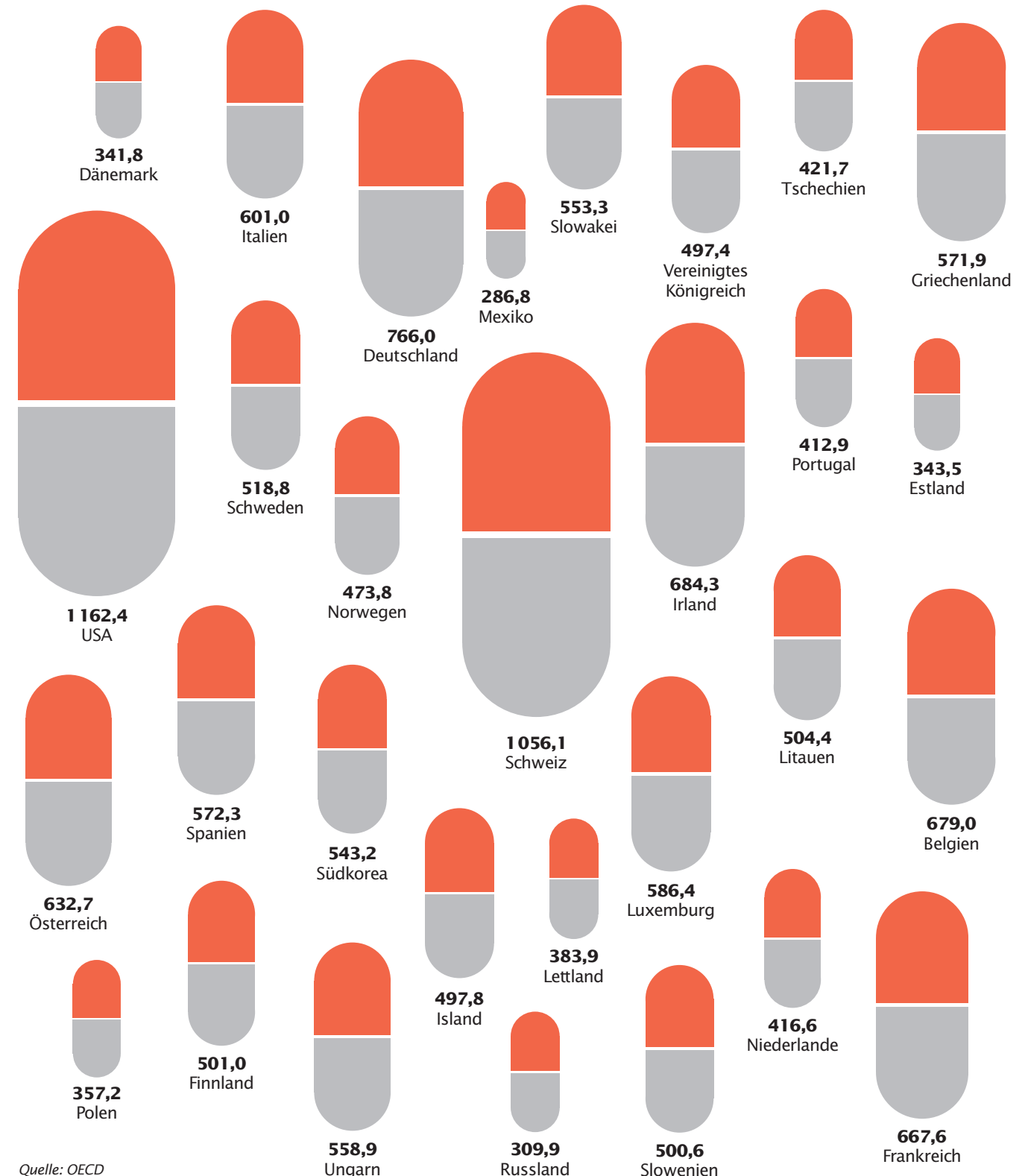
Anteil der Bevölkerung mit einer Krankenversicherung; Deutschland; 2015; in Prozent



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KM 6, Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

In die Gesundheit investiert

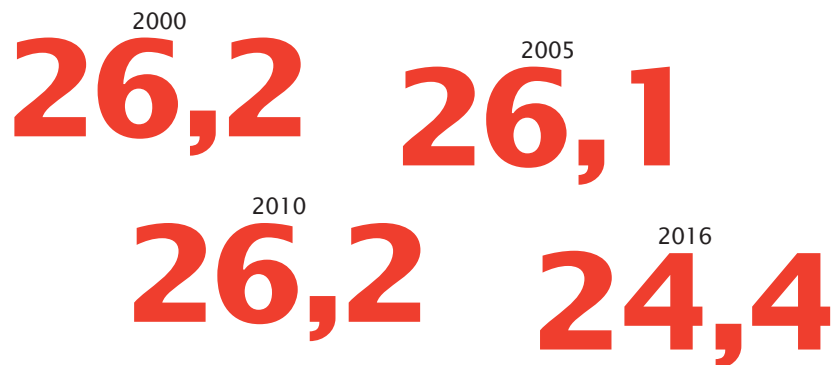
Pro-Kopf-Ausgaben für Medikamente in ausgewählten OECD-Mitgliedsstaaten; 2015; in US-Dollar



Quelle: OECD

Apothekendichte I

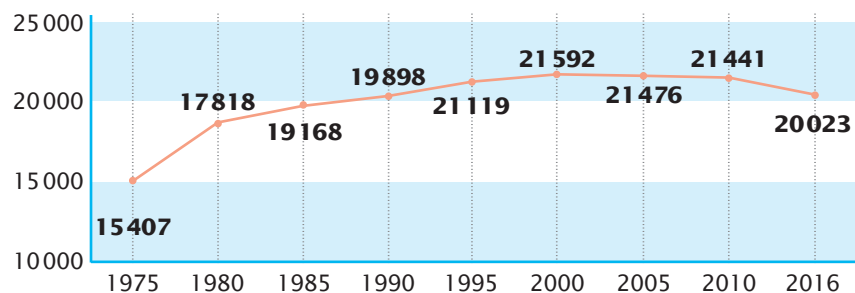
Apothekendichte in Deutschland; pro 100000 Einwohner



Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

Apothekendichte II

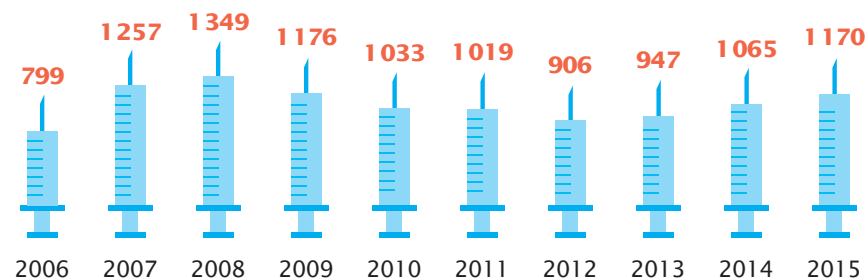
Zahl der Apothekenbetriebsstätten*; Deutschland



*bis 1990: Summe BRD und DDR. Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

Impfstoffumsatz

Impfstoffumsatz der GKV über öffentliche Apotheken; Deutschland; in Millionen Euro



Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

Impfrate I

Masern-Impfrate von Kindern in ausgewählten OECD-Mitgliedsstaaten; 2015; in Prozent

Ungarn	99
Tschechische Republik	99
Luxemburg	99
Mexiko	99
Südkorea	98
Portugal	98
Schweden	98
Israel	98
Deutschland	97
Griechenland	97
Türkei	97
Japan	96
Polen	96
Spanien	96
Belgien	96
Lettland	96
Chile	96
Österreich	96
Slowakische Republik	95
Finnland	95
Niederlande	95
Norwegen	95
Vereinigtes Königreich	95
Slowenien	94
Schweiz	94
Estland	93
Irland	93
Neuseeland	93
Island	93
USA	92
Australien	91
Frankreich	91
Dänemark	91
Kanada	90
Italien	85

Impfrate in Deutschland:

1980	25
1985	50
1990	75
1995	92
2005	96
2010	97

Quelle: OECD

Impfrate II

Diphtherie-, Tetanus- und Keuchhusten-Impfrate von Kindern in ausgewählten OECD-Mitgliedsstaaten; 2015; in Prozent

Ungarn	99
Tschechische Republik	99
Luxemburg	99
Belgien	99
Griechenland	99
Südkorea	98
Polen	98
Frankreich	98
Schweden	98
Portugal	98
Österreich	98
Finnland	97
Spanien	97
Türkei	97
Schweiz	97
Japan	96
Slowakische Republik	96
Deutschland	96
Vereinigtes Königreich	96
Chile	96
Niederlande	95
Irland	95
Slowenien	95
USA	95
Norwegen	95
Lettland	95
Israel	94
Italien	93
Dänemark	93
Estland	93
Australien	93
Neuseeland	92
Island	92
Kanada	91
Mexiko	87

Impfrate in Deutschland:

1990	80
1995	78
2000	90
2005	96
2010	96

Quelle: OECD

Verteilt

Umsatzstruktur der Apotheken in Deutschland; 2015; in Millionen Euro und Prozent

Gesamtumsatz (ohne MwSt.)	47,8	100%
Arzneimittel	44,6	93,3%
verschreibungspflichtige Arzneimittel	39,8	83,3%
apothekenpflichtige Arzneimittel	4,5	9,4%
freiverkäufliche Arzneimittel	0,3	0,6%
apothekenübliches Ergänzungssortiment	3,2	6,7%
Arzneimittelverordnungsvolumen GKV, PKV und sonstige	40,9	85,6%
Selbstmedikation	3,7	7,7%

Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

Verpackt

Arzneimittelabsatz der Apotheken in Deutschland; 2015; in Millionen Packungen und Prozent

Gesamtumsatz (ohne MwSt.)	1 405	100%
verschreibungspflichtige Arzneimittel	749	53,3%
apothekenpflichtige Arzneimittel	620	44,1%
freiverkäufliche Arzneimittel	36	2,6%
Arzneimittelverordnungsvolumen GKV, PKV und sonstige	879	62,6%
Selbstmedikation	526	37,4%

Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

Verkauft

Arzneimittelumsatz in Apotheken, Drogerie- und Verbrauchermärkten Deutschland; in Milliarden Euro*

	2001	2016
Arzneimittelmarkt insgesamt	30,67	51,85
Apothekenmarkt gesamt	30,32	51,65
rezeptpflichtige Arzneimittel	23,37	45,08
rezeptfreie Arzneimittel in der Apotheke	6,95	6,57
freiverkäufliche Arzneimittel außerhalb der Apotheke	0,35	0,20

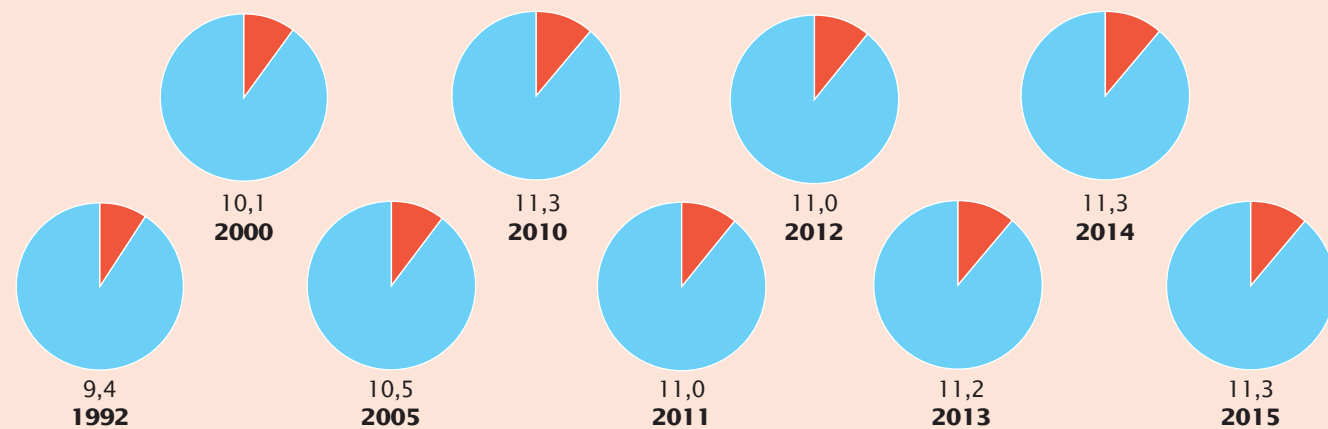
*Abweichungen in den Summen durch Runden. Quelle: Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gesundheitsausgaben in Deutschland ...

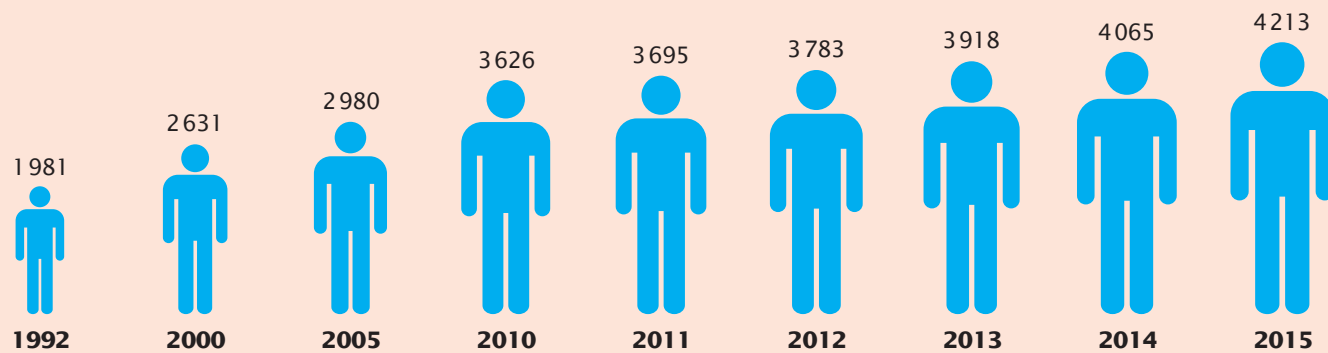
... in Millionen Euro



... als Anteil am BIP in Prozent



... je Einwohner in Euro



Quelle: Gesundheitsausgabenrechn. und Volkswirtschaftl. Gesamtrechnungen des Statistischen Bundesamtes über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Durchschnittlich

Gesundheitsausgaben; 2014;
in US-Dollar pro Kopf

Schweiz	9 673,5
USA	9 402,5
Luxemburg	8 137,5
Schweden	6 807,7
Australien	6 031,1
Deutschland	5 410,6
Kanada	5 291,7
Frankreich	4 959,0
Neuseeland	4 896,3
Finnland	4 612,3
Vereinigtes Königreich	3 934,8
Japan	3 703,0
Italien	3 257,8
Portugal	2 096,8
Südkorea	2 060,2
Griechenland	1 743,0
Verein. Arabische Emirate	1 610,8
Ungarn	1 036,6
Costa Rica	970,0
Brasilien	947,4
Russland	892,9
Kuba	816,6
Mexiko	677,2
Argentinien	605,2
Südafrika	570,2
Kolumbien	569,2
Türkei	567,6
Kasachstan	538,8
Aserbaidtschan	471,4
China	419,7
Thailand	360,4
Jordanien	358,9
Iran	350,7
Jamaika	266,2
Marokko	190,1
Ägypten	177,8
Sri Lanka	127,3
Elfenbeinküste	88,4
Kirgisistan	81,6
Kenia	77,7
Indien	75,0
Pakistan	36,2
Äthiopien	26,6

Quelle: The World Bank Group

Volkswirtschaftlich

Gesundheitsausgaben; 2014;
in Prozent des BIP

USA	17,1
Schweden	11,9
Schweiz	11,7
Frankreich	11,5
Deutschland	11,3
Kuba	11,1
Neuseeland	11,0
Kanada	10,4
Japan	10,2
Finnland	9,7
Portugal	9,5
Australien	9,4
Costa Rica	9,3
Italien	9,2
Vereinigtes Königreich	9,1
Südafrika	8,8
Brasilien	8,3
Griechenland	8,1
Jordanien	7,5
Ungarn	7,4
Südkorea	7,4
Kolumbien	7,2
Russland	7,1
Luxemburg	6,9
Iran	6,9
Thailand	6,5
Kirgisistan	6,5
Mexiko	6,3
Aserbaidtschan	6,0
Marokko	5,9
Kenia	5,7
Elfenbeinküste	5,7
Ägypten	5,6
China	5,5
Türkei	5,4
Jamaika	5,4
Äthiopien	4,9
Argentinien	4,8
Indien	4,7
Kasachstan	4,4
Verein. Arabische Emirate	3,6
Sri Lanka	3,5
Pakistan	2,6

Quelle: The World Bank Group

Öffentlich

Öffentliche Gesundheitsausgaben;
2014; in Prozent aller öffentlichen
Ausgaben

Neuseeland	23,4
Costa Rica	23,3
Thailand	23,2
Schweiz	22,7
USA	21,3
Japan	20,3
Deutschland	19,6
Schweden	19,0
Kanada	18,8
Kolumbien	18,1
Kuba	18,0
Iran	17,5
Australien	17,3
Vereinigtes Königreich	16,5
Äthiopien	15,7
Frankreich	15,7
Südafrika	14,2
Jordanien	13,7
Italien	13,7
Luxemburg	13,6
Kenia	12,8
Finnland	12,4
Südkorea	12,3
Kirgisistan	11,9
Portugal	11,9
Mexiko	11,6
Sri Lanka	11,2
Kasachstan	10,9
Türkei	10,5
China	10,4
Ungarn	10,1
Griechenland	10,0
Russland	9,5
Verein. Arabische Emirate	8,7
Jamaika	8,1
Elfenbeinküste	7,3
Argentinien	6,9
Brasilien	6,8
Marokko	6,0
Ägypten	5,6
Indien	5,0
Pakistan	4,7
Aserbaidtschan	3,9

Quelle: The World Bank Group

Wer zahlt bei der Gesundheit ...?

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger; Deutschland; in Millionen Euro

	1992	2000	2010	2015
Gesundheitsausgaben insgesamt	159 504	214 305	291 115	344 153
öffentliche Haushalte	17 628	13 614	14 224	15 230
gesetzliche Krankenversicherung	98 718	123 914	165 835	200 032
soziale Pflegeversicherung	k.A.	16 706	21 535	27 995
gesetzliche Rentenversicherung	3 530	3 528	4 054	4 439
gesetzliche Unfallversicherung	2 838	3 687	4 613	5 366
private Krankenversicherung	11 459	17 487	26 623	30 536
Arbeitgeber	6 957	8 692	12 130	14 464
private Haushalte / private Organisationen ohne Erwerbszweck	18 374	26 677	42 100	46 091

Quelle: Statistisches Bundesamt

... wofür ...?

Gesundheitsausgaben nach Leistungsart; Deutschland; in Millionen Euro

	1992	2000	2010	2015
Investitionen	6 385	6 050	6 408	5 946
laufende Gesundheitsausgaben	153 119	208 255	284 707	338 207
Prävention / Gesundheitsschutz*	5 852	7 136	10 486	11 270
ärztliche Leistungen	44 821	57 103	78 594	92 905
pflegerische / therapeutische Leistungen	33 521	53 357	71 094	90 572
Unterkunft und Verpflegung	13 687	18 298	23 761	26 837
Waren	45 401	57 557	80 622	93 750
Transporte	2 026	3 473	5 058	6 816
Verwaltungsleistungen	7 812	11 332	15 091	16 057

Quelle: Statistisches Bundesamt

... und an wen?

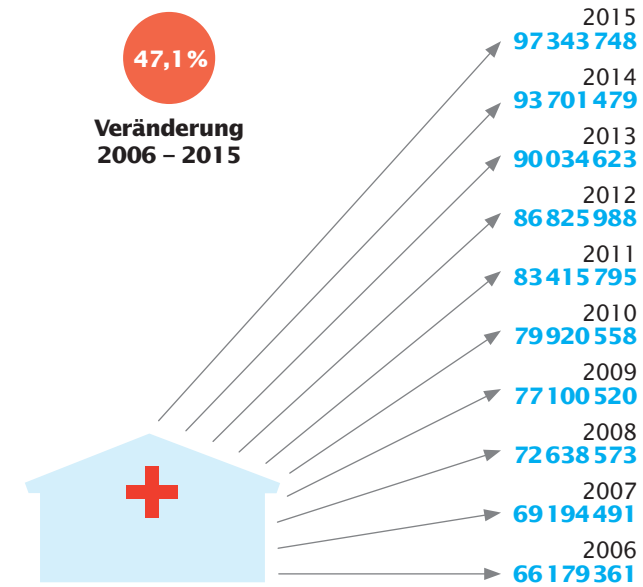
Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen; Deutschland; in Millionen Euro

	1992	2000	2010	2015
Gesundheitsschutz*	1 854	1 816	2 228	1 975
ambulante Einrichtungen	78 844	102 663	144 331	172 276
stationäre / teilstationäre Einrichtungen	58 674	80 954	108 280	128 739
Rettungsdienste	1 279	2 101	3 162	4 330
Verwaltung	8 691	12 649	16 773	18 113
sonstige Einrichtungen / private Haushalte	3 244	7 438	8 440	11 195
Ausland	535	634	1 494	1 578
Investitionen	6 385	6 050	6 408	5 946

* von den Gesundheitsämtern im Rahmen der Gesundheitsbeobachtung, des Infektionsschutzes, der Hygieneüberwachung oder des Umweltmonitorings bereitgestellte Gesundheitsgüter. Quelle: Statistisches Bundesamt

Was Kliniken kosten

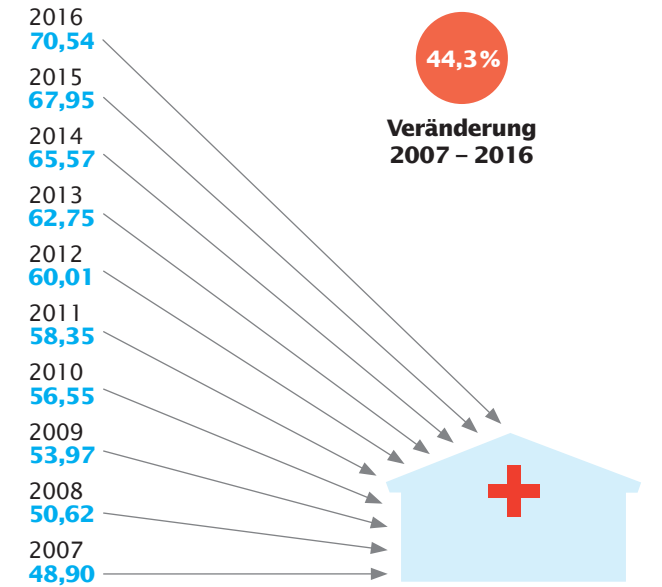
Krankenhauskosten in Deutschland; in Tausend Euro



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 63

Was Kassen zahlen

Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die Versorgung in Krankenhäusern; Deutschland; in Milliarden Euro



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1

Was Länder aufwenden

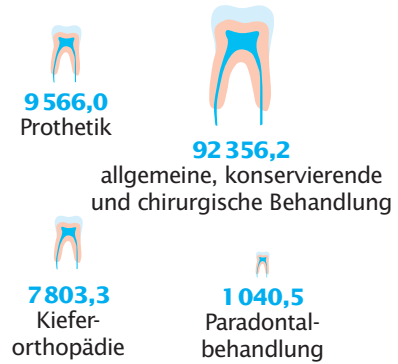
Krankenhausfördermittel der Bundesländer (§ 9 KHG); Deutschland; 2015; KHG-Mittel je Bett in Euro

Sachsen-Anhalt	1 590
Thüringen	3 564
Nordrhein-Westfalen	4 249
Brandenburg	4 835
Rheinland-Pfalz	5 003
Saarland	5 208
Berlin	5 265
Sachsen	5 487
Mecklenburg-Vorpommern	5 842
Schleswig-Holstein	6 827
Bremen	6 964
Niedersachsen	7 026
Hessen	7 221
Bayern	7 381
Hamburg	8 112
Baden-Württemberg	8 713

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden

Im Mund

Zahl der über die KZV mit Primär- und Ersatzkassen abgerechneten Fälle; in Tausend; 2015



Quelle: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Im Argen

Inanspruchnahme gesetzlicher Gesundheits-Check-ups in Deutschland; GKV-Versicherte; in Prozent

2000	18,17
2005	18,84
2010	42,04
2011	35,97
2012	35,07
2013	34,37
2014	34,79
2015	33,48

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KM 6

Im Ganzen

Zahl der Anspruchsberechtigten gesetzlicher Gesundheits-Check-ups in Deutschland; GKV-Versicherte

2000	42 457 574
2005	44 072 722
2010	44 380 376
2011	44 388 120
2012	44 535 751
2013	44 679 269
2014	44 972 765
2015	45 212 358

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KM 6

Ambulant operiert

Zahl der ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V im Krankenhaus bei GKV-Versicherten in Deutschland

	2000	2015
gesetzliche Krankenkassen insgesamt	258 918	1 685 611
Ortskrankenkassen (AOK)	121 425	598 576
Betriebskrankenkassen (BKK)	21 199	252 023
Innungskrankenkassen (IKK)	8 271	127 742
Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)	2 842	16 070
Knappschaft-Bahn-See (KBS)	8 949	46 266
Ersatzkassen (VdEK)	96 232	644 934

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 6

Stationär behandelt

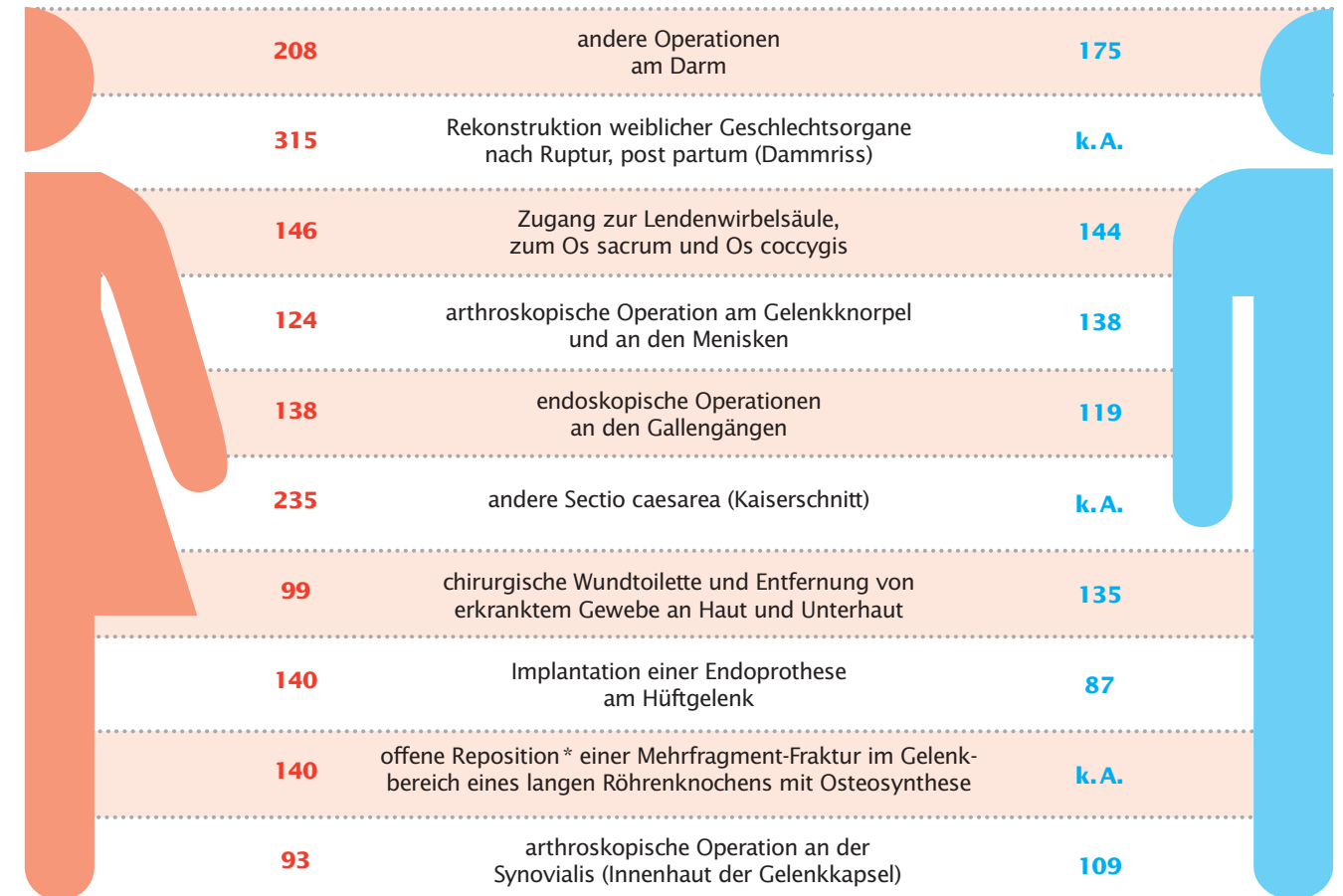
Zahl der Krankenhausfälle und Krankenhaustage der GKV-Versicherten in Deutschland

	2000	2015
Krankenhausfälle	14 785 784	17 073 360
darunter: Krankenhausfälle mit Zuzahlung	9 616 669	10 334 600
Krankenhaustage	163 053 105	153 720 437
darunter: Krankenhaustage mit Zuzahlung	74 320 704	71 545 143
Krankenhaustage je Fall	11,03	9,00
darunter: Krankenhaustage mit Zuzahlung je Fall	7,73	6,92

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 2

Die häufigsten Operationen

Die zehn häufigsten Operationen im Krankenhaus; nach Geschlecht; Deutschland; 2015; in Tausend



* das Zurückbringen von ausgekugelten Gelenken oder Knochenbrüchen in eine (annähernde) Normallage oder Normalstellung im Rahmen einer Operation.
Quelle: Statistisches Bundesamt

Die Anteile der Kassen

Zahl der Abrechnungsfälle / Leistungsfälle von zahnärztlicher Behandlung der GKV-Versicherten; Deutschland

	2000	2015
gesetzliche Krankenkassen insgesamt	91 705 064	102 008 933
Ortskrankenkassen (AOK)	31 992 129	32 935 251
Betriebskrankenkassen (BKK)	13 213 140	16 969 023
Innungskrankenkassen (IKK)	5 819 972	7 591 980
Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)	1 219 840	978 366
Knappschaft-Bahn-See (KBS)	1 272 991	1 986 815
Ersatzkassen (VdEK)	38 186 992	41 547 498

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 3

Kontinuierlich

Zahl der Leistungsempfänger* der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen; Deutschland; 2016

bis unter 20	139093	55 bis unter 60	97433
20 bis unter 25	32432	60 bis unter 65	117241
25 bis unter 30	33168	65 bis unter 70	150383
30 bis unter 35	30626	70 bis unter 75	196503
35 bis unter 40	30080	75 bis unter 80	416886
40 bis unter 45	32779	80 bis unter 85	539020
45 bis unter 50	51869	85 bis unter 90	562032
50 bis unter 55	77169	90 und älter	449706

*Leistungsempfänger der Pflegestufen 0, I, II und III. Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Mehrstufig

Zahl der Leistungsempfänger* der SPV; Deutschland; 2016

Pflegestufe 0	193410	Pflegestufe 0	13809
Pflegestufe I	1274300	Pflegestufe I	338720
Pflegestufe II	546027	Pflegestufe II	290064
Pflegestufe III	153870	Pflegestufe III	146220

in Prozent:

Pflegestufe 0	8,9
Pflegestufe I	58,8
Pflegestufe II	25,2
Pflegestufe III	7,1

*ambulant und teilstationär. Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Bedürftig

Leistungsempfänger der SPV der stationären Pflege; Deutschland; 2016

Pflegestufe 0	13809
Pflegestufe I	338720
Pflegestufe II	290064
Pflegestufe III	146220

in Prozent:

Pflegestufe 0	1,8
Pflegestufe I	42,9
Pflegestufe II	36,8
Pflegestufe III	18,5

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Gewaltig

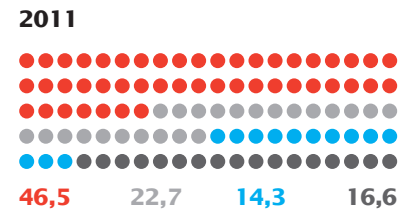
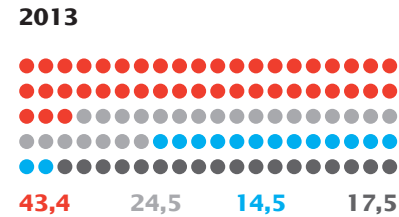
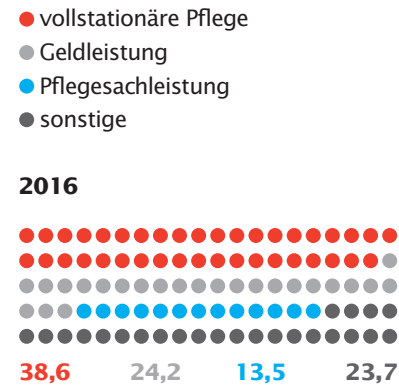
Zahl der ambulanten und stationären Leistungsempfänger der SPV; Deutschland

	2007	2009	2011	2013	2015	2016
gesamt	2029285	2265960	2361470	2583236	2835863	2956420
ambulant	1358201	1565451	1640516	1832850	2065997	2167607
stationär	671084	700509	720954	750386	769866	788813

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, GKV-Spitzenverband

Beweglich

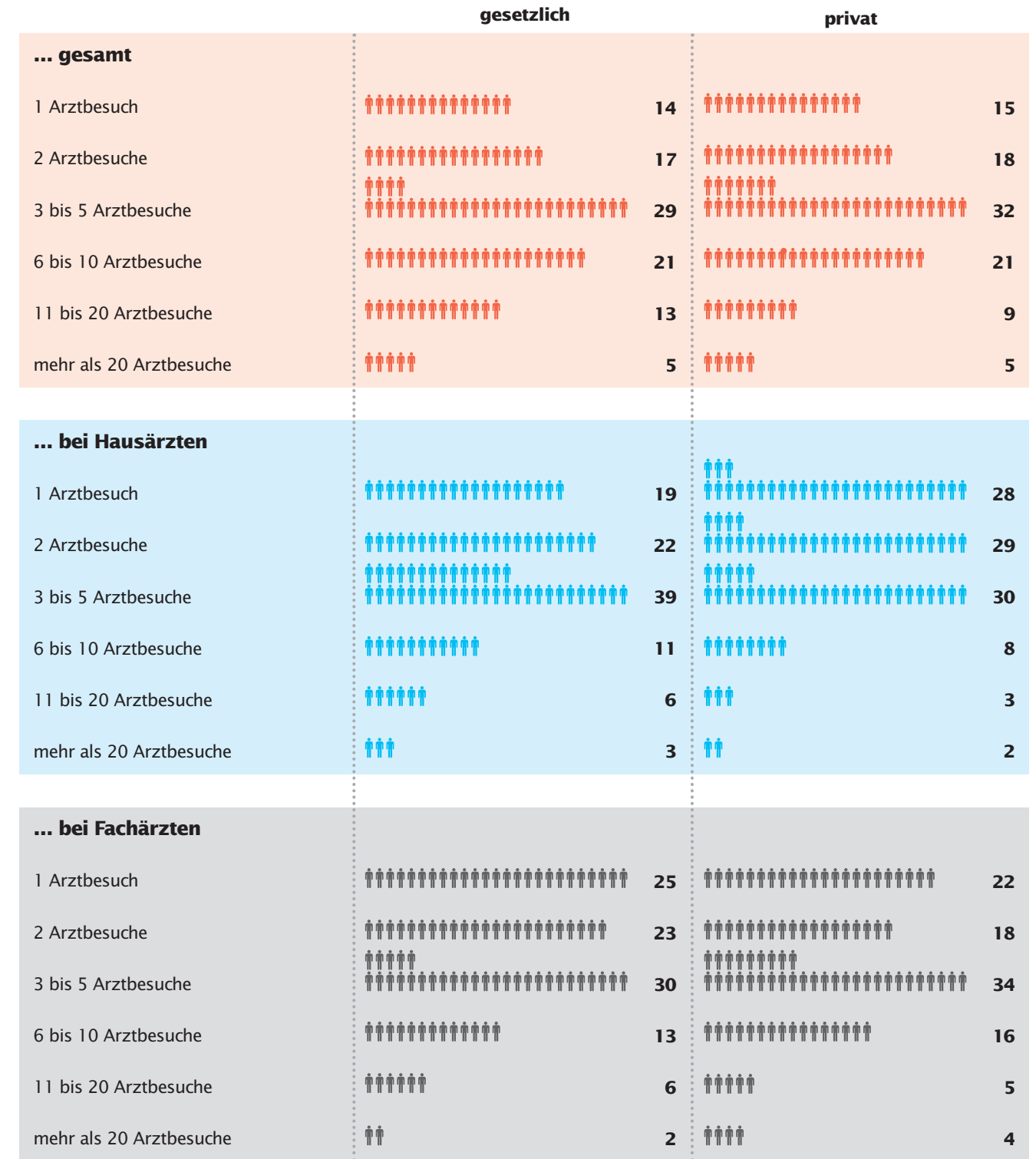
Zusammensetzung der Leistungsausgaben; in Prozent



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Wie oft besuchen Versicherte welchen Arzt?

Anteile der Bevölkerung nach Versicherungsart und Häufigkeit ihrer Arztbesuche innerhalb der vergangenen 12 Monate; Deutschland; 2016; in Prozent



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Versichertenbefragung

Durchschnittlich

Öffentliche Meinung zum Gesundheitssystem im internationalen Vergleich; ausgewählte Länder; 2016; in Prozent

	Funktioniert gut, kleine Änderungen erforderlich	Grundlegende Änderungen erforderlich	Muss komplett umgebaut werden
Australien	48	43	9
Kanada	42	50	8
Frankreich	40	49	11
Deutschland	42	48	10
Niederlande	51	44	5
Neuseeland	47	45	8
Norwegen	46	42	12
Schweden	44	46	10
Schweiz	54	40	7
Vereinigtes Königreich	63	33	4
USA	25	48	27

Quelle: Commonwealth Fund

Weiblich

Durchschnittl. Krankenhausverweildauer weiblicher stationärer Patienten; 2015; in Tagen pro Jahr

Ungarn	9,8
Finnland	9,5
Tschechien	9,2
Serbien	9,2
Deutschland	9,0
Kroatien	8,8
Schweiz	8,3
Malta	8,0
Italien	7,6
Litauen	7,2
Portugal	7,1
Rumänien	7,1
Slowakei	6,9
Polen	6,4
Slowenien	6,4
Vereinigtes Königreich	6,4
Island	5,9
Zypern	5,6
Frankreich	5,4
Dänemark	5,2
Norwegen	5,2
Türkei	3,6

Quelle: Eurostat

Männlich

Durchschnittl. Krankenhausverweildauer männlicher stationärer Patienten; 2015; in Tagen pro Jahr

Serbien	10,2
Kroatien	10,1
Tschechien	9,4
Ungarn	9,1
Deutschland	9,0
Finnland	8,9
Schweiz	8,5
Portugal	8,3
Litauen	8,2
Italien	8,0
Malta	8,0
Rumänien	8,0
Slowakei	7,6
Polen	7,5
Vereinigtes Königreich	7,3
Slowenien	7,2
Island	6,9
Zypern	5,9
Norwegen	5,9
Dänemark	5,8
Frankreich	5,6
Türkei	4,4

Quelle: Eurostat

Sichtlich zufrieden

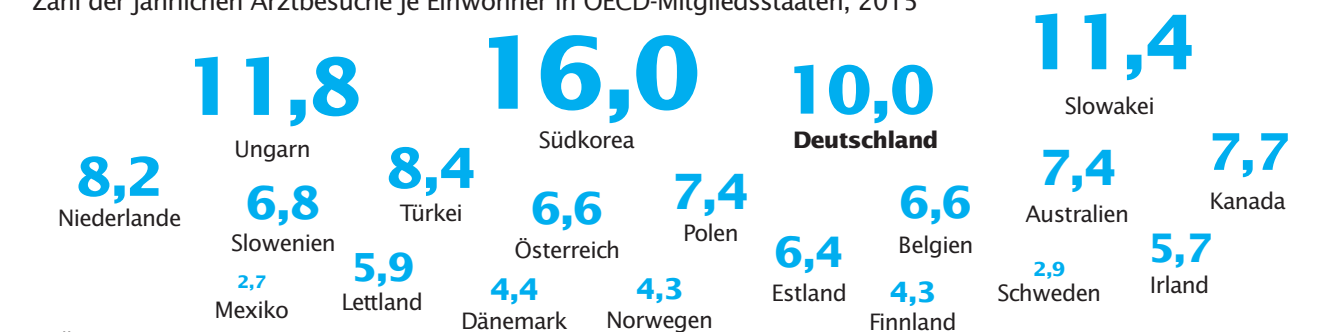
Gründe für unerfüllte medizinische Bedürfnisse; Befragung von über 16-Jährigen; 2015; in Prozent

Land	zu teuer	zu weit	zu teuer, zu weit oder zu lange Wartelisten	keine Zeit	keine unerfüllten Bedürfnisse
Niederlande	0,0	k.A.	0,1	k.A.	99,6
Slowenien	0,1	0,0	0,2	0,0	99,6
Österreich	0,0	k.A.	0,1	0,1	99,3
Deutschland	0,2	0,0	0,5	0,2	99,1
Spanien	0,1	0,0	0,6	0,1	98,8
Malta	0,7	0,0	0,8	0,2	98,0
Zypern	1,5	k.A.	1,5	0,1	97,9
Belgien	2,2	0,2	2,4	0,0	97,1
Irland	2,0	0,0	2,8	0,1	96,7
Frankreich	0,8	0,0	1,2	0,6	96,4
Litauen	0,5	0,3	2,9	0,3	95,7
Portugal	2,4	0,1	3,0	0,4	95,4
Tschechien	0,1	0,3	0,8	0,9	95,4
Luxemburg	0,7	0,0	0,9	3,0	95,1
Vereinigtes Königreich	0,1	0,1	2,8	0,2	95,0
Kroatien	0,8	0,7	1,9	0,8	94,8
Finnland	0,0	0,0	4,3	0,1	94,7
Slowakei	0,7	0,3	2,1	1,1	94,2
Bulgarien	3,7	0,3	4,7	0,3	93,5
Dänemark	0,3	0,1	1,3	0,8	92,9
Ungarn	2,2	0,3	2,6	1,6	92,4
Italien	6,5	0,1	7,2	0,2	92,1
Island	3,3	0,3	4,3	1,0	91,6
Schweden	0,4	0,1	1,0	1,2	91,2
Rumänien	8,3	0,6	9,4	0,3	88,5
Lettland	6,8	0,3	8,4	0,8	88,2
Polen	2,8	0,4	7,3	2,1	87,2
Griechenland	10,9	0,3	12,3	0,5	85,8
Estland	0,7	0,7	12,7	0,2	85,4

Quelle: Eurostat

Erstaunlich oft

Zahl der jährlichen Arztbesuche je Einwohner in OECD-Mitgliedsstaaten; 2015



Quelle: OECD

ANSICHTS- SACHEN

Die eine wünscht sich mehr Freiheit, der andere mehr Regeln, wieder andere sehnen sich nach mehr Dialog.

Aber alle wollen eine möglichst gute medizinische Versorgung. Wie das gelingen soll, erzählen fünf Protagonisten aus dem Gesundheitsbereich.

Text: Christian Sywottek

„Ich kann sinnvolle
Medizin betreiben.
Nur fehlt dafür
leider oft die Zeit.“

Die Medizinerin
Jana Husemann, Hausärztin

Ich bin Fachärztin für Allgemeinmedizin und arbeite seit 2013 in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis auf St. Pauli, einem sehr bunten Stadtviertel Hamburgs. Zu uns kommen Alte, Junge, viele Kinder. Unser Spektrum reicht von Husten und Schnupfen bis zu psychosomatischer und psychosozialer Beratung. Die meisten unserer Patienten sind Kassenpatienten.

Gute Versorgung fußt für mich auf Evidenz. Ich will nur das machen, was wirklich hilft – und zwar individuell auf die Lebensrealität jedes Patienten abgestimmt. Natürlich halte ich mich an Leitlinien, aber man muss für jeden Menschen den richtigen Weg finden. In meinen Entscheidungen bin ich frei. Niemand redet mir rein, wenn ich einen Behandlungsweg für sinnvoll erachte. Auch der Leistungskatalog, auf den ich zugreifen kann, ist gut. Wer ein teures Medikament braucht, bekommt es auch. Insofern würde ich schon sagen, dass ich sinnvolle Medizin betreiben kann.

Das Problem ist nur: Im Alltag habe ich dafür oft zu wenig Zeit. An einem typischen Montag, der Tag mit dem größten

Andrang, bleiben mir pro Patient kaum mehr als vier Minuten. Dafür ist auch die wachsende Bürokratie verantwortlich. Die Krankenkassen schicken mir inzwischen einen Wust an Formularen, die mir die Zeit für die eigentliche Arbeit am Menschen stehlen. Hinzu kommt, dass unsere Praxis immer mehr Zulauf hat. Manchmal überfordert mich der Ansturm fast – auch weil daunter immer mehr Bedürftige sind. So ist unter meinen Patienten zum Beispiel ein schwer Lungenkranker, den ich nicht nur medizinisch versorge. Ich erkläre ihm auch die Briefe seiner Kasse. Im Grunde ist das die Aufgabe eines Sozialarbeiters.

Dass die Leute in Deutschland so schnell zum Arzt gehen, liegt meiner Ansicht nach daran, dass die Anreize falsch gesetzt sind. Übrigens auch für uns Mediziner. Wir werden nach Quartalen bezahlt, können aber auch Einzelleistungen abrechnen. Beides setzt Anreize, Patienten wiederholt in die Praxis zu bestellen, das ist aus meiner Sicht nicht sinnvoll. Es wäre viel besser, wenn wir eine Jahrespauschale bekämen, die auch die sprechende Medizin besser vergütet. Es kann doch nicht sein, dass teure Apparatemedizin betrieben wird, weil sie sich wirtschaftlich mehr lohnt. Eine andere Art der Bezahlung könnte vielleicht dazu führen, dass es in Großstädten endlich wieder mehr niedergelassene Haus- und Kinderärzte und nicht nur Kardiologen gibt.

Ohne die direkt mit den Kassen vereinbarte und besser vergütete Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) könnten wir nicht überleben. Aber das Angebot, uns Hausärzte als erste Anlaufstelle und Lotse aller medizinischen Behandlungen wahrzunehmen, ist freiwillig. Anreize, wie die Befreiung von der Zuzahlungspflicht, gibt es bisher nicht. Das wäre aber ein wichtiger Schritt und würde Patienten und Mediziner sicher sehr helfen.

Als Hausarzt bin ich auf die Kooperation mit Fachärzten, Kliniken und Pflegediensten angewiesen. Doch gerade an diesen Schnittstellen knirscht es mitunter beträchtlich. So dürfen Kliniken beispielsweise andere Medikamente verabreichen als wir, was bei der Anschlussbehandlung nach der Entlassung zu Problemen führen kann. Auch dass es Klinikkollegen gibt, die uns Niedergelassene wie Erfüllungsgehilfen behandeln, ärgert mich. Die schicken keine Berichte, reagieren genervt auf Nachfragen, klagen aber ihrerseits darüber, dass wir Hausärzte lückenhafte Überweisungen und Medikamentenpläne abgeben. So entsteht Frust auf beiden Seiten, den am Ende auch die Patienten zu spüren bekommen. >

„Wir haben beim Heben von Effizienzreserven ein Umsetzungsdefizit.“

Der Verwalter

Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Als oberstes Selbstverwaltungsgremium der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen ist der G-BA die zentrale Entscheidungsinstanz für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Er bestimmt innerhalb des gesetzlichen Rahmens beispielsweise, welche ambulanten Leistungen erstattet werden, legt Qualitätsstandards für Praxen und Kliniken fest und definiert die Befunde, für die Festzuschüsse bei Zahnersatz zu zahlen sind. Eine Herausforderung sind die Aufgaben des G-BA insbesondere dann, wenn die hierfür benötigten wissenschaftlichen Erkenntnisse lückenhaft und wenig belastbar sind.

In Deutschland haben wir inzwischen eine Versorgung erreicht, für die wir weltweit bewundert werden. Das heißt aber nicht, dass es nichts mehr zu verbessern gäbe. An den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung hapert es noch, auch innerhalb der beiden Sektoren gibt es Dinge, die noch weit von einer optimalen Versorgung entfernt sind. So gibt es etwa immer mehr multimorbide Patienten mit komplexen Krankheitsbildern. Denen werden die etablierten Behandlungspfade nicht gerecht. Das hohe Maß an fachärztlicher Spezialisierung bringt es mit sich, dass sich medizinisch zum Beispiel auf bestimmte Organe oder Prozeduren konzentriert wird – das große Ganze bleibt dabei häufig außen vor. Das kann im schlimmsten Fall zu einer unkoordinierten Medikamentengabe führen, mit entsprechenden Folgen. Es heißt, dass rund 30 Prozent der Stürze hochbetagter Menschen auf Schwindelgefühle zurückzuführen sind, die durch ungünstige Arzneimittelkombinationen entstanden sind. Solche Dinge sind nicht nur schlecht für die Patienten – sie machen unser System auch teurer als nötig.

Dass eine gute Versorgungsqualität und wirtschaftliche Verwendung der Beitragsmittel kein Widerspruch sein müssen, zeigen für mich die Fachzentren an den Kliniken. Wenn hoch

spezialisierte Leistungen gebündelt angeboten werden, erhöht dies das Qualitätsniveau und verringert angesichts höherer Patientenzahlen gleichzeitig die Overhead-Kosten. Dasselbe Prinzip ist auch im ambulanten Bereich denkbar, etwa bei der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern. Statt akut Erkrankte mit teuren Krankentransporten immer wieder in Kliniken zu bringen, könnte man Verträge mit niedergelassenen Ärzten abschließen, die sich für eine angemessene Pauschale zu festen Visiten und der Notfallversorgung verpflichten. Über den Innovationsausschuss beim G-BA wird ein solches Modell derzeit sogar schon erprobt. Allein durch die gesparten Transportkosten könnte man, das deuten die dort gemachten Erfahrungen an, die Mehrvergütung der Ärzte bezahlen. Den Pflegebedürftigen können so unnötige Krankenhausaufenthalte erspart bleiben. Solche Modelle haben durchaus Chancen, zur Regelversorgung zu werden.

Auch bei anderen Aufgaben ist der Zusammenhang zwischen Qualität und wirtschaftlichem Einsatz von Mitteln evident. Der G-BA unterstützt – gemäß einem Auftrag aus dem Krankenhausstrukturgesetz – die Bundesländer dabei, anhand von Qualitätskriterien ihre Krankenhausstandorte zu planen und eine gute stationäre Versorgung zu sichern. Zudem legt er die Regelungen fest, nach denen Krankenhäuser und Krankenkassen die sogenannten Sicherstellungszuschläge vereinbaren, entwickelt die Mindestmengenregelungen für bestimmte Operationen weiter, entwickelt Mindestpersonalvorgaben für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen et cetera.

Das alles zeigt: Der G-BA ist von der Politik nicht beauftragt, die Versorgung zu rationieren, sondern zu rationalisieren. Denn um das Rationalisieren, das Heben von Effizienzreserven und den ressourcenschonenden Einsatz der Beitragsmittel kommen wir nicht herum, das belegen zahlreiche Kostendämpfungs-, aber auch Strukturveränderungsgesetze.

Die Finanzierung des Gesundheitssystems ist angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts und einer alternden Gesellschaft eine dauerhafte Baustelle, wir müssen optimieren, damit das Geld für die wirklich notwendigen und auf einem hohen Qualitätsniveau erbrachten Leistungen verwendet wird. Aber selbst das wird möglicherweise nicht reichen, die Beiträge der Versicherten stabil zu halten. Will man medizinisch nützliche Innovationen weiterhin zur Verfügung stellen, muss die Politik, die Gesellschaft diskutieren, wie viel Geld man gemessen am Bruttoinlandsprodukt ausgeben will.

Mehrausgaben sind meiner Ansicht nach zwingend. Wir müssen uns grundsätzlich überlegen, wie viel Geld wir für Gesundheit ausgeben wollen und ob die Kopplung der Beiträge an das Einkommen auf Dauer noch der richtige Weg ist oder ob nicht andere Finanzierungswege diskutiert werden müssen.

„Wir müssen beginnen, in einen Dialog zu treten.“

Der Krankenversicherer

Christian Korbanka, Unternehmensbereichsleiter Gesundheitspartner und -versorgung, IKK classic

Was die Qualität und Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems angeht, landen wir in Deutschland im internationalen Vergleich immer auf den vordersten Rängen. Zu Recht: Die Versorgung der Bevölkerung und die Qualität und Zugänglichkeit zu Leistungen sind hierzulande, übrigens auch dank der großen Solidargemeinschaft, sehr hoch. Das ist jedoch nur die eine Seite der Medaille. Denn wenn es um die Frage geht, wie viel Innovationskraft unser System erlaubt, sieht die Sache schon anders aus.

Natürlich sind wir Kassen nicht nur Zaungäste. Wir gehören etwa dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) an, der festlegt, welche Leistungen in den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) erstattungsfähig sind, und können dadurch Einfluss nehmen. Dieser hohe Grad an Beteiligung und Selbstverwaltung ist ein Markenzeichen des deutschen Gesundheitssystems, die staatlichen Systeme in Ländern wie Dänemark, Australien und Großbritannien sind geschlossener.

Leider sind die Verfahren, die wir im G-BA aufgesetzt haben, gründlich – und damit für das hohe Innovationstempo auf dem Medizin- und Pharmamarkt inzwischen tendenziell zu schwerfällig. Es vergeht beispielsweise viel Zeit, bis wir geprüft haben, ob ein neues diagnostisches Verfahren Eingang in unseren Leistungskatalog finden soll. Die Folgen bekommen die Patienten zu spüren, weil es dauern kann, bis neue Methoden und Medikamente bei ihnen ankommen.

Auch für das immer wichtiger werdende Thema der personalisierten Medizin sind unsere Strukturen nicht gut geeignet. Wenn wir künftig über gentechnisch hergestellte und individuell angepasste Medikamente entscheiden sollen, müssen wir umdenken. Davor aber müssen wir als Gesellschaft diskutieren, was unser Gesundheitssystem künftig leisten kann und soll und wie wir das finanzieren wollen.

Ein Beispiel aus der Praxis: Bislang kontrollierten Diabetiker ihre Werte mit Blutzuckermessstreifen. Jetzt sind Geräte auf dem Markt, die es ermöglichen, auf das Stechen zu verzichten, weil sie direkt im Gewebe – und zwar kontinuierlich oder

nur auf Abruf – messen, wie hoch der Blutzuckerspiegel des Patienten ist. Der G-BA hat die kontinuierlichen Messgeräte bisher nur für schwere Diabetes-Fälle in den Leistungskatalog aufgenommen – mit dem Argument, dass die Geräte, die nur auf Abruf messen, den Patienten zwar das Stechen ersparen, daneben aber keine weiteren Vorteile böten. War diese Entscheidung richtig? Komfort allein schien den Entscheidern für die Masse der Patienten als Argument zumindest nicht ausreichend. Dabei kontrollieren Patienten, die sich nicht stechen müssen, ihre Blutwerte häufiger. Das wirkt sich positiv auf deren Therapie-Treue aus.

Dass die Kosten im Gesundheitssystem steigen werden, bezweifelt niemand mehr. Doch wenn wir den Gesundheitsbereich künftig nicht nur nach kühlen Nutzen-Kosten-Bewertungen ausrichten wollen, müssen wir beginnen, miteinander in einen Dialog zu treten. Ich bedaure sehr, dass die unterschiedlichen Gruppen im Gesundheitsmarkt einander häufig als Gegner betrachten. Statt immer nur den eigenen Beritt zu sehen, sollten wir lieber anfangen, unser System vom Patienten und der Krankheit her zu modifizieren. Versorgungszentren, in denen Therapeuten, niedergelassene Mediziner, Operateure und Pflegekräfte sektorübergreifend zusammenarbeiten, sind ein Schritt in die richtige Richtung.

Dasselbe gilt für das Thema Transparenz: Viele Mediziner klagen über die immer aufwendigere Bürokratie in ihrem Berufsalltag. Ich glaube hingegen, dass mehr Transparenz im Gesundheitsmarkt nicht nur den Patienten nutzt, sondern sich für alle Beteiligten auszahlt. Wer heute zu einem Hals-Nasen-Ohren-Arzt geht, kann sich vorab nur unzureichend und wenig valide über dessen Schwerpunkte, Fähigkeiten oder medizinische Ausstattung informieren und konsultiert deshalb nicht selten zwei oder drei Kollegen, bis er für sich den richtigen Mediziner gefunden hat. Leicht verständliche und seriös aufbereitete Informationsportale verringerten nicht nur den Zeitaufwand der Suche, sondern senkten noch dazu die Kosten – das nutzt auch den Medizinern. >

„Der Hochleistungsmedizin fehlt eine adäquate Pflege.“

Die Pflegerin

Sabine Brase, Pflegedirektorin, Krankenhaus Rummelsberg und Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft Pflegemanagement des DBfK

Nach 25 Jahren in der Praxis macht mir so schnell keiner mehr etwas vor. Bei uns in der Klinik arbeiten etwa 300 Mitarbeitende in der Pflege in verschiedenen Arbeitszeitmodellen, wir versorgen jährlich 9000 stationäre und 24000 ambulante Patienten. Klar ist: Die Pflege ist Taktgeber in diesem Getriebe. Niemand weiß mehr über die internen Prozesse als Pflegekräfte, sie sind maßgeblich für den Behandlungserfolg, die Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt und die Heilung der Patienten verantwortlich. Doch leider wird es Pflegenden von Jahr zu Jahr schwerer gemacht, diesen hochkomplexen Aufgaben gerecht zu werden.

Gute Pflege bedeutet für mich, die gesundheitlichen Risiken für Patienten möglichst gering zu halten. Dafür braucht es persönliche Zuwendung, aber auch viel Fachwissen und Expertise. Pflegekräfte haben in den vergangenen Jahren immer mehr Aufgaben in Diagnostik und Therapie übernommen. In manchen Krankenhäusern legen sie Venenkatheter, machen EKGs und führen mitunter sogar Sonografien oder Echokardiografien durch, früher war das den Ärzten vorbehalten.

Derzeit bezahlen wir gute Pflege mit extremer Überlastung der Leistungserbringer – das wird in Zukunft nicht mehr aufrechtzuerhalten sein. Es fehlt an qualifiziertem Personal. Seit die Kliniken über Fallpauschalen bezahlt werden, gab es in den Krankenhäusern für Mediziner einen Stellenaufbau, in der Pflege wurden Stellen abgebaut. Ob das zu schlechterer Pflege führt, ist schwer zu sagen. Fakt ist: Gute Pflege braucht Zeit, in der Praxis springen Pflegenden teilweise nur noch von Patient zu Patient. Die medizinische und therapeutische Versorgung ist noch möglich, patientenindividuelle Beratung und Zuwendung aber bleiben häufig auf der Strecke.

Dennoch sehe ich in der Ökonomisierung im Krankenhaus durchaus eine Chance, denn sie kann dafür sorgen, dass endlich die Prozesse in den Mittelpunkt gestellt werden. Wir haben keinen starren Personalschlüssel, jeder Pflegeperson wird

ein fester Patientenstamm zugeteilt. Die Zahl der Patienten hängt davon ab, wie betreuungsintensiv sie sind. Fachfremde Tätigkeiten wie Laborgänge, Patientenfahrten oder die Verteilung der Mahlzeiten haben wir an Dienstleister übergeben. Das gibt uns mehr Luft, um uns auf die Arbeit am Patienten zu konzentrieren. Qualifizierung und berufliche Fortbildung ist in unserem Bereich extrem wichtig. Wenn Pflegenden etwa den Umgang mit herausforderndem Verhalten von demenziell Erkrankten einschätzen können, Handlungsalternativen kennen und anwenden, lässt sich Stress im Stationsalltag reduzieren. Demenziell Erkrankte orientieren sich oft an Lichtquellen – schon wenn man eine Beleuchtung im Patientenzimmer schafft, bleiben sie eher in ihren Zimmern.

Ich hoffe sehr, dass es bald gesetzliche Untergrenzen für das Pflegepersonal gibt. Auf Frühgeborenen-Stationen gibt es sie schon, doch für deren Einführung in weitere, noch zu identifizierende, besonders pflegeintensive Bereiche im Krankenhaus lässt sich der Gesetzgeber leider noch Zeit bis Anfang 2019.

Ein Riesenproblem ist der Arbeitsmarkt. Heute kann jede Pflegedirektion noch so tolle Stellenpläne entwickeln – es mangelt an qualifizierten Bewerbern. Und selbst bei geglückter Nachbesetzung freier Stellen bleiben sie häufig nicht lange besetzt. Es herrscht eine regelrechte Berufsfucht. Viele Pflegenden schmeißen nach fünf Jahren den Job hin, reduzieren ihre Stunden oder arbeiten in der Zeitarbeit. Genau hier schließt sich der Kreis, und wir sind wieder bei den Arbeitsbedingungen in der Pflege, die sich für gute Versorgungsqualität verbessern müssen.

„Gesundheit ist keine Glühbirne, die man einfach anknipst.“

Der Manager

Holger Stiller, Vorstand Kaiserswerther Diakonie und Krankenhausdirektor Florence-Nightingale-Krankenhaus

Ich verantworte in Düsseldorf ein Krankenhaus mit rund 550 Betten, in zwölf Fachkliniken leisten wir neben der Schwerpunktversorgung beispielsweise in der Onkologie auch eine umfassende Grundversorgung. Gute Versorgung bedeutet für mich hochqualitative Arbeit, die Patienten in all ihren Bedürfnissen berücksichtigt und nachhaltig wieder gesund macht. Dafür sind neben den Ärzten auch die Pflegenden mit ihrer Zuwendung verantwortlich.

Wie jeder Krankenhaus-Chef stehe ich tagtäglich vor dem Problem, gute Qualität mit eingeschränkten Mitteln sichern zu müssen – eigentlich ist das ein Paradoxon. Die Finanzierung ist dabei nur ein Problem. Eine Klinik ist nicht nur ein Spieler in einem hochkomplexen System, sie ist auch ein komplexes System an sich. Ich bin dabei oft die Schnittstelle und muss diverse Interessen miteinander vereinbaren. Harmonisch geht das nicht immer ab, und eine gewisse innere Zerrissenheit bleibt auch bei mir oft nicht aus.

Es gibt heute kaum eine deutsche Klinik, in der die Mittel und das Personal nicht knapp sind. Das erschwert meine Position, denn als Krankenhaus-Direktor bin ich immer drei Seiten zugleich verpflichtet – den Patienten, den Mitarbeitern, den Krankenkassen. Allen gerecht zu werden ist sehr schwer. In der Regel muss ich Einzelentscheidungen treffen, insgesamt muss sich dennoch eine Balance der Interessen ergeben.

Bei der Notfallversorgung schicken wir selbst Bagatellfälle nicht wieder weg, auch wenn meine Mitarbeiter sich in der Notaufnahme nicht selten um Patienten kümmern müssen, die eigentlich nicht in ein Krankenhaus gehören. Dafür schaffe ich zusätzliche Stellen in der Pflege. Den Krankenkassen wiederum komme ich entgegen, indem ich unser Schlaflabor in die Integrierte Versorgung eingebunden habe und dadurch weniger Geld für gleiche Leistung bekomme.

Qualität hängt aber auch von der Kultur ab, die in einem Krankenhaus herrscht. Daran muss man ständig arbeiten. Es geht darum, die verschiedenen Professionen und Abteilungen zu einem Team zusammenzuschließen, einen echten Zusammenhalt findet man jedoch nur selten. Hierarchien sind in der deutschen Krankenhauswelt sehr verbreitet und manchmal hält sich die eine oder andere Fachrichtung für die wichtigste. Es gibt Ärzte, die Pflegekräfte noch heute nur als Hilfspersonal sehen, aber auch Pflegenden, die sich weigern, einen Verband zu wechseln, wenn dafür eigentlich der Arzt zuständig wäre.

Für all das muss man verbindliche Spielregeln festlegen. Aber man kommt nicht immer zusammen, Probleme bleiben auch mal ungelöst. So wäre es etwa wirtschaftlicher, in einem Krankenhaus nur einen einzigen Prothesentyp oder nur ein bestimmtes Nahtmaterial zu verwenden, weil das den Einkauf günstiger und das Handling einfacher machen würde. Das aber wollen manche Ärzte nicht, und ich habe das akzeptiert, weil ich auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter wahren muss, denn nur so leisten sie hochwertige Arbeit.

Womit ich meine Probleme habe: die Qualität der Versorgung anhand starrer Kriterien zu messen, wie es von der Politik nun gewünscht wird. Wie will man in unserem Bereich Erfolg messen? Qualität ist schwer zu definieren, zumal schon Mediziner, Patienten und Kassen darunter nicht immer dasselbe verstehen. Ärzte legen auf das medizinisch Beste Wert, die Kassen achten natürlich stärker auf die Kosten. Aber Gesundheit ist nun mal keine Glühbirne, die man einfach anknipst.

Wenn beispielsweise überdurchschnittlich viele Patienten einer Klinik nach ihrer Entlassung über entzündete Wunden klagen, kann das auch daran liegen, dass dieses Krankenhaus einfach besonders viele Patienten mit Diabetes behandelt, deren Erkrankung sich häufig so äußert. Auch den Plan, Versorgungsqualität über Mindestbesetzungsvorgaben beim Pflegepersonal zu sichern, sehe ich kritisch. Was nützen die in Zeiten der Personalnot, in denen sie nur sehr schwer zu erfüllen sind? Außerdem ist nicht jeder Mitarbeiter gleich gut, ein Personalschlüssel allein sagt wenig über Qualität aus. Am Ende wird auch das nur eine Übergangslösung sein. Dabei wäre für die Krankenhäuser Planungssicherheit enorm wichtig. <<

Nichts beschleunigt die Genesung so sehr wie regelmäßige Arztrechnungen.

Alec Guinness

Auf einen Blick

Krankenversicherung in Deutschland

Zahl der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) 2017	113
Zahl der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen 2017	72 258 037
Zahl der Versicherten der privaten Krankenversicherung (PKV) 2016	8 772 700
Einnahmen der GKV 2016, in Milliarden Euro	224,35
Ausgaben der GKV 2016, in Milliarden Euro	222,73
Leistungsausgaben der GKV 2016, in Milliarden Euro	210,36
Leistungsausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung 2012, in Milliarden Euro	62,31
Leistungsausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung 2016, in Milliarden Euro	72,95
Leistungsausgaben der GKV für Arzneimittel 2012, in Milliarden Euro	29,36
Leistungsausgaben der GKV für Arzneimittel 2016, in Milliarden Euro	36,27
Leistungsausgaben der GKV für ärztliche Behandlung 2012, in Milliarden Euro	28,74
Leistungsausgaben der GKV für ärztliche Behandlung 2016, in Milliarden Euro	36,53
Laufende Gesundheitsausgaben der sozialen Pflegeversicherung 2015, in Millionen Euro	27 995
Laufende Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung 2015, in Millionen Euro	30 536
GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung je Versicherten 2010, in Euro	388,05
GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung je Versicherten 2016, in Euro	511,54
GKV-Ausgaben für zahnärztliche Behandlung je Versicherten 2010, in Euro	163,59
GKV-Ausgaben für zahnärztliche Behandlung je Versicherten 2016, in Euro	193,17
GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Versicherten 2010, in Euro	793,51
GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Versicherten 2016, in Euro	1 021,64
Anteil der GKV-Mitglieder, die mit ihrer Krankenkasse (sehr) unzufrieden sind, 2016, in Prozent	2,5
Anteil der GKV-Mitglieder, die mit ihrer Krankenkasse (sehr) zufrieden sind, 2016, in Prozent	83,4

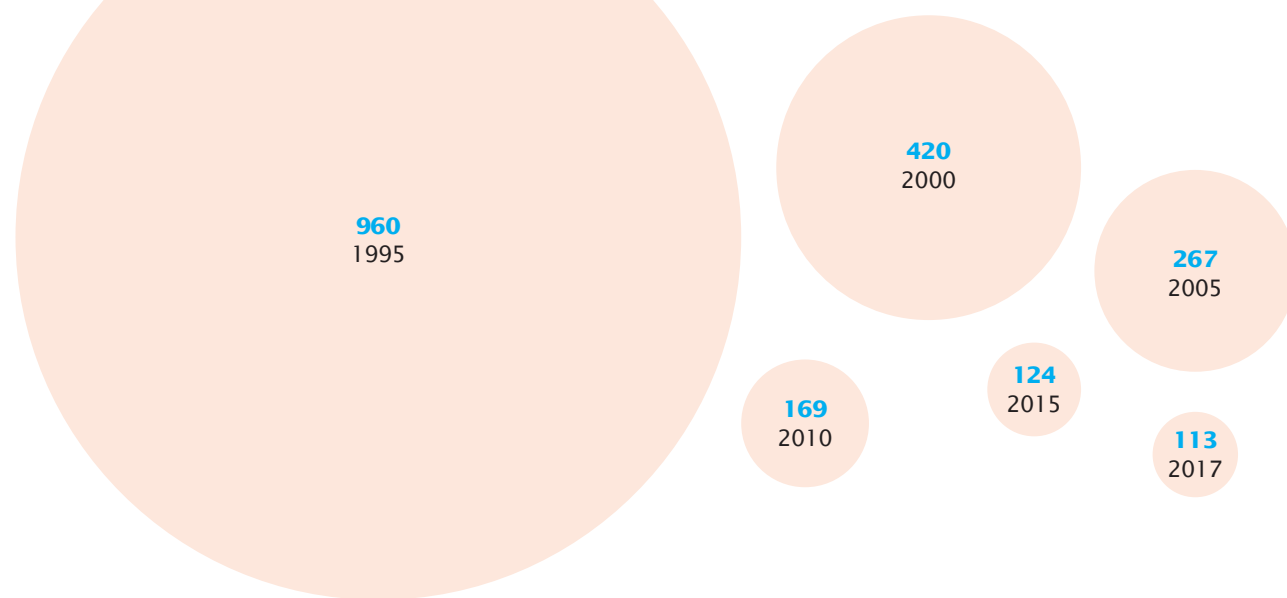
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Bundesministerium für Gesundheit, GKV Spitzenverband, Statistisches Bundesamt, Wissenschaftliches Institut der AOK

Dezimiert

Zahl der gesetzlichen Krankenkassen

Krankenkasse	1995	2000	2005	2010	2015	2017
Ortskrankenkassen (AOK)	92	17	17	14	11	11
Betriebskrankenkassen (BKK)	690	337	210	130	99	88
Innungskrankenkassen (IKK)	140	32	19	9	6	6
Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)	21	20	9	9	1	1
Knappschaft-Bahn-See (KBS)	2	2	2	1	1	1
Ersatzkassen (VdEK)	15	12	10	6	6	6

gesetzliche Krankenkassen insgesamt:



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Dezidiert

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Wahlтарifen nach § 53 SGB V im Jahresdurchschnitt*

	2009	2016
Versicherte mit Wahlтарifen nach § 53 SGB V	8 963 319	13 579 203
Wahlтарif nach § 53 Abs 1 SGB V Selbstbehalt	277 864	419 798
Wahlтарif nach § 53 Abs 2 SGB V Beitragsrückerstattung	169 268	204 871
Wahlтарif nach § 53 Abs 3 SGB V Besondere Versorgungsformen	8 437 270	12 013 218
Wahlтарif nach § 53 Abs 4 SGB V Kostenerstattung	131 083	1 256 241
Wahlтарif nach § 53 Abs 5 SGB V Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen	655	558
Wahlтарif nach § 53 Abs 6 SGB V Individueller Krankengeldanspruch	107 281	60 705
Wahlтарif nach § 53 Abs 7 SGB V Eingeschränkter Leistungsumfang bei Teilkostenerstattung	14 910	14 854

*Versicherte mit mehreren Wahlтарifen werden nur einmal gezählt. Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Differenziert

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahresdurchschnitt

Krankenkassen	2010	2015	2016	2017
gesetzliche Krankenkassen insgesamt	69 767 395	70 737 497	71 449 138	72 258 037
Ortskrankenkassen (AOK)	24 182 770	24 518 396	25 248 148	25 990 759
Betriebskrankenkassen (BKK)	13 051 890	11 717 685	11 811 475	10 804 486
Innungskrankenkassen (IKK)	5 379 575	5 422 813	5 311 513	5 270 816
Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)	813 292	697 664	674 795	649 389
Knappschaft-Bahn-See (KBS)	1 719 465	1 715 326	1 675 666	1 633 784
Ersatzkassen (VdEK)	24 620 403	26 665 613	26 727 541	27 908 803

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KM 6

Düpiert?

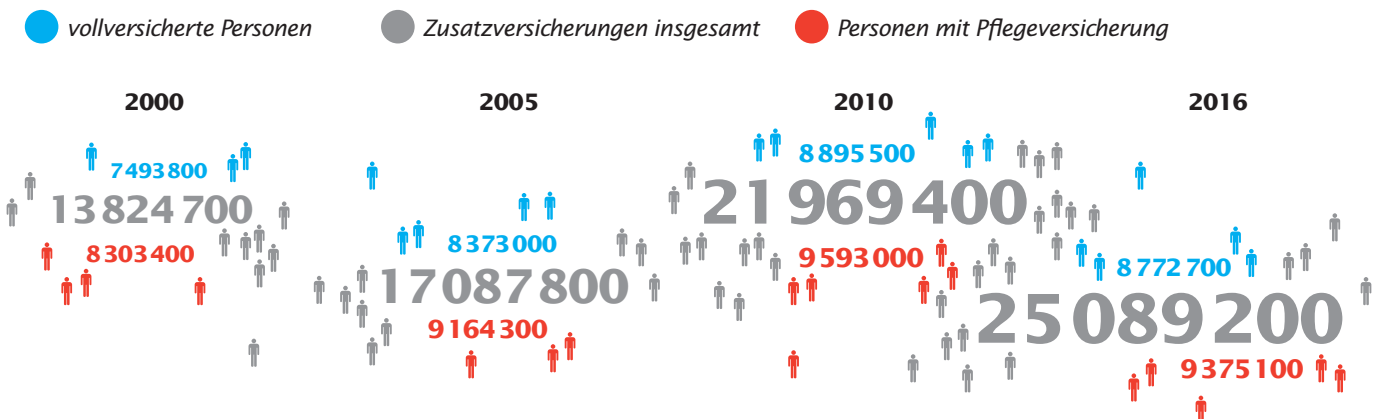
Personenwechsel zwischen privater Krankheitsvollversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung*

Wanderungsbewegung	1997	2005	2010	2016
vollversicherte Personen PKV	7 065 000	8 373 000	8 895 500	8 772 700
Nettoneuzugang PKV	104 000	113 600	84 600	-14 600
Zugänge aus der GKV	315 700	274 500	227 700	129 100
Abgänge zur GKV	144 400	154 200	153 200	130 200

*Der Saldo der Wechsler zwischen GKV und PKV liegt unter dem Nettoneuzugang. Das liegt daran, dass auch Neugeborene, Zuwanderer und vormals Unversicherte beim Nettoneuzugang erfasst werden. Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Dupliziert

Zahl der Versicherten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung



Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gewechselt

Bevölkerung nach Krankenkasse / -versicherung; in Tausend

Art der Krankenkasse	1993	2003	2016	Veränderung 1993 – 2016
Ortskrankenkasse	32 627	29 754	25 145	-23%
Innungskrankenkasse	3 702	4 419	5 432	47%
Betriebskrankenkasse	8 574	13 213	11 806	38%
Bundesknappschaft	1 736	1 477	1 680	-3%
Landwirtschaftliche Krankenkasse	1 328	1 164	674	-49%
Ersatzkasse	23 913	22 439	26 757	12%
private Krankenversicherung	7 279	7 981	8 773	21%
ausschließlich sonstiger Anspruch	1 788	1 815	k.A.	k.A.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KM 1

Gestiegen

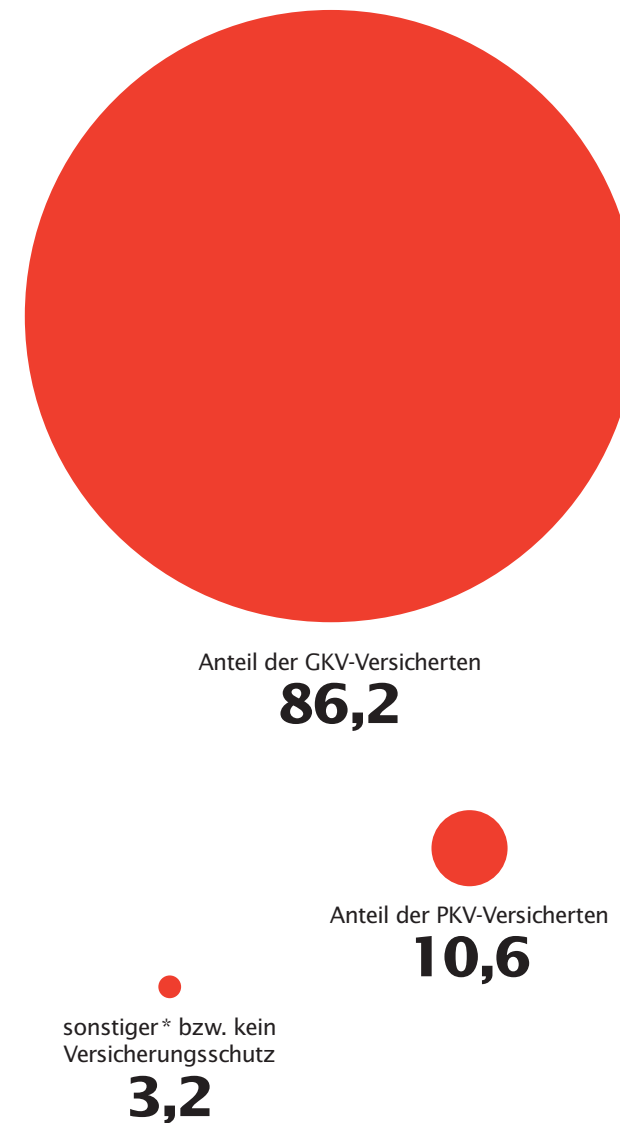
Zahl der Mitglieder und der mitversicherten Familienangehörigen der gesetzlichen Krankenversicherung am 1.7. eines Jahres

	1993	1995	2000	2005	2010	2017
GKV-Versicherte insgesamt (GKV)	72 164 628	71 886 406	71 252 927	70 477 283	69 767 395	72 258 037
GKV-Versicherte insgesamt ohne Rentner (AKV)	56 086 013	55 400 721	54 614 772	52 126 803	51 710 600	54 650 041
GKV-Pflichtmitglieder und mitversicherte Familienangehörige ohne Rentner	45 421 919	44 774 541	42 955 706	43 358 841	43 953 718	45 384 238
freiwillige GKV-Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige	10 664 094	10 626 180	11 659 066	8 767 962	7 756 882	9 265 803
GKV-versicherte Rentner und Rentenantragsteller und mitversicherte Familienangehörige (KVdR)	16 078 615	16 485 685	16 638 155	18 350 480	18 056 795	17 607 996

Quelle: Statistisches Bundesamt über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Geschützt

Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung; 2016; in Prozent



Zahl der Versicherten in Millionen:

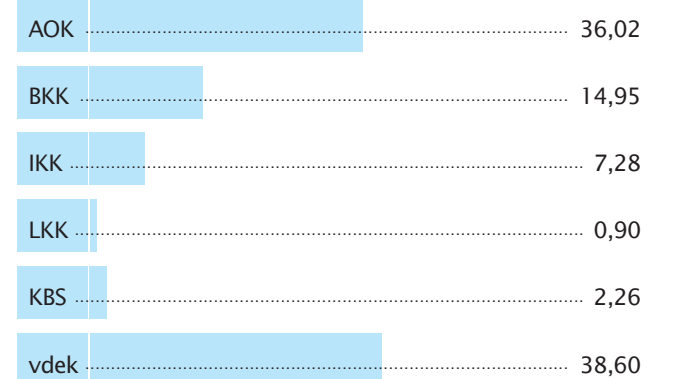
GKV	71,4
PKV	8,8
sonstiger* bzw. kein Versicherungsschutz	2,6

*Anspruch auf Krankenversorgung als Sozialhilfeempfänger, Kriegsschadenrentner, Empfänger von Unterhaltshilfe aus dem Lastenausgleich, freie Heilfürsorge der Polizei und Bundeswehr, nicht krankenversicherte Personen, ohne Angabe zum Vorhandensein einer Krankenversicherung. Quelle: Statistisches Bundesamt, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., GKV-Spitzenverband

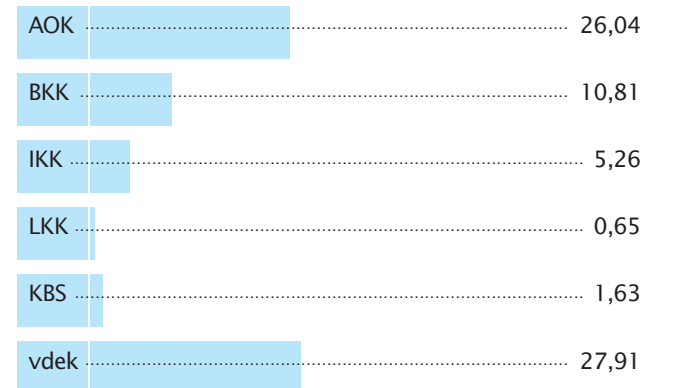
Gerechnet

GKV – Verteilung der Versicherten auf die Kassenarten; 2016

in Prozent:



in Millionen:



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KM 1

Gezählt

GKV – Zahl der Kassen nach Kassenarten; 2016

AOK	11
BKK	92
IKK	6
vdek	6
KBS	1
LKK	1

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Versichertenstruktur

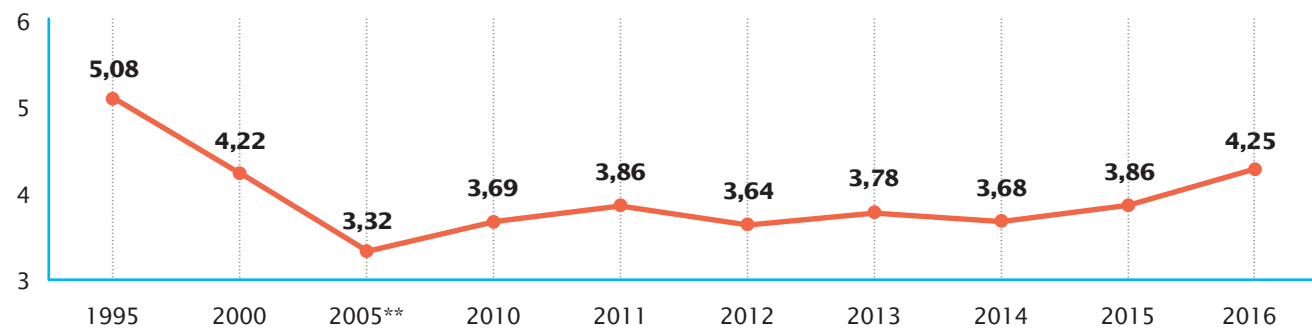
PKV – Versichertenstruktur nach sozialer Stellung; 2016



Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung

Krankenstand

Krankenstand* der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen im Jahresdurchschnitt; in Prozent

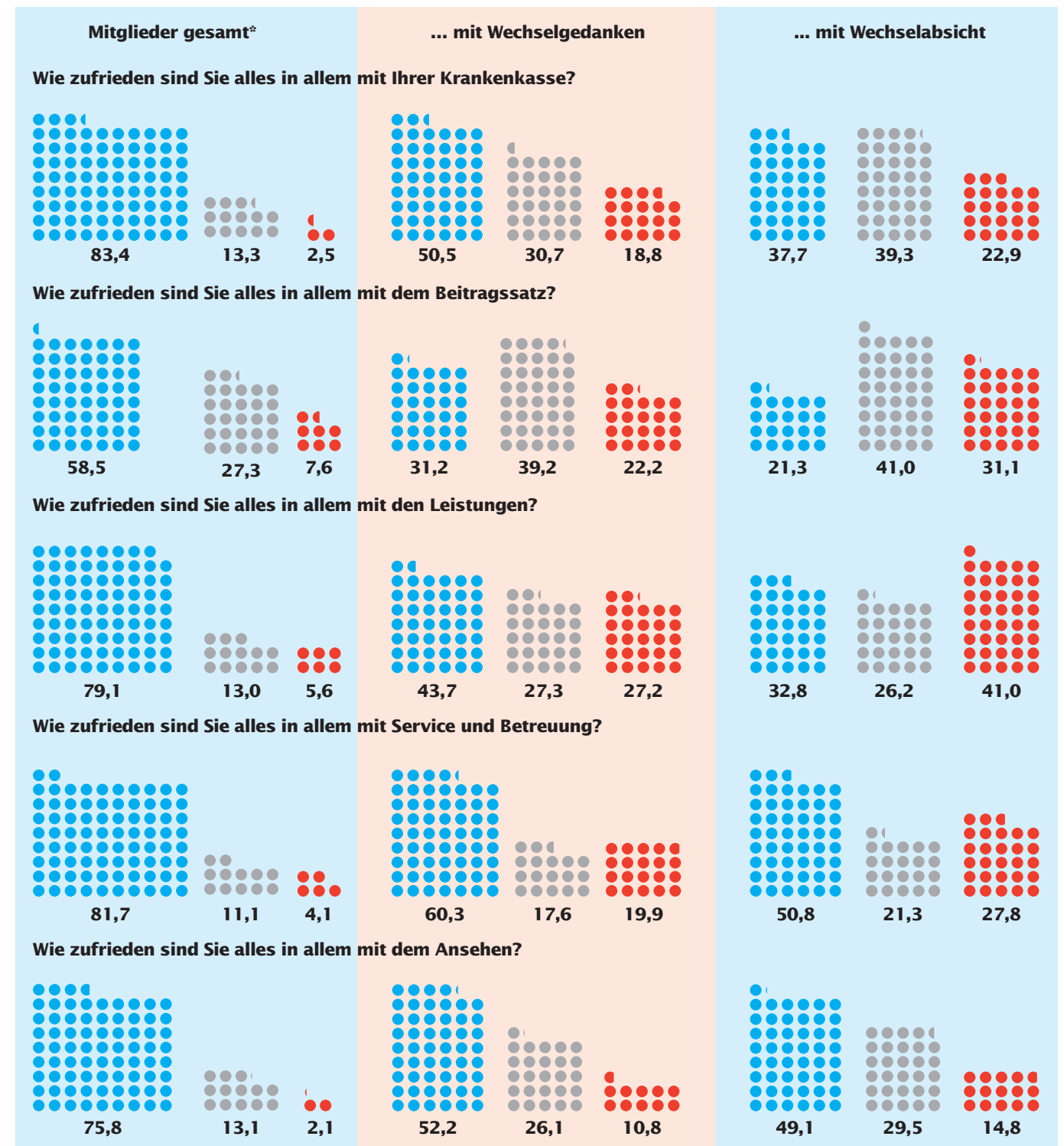


*Der Krankenstand gibt an, wie viel Prozent der erwerbstätigen Mitglieder der GKV sich am Monatsersten aufgrund einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung arbeitsunfähig gemeldet haben. Aus den 12 Stichtagswerten eines Jahres wird als arithmetisches Mittel der Jahresdurchschnittliche Krankenstand in Prozent ermittelt. **Ab 2005 werden die Empfänger von Arbeitslosengeld II nicht mehr berücksichtigt.
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit KM 1/13 über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Mitgliederzufriedenheit

Zufriedenheit mit der eigenen Kasse; Befragung von GKV-Mitgliedern; 2016; in Prozent

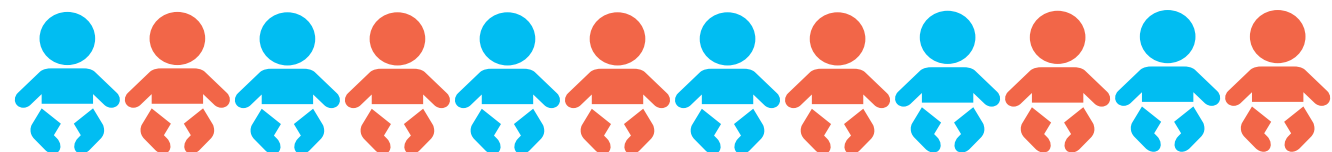
● (sehr) zufrieden ● teils, teils ● (sehr) unzufrieden



*Befragte Mitglieder gesamt: 2008; mit Wechselgedanken: 176; mit Wechselabsicht: 61. Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

Immer schneller nach Hause

Stationäre Entbindung bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung



	1995	2000	2005	2010	2015
Leistungsfälle	642 288	640 500	597 313	588 072	629 979
Leistungstage	4 217 968	3 838 977	3 373 880	3 090 033	2 971 479
Leistungstage je Fall	6,57	5,99	5,65	5,25	4,72

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Immer häufiger im Vorfeld

Leistungsfälle vorstationärer Krankenhausbehandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung

	1996	2000	2005	2010	2015	Veränderung 1996 – 2015
Leistungsfälle	191 814	724 318	1 705 862	2 859 827	4 057 984	2016%

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Immer häufiger im Nachgang

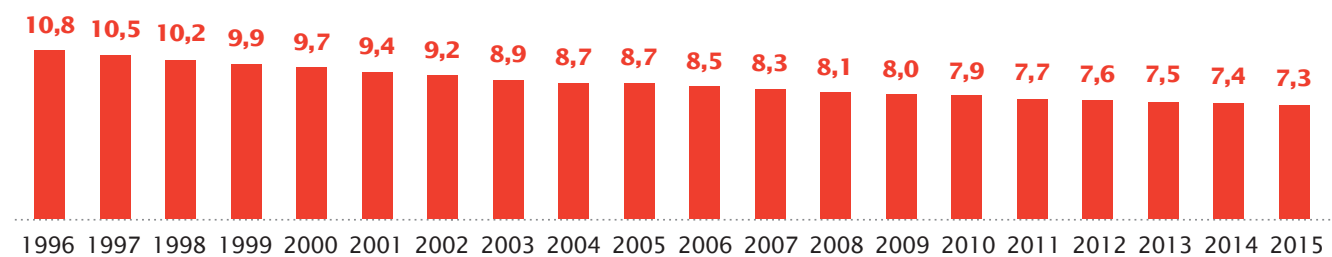
Nachstationäre Krankenhausbehandlung bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung

	1996	2000	2005	2010	2015
Leistungsfälle	249 711	524 933	1 390 366	2 849 827	6 280 911
Leistungstage	441 140	1 069 135	3 223 320	5 440 266	11 083 466
Leistungstage je Leistungsfall	1,77	2,04	2,32	1,91	1,76

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Immer kürzer in der Klinik

Durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern; in Tagen



Quelle: Statistisches Bundesamt

Weniger Vorsorge

Vorsorgekuren; GKV-Versicherte

	1993	2000	2005	2010	2013	2015
Leistungstage	7 272 649	6 576 938	5 421 872	5 592 972	4 829 425	4 143 775
Leistungsfälle	293 047	323 478	276 352	283 627	245 944	209 428
Leistungstage je Fall	24,8	20,3	19,6	19,7	19,6	19,8

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Mehr Leistung

Zahl der Abrechnungsfälle / Leistungsfälle nach Art der ärztlichen Leistung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung; GKV-Versicherte

	1995	2000	2005	2010	2015	Veränderung 2010 – 2015
alle ärztlichen Leistungen	462 941 548	515 779 422	524 330 901	620 157 955	644 218 872	4%
ambulante kurative ärztliche Behandlung	442 892 610	491 746 148	502 516 813	567 423 038	585 080 556	3%
ärztliche Leistungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme	k.A.	k.A.	k.A.	18 843 040	25 507 970	35%
spezialisierte ambulante Palliativversorgung	k.A.	k.A.	k.A.	29 073	118 451	307%
belegärztliche Behandlung	1 653 632	1 586 094	1 086 928	828 110	577 431	-30%
Empfangnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	18 395 306	22 447 180	20 727 160	24 745 483	24 295 377	-2%
ambulantes Operieren	k.A.	5 351 853	6 850 365	8 289 211	8 639 087	4%

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Mal mehr, mal weniger

Zahl der Krankengeldzahlungs-Leistungsfälle und -tage für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Rentner; GKV-Mitglieder

	1993	2000	2005	2010	2015	Veränderung 1993 – 2015
bei Mitgliedern:						
Leistungsfälle	2 323 645	2 036 649	1 426 920	1 608 842	1 901 041	-18%
Leistungstage	177 094 390	157 855 625	114 057 622	143 905 512	185 393 177	5%
Leistungstage je Fall	76,21	77,51	79,93	89,45	97,52	28%
bei krankem Kind:						
Leistungsfälle	1 303 906	894 352	998 021	1 350 663	2 135 659	64%
Leistungstage	4 878 252	2 661 315	2 618 316	3 227 668	4 890 685	0%
Leistungstage je Fall	3,74	2,98	2,62	2,39	2,29	-39%

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Früherkennung

Abrechnungsfälle / Leistungsfälle bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 Abs. 2 und § 26 SGB V nach Kassenart; GKV-Versicherte

	1993	2015	Veränderung 1993 – 2015
gesetzliche Krankenkassen insgesamt	14 004 149	38 309 534	174%
Ortskrankenkassen (AOK)	5 127 452	9 485 942	85%
Betriebskrankenkassen (BKK)	1 820 659	7 406 114	307%
Innungskrankenkassen (IKK)	566 315	3 325 581	487%
Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)	163 122	356 779	119%
Knappschaft-Bahn-See (KBS)	k.A.	1 076 883	-
Verband der Ersatzkassen (VdEK)	k.A.	16 658 235	-

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Krankentransporte

Leistungsfälle bei Rettungsfahrten und Krankentransporten der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung; GKV-Versicherte

	1993	2015
alle Transportmittel	8 536 891	51 050 329
Flugrettung	55 491	86 535
Krankentransportwagen	4 685 236	6 316 549
Rettungswagen	2 300 794	5 032 977
Notarztwagen	1 495 370	2 139 600
Taxi und Mietwagen	k.A.	37 474 668

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Pflegeleistungen

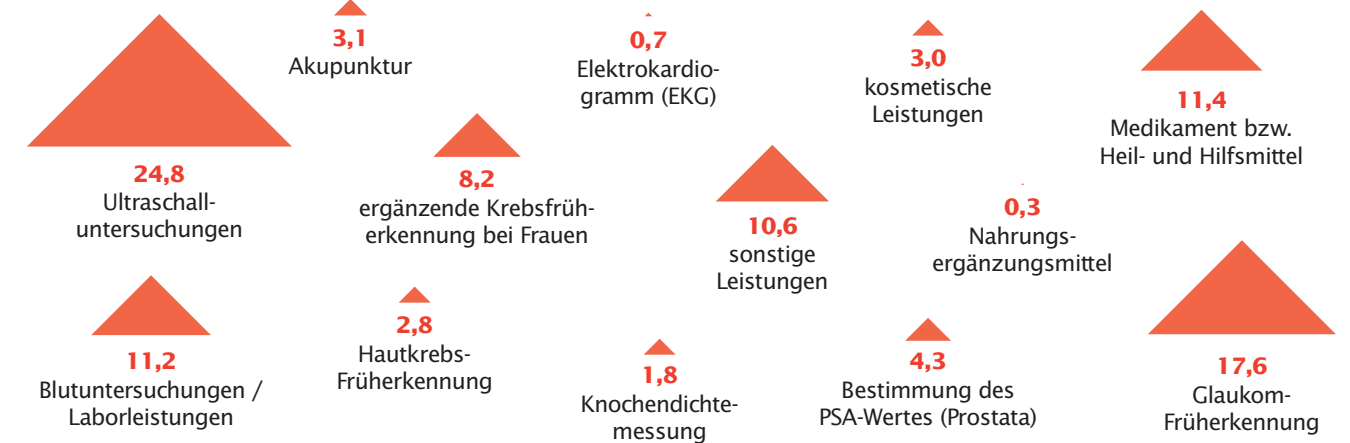
Zahl der Empfänger* von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsart

Leistungsart	2000	2016	Veränderung 2000 – 2016
alle Leistungsarten	1 882 125	3 084 745	64%
Pflegesachleistung	159 693	185 145	16%
Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	954 684	1 438 381	51%
Kombination von Pflegegeld- und Pflegesachleistung	193 018	414 007	114%
Tages- und Nachtpflege	10 287	84 833	725%
häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	6 313	140 317	2123%
Kurzzeitpflege	7 696	24 632	220%
vollstationäre Pflege	494 793	706 037	43%
vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	55 641	91 393	64%

*Die Empfänger von Tages- und Nachtpflege, häuslicher Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson sowie von stationärer Pflege in Behindertenheimen können gleichzeitig noch eine weitere Leistung beziehen (i. d. R. Pflegegeld). Es kann daher zu Mehrfachzählungen kommen.
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Privat verkauft

Verteilung privat angebotener Leistungen bei Ärzten in der ambulanten Versorgung (IGeL); GKV-Mitglieder; 2015; in Prozent



Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

Häufig angeboten

Anteil der GKV-Mitglieder, denen innerhalb der vergangenen 12 Monate eine ärztliche Leistung als Privatleistung (individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL) angeboten worden ist*; in Prozent

2001	8,9
2004	16,0
2005	23,1
2007	25,2
2008	26,7
2010	28,3
2012	29,9
2015	33,3

*Ohne Zahnarzt. Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

Deutlich verschieden

Umfang privat angebotener Leistungen (IGeL); GKV-Mitglieder; 2015; in Prozent

	Männer	Frauen
Ultraschalluntersuchungen	1,0	14,7
Glaukom-Früherkennung	5,7	7,9
Medikament bzw. Heil- und Hilfsmittel	4,3	4,6
Blutuntersuchungen / Laborleistungen	3,4	5,2
ergänzende Krebsfrüherkennung bei Frauen	k.A.	5,9
Bestimmung des PSA-Wertes (Prostata)	3,7	k.A.
kosmetische Leistungen	0,9	1,4
Hautkrebs-Früherkennung	0,6	1,5

Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK

Krankenhausaufenthalte

Zahl der Krankenhausaufenthalte bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung

	2000	2005	2010	2015	Veränderung 2000 – 2015
Krankenhausfälle	14 785 784	14 559 613	16 227 202	17 073 360	15%
darunter: Krankenhausfälle mit Zuzahlung	9 616 669	9 012 282	9 787 474	10 334 600	7%
Krankenhaustage	163 053 105	146 766 136	151 170 321	153 720 437	-6%
darunter: Krankenhaustage mit Zuzahlung	74 320 704	76 910 975	72 618 272	71 545 143	-4%
Krankenhaustage je Fall	11,03	10,08	9,32	9,00	-18%
darunter: Krankenhaustage mit Zuzahlung je Fall	7,73	8,53	7,42	6,92	-10%

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Früherkennung

Zahl der Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten bei Versicherten der GKV und ihren Kindern

Erwachsene

1993	4 307 873
1995	6 810 846
2000	7 714 094
2005	8 301 606
2010	18 658 545
2011	15 964 558
2012	15 619 167
2013	15 357 880
2014	15 646 946
2015	15 135 247

Veränderung 1993 – 2015 251%

Kinder

1993	4 819 774
1995	4 702 862
2000	4 909 112
2005	4 592 184
2010	5 252 028
2011	4 904 498
2012	4 971 849
2013	4 861 594
2014	4 851 326
2015	5 002 068

Veränderung 1993 – 2015 4%

Seit dem 1.10.2009 wurden die Gebührenordnungspositionen verschiedener Laboruntersuchungen abgeändert, sodass diese Laboruntersuchungen nur noch mit den Gebührenordnungspositionen, die im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten stehen, abgerechnet werden können. Daraus ergibt sich ab 2010 eine Steigerung der Fälle für Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten nach § 25 Abs. 1 SGB.

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

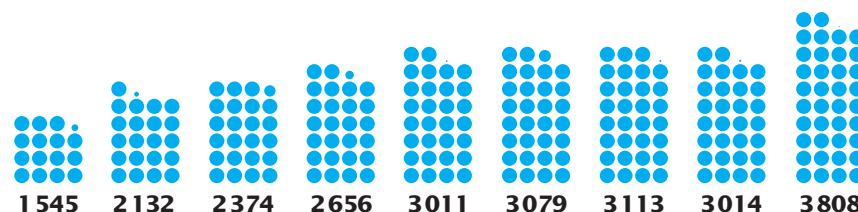
Gesundheitsförderung im Betrieb

Zahl der Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland

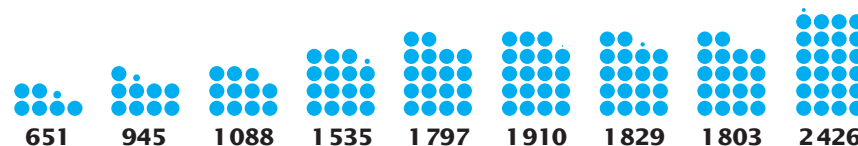
● 100

2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014

Reduktion körperlicher Belastungen



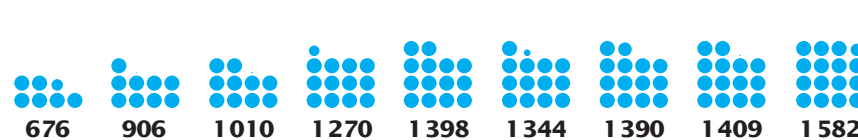
Stressmanagement



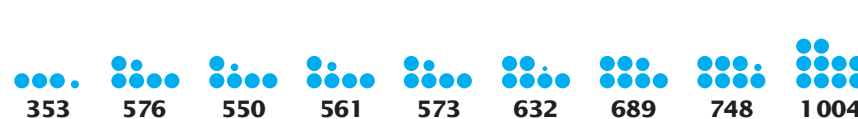
gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung



gesundheitsgerechte Ernährung



Suchtmittelkonsum



Sonstiges



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gesundheitsförderung im Privaten

Primärprävention nach dem individuellen Ansatz: erreichte Personen bei Aktivitäten zur individuellen Gesundheitsförderung unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland



alle Handlungsfelder

2004	795 430
2005	1 166 542
2006	1 434 597
2007	1 823 234
2008	2 049 303
2009	2 091 971
2010	1 976 281
2011	1 674 493
2012	1 337 484
2013	906 192
2014	1 658 035
2015	1 638 915

Veränderung 2004 – 2015 106%



Ernährung

2004	111 661
2005	136 414
2006	124 284
2007	140 387
2008	135 219
2009	144 674
2010	116 984
2011	108 186
2012	85 366
2013	29 802
2014	74 823
2015	59 436

Veränderung 2004 – 2015 -47%



Bewegung

2004	552 308
2005	838 184
2006	1 075 566
2007	1 380 517
2008	1 551 063
2009	1 548 358
2010	1 449 160
2011	1 217 517
2012	923 204
2013	642 016
2014	1 156 597
2015	1 157 462

Veränderung 2004 – 2015 110%



Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten

2004	125 370
2005	182 039
2006	222 979
2007	298 789
2008	346 043
2009	389 310
2010	397 562
2011	335 619
2012	317 180
2013	224 358
2014	408 344
2015	411 233

Veränderung 2004 – 2015 228%



verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln

2004	6 091
2005	9 905
2006	11 768
2007	3 541
2008	16 978
2009	9 629
2010	12 575
2011	13 171
2012	11 734
2013	10 016
2014	18 271
2015	10 784

Veränderung 2004 – 2015 77%

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gewirtschaftet

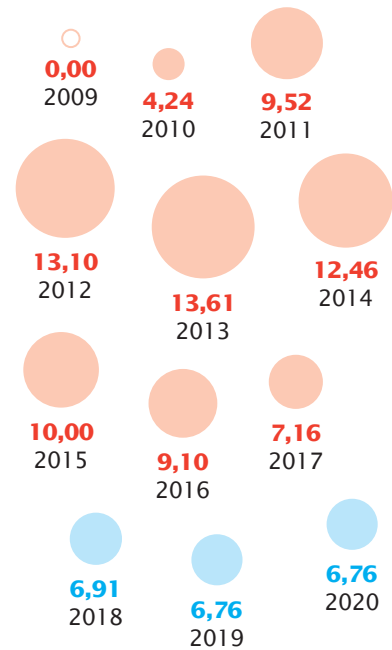
Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung; in Milliarden Euro

	1994	2000	2005	2010	2015	2016
Einnahmen insgesamt	118,79	133,81	145,74	175,60	212,56	224,35
Ausgaben insgesamt	117,38	133,70	143,81	175,99	213,67	222,73
darunter Leistungen insgesamt	111,07	125,94	134,85	164,96	202,05	210,36
darunter Netto-Verwaltungskosten	5,99	7,30	8,16	9,51	10,43	10,98
Überschuss der Einnahmen	1,11	0,10	1,68	-0,39	-1,12	1,62

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1

Gespart

GKV: Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds*; in Milliarden Euro

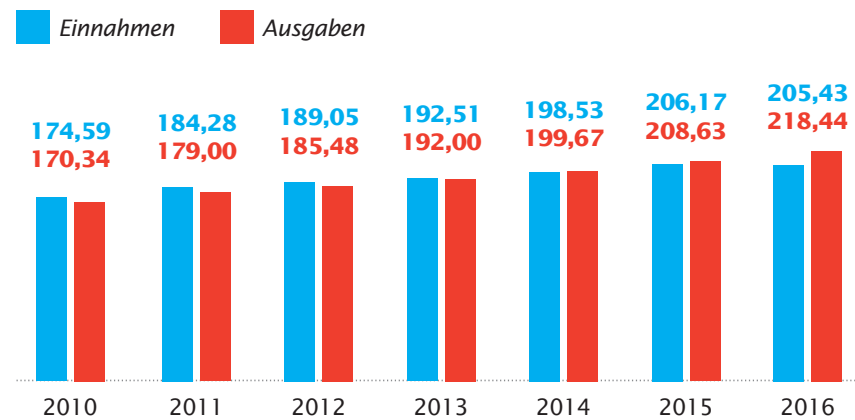


*Die Finanzierung der GKV wurde mit der Einführung des Gesundheitsfonds 2009 neu gestaltet. Die Beiträge werden von den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet und fließen wie Steuermittel in den Gesundheitsfonds. Die Krankenkassen erhalten vom Gesundheitsfonds eine einheitliche Grundpauschale pro Versicherten plus alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuschlägen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben. So wird die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherten berücksichtigt: Krankenkassen mit älteren und kranken Versicherten erhalten mehr Finanzmittel als Kassen mit einer Vielzahl an jungen und gesunden Versicherten.

Quellen: Bundesversicherungsamt, Bundesministerium für Gesundheit

Gestiegen

GKV: Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitsfonds; in Milliarden Euro



Quelle: Bundesversicherungsamt

Gebraucht

Entwicklung des rechnerischen GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes*; in Prozent

2015	0,90
2016	1,00
2017	1,10
2018	1,45
2019	1,60
2020	1,80

*Seit 2015 können Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihren Finanzbedarf nicht decken können, zusätzlich zum einheitlichen Beitragssatz von 14,6 Prozent einen prozentualen Zusatzbeitragssatz von ihren Mitgliedern erheben. Mitversicherte Kinder oder Partner zahlen keinen Zusatzbeitragssatz. Über die Höhe des Zusatzbeitragssatzes entscheiden die Verwaltungsräte der einzelnen Krankenkassen.

Quellen: GKV-Spitzenverband

Gezahlt

Entwicklung der Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen* der GKV; in Milliarden Euro

2008	28,7
2009	29,6
2010	29,7
2011	30,2
2012	30,4
2013	31,5
2014	32,8
2015	33,6
2016	34,3

*Ausgaben, die nicht zur Organisation, Abwicklung und Abrechnung der Behandlung im Krankheitsfall zählen (z. B. Präventionsleistungen, Finanzierung der Telematikinfrastruktur oder Mutterschaftsgeld).

Quelle: GKV-Spitzenverband

Geblieden

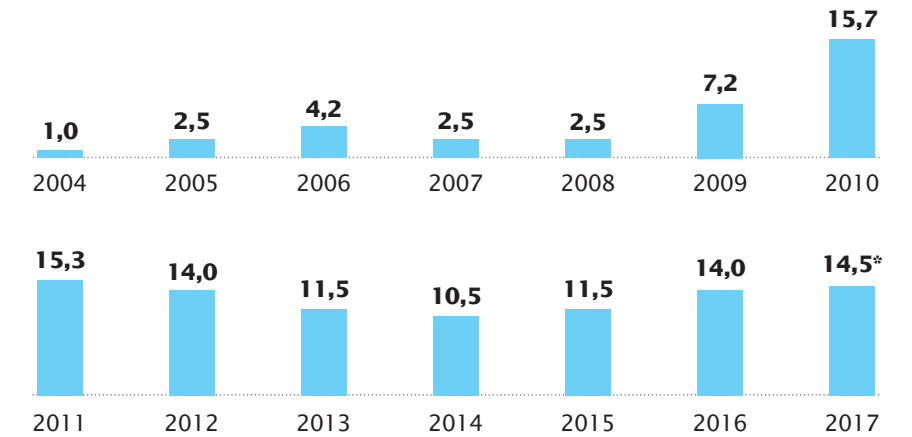
Entwicklung des GKV-Beitragssatzes und des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes; in Prozent

Jahr	Beitragssatz	Zusatz
2004	14,2	-
2005	14,2	-
2006	14,2	-
2007	14,8	-
2008	14,9	-
2009	15,5	-
2010	14,9	-
2011	15,5	-
2012	15,5	-
2013	15,5	-
2014	15,5	-
2015	14,6	0,83
2016	14,6	1,08
2017	14,6	1,1*

*Prognose des Bundesgesundheitsministeriums. Quelle: GKV-Spitzenverband

Bundesbeteiligung

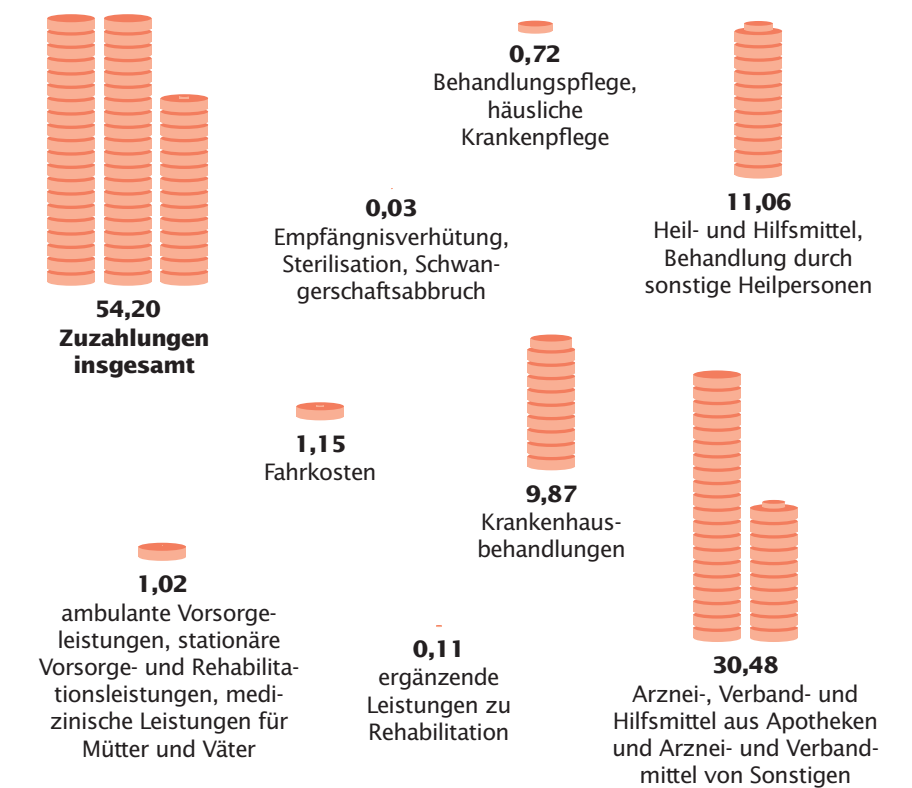
Entwicklung der Bundesbeteiligung; in Milliarden Euro



*ab 2017 dauerhaft 14,5 Milliarden Euro. Quelle: GKV-Spitzenverband

Zuzahlungen

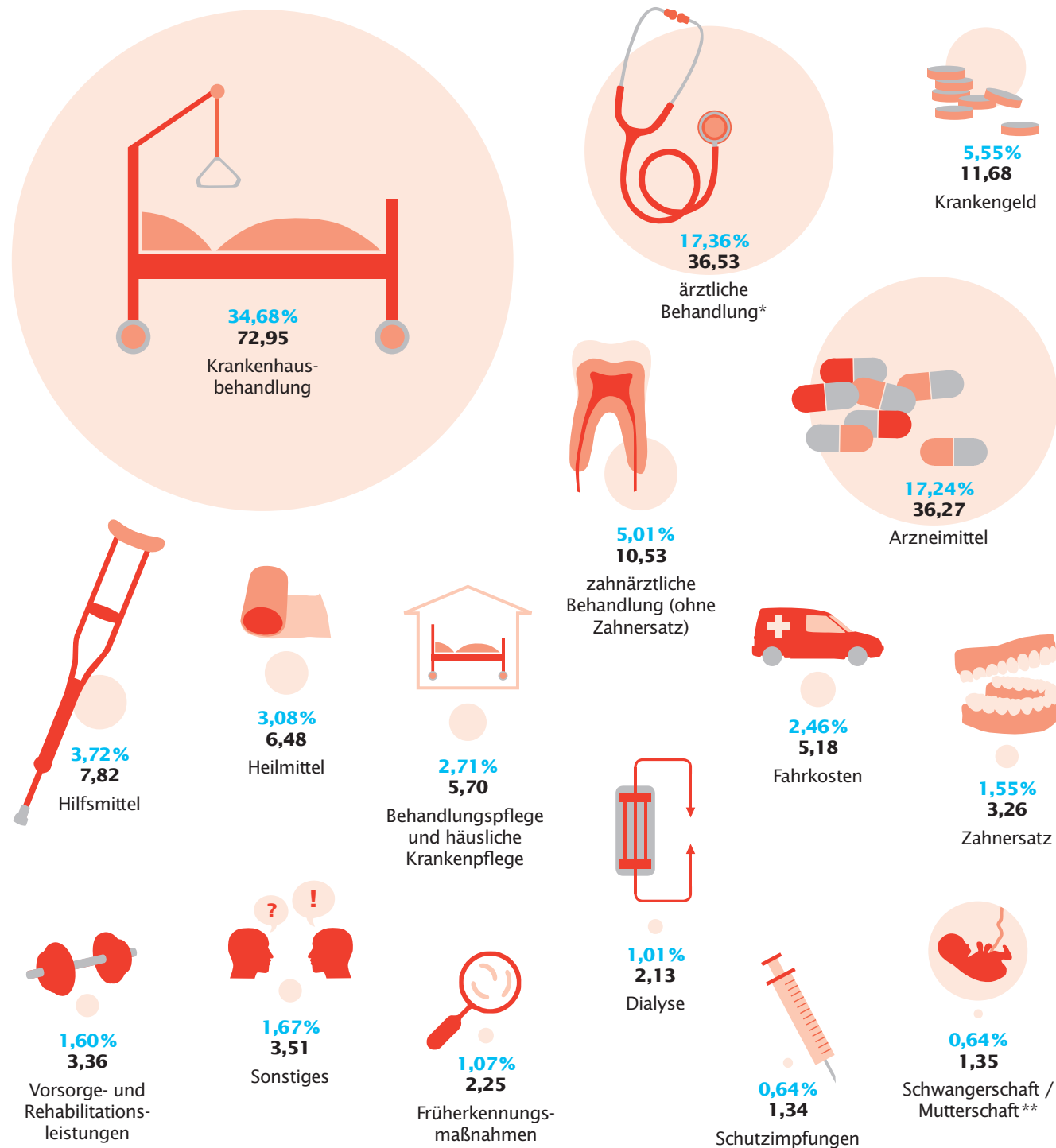
Zuzahlungen der privaten Haushalte in der gesetzlichen Krankenversicherung; je GKV-Versicherten; 2016; in Euro



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Alle Leistungen

Leistungsausgaben* der GKV nach Art der Leistung; 2016; in Prozent / in Milliarden Euro



*Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.
 **ohne stationäre Entbindung. Quelle: GKV-Spitzenverband

Zahnärztliche Leistungen

Über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnete Beträge; in Millionen Euro

	1995	2005	2016	Veränderung 1995 – 2016
zahnärztliche Behandlung inklusive Prothetik	10632,7	9723,2	13793,4	29,7%
zahnärztliche Behandlung ohne Prothetik	6939,7	7430,3	10523,7	51,8%
Kieferorthopädie und Prothetik	4625,5	3054,4	k.A.	k.A.
Prothetik	3693,2	2292,9	3260,8	-11,7%
Kieferorthopädie	932,3	761,5	k.A.	k.A.
allgemeine, konservierende und chirurgische Behandlung, Parodontalbehandlung und Kieferbruch	6007,3	6668,8	k.A.	k.A.

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Gesunken

GKV-Netto-Verwaltungskosten als Anteil der Gesamtausgaben; in Prozent

2007	5,31
2016	4,93

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Gestiegen

Veränderung der Leistungsausgaben* der GKV von 2011 bis 2016; in Prozent

Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege	38
Krankengeld	27
Fahrkosten	26
Heilmittel	24
ärztliche Behandlung*	23
Schwangerschaft / Mutterschaft**	23
Arzneimittel	20
Hilfsmittel	20
zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz)	20
Krankenhausbehandlung	17
Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	15
Früherkennungsmaßnahmen	13
Schutzimpfungen	6
Zahnersatz	2
Dialyse	1

*Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.
 **ohne stationäre Entbindung. Quelle: GKV-Spitzenverband

Verwaltungskosten I

GKV-Netto-Verwaltungskosten; in Milliarden Euro

2007	8,18
2008	8,28
2009	8,91
2010	9,51
2011	9,44
2012	9,67
2013	9,93
2014	10,01
2015	10,43
2016	10,98

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Verwaltungskosten II

GKV-Netto-Verwaltungskosten je Versicherten; in Euro

2007	116,32
2008	117,94
2009	127,24
2010	136,24
2011	135,57
2012	138,66
2013	142,17
2014	142,46
2015	147,47
2016	153,78

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Verwalten

PKV-Verwaltungs*- und Abschlussaufwendungen; in Millionen Euro

2010	3 464,0
2011	3 605,4
2012	3 467,5
2013	3 309,0
2014	3 236,6
2015	3 280,0
2016**	3 280,0

-4,3%

Veränderung von 2010 – 2016;

* ohne Schadensregulierungskosten;
** vorläufig. Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung

Berechnen

PKV-Verwaltungs*- und Abschlussaufwendungen als Anteil an Beitragseinnahmen; in Prozent

Abschlussaufwendungen in Prozent der Beitragseinnahmen

2010	7,96
2011	7,95
2012	7,47
2013	6,77
2014	6,46
2015	6,46

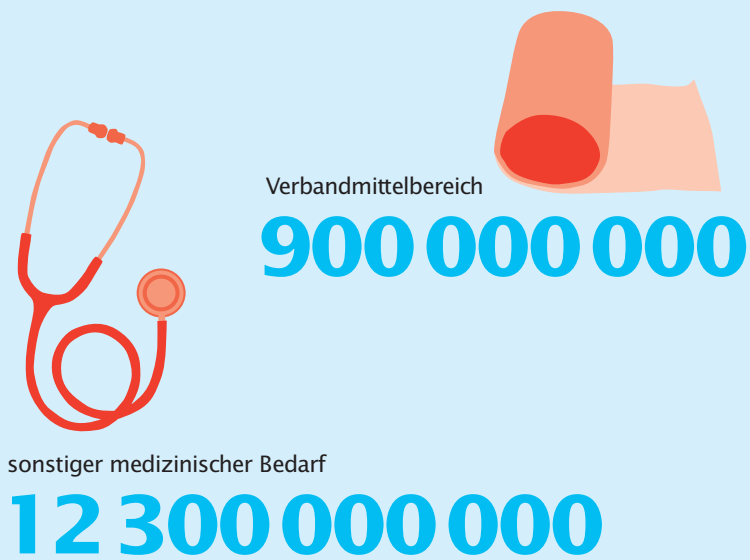
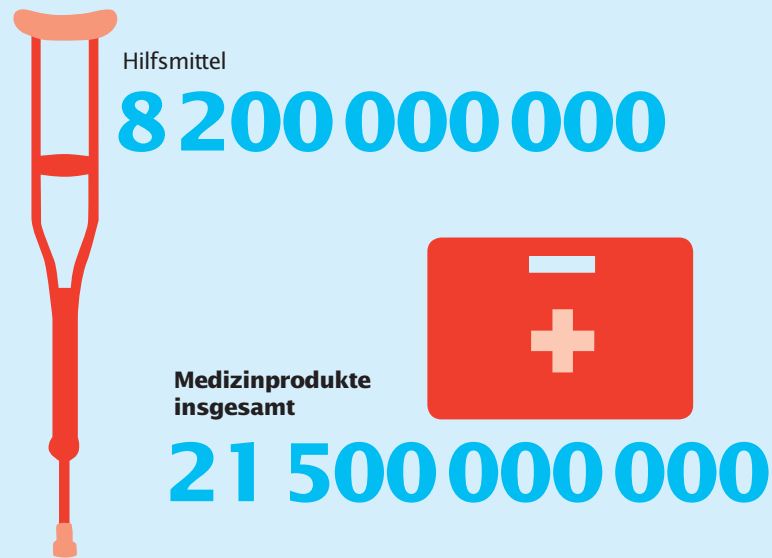
Verwaltungsaufwendungen in Prozent der Beitragseinnahmen

2010	2,45
2011	2,45
2012	2,54
2013	2,41
2014	2,45
2015	2,44

* ohne Schadensregulierungskosten.
Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung

Retten, heilen, helfen

GKV-Ausgaben für Medizinprodukte*; 2015; in Euro



* ohne Investitionsgüter und Zahnersatz. Quelle: Bundesverband Medizintechnologie e. V.

Heil- und Hilfsmittel für die Masse

GKV-Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel*; in Milliarden Euro

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ausgaben für Heilmittel	4,95	5,04	5,30	5,69	6,10	6,48
Ausgaben für Hilfsmittel	6,28	6,49	6,83	7,44	7,63	7,82

* Zu den Heilmitteln zählen beispielsweise Krankengymnastik, Massage, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder Ergotherapie. Heilmittelleistungen dürfen ausschließlich von zugelassenen Heilmittelerbringern wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden oder Sprachtherapeuten erbracht werden.

Hilfsmittel sind nach Definition der gesetzlichen Sozialversicherung Körperersatzstücke, orthopädische oder andere Geräte zum Ausgleich oder zur Vorbeugung einer Behinderung oder zur Sicherung einer Heilbehandlung. Zu den Hilfsmitteln gehören z. B. Gehstöcke, Prothesen und orthopädische Stützapparate (Orthesen), Rollstühle, Brillen und Hörgeräte, aber auch Gegenstände, die in der häuslichen und beruflichen Umgebung Verwendung finden, z. B. Sprachcomputer für Sehbehinderte oder Blindenhunde. Quelle: GKV-Spitzenverband

Arzneimittel

GKV-Ausgaben für Arzneimittel; in Milliarden Euro

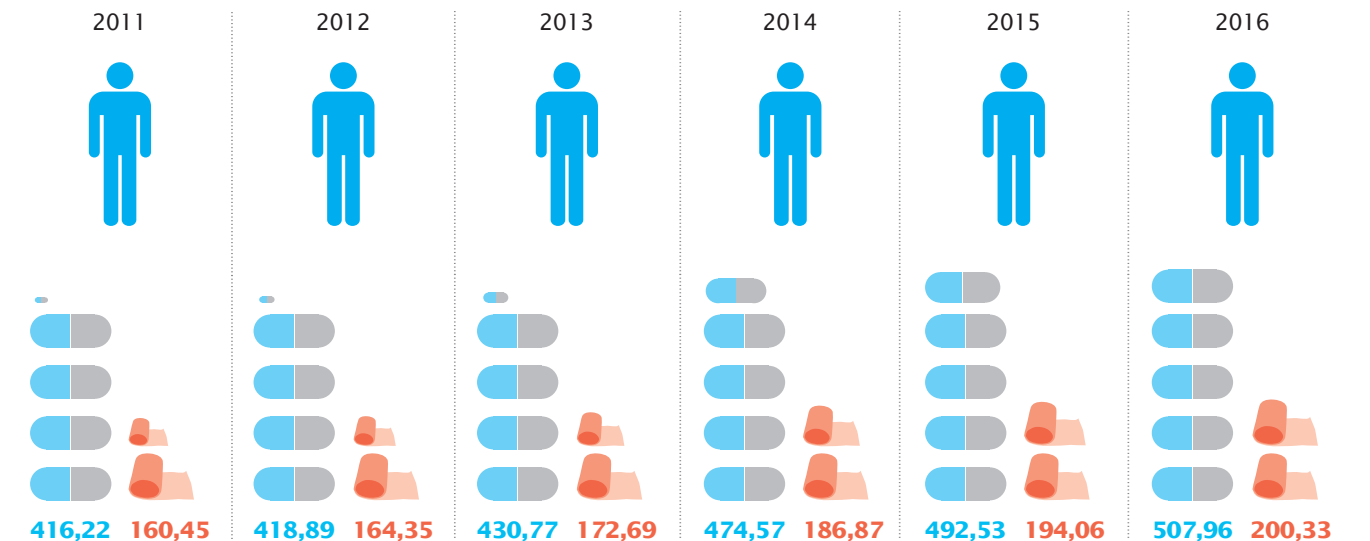
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ausgaben für Arzneimittel	29,12	29,36	30,30	33,36	34,84	36,27

Quelle: GKV-Spitzenverband

Heil- und Hilfsmittel für den Einzelnen

GKV-Ausgaben für Arzneimittel und Heil- und Hilfsmittel je Versicherten; in Euro

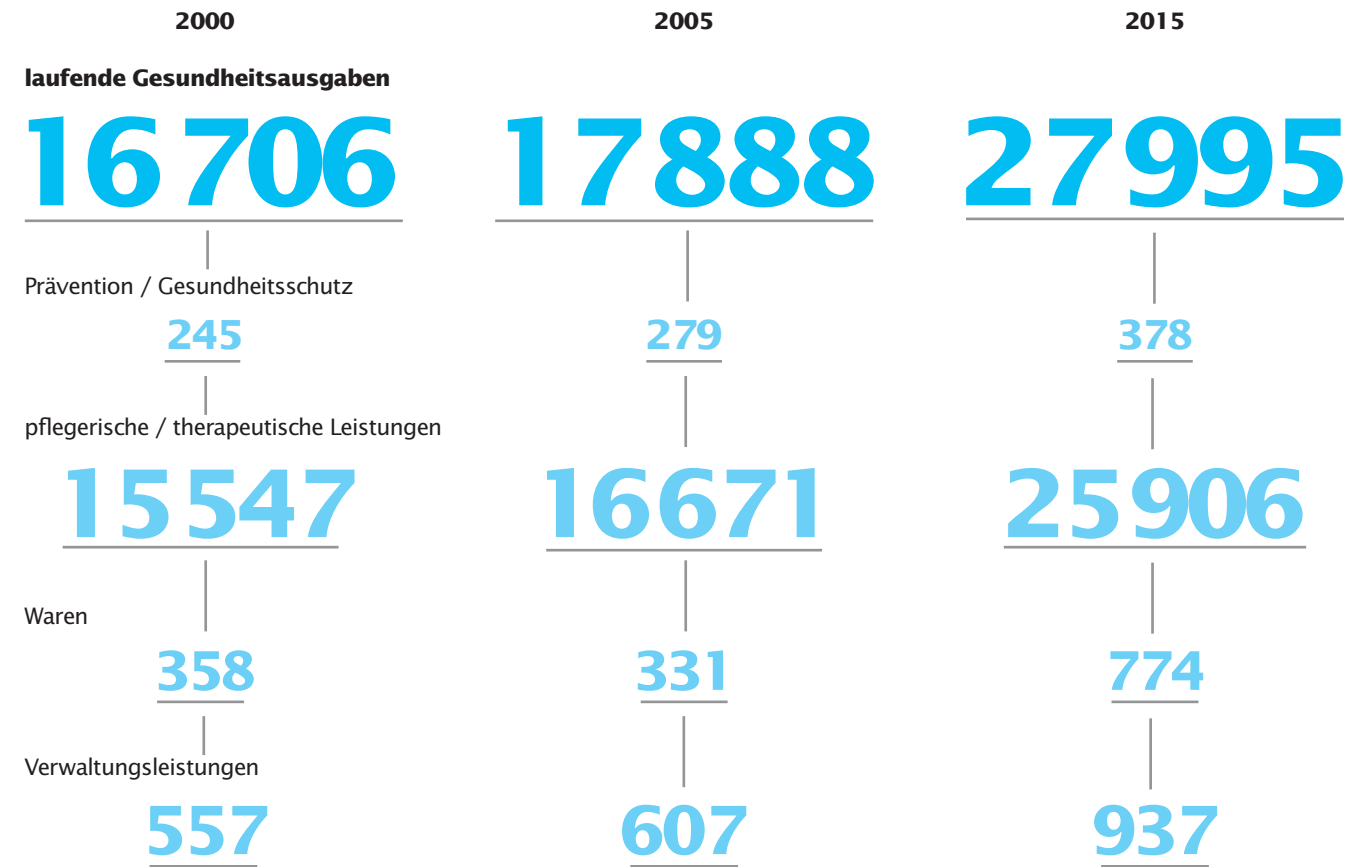
100 Euro für Arzneimittel (blue icon) 100 Euro für Heil- und Hilfsmittel (orange icon)



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Pflegeversicherung

Gesundheitsausgaben der sozialen Pflegeversicherung; in Millionen Euro



Quelle: Statistisches Bundesamt über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Private Krankenversicherung

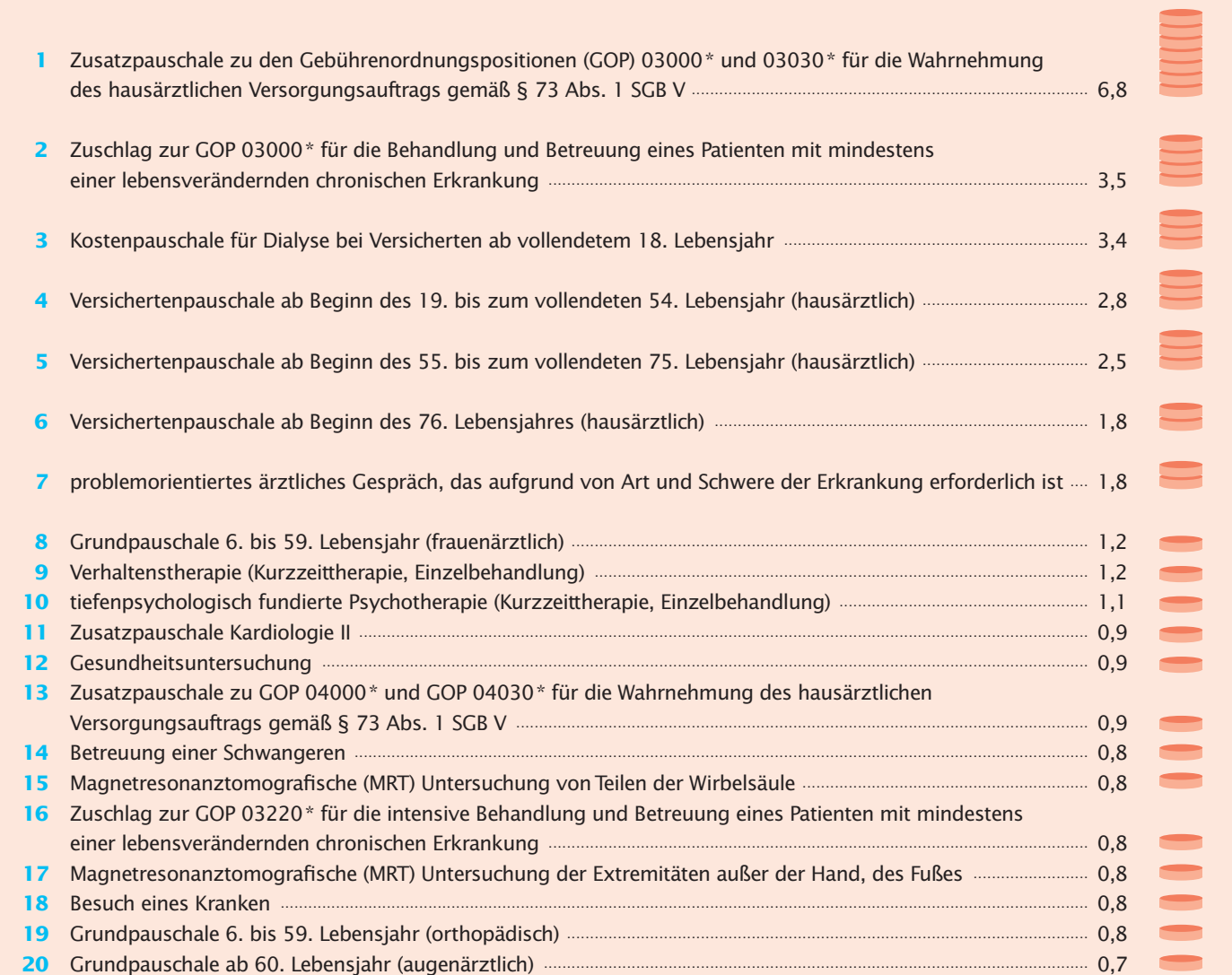
Gesundheitsausgaben der privaten Krankenversicherung; in Millionen Euro

	2000	2005	2015	Veränderung 2000 – 2015
laufende Gesundheitsausgaben	17 487	21 790	30 536	75%
Prävention / Gesundheitsschutz	100	132	184	84%
ärztliche Leistungen	7 426	9 375	13 359	80%
pflegerische / therapeutische Leistungen	2 295	2 849	4 320	88%
Unterkunft und Verpflegung	1 216	1 112	1 389	14%
Waren	3 430	4 587	7 155	109%
Transporte	132	181	340	158%
Verwaltungsleistungen	2 888	3 554	3 790	31%

Quelle: Statistisches Bundesamt über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Ärztliche Leistungen

Umsatzstärkste ärztliche Leistungen, die von Ärzten mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet wurden; 2015; in Prozent am Gesamtleistungsbedarf



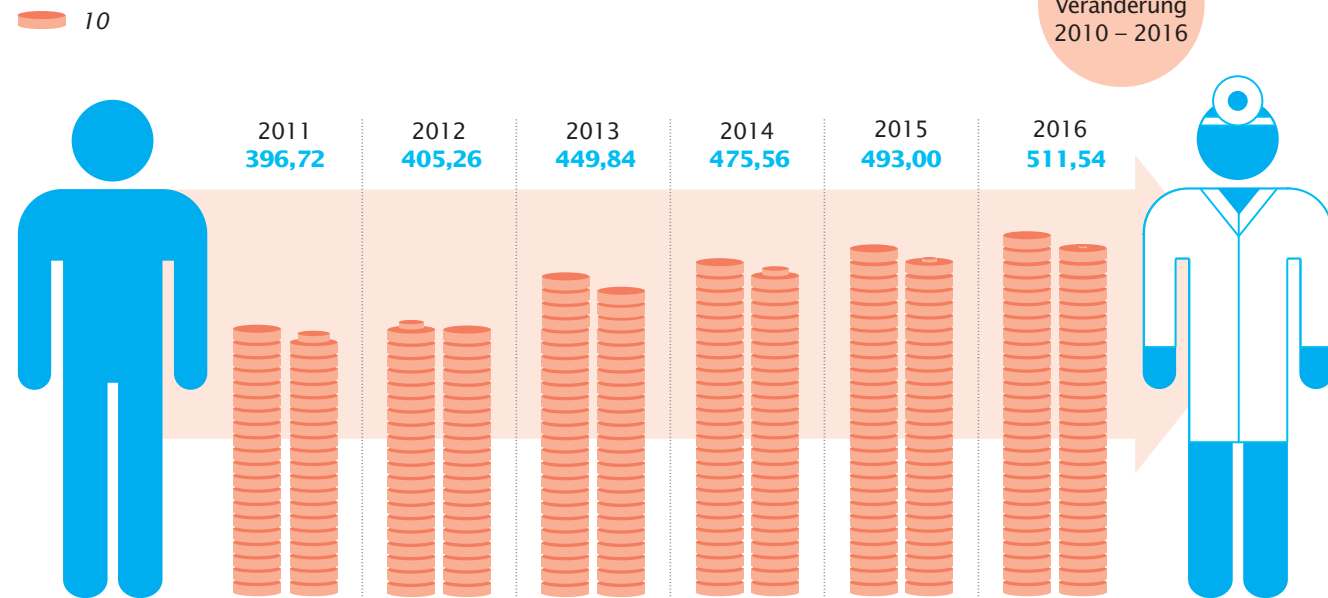
alle genannten 20 umsatzstärksten Gebührenordnungspositionen insgesamt **34,3**



*GOP 03000: Versichertenpauschale für die Hausärzte. GOP 03030: Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme (zwischen 19 und 7 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt). GOP 03220: Zuschlag zur Versichertenpauschale für die kontinuierliche ärztliche Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung. GOP 04000: Versichertenpauschale für die Kinderärzte. GOP 04030: Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme.
Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Für den Einzelnen beim Arzt

GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung je Versicherten; in Euro



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1

Für den Arzt

GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung; in Milliarden Euro

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2011 – 2016
GKV-Ausgaben	28,12	28,74	31,95	33,43	34,89	36,53	23%

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1

Für die Klinik

GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung; in Milliarden Euro

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2011 – 2016
GKV-Ausgaben	60,57	62,31	64,84	67,86	70,25	72,95	17%

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1

Für die Arbeitgeber

GKV-Ausgaben für Krankengeld; in Milliarden Euro

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2011 – 2016
GKV-Ausgaben	8,53	9,17	9,76	10,62	11,23	11,68	27%

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1

Für die Privatsphäre

PKV: Durchschnittliche Zuschläge für Einbettzimmer im Krankenhaus nach Bundesländern; in Euro

	2000	2005	2010	2015	2016*
Deutschland	89	82	86	96	98
Baden-Württemberg	86	83	89	96	98
Bayern	89	87	87	98	101
Berlin	97	91	91	122	124
Brandenburg	58	64	70	76	81
Bremen	107	90	93	96	94
Hamburg	90	88	90	107	119
Hessen	98	84	89	96	100
Mecklenburg-Vorpommern	63	68	70	89	91
Niedersachsen	93	80	84	92	93
Nordrhein-Westfalen	96	84	89	101	104
Rheinland-Pfalz	85	87	88	94	95
Saarland	81	87	87	93	93
Sachsen	55	57	66	74	74
Sachsen-Anhalt	64	67	65	71	71
Schleswig-Holstein	97	81	82	87	87
Thüringen	61	78	79	96	96

* Ein- und Zweibettzimmerzuschläge. Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. über Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Für den Zahnarzt

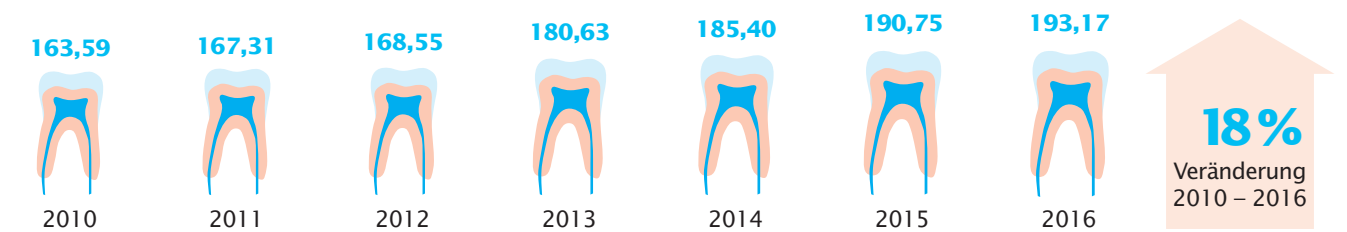
GKV-Ausgaben für zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz); in Milliarden Euro

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2011 – 2016
GKV-Ausgaben	8,47	8,67	9,51	9,83	10,22	10,53	20%

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1

Für den Einzelnen beim Zahnarzt

GKV-Ausgaben für zahnärztliche Behandlung inklusive Zahnersatz je Versicherten; in Euro



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1

Ausgleichszahlungen

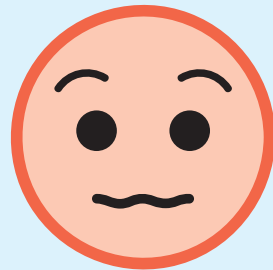
Morbi-RSA-Zuweisung* für einen GKV-Versicherten**, in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand; 2015; in Euro



1 294,92

KERNGESUND

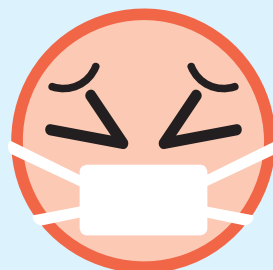
(Betrag, den eine Krankenkasse erhält, wenn keine RSA-Krankheit vorliegt; die Kosten für andere, nicht RSA-ausgleichsfähige Krankheiten sind in dieser Summe enthalten)



2 781,45

DURCHSCHNITTLICH GESUND / KRANK

(durchschnittlicher Betrag, den eine Kasse erhält, wenn sowohl RSA-ausgleichsfähige als auch nicht RSA-ausgleichsfähige Krankheiten vorliegen)



3 372,25

KRANK

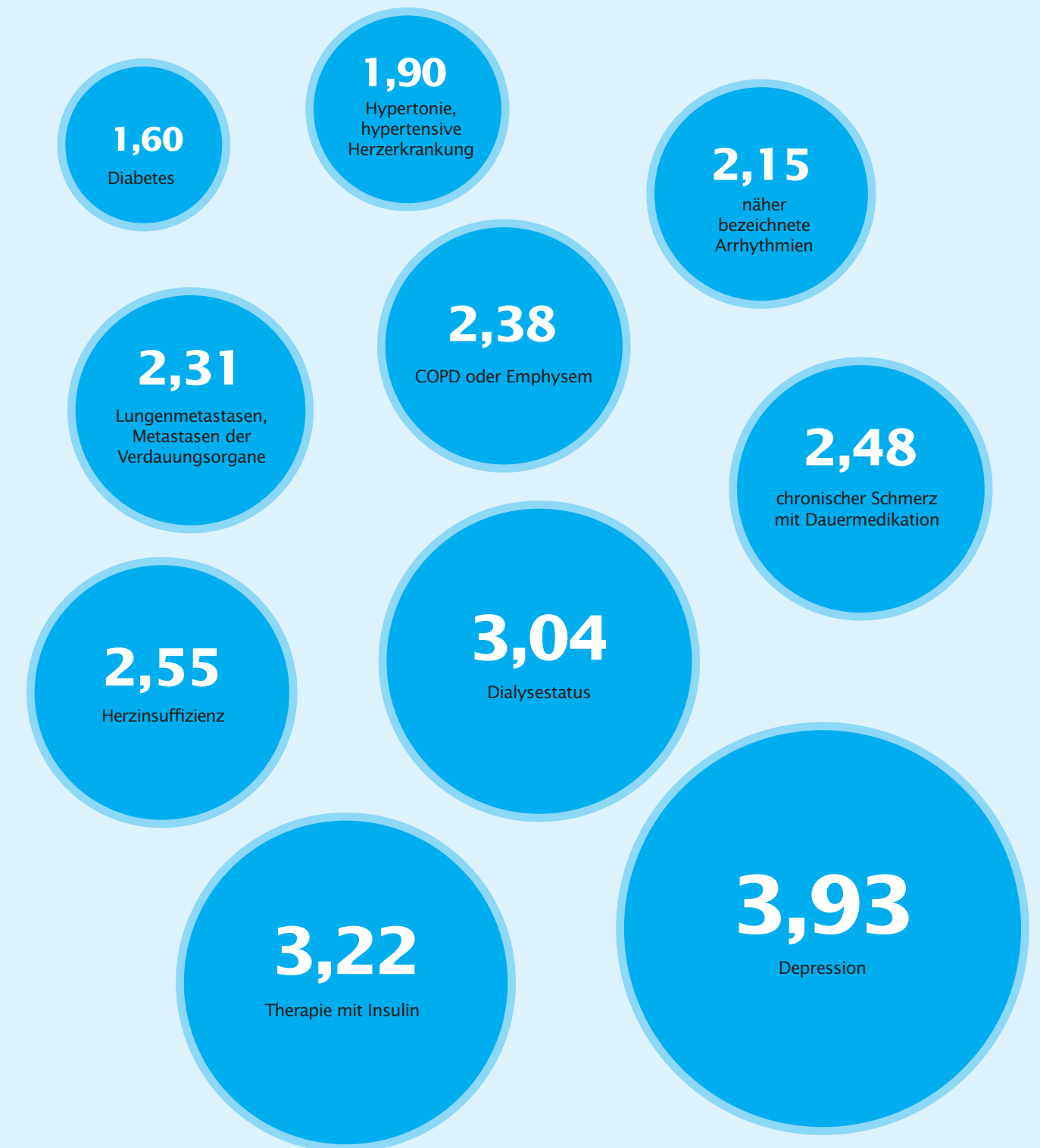
(Betrag, den eine Kasse erhält, wenn die vier häufigsten RSA-Erkrankungen zusammenkommen: Hypertonie, Diabetes Typ II, Depression oder koronare Herzkrankheit)

*Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist ein finanzieller Ausgleichsmechanismus, der definiert, wie viel Geld eine gesetzliche Krankenkasse über den Gesundheitsfonds erhält. Er soll dafür sorgen, dass Kassen, zu deren Mitgliedern besonders viele kranke Patienten zählen, nicht benachteiligt werden, weil sie höhere Ausgaben verursachen. Die Zahlungen orientieren sich am Alter, am Geschlecht und an den Diagnosen der Versicherten. Herzstück des RSA ist eine Liste von 80 Krankheiten, die als besonders ausgabenintensiv gelten.

** GKV-Durchschnittsalter in Deutschland: 44,1 Jahre
Quelle: IKK classic

Krankheitsgruppen

Die größten Morbi-RSA-Zuweisungsvolumina nach Krankheitsgruppen; 2015; in Milliarden Euro



Quelle: Bundesversicherungsamt

Die Summe aller Teile

Über unser Gesundheitssystem wird viel geschimpft: zu kompliziert, zu ineffektiv, zu intransparent. Dabei ist es eigentlich ein durchaus leistungsfähiges Konstrukt, das sich über Jahrhunderte entwickelt hat und in dem alles mit allem zusammenhängt.

Eine Reise durch die Zeit.

Text: Katharina Lotter

1140

Wer Arzt sein will, braucht eine staatliche Zulassung

Der Wunsch, anderen Menschen bei der Bewältigung ihrer gesundheitlichen Leiden zu helfen, reicht nicht mehr aus, um sich Arzt nennen zu dürfen. Mitte des 12. Jahrhunderts legt König Roger II. von Sizilien fest: Ärzte müssen ein amtliches Zulassungsverfahren bestehen, um praktizieren zu dürfen. In den von ihm erlassenen 44 Gesetzen, den sogenannten Assisen von Ariano, findet sich auch die älteste überlieferte Approbationsordnung.

1231 – 1243

Trennung der Berufe Arzt und Apotheker

Wer Medikamente verschreibt, soll nicht daran verdienen. Um die Patienten vor unnötig hohen Kosten zu schützen, besteht eine strikte Trennung zwischen dem Ärzte- und dem Apothekerwesen. Sie wird im 13. Jahrhundert in den Konstitutionen von Melfi durch den Stauferkaiser Friedrich II. festgeschrieben: Ärzte dürfen demnach weder eine Apotheke betreiben noch daran beteiligt sein. Um der Wucherei Einhalt zu gebieten, werden auch die Preise für Arzneimittel gesetzlich festgeschrieben.

1811

Hilfe für psychisch Kranke

Am 8. Juli eröffnet oberhalb von Pirna die „Königlich Sächsische Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein“ – Deutschlands erste dauerhafte staatliche Heilanstalt für psychisch Kranke.

Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts galten sie einfach als „Irre“. Sie wurden in Zucht-, Narren- oder Tollhäusern angekettet, misshandelt und mancherorts sogar einem zahlenden Publikum vorgeführt. Das ändert sich nun.

Als anerkannt Kranke erhalten sie Fürsorge durch den Staat. Unter den Nationalsozialisten büßen sie den Schutz jedoch wieder gänzlich ein – auch in Pirna: In der einstigen Musteranstalt Sonnenstein werden psychisch Kranke und Behinderte ab 1933 zwangssterilisiert und ausgehungert. In den Jahren 1940/41 werden mindestens 13720 Menschen im Keller des Krankengebäudes C16 mit Kohlenmonoxid ermordet.

1836

Die Sozialfürsorge der Krupps – ein Vorbild für Bismarcks Sozialgesetze

In Essen gründet der Industrielle Alfred Krupp eine der ersten Betriebskrankenkassen. Er ermöglicht damit seinen zunächst nur knapp 50 Arbeitern, später auch deren Familien, eine kostenfreie ärztliche Behandlung und gewährt eine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.

Von Anfang an übernimmt Krupp als Arbeitgeber 50 Prozent der Mitgliedsbeiträge. Zusammen mit seinen weiteren Konzepten zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenvorsorge liefern Krupps Maßnahmen Orientierung für die spätere Bismarck'sche Sozialgesetzgebung.

1849

Arbeiter gründen ihre eigene Unterstützungskasse

Am 1. Mai wird in Berlin der vielleicht wichtigste Gesundheitspflegeverein der Arbeiterbewegung gegründet. Die Mitgliedschaft kostet zunächst monatlich anderthalb bis zwei Silbergroschen. Der Leistungskatalog kann sich sehen lassen: Neben unentgeltlicher ärztlicher Behandlung und der Bezahlung kleinerer chirurgischer Eingriffe durch Vereinsärzte werden auch die Kosten für Medikamente, Brillen und andere Hilfsmittel erstattet. Zudem gibt es Krankengeld und Rabatte bei Berliner Apotheken. Auch die Syphilis wird kostenfrei behandelt – zu dieser Zeit noch keine Selbstverständlichkeit.

Und doch stehen viele Menschen der Selbst-Organisation der Arbeiter zunächst skeptisch gegenüber: Der Verein wird polizeilich verboten, gründet sich aber direkt im Anschluss als „Berliner Gesundheitspflegeverein“ am 1. September 1850 neu.

1854

Kassenzwang für alle Gemeinden

Per Gesetz werden die Gemeinden dazu verpflichtet, Hilfskassen einzuführen. Jeder Arbeitnehmer wird einer Kasse zugeordnet – was allerdings nicht bedeutet, dass er sich dort auch versichern muss. Viele verzichten auf den Versicherungsschutz. Von etwa acht Millionen Arbeitern sind nur rund zwei Millionen Mitglied in einer der 10000 Kassen.

Anders sieht es bei den Berg-, Hütten- und Salinenarbeitern aus. In den Knappschaften gibt es nicht nur eine Pflicht zur Bildung von Hilfskassen, sondern auch einen Versicherungszwang für die Arbeiter. Werk- und Verwaltungsbeamte können sich freiwillig versichern.

1874

Pockenimpfung wird Pflicht

Der Impfwang für deutsche Soldaten hat sich gelohnt: Im deutsch-französischen Krieg stehen den 459 Pockentoten im deutschen Heer mehr als 23000 französische Soldaten gegenüber, die an den Pocken gestorben sind. Die deutsche Zivilbevölkerung ist weniger gut geschützt. Als Kriegsgefangene die Infektionskrankheit einschleppen, sterben allein in Preußen mehr als 60000 Menschen.

Diese Erfahrung bereitet den Boden für das Reichsimpfgesetz: Kinder im Alter von ein bis zwölf Jahren müssen verpflichtend gegen die Pocken geimpft werden. So umstritten die Impfpflicht damals war und bis heute ist: 1959 entschied das Bundesverwaltungsgericht, dass die verpflichtende Pockenimpfung nicht gegen das im Grundgesetz verankerte Persönlichkeitsrecht verstoße. Seit 1979 gelten die Pocken als ausgerottet.

1881

Bismarcks Sozialgesetze

Zur Eröffnung des Reichstags verliert Reichskanzler Otto von Bismarck im Namen des erkrankten Wilhelm I. die „Kaiserliche Botschaft“, die ein von Bismarck entworfenes sozialpolitisches Programm entält, wonach „die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen“ sei. Der Reichstag solle Gesetze erlassen, um Arbeiter gegen die Folgen von Betriebsunfällen zu versichern und das gewerbliche Krankenkassenwesen zu organisieren. Wilhelm I. stellt außerdem fest, dass „diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, (...) der Gesamtheit gegenüber begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge (haben), als ihnen bisher hat zu Theil werden können“. Der Beginn des Sozialversicherungswesens in Deutschland.

1883

Beschluss zur Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung

Mit dem „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ kommt die Versicherungspflicht für alle Arbeiter und Betriebsbeamte. Wer mehr als 6^{2/3} Mark pro Tag verdient, darf sich freiwillig versichern. Ein Drittel des Mitgliedsbeitrags zahlen die Arbeitgeber, zwei Drittel die Versicherten.

Neu ist auch die Art der Kostenverrechnung: Bisher schlossen Arzt und Patient einen Behandlungsvertrag, die Patienten gingen in Vorleistung und erhielten dann eine Erstattung von ihrer Kasse. Jetzt gilt das Sachleistungsprinzip: Arzt und Kasse sind Vertragspartner und rechnen direkt ab. Die Ansprüche der Versicherten werden ebenfalls gesetzlich

festgelegt: Neben einer freien ärztlichen Behandlung für mindestens 13 Wochen und einer freien Medikamentenversorgung gibt es auch 50 Prozent des verbeitragten Arbeitsentgeltes als Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit ab dem dritten Krankheitstag, außerdem die Übernahme von Krankenhauskosten, Sterbegeld sowie eine mindestens vier Wochen andauernde Unterstützung für versicherte Frauen nach der Geburt eines Kindes. Den Kassen steht es frei, ihren Mitgliedern mehr als die gesetzlichen Mindestleistungen anzubieten.

1913

Bessere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Kassen

Erstmals vermittelt der Staat zwischen den Krankenkassen und den Ärzten, um deren Zusammenarbeit weiter zu systematisieren. Am Tag vor Heiligabend wird zwischen den Krankenkassen und organisierten Kassenärzten das „Berliner Abkommen“ geschlossen. Es gilt als Grundstein für das bis heute praktizierte Kollektivvertragssystem und die gemeinsame Selbstverwaltung von Kassen und Ärzten.

Unter anderem ist darin erstmals eine Verhältniszahl für die Zulassung von Kassenärzten festgelegt: Auf 1350 Versicherte soll mindestens ein Arzt kommen. Außerdem sollen Arztregister eingerichtet und künftig in paritätisch besetzten Ausschüssen über die Zulassungskriterien und Vertragsinhalte entschieden werden. Die gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungen werden im selben Jahr zu einem einheitlichen Gesetz in der Reichsversicherungsordnung RVO zusammengefasst. Bis zur Gesundheitsreform im Jahr 1989 wird die RVO die entscheidende Rechtsgrundlage bleiben. >

1914

Keine Extras während des Ersten Weltkriegs

Das Krankenversicherungsrecht der RVO tritt in Kraft und dehnt die Versicherungspflicht auch auf Dienstboten, Waldarbeiter und Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft aus. Durch das Krankenkassennotgesetz werden in Deutschland jedoch alle freiwillig angebotenen Mehrleistungen der Kassen für die Dauer des Krieges gestrichen.

1918 / 1919

Der Kaiser verzichtet, die Republik ist da – und das bewährte Sozialversicherungswesen darf bleiben

Im November 1918 wird die Weimarer Republik ausgerufen, ihre Verfassung im Sommer des Jahres 1919 beschlossen und verkündet. Das zu Kaiserzeiten unter Otto von Bismarck entwickelte und eingeführte Sozialversicherungssystem soll erhalten bleiben.

Der Anspruch auf eine gesetzliche Versicherung wird sogar ausdrücklich im Artikel 161 der Weimarer Verfassung festgeschrieben: „Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens schafft das Reich ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten.“

1923

Kassen stellen eigene Ärzte an, Versicherte müssen Eigenanteile für Medikamente bezahlen

Die Inflation und ein immer größerer Kreis an versicherten Mitgliedern sorgen für Spannungen: Die Forderungen der Ärzte und Apotheker steigen deutlich schneller als die Löhne und Gehälter der Versicherten – und damit die Einnahmen der Kassen. Im November treten die Ärzte in einen mehrmonatigen Generalstreik. Die Kassen reagieren darauf mit der Eröffnung eigener Arztzentren, Kliniken, Erholungsstätten und Selbstabgabestellen für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel. Erstmals werden Versicherte per Gesetz dazu verpflichtet, einen Teil der Kosten für verordnete Arzneimittel selbst zu bezahlen.

1930 – 1932

Notverordnungen für mehr Wirtschaftlichkeit

Um die Ausgabenlast der Kassen zu senken, erlässt der Reichspräsident in der Krise mehrere Notverordnungen: Die Ausstellung des Krankenscheins kostet nun eine Gebühr, Krankengeld gibt es erst ab dem vierten Tag. Die Selbstbeteiligung an Arztkosten bleibt, außer für Arbeitslose, Rentner, Schwerbeschädigte und Invalide. Kassen dürfen ihre Beitragforderungen nur noch in Ausnahmefällen erhöhen. Mehrleistungen, die über das gesetzliche Minimum hinausgehen, werden Ende 1931 gestrichen.

Dafür wird der Mitgliederkreis erweitert: Auch nicht versicherte Familienmitglieder werden nun behandelt, es gilt die freie Arztwahl. Die Kassenärztliche Vereinigung erhält für jede Behandlung eine Pauschale und ist für die Verteilung der Honorare zuständig. Ein Arzt soll für 600 Versicherte zuständig sein. Diese Zahl wird bis 1955 gelten.

1933 – 1945

Vereinheitlichung und Zentralisierung unter den Nationalsozialisten

Im Dritten Reich stehen alle Zeichen auf Zentralisierung. Das Arbeitsministerium beaufsichtigt die Kassenverbände. Die Eigeneinrichtungen der Kassen wie etwa Arztzentren oder Abgabestellen für Medikamente werden aufgelöst, ebenso alle für die Selbstverwaltung der Kassen und Ärzte erforderlichen Gremien.

Kassenangestellte werden wegen „nicht arischer Herkunft“ oder „staatsfeindlicher Aktivitäten“ entlassen, jüdischen Ärzten wird die Zulassung entzogen. Versicherten wird ab 1942 der Kassenbeitrag automatisch vom Lohn abgezogen – zuvor hatten sie Beitragsmarken gekauft. Eine Verordnung aus dem Jahr 1938 verpflichtet die Sozialversicherungsträger, fast drei Viertel ihres Vermögens in Reichs- oder Staatsanleihen anzulegen. Nach dem Krieg werden sie deshalb auf keine nennenswerten Reserven zurückgreifen können.

1945

Stärkung der Ortskrankenkassen im Westen

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs regelt zunächst jede Besatzungsregierung den Krankenversicherungsschutz in ihrer Zone selbst. In der französischen Zone werden alle Kassen aufgelöst und nur noch Ortskrankenkassen zugelassen. In der britischen und amerikanischen Zone dürfen zusätzlich zu den Ortskrankenkassen auch private Kassen gegründet werden. Für die Versorgung der Bevölkerung sind die niedergelassenen Hausärzte zuständig.

1947

Im Osten ist der Gesundheitsschutz Sache des sozialistischen Staates

Am 31. März werden in der sowjetischen Besatzungszone die gesundheitspolitischen Richtlinien der SED verabschiedet. Der Aufbau eines umfassenden und fürsorglichen Gesundheitssystems ist für sie Staatsaufgabe und eine Prestigefrage: Um die Überlegenheit des Sozialismus zu demonstrieren, braucht es Vorzeigeprojekte.

In den nächsten Jahren wird die DDR vor allem im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen und der Prävention oft schneller und fortschrittlicher sein als die BRD. Ziel der SED-Gesundheitspolitik sind gleiche Gesundheits- und Lebensbedingungen für alle. Freie Praxen werden abgeschafft, ebenso die privaten Krankenversicherungen. Die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung findet in staatlichen Polikliniken statt, wo Ärzte verschiedener Fachrichtungen gemeinsam praktizieren.

1949

Im Westen zahlen Arbeitnehmer nur noch die Hälfte

Im Sozialversicherungsanpassungsgesetz vom 17. Juni wird festgelegt, dass im Westen Deutschlands die Beiträge zur Krankenversicherung jeweils zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen werden müssen.

1954

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in der DDR

In der DDR werden regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche staatlich angeordnet. In der BRD werden vergleichbare Untersuchungen erst 17 Jahre später zur Regelleistung.

1960

Zulassungs- und Niederlassungsfreiheit für Ärzte in der BRD

Das „Kassenarzt-Urteil“ vom 23. März stärkt die Ärzte in der BRD grundlegend. Seit Jahrzehnten war es üblich gewesen, dass die Kassen die ärztliche Versorgung über Verhältniszahlen reguliert hatten. Diese Vorgehensweise wird nun als unzulässig erklärt, weil sie für das Bundesverfassungsgericht einen unzulässigen Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung darstellt.

1969

Gleichstellung der Arbeiter und Angestellten in der BRD

Seit 1931 wurden Arbeiter und Angestellte bei der Entgeltfortzahlung ungleich behandelt. Angestellte bekamen im Krankheitsfall für sechs Wochen weiterhin ihr volles Gehalt, während Arbeiter nur den halben Grundlohn als Krankengeld erhielten. Mit dem Lohnfortzahlungsgesetz vom 27. Juli 1969 ist damit Schluss.

1970

Früherkennungsuntersuchungen in der BRD

Durch das „2. Krankenversicherungs-Änderungsgesetz“ vom 21. Dezember werden auch in der BRD einige Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen: Kinder haben damit bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres einen Anspruch auf entsprechende Vorsorgeuntersuchungen, Frauen ab dem 30. und Männer ab dem 45. Lebensjahr.

1973

Bessere Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung der BRD

Durch das „Gesetz zur Verbesserung der Leistungen in der GKV“ vom 19. Dezember wird die in der BRD noch immer geltende RVO um weitere Mindestleistungen ergänzt: Die bis dahin geltende zeitliche Begrenzung der Krankenhauspflege wird gestrichen.

Wenn der Versicherte den Haushalt wegen eines Krankenhausaufenthalts oder einer Kur nicht selbst weiterführen kann, werden für Haushalte mit einem Kind, das unter acht Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, die Kosten für eine Haushaltshilfe übernommen. Außerdem gibt es Krankengeld für die Pflege und Betreuung eines so jungen erkrankten Kindes, wenn der Betreuende berufstätig ist – im Jahr 1973 stehen Eltern für jedes Kind unter acht Jahren erstmals fünf bezahlte „Kindkranktage“ zur Verfügung.

1977

Achtung, ab jetzt wird wieder gespart

Das „Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG)“ vom 27. Juni ist eine Zäsur: Zum ersten Mal seit Ende des Zweiten Weltkriegs wird in der BRD in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder gespart. Die Selbstbeteiligung steigt, Kuren und Fahrtkosten werden nicht mehr voll ersetzt, es gibt Einschränkungen bei den Voraussetzungen für eine Haushaltshilfe, die Kosten für „Bagatellarzneimittel“ werden nicht mehr erstattet. Für alle anderen verordneten Medikamente gelten pauschale Zuzahlungen in Höhe von einer Deutschen Mark je Packung. Zahnersatz wird nur noch zu höchstens 80 Prozent bezahlt, bei kieferorthopädischen Behandlungen müssen die Versicherten bis zu 20 Prozent selbst zahlen. >

1981

Weitere Kürzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Kostendämpfungsgesetz aus 1977 wird ergänzt. Die Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel werden von 1 Mark auf 1,50 Mark erhöht, für Brillen und Heilmittel auf 4 Mark. Bei Fahrtkosten steigt der Eigenanteil von 3,50 Mark auf 5 Mark. Bei gleichbleibender Sehfähigkeit gibt es nun nur noch alle drei Jahre eine neue Brille für über 14-Jährige.

Die Zuschussregelungen zum Zahnersatz werden verändert: Die Kasse trägt das Arzthonorar voll und nur noch 60 Prozent der Material- und Fertigungskosten. Bei einer normal verlaufenden Entbindung dürfen Mütter nur noch sechs Tage im Krankenhaus bleiben – vorher waren es zehn.

1986

Erneute Beschränkung der Niederlassungsfreiheit von Ärzten

Das „Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung“ macht in der BRD den Weg frei für eine erneute Beschränkung der Niederlassungsfreiheit von Ärzten: In überversorgten Gebieten kann die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen Zulassungsbeschränkungen anordnen.

1988

Die DDR will ihr Gesundheitswesen reformieren – und kommt zu spät

In der DDR beginnen die Vorbereitungen zu einer „Nationalen Gesundheitskonferenz“; sie wird Ende September 1989 stattfinden und damit nur wenige Wochen vor dem Fall der Berliner Mauer. Ziel der Konferenz ist die Entwicklung einer umfassenden Reform: In den vergangenen Jahren hatte sich die Gesundheitsversorgung in der DDR – trotz

mehrerer Verbesserungsprogramme – stetig verschlechtert: Die Einrichtungen sind nicht auf dem aktuellen technischen Stand, die Budgets gering, die Wartezeiten für die Patienten zu lang.

Mängel in der Versorgung mit Arzneimitteln und Verbrauchsmaterial verschärfen die Unzufriedenheit von Ärzten und Bevölkerung. Die BRD wird 1990 rund 500 Millionen Mark für den Kauf von Arzneimitteln, Verbrauchsmaterialien, Medizin- und Rehabilitationstechnik bereitstellen.

1989

Umfassende Gesundheitsreform

Der gängige Begriff der Gesundheitsreform hat seinen Ursprung im Gesundheits-Reformgesetz von 1989, mit dem die alte Reichsverordnung RVO durch das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs SGB ersetzt wird. Die Kosten im Gesundheitswesen hatten sich seit den Siebzigerjahren fast verzehnfacht. Als Folge wird der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung überdacht. Die häusliche Krankenpflege wird durch Kostenerstattungen und Pflegegelder gestärkt, auch die Kosten für ausgewählte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention werden nun ersetzt.

Dem stehen aber weitere höhere Zuzahlungen und Einschränkungen gegenüber. Das Sterbegeld wird halbiert. Brillengestelle werden nur noch mit 20 Mark bezuschusst, zahntechnische Leistungen zu 60 Prozent. Die Selbstbeteiligung bei stationären Behandlungen kostet nun 10 Mark am Tag.

Weil diese Einschnitte absehbar waren, decken sich viele Versicherte vorab mit Brillen, neuen Hörgeräten und Zähnen ein. Die entsprechende Ausbeulung in der Kostenkurve der gesetzlichen Krankenversicherung wird – in Anlehnung an den damaligen Gesundheitsminister – als „Blüm-Bauch“ bezeichnet.

1990

Vorbereitungen zur Wiedervereinigung

Ab April wird das Gesundheitswesen der DDR nach und nach an die Rechtsgrundlagen in der BRD angepasst. Auf dem Ärztetag im Mai wird deutlich, dass es keine unterschiedlichen Rechts- und Versorgungssysteme in Ost und West mehr geben soll. Der Einigungsvertrag aus dem August 1990 regelt die Anpassung des DDR-Gesundheitssystems an das System der BRD.

1994

Die Pflegeversicherung kommt

Mit dem medizinischen Fortschritt und der steigenden Lebenserwartung wird eine neue Versicherung notwendig. Das Pflege-Versicherungsgesetz ergänzt die Sozialversicherung um einen weiteren Baustein zugunsten aller, die längerfristig pflegebedürftig sind.

1997

Der Staat greift in die Beitragsautonomie der Krankenkassen ein

Durch das „Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz)“ werden die Krankenkassen verpflichtet, alle Beiträge zum Jahreswechsel um 0,4 Beitragspunkte abzusenken. Im Gegenzug werden Zuzahlungen durch die Versicherten erhöht.

Der Kassenanteil für Brillengestelle fällt weg, Zuschüsse für Zahnersatz werden reduziert, das Krankengeld wird verringert, die Kostenerstattungen für gesundheitsfördernde Maßnahmen werden gestrichen.

1998

IGeL-Leistungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung legt eine Liste mit rund 70 „Individuellen Gesundheitsleistungen“ vor, die von Patienten privat und direkt bezahlt, also von Kassenärzten außerhalb des GKV-Leistungskatalogs erbracht werden.

1999

Rücknahme aller Entscheidungen

Die neue rot-grüne Regierung macht viele Regelungen der letzten Regierung zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung wieder rückgängig.

Das „Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ senkt die Zuzahlungen zu Medikamenten und Heilmitteln und entlastet all jene Versicherte, die einen Zahnersatz brauchen.

2000

Keine neue Reform ohne den Bundesrat

Unter Gesundheitsministerin Andrea Fischer wird eine weitere umfassende Gesundheitsreform erarbeitet. Weil die unionsregierten Länder aber die Mehrheit im Bundesrat haben, können sie zahlreiche Änderungen ablehnen. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 enthält deshalb nur Regelungen, die der Bundestag ohne Zustimmung der Länder beschließen kann, wie etwa den Ausbau von Präventionsleistungen oder die Einführung von Bonusprogrammen.

2003

Die Beitragssätze steigen, eine gemeinsame Reform wird nötig

Die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt nimmt Anlauf zu einer parteiübergreifenden Gesundheitsreform. Das „GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)“, das zu Beginn des Jahres 2004 in Kraft treten wird, ist das Ergebnis einer Zusammenarbeit zwischen der rot-grünen Regierung und der CDU/CSU-Opposition. Mit ihm kommen die Praxisgebühr und weitere Zuzahlungen. Leistungen wie das Sterbegeld und das Entbindungsgeld werden gestrichen. Versicherte sollen sich ab 2005 für Zahnersatzleistungen privat versichern.

2008

Mehr Selbstbestimmung für Behinderte

Statt fest definierter Sach- und Dienstleistungen wird behinderten Menschen auf Antrag ein individuelles persönliches Budget ausgezahlt. Mit ihm kaufen sie ihre Hilfen selbst ein und entscheiden allein, was sie brauchen und wer sie dabei unterstützen soll.

2009

Start des Gesundheitsfonds

Die gesetzliche Krankenversicherung wird ab sofort aus dem sogenannten Gesundheitsfonds finanziert: Die Bundesregierung legt dabei einen einheitlichen Beitragssatz fest, der erst erhöht werden darf, wenn der Fonds die Ausgaben nicht mehr zu 95 Prozent decken kann. Die Mittel werden entsprechend der Zusammensetzung der Versicherten an die Krankenkassen zugeteilt.

Auch alle privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen nun einen sogenannten Basisstarif anbieten, der sich an den Leistungen der gesetzlichen

Krankenversicherung orientiert. Die Beiträge des Basisstarifes dürfen den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten.

2013

Die Praxisgebühr wird wieder abgeschafft

Ärzte klagen über den höheren Verwaltungsaufwand, Versicherte in den unteren Einkommensklassen verzichten auf notwendige Arztbesuche und schaden so ihrer Gesundheit: Die Praxisgebühr hat sich nicht bewährt und wird wieder abgeschafft.

2015 bis heute

Pflege-Vorsorgefonds und mehr Individualität für Pflegebedürftige

Durch das „Erste Pflegestärkungsgesetz PSG I“ wird die Einrichtung eines Pflege-Vorsorgefonds beschlossen. Die Beiträge zur Pflegeversicherung werden angehoben. Mit dem „Zweiten Pflegestärkungsgesetz PSG II“ werden zwei weitere Pflegestufen eingeführt, außerdem gilt jetzt ein Anspruch der pflegenden Angehörigen auf eine individuelle Beratung.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird neu definiert. Zwischen körperlichen, kognitiven und psychischen Einschränkungen soll nicht mehr unterschieden werden. Stattdessen ist der individuelle Unterstützungsbedarf des Einzelnen ausschlaggebend. Vor allem für die Pflege von Demenzkranken ist diese Veränderung wichtig, weil sie so besser eingestuft werden können. <<

Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.

Arthur Schopenhauer

Auf einen Blick

Digitale Gesundheitswirtschaft (DGW)

Umsatz des globalen Wireless-Health-Marktes 2015, in Milliarden US-Dollar	39
Umsatz des globalen Wireless-Health-Marktes 2017, in Milliarden US-Dollar	59
Umsatz des globalen Wireless-Health-Marktes 2020, in Milliarden US-Dollar	110
Gesamtvolumen der Investment-Deals in der digitalen Gesundheitswirtschaft weltweit 2010, in Milliarden Euro	0,8
Gesamtvolumen der Investment-Deals in der digitalen Gesundheitswirtschaft weltweit 2016, in Milliarden Euro	7,3
Anteil der ab 60-Jährigen in Deutschland, die noch nie vom Thema E-Health gehört haben, in Prozent	47
Anteil der 18- bis 29-Jährigen in Deutschland, die noch nie vom Thema E-Health gehört haben, in Prozent	46
Anteil der ab 60-Jährigen in Deutschland, die ein sehr hohes Interesse am Thema E-Health haben, in Prozent	6
Anteil der 18- bis 29-Jährigen in Deutschland, die ein sehr hohes Interesse am Thema E-Health haben, in Prozent	14
Anteil der Deutschen, die regelmäßig Apps für den Notfall nutzen, in Prozent	2
Anteil der Deutschen, die regelmäßig Fitness-Tracker-Apps zur Aufzeichnung sportlicher Aktivitäten nutzen, in Prozent	11
Anteil der Deutschen, die denken, dass es in zehn Jahren ganz bestimmt oder wahrscheinlich üblich sein wird, sich in sozialen Netzwerken über Gesundheitsthemen auszutauschen, in Prozent	72
Anteil der Deutschen, die das eher nicht oder bestimmt nicht gut finden, in Prozent	80

Quellen: StartUp Health Insights Report: 2016 Digital Health Funding Rankings, Statista, Roland Berger

Wenig Erfahrung

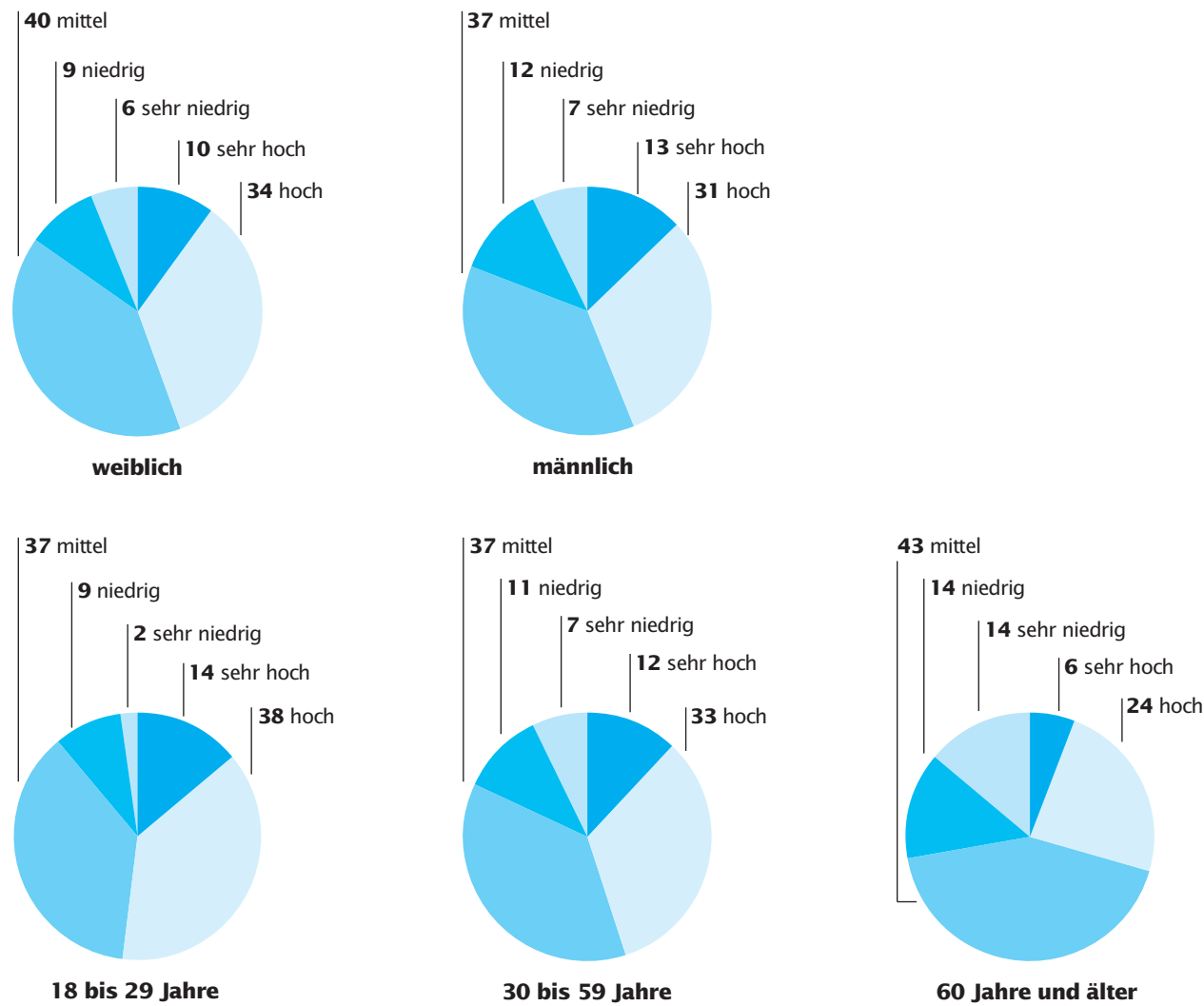
Haben Sie sich mit dem Thema E-Health schon einmal auseinandergesetzt?; 1051 Befragte ab 18 Jahren; Deutschland; 2017; in Prozent

	weiblich	männlich	18 bis 29 Jahre	30 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter
Habe eine genaue Vorstellung, worum es geht	10	17	14	15	12
Bereits davon gehört, aber keine genaue Vorstellung	46	45	40	49	42
Noch nie davon gehört	44	37	46	37	47

Quelle: Statista

Mäßiges Interesse

Generelles Interesse am Thema E-Health; 1051 Befragte ab 18 Jahren; Deutschland; 2017; in Prozent



Quelle: Statista

Wachsender Markt

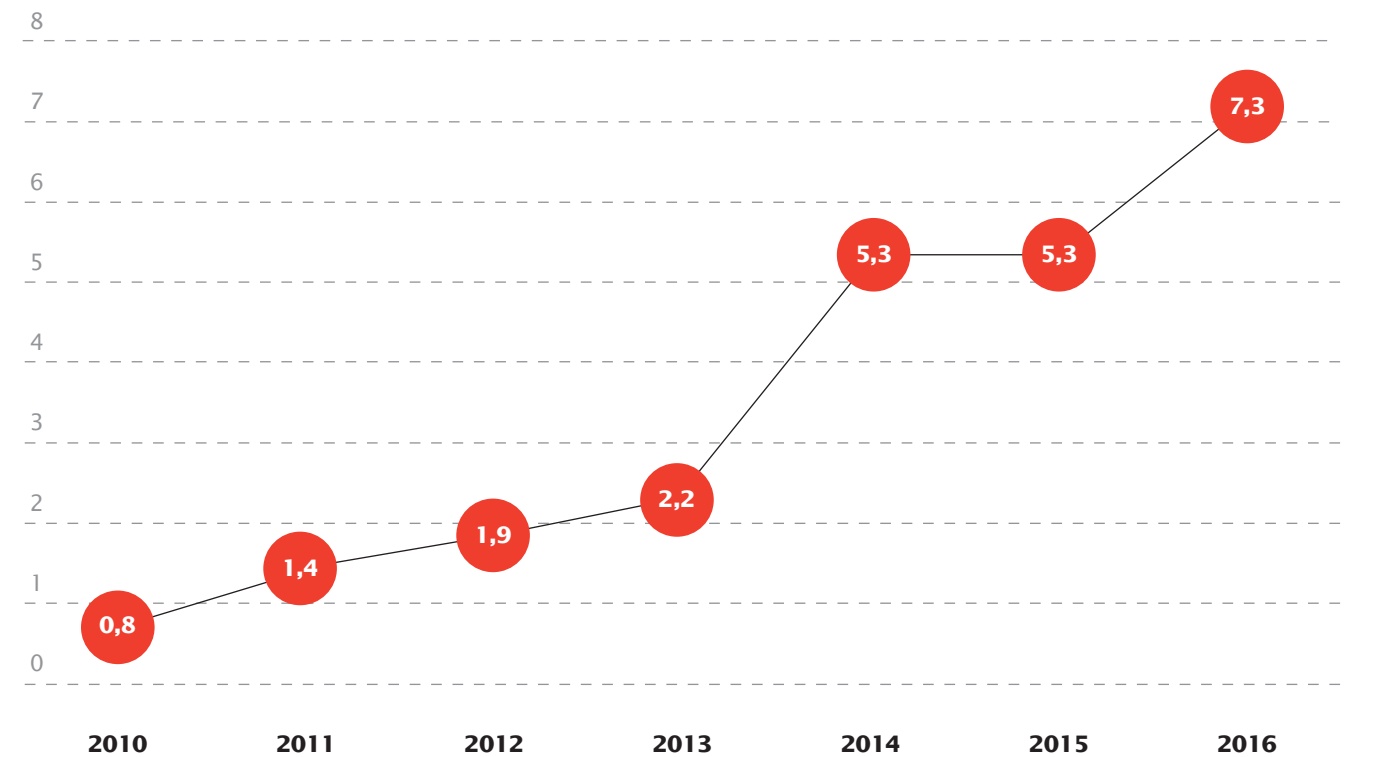
Umsatz des globalen Digital-Health-Marktes nach Segmenten; weltweit; in Milliarden US-Dollar

Jahr	Wireless Health	Mobile Health	Telehealth	EMR / EHR*
2015	39	8	12	20
2016	48	14	14	20
2017	59	21	17	21
2018	73	28	19	22
2019	89	37	22	23
2020	110	46	26	24

*EMR – electronic medical record / EHR – electronic health record = elektronische Patientenakte; Quelle: Roland Berger

Steigende Investitionen

Gesamtvolumen der Investment-Deals im Bereich Digital Health weltweit; in Milliarden Euro



Quelle: StartUp Health Insights Report: 2016 Digital Health Funding Rankings

Gesteigerte Verkäufe

Verkaufte tragbare Digital-Health- und Wellness-Produkte; weltweit; in Millionen*



Sport- und Bewegungstracker

2013	32,46
2014	42,64
2015	57,42



Smartwatches

2013	1,23
2014	7,44
2015	24,92



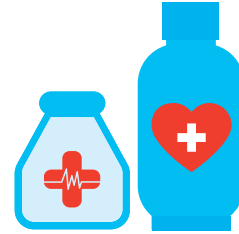
Smart Glasses

2013	0,01
2014	2,13
2015	10,57



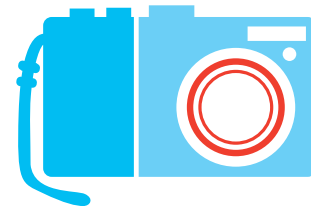
tragbare 3-D-Bewegungstracker

2013	k. A.
2014	0,87
2015	2,00



Gesundheitsversorgung

2013	13,45
2014	22,59
2015	34,25



tragbare Kameras

2013	6,64
2014	13,61
2015	15,81



Smart Clothing

2013	0,03
2014	0,72
2015	1,24

*2014 und 2015: Prognose. Quelle: ABI Research – MobilHealthNews

Verhaltene Begeisterung

Erwarteter Nutzen vom verstärkten Einsatz digitaler Technik im Gesundheitsbereich; 1051 Befragte ab 18 Jahren; Deutschland; 2017; in Prozent

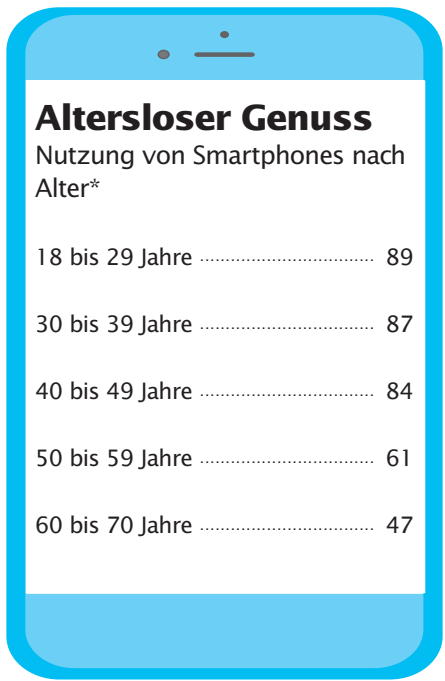
Therapiegebiet	weiblich	männlich	gesamt
bessere Früherkennung	57	56	56
bessere Betreuung	40	43	41
Verbesserung der Kommunikation mit Ärzten	40	43	41
Entlastung des medizinischen Personals	41	40	40
Hilfe zur Selbsthilfe	38	28	33
bessere Heilungschancen auch bei schweren Erkrankungen	29	29	29
zuverlässigere Diagnosen	26	31	29
mehr Transparenz	26	30	28
Entlastung der Patienten	26	26	26
weniger fachliche Fehler	24	25	25
Kostensparnisse	21	25	23
Ich verspreche mir nichts davon	11	15	13
Sonstiges	1	0	1

Quelle: Statista

Tägliche Nutzung

Nutzung elektronischer Geräte*

Smartphone	74
Notebook / Laptop	70
stationärer PC	55
Tablet	47
konventionelles Handy	32
Smartwatch	2
nichts davon	2



Eindeutige Haltung

Anteil der Befragten, die soziale Netzwerke wie Facebook, Twitter oder Xing zum Informationsaustausch von Gesundheitsthemen nutzen würden*

Ja, nutze ich heute schon	10
Ja, kann ich mir künftig vorstellen ..	10
Nein, kommt gar nicht infrage	80
weiß nicht	1

Gemischte Gefühle

Wunsch, künftig Gesundheitsinformationen über das Internet zu erhalten, nach Alter und Gesundheitszustand*

Wünschen Sie sich, dass es in zehn Jahren üblich sein wird, sich im Internet zu Gesundheitsthemen zu informieren?

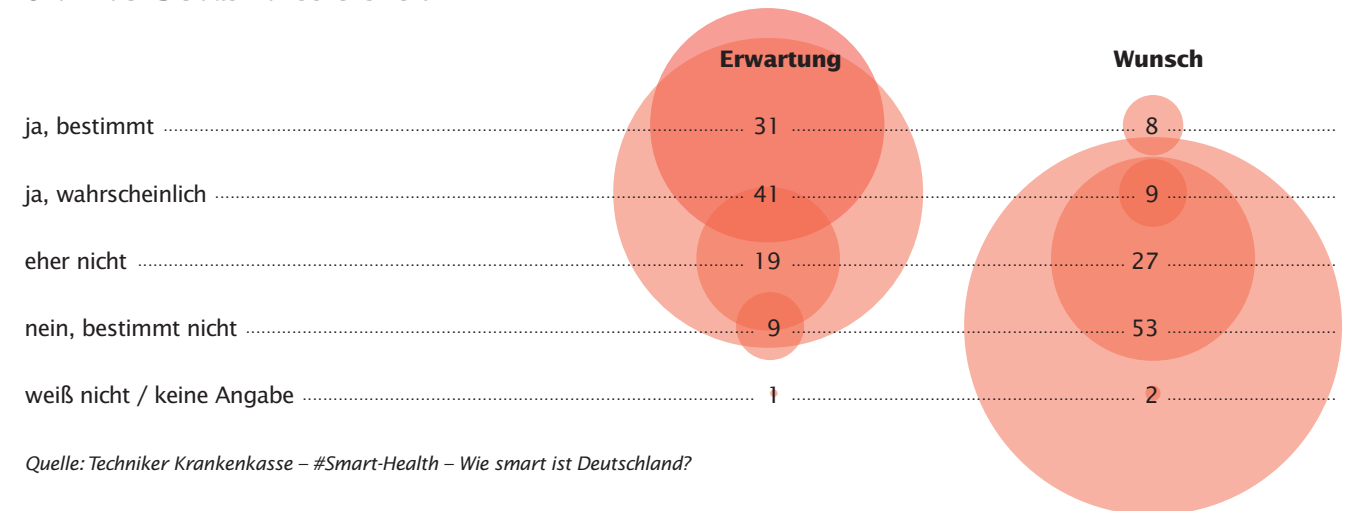
	ja	nein / keine Angabe
18 bis 29 Jahre	67	33
30 bis 39 Jahre	55	45
40 bis 49 Jahre	50	50
50 bis 59 Jahre	52	48
60 bis 70 Jahre	41	59
bei guter Gesundheit	55	45
bei zufriedenstellender Gesundheit	54	46
bei schlechter Gesundheit	33	67

*1001 in Privathaushalten lebende deutschsprachige Personen von 18 bis 70 Jahren; 2016; in Prozent. Rundungsdifferenzen möglich.
Quelle: Techniker Krankenkasse – #Smart-Health – Wie smart ist Deutschland?

Erwartet, aber nicht erwünscht – oder vielleicht genau umgekehrt?

Zukünftige Bedeutung sozialer Netzwerke beim Austausch über Gesundheitsthemen; 1001 in Privathaushalten lebende deutschsprachige Personen von 18 bis 70 Jahren; 2016; in Prozent

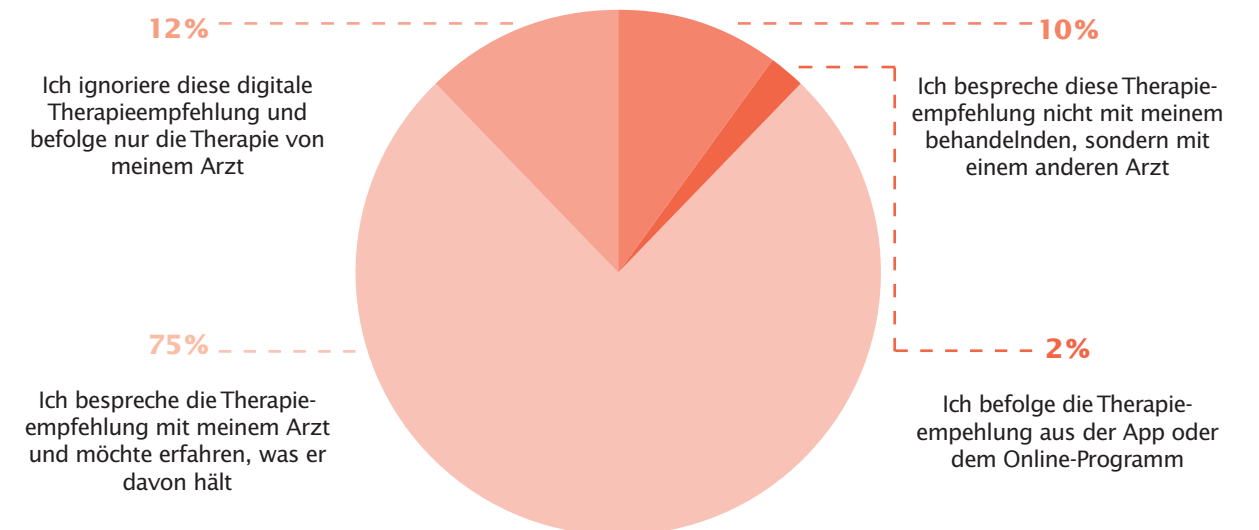
Wird es in zehn Jahren üblich sein, sich in sozialen Netzwerken zu Gesundheitsthemen auszutauschen? Und finden Sie das wünschenswert?



Quelle: Techniker Krankenkasse – #Smart-Health – Wie smart ist Deutschland?

Digital ist gut, persönlich ist besser

Auswirkungen einer Therapie-Empfehlung einer App oder eines Online-Programms auf die Therapie-Entscheidung; 6953 Befragte; Deutschland; 2017; in Prozent



Quelle: EPatient RSD



Mehrheitlich skeptisch

Vorstellbarkeit der Nutzung verschiedener M-Health-Geräte / -Dienste; 2000 Befragte; Deutschland; 2017; in Prozent

Gerät	eher ja	eher nicht	auf keinen Fall
Fitness-Tracker	47	32	21
Smartwatch	41	35	24
Fitness- / Gesundheits-Apps	29	41	30

Quelle: Deloitte, Bitkom

Unterschiedlich kritisch

Warum können Sie sich eine Nutzung der genannten M-Health-Geräte / -Dienste nicht vorstellen?; 2000 Befragte; Deutschland; 2017; in Prozent

Gerät	Entspricht Bedürfnissen nicht	Datensicherheit	zu teuer	Dienste unbekannt	Sonstige
Fitness-Tracker	43	14	20	9	14
Smartwatch	37	13	33	7	10
Fitness- / Gesundheits-Apps	39	19	10	10	21

Quelle: Deloitte, Bitkom



Vorsichtig optimistisch

Vorstellbarkeit, digitale Verfahren im Krankheitsfall in Anspruch zu nehmen; 1009 Befragte ab 14 Jahren; Deutschland; 2016; in Prozent

	Würde ich auf jeden Fall in Anspruch nehmen	Kann ich mir vorstellen, in Anspruch zu nehmen
telemedizinische Überwachung des eigenen Gesundheitszustands	20	39
Operationen, die von Spezialisten aus der Ferne unterstützt werden	14	45
Online-Sprechstunde mit dem Arzt	17	16

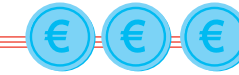
Quelle: Bitkom

Erstaunlich futuristisch

Vorstellbarkeit, digitale Instrumente oder Verfahren künftig im Krankheitsfall zu nutzen; Internetnutzer ab 14 Jahren, die sich im Internet über Gesundheitsthemen informieren; Deutschland; 2016; in Prozent

	Würde ich auf jeden Fall in Anspruch nehmen	Kann ich mir vorstellen, in Anspruch zu nehmen
Operations-Roboter	24	23
digitale Tabletten, die Information z. B. an ein Smartphone senden	24	26
unter die Haut implantierte Mikrochips zur Überwachung von Körperfunktionen	15	18

Quelle: Bitkom

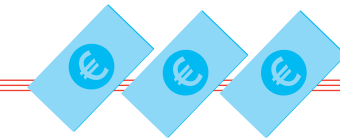


Dauerhaft gebucht

Monatliche Ausgaben für die Nutzung von Digital-Health-Applikationen und -Services in Deutschland nach Haushaltseinkommen; 3149 Befragte im Alter von 16 bis 69 Jahren, die Digital-Health-Hardware nutzen; 2015; in Prozent

Ausgaben	HH-Einkommen in Euro					
	< 1000	1000 – 2000	2000 – 3000	3000 – 3500	3500 – 5000	> 5000
weniger als 2 Euro	73	71	62	55	62	66
2 bis 4 Euro	9	9	10	10	10	6
5 bis 7 Euro	7	9	13	15	10	10
8 bis 9 Euro	3	4	6	10	9	7
10 bis 14 Euro	4	4	5	6	5	5
15 Euro oder mehr	5	3	5	4	4	7

Rundungsbedingt ergeben die Summen nicht zwingend 100%. Quelle: Statista



Einmalig investiert

Anschaffungskosten von Digital-Health-Hardware nach Haushaltseinkommen; 3149 Befragte im Alter von 16 bis 69 Jahren, die Digital-Health-Hardware nutzen bzw. genutzt haben; 2015; in Prozent

Anschaffungskosten	HH-Einkommen in Euro					
	< 1000	1000 – 2000	2000 – 3000	3000 – 3500	3500 – 5000	> 5000
weniger als 50 Euro	74	67	54	43	51	50
50 bis 99 Euro	16	19	23	23	19	20
100 bis 499 Euro	8	12	20	27	24	19
500 bis 999 Euro	2	2	3	6	5	6
1 000 Euro oder mehr	1	0	1	1	1	5

Rundungsbedingt ergeben die Summen nicht zwingend 100%. Quelle: Statista



Künftig budgetiert

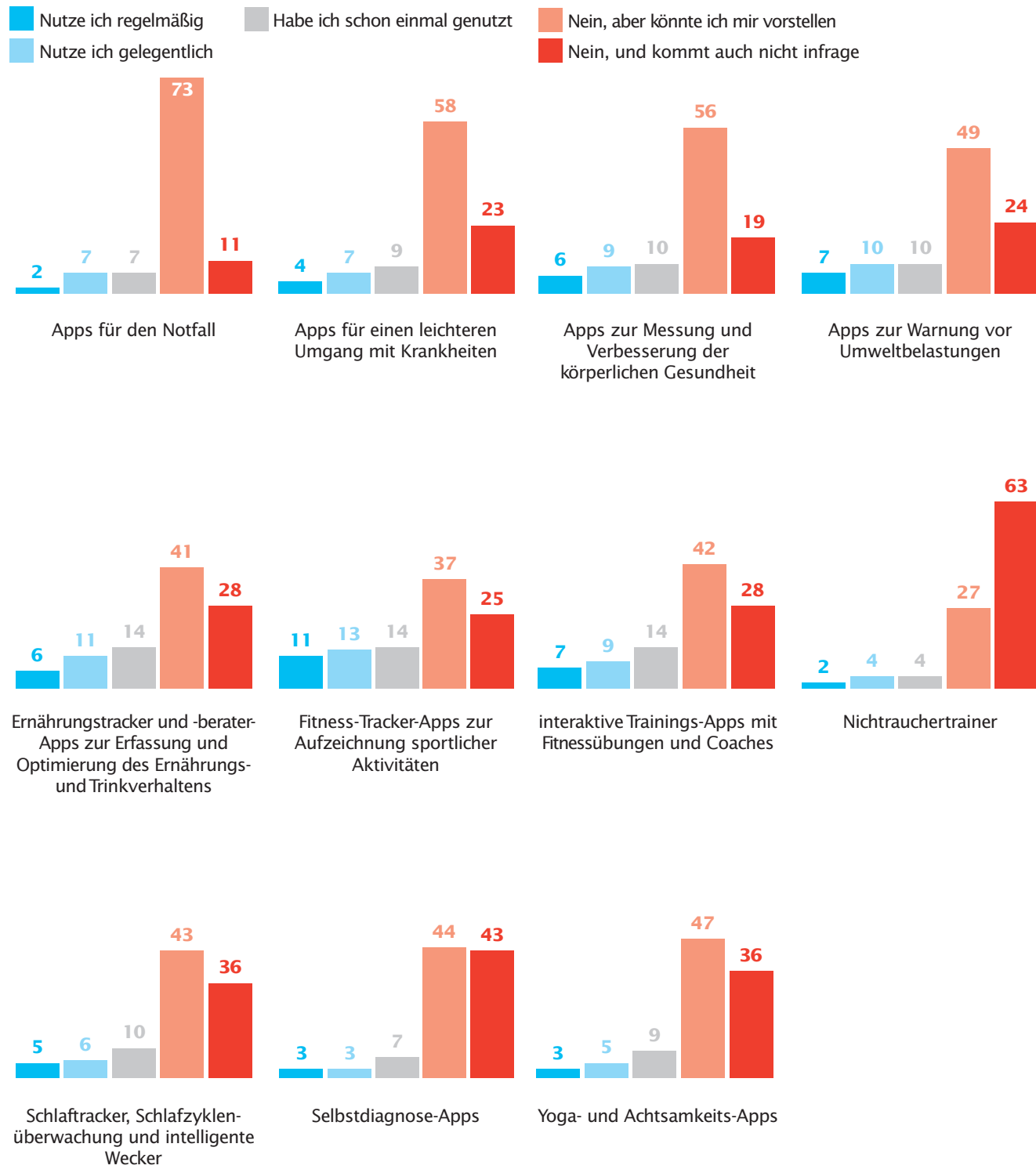
Zahlungsbereitschaft für die Nutzung von Digital-Health-Services nach Haushaltseinkommen; 2804 Befragte im Alter von 16 bis 69 Jahren, die eine Anschaffung von Digital-Health-Hardware planen; 2015; in Prozent

Zahlungsbereitschaft	HH-Einkommen in Euro					
	< 1000	1000 – 2000	2000 – 3000	3000 – 3500	3500 – 5000	> 5000
weniger als 50 Euro	62	52	42	32	33	30
50 bis 99 Euro	27	34	31	31	33	31
100 bis 499 Euro	9	13	24	31	26	27
500 bis 999 Euro	3	1	3	6	6	10
1 000 Euro oder mehr	1	0	0	0	2	2

Mehrfachantworten waren möglich. Quelle: Statista

Vor allem sportlich

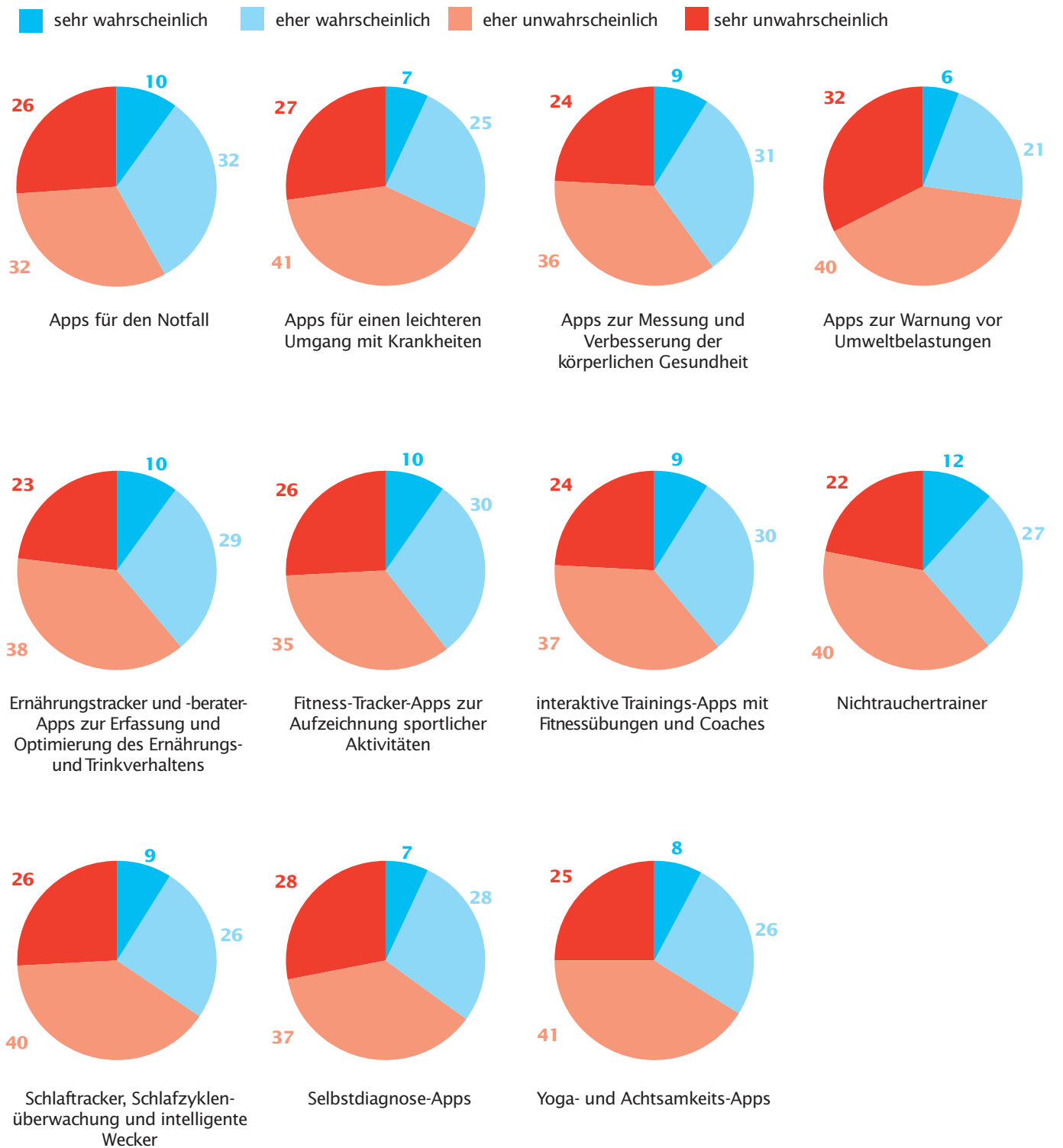
Nutzungshäufigkeit verschiedener App-Typen im Gesundheitsbereich; 1051 Befragte* ab 18 Jahren; Deutschland; 2017; in Prozent



*Gesamtstichprobe, Zahl je App-Typ variabel; Befragte, die die jeweilige Anwendung bereits nutzen oder sich die Nutzung vorstellen können. Quelle: Statista

Vor allem günstig

Bereitschaft, für eine Gesundheits-App zu bezahlen, nach App-Typen; 1051 Befragte* ab 18 Jahren; Deutschland; 2017; in Prozent



*Gesamtstichprobe, Zahl je App-Typ variabel; Befragte, die die jeweilige Anwendung bereits nutzen oder sich die Nutzung vorstellen können. Quelle: Statista

Messen, erfassen, überwachen und optimieren

Nutzung verschiedener Geräte und Anwendungen aus dem Bereich E-Health; 1051 Befragte ab 18 Jahren; Deutschland; 2017; in Prozent



Quelle: Statista

Am liebsten telefonisch ...

Kontaktkanäle, die schon genutzt wurden, um die Krankenversicherung zu kontaktieren (nach Krankenkasse); 1051 Befragte ab 18 Jahren; Deutschland; 2017; in Prozent

Kontaktkanal	Sonstige	AOK	Barmer GEK	DAK-Gesundheit	IKK	Techniker Krankenkasse
Brief	41	41	46	38	49	44
E-Mail / Kontaktformular auf der Website	56	45	55	53	44	50
Facebook	4	5	0	3	1	1
Fax	5	5	6	5	7	4
Kundenbereich / FAQ auf der Website	13	11	13	18	7	16
Messenger	2	1	1	0	1	0
Onlineportal (Interaktives Kundenforum)	9	6	10	3	7	14
persönlicher Besuch	25	58	53	43	44	35
Telefon	70	68	72	70	75	70
Textchat	2	3	1	7	1	1
Twitter	1	1	1	2	0	1
Videochat	0	1	0	0	0	1
Sonstiges	1	0	0	2	1	0
keinen davon	5	3	4	2	0	5

Quelle: Statista

... oder per E-Mail

Bevorzugter Kontaktkanal zur Krankenkasse; 1051 Befragte ab 18 Jahren; Deutschland; 2017; in Prozent

Kontaktkanal	Sonstige	AOK	Barmer GEK	DAK-Gesundheit	IKK	Techniker Krankenkasse
Brief	26	23	23	23	22	22
E-Mail / Kontaktformular auf der Website	66	59	62	67	59	59
Facebook	6	7	3	2	3	2
Fax	6	5	2	7	6	4
Kundenbereich / FAQ auf der Website	19	15	21	17	16	17
Messenger	4	7	4	5	4	2
Onlineportal (Interaktives Kundenforum)	17	14	11	15	16	18
persönlicher Besuch	21	48	34	43	41	26
Telefon	67	63	73	70	69	68
Textchat	4	4	4	5	6	4
Twitter	1	2	0	0	1	0
Videochat	2	3	1	0	0	2
Sonstiges	1	0	1	0	0	1

Quelle: Statista

Top oder Flop?

Das Gesundheitssystem ist mehr als eine wirtschaftliche Größe. Es entscheidet über das Wohlergehen eines Landes und seiner Menschen. Die Unterschiede erkennt man daher nicht nur am Preis. In den folgenden fünf Beispielen ist etwa unter anderem die höchste und die niedrigste Lebenserwartung der westlichen Welt zu finden.



Oslo

Norwegen: Wohlfühlversicherung oder Zweiklassengesellschaft?

Text: Matthias Hannemann

Im „Better Life Index“, einem globalen Länder-Ranking der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) zur Lebensqualität in 38 Staaten, nimmt Norwegen den Spitzenplatz ein. Das entspricht ganz dem Bild, das Außenstehende mit dem skandinavischen Staat verbinden, und hat einen simplen Grund: Die gut fünf Millionen Einwohner profitieren vom Öl- und Gasreichtum vor der Küste ihres Landes. Und das gilt auch für ihr öffentliches Gesundheitssystem.

In dem sozialdemokratisch geprägten Wohlfahrtsstaat gibt es weder eine

Vielzahl gesetzlicher Krankenkassen noch eine Zweiklassen-Behandlung im Krankenhaus: Alle zahlen brav über die *trygdeavgift* ins staatliche Sozialsystem ein und werden im Gegenzug umfassend medizinisch versorgt. Schon das ist in einem derart weitläufigen und dünn besiedelten Land keine geringe Herausforderung, auch wenn das System nicht perfekt ist: Die Wartezeiten auf einen Arzttermin sind ein ewiges Thema, und Zahnarztbesuche müssen erwachsene Norweger sogar selbst zahlen – sie sind in ihrer staatlichen Versicherung nicht eingeschlossen.

Wer in Norwegen dringend zum Arzt muss, fragt erst einmal seinen Hausarzt, ob er Zeit hat. Sollte der abwinken oder die Sprechstunde vorbei sein, kann die *legevakt*, die örtliche Notfallpraxis aufsuchen. In beiden Fällen zahlen Erwachsene einen Teil der Kosten selbst. Der Besuch eines Allgemeinmediziners schlägt derzeit tagsüber mit 152 Kronen (16 Euro) zu Buche, abends und nachts sind es 257 Kronen (27 Euro).

Muss ein Spezialist konsultiert werden ist das teurer, auch Laborproben oder Röntgenuntersuchungen zum Beispiel kosten extra. Medikamente zahlt

man ebenfalls erst einmal selbst. Für sämtliche Eigenleistungen existieren Ausnahmen, etwa für chronisch Kranke. Und für alle Versicherte gibt es einen jährlichen Deckel, der bei ungefähr 2000 Kronen liegt (211 Euro). Das ist nicht viel, zumal das Lohn- und Preisniveau in Norwegen höher ist als bei uns.

Für alle, die mehr zahlen wollen und können, haben sich einige private Anbieter etabliert: Sie locken mit kürzeren Wartezeiten, sind aber nicht billig. Einer der ältesten ist eine 1986 eingerichtete Privatklinik in der Hauptstadt, die für einen normalen Arztbesuch 850 Kronen

(90 Euro) berechnet. Seit etwas mehr als einem Jahrzehnt bieten auch einige Arbeitgeber den Mitarbeitern private Versicherungen an. Typische Leistungen sind kleine ambulante Eingriffe, Physiotherapien oder die zweite Arztmeinung.

Die Versicherungsbranche behauptet, die private Leistung trüge dazu bei, die krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz zu verringern. Doch das ist umstritten. Der Gesundheitsexperte Steinar Westen aus Trondheim erklärte im norwegischen Rundfunk, dass alle, die Hilfe benötigten, sie auch ohne Zusatzversicherungen bekämen. Warum dann im Sommer 2016 fast eine halbe Million Norweger eine private Versicherung hätte? „Sie kaufen ein Gefühl.“

Andere Beobachter sehen in der Entwicklung sogar ein soziales Problem. Das „explosive“ Wachstum privater Kliniken in den vergangenen Jahren bedeute „in der Praxis, dass man sich mit Geld in der Warteschlange nach vorn kaufen kann, wenn es um Krebsvorsorge oder schmerzlindernde Operationen geht“, fasste etwa der Gesellschaftswissenschaftler Thomas Laudal die Angst vor der Zweiklassengesellschaft zusammen.

Dabei ist die private Versorgung in Norwegen bisher arg begrenzt, meist geht es nur um ambulante Dienste. In den staatlichen Krankenhäusern gibt es bis heute keine Privatpatienten, die besonders behandelt oder besser untergebracht würden – vor dem Arzt sind alle Norweger gleich. Manchmal nutzt sogar das öffentliche System selbst die privaten Ressourcen: Wenn in den staatlichen Häusern alle Betten belegt sind, werden Patienten auch schon mal in Privatkliniken untergebracht. Und falls ein Fall so schwierig ist, dass im kleinen Norwegen die medizinische Kompetenz fehlt, ist sogar eine Behandlung im Ausland möglich. >



Argentinien: Eigene Versicherung oder eigene Bettwäsche?

Text: Karen Naundorf

Auf dem Weg zu ihrem Arbeitsplatz im Penna Krankenhaus in Buenos Aires muss Carlota Salomón morgens an der Notaufnahme vorbei. Dort sieht sie jeden Tag zahlreiche Patienten, die seit Stunden warten – einige liegen sogar in Betten auf dem Flur, weil Zimmer fehlen. Trotzdem arbeitet die Internistin gern in dem öffentlichen Krankenhaus: „In Argentinien hat jeder Bürger ein Anrecht darauf, versorgt zu werden“, erklärt sie stolz. „Niemand fällt durchs Raster.“ Die meisten Patienten im Penna, weiß die Ärztin, würden schwarzarbeiten oder seien arbeitslos und könnten sich keine Krankenversicherung leisten.

Die gute Nachricht für die vielen Argentinier ohne Versicherung lautet: In öffentlichen Krankenhäusern werden sie kostenlos behandelt. Die schlechte ist: Das öffentliche System ist chronisch überlastet und unterfinanziert. Nicht nur die Ausstattung mit medizinischem Gerät ist bescheiden; wer stationär behandelt wird, muss Bettwäsche, Handtücher und sogar sein Essbesteck mitbringen. Vor den Krankenhäusern bilden sich trotzdem schon ab vier oder fünf Uhr früh Schlangen, die Wartenummer für einen Termin gibt es nur morgens – um acht Uhr sind meist alle vergeben. Medikamente gibt es für stationäre Patienten zwar gratis, aber natürlich ebenfalls nur, solange der Vorrat reicht.

Carlota Salomón hat die Grenzen des Systems am eigenen Leib erfahren. Als sie sich vor ein paar Jahren den Fuß verbrühte, sollte sie sechs Wochen auf eine Operation warten. „Die Wartezeit“, sagt sie, „hätte die Chance auf eine Heilung stark verringert.“ Seitdem hat sie eine private Krankenversicherung.

Niemand wartet gern lange, erst recht nicht, wenn er krank ist. Deshalb zahlen mehr als 60 Prozent der 43 Millionen Einwohner in alternative Systeme ein. In Argentinien existieren etwa 300 von den Gewerkschaften verwaltete Sozialwerke, die zum Teil eigene Krankenhäuser betreiben. Außerdem gibt es private

Krankenversicherungen, die in der Regel für einen Krankenhausverbund gelten. Der Preis ist von der Leistung abhängig, doch schon die Grundversorgung kostet mindestens 200 Euro monatlich. Eine stolze Summe, insbesondere für die vielen Selbstständigen.

Ob ein Krankenhaus öffentlich oder privat betrieben wird, sieht man sofort. Im Vergleich zum Penna wirkt etwa das Privatkrankenhaus Sanatorio Otamendi wie ein Viersternehotel. Die Patienten sind in Einzelzimmern untergebracht, mit Internetverbindung, versteht sich. Sogar ihre Besucher können sich im hauseigenen Restaurant Gerichte vom Chefkoch aufs Zimmer des Patienten bestellen. Das Haus verfügt über ein Schlaflabor und modernstes Diagnostik-Equipment. Keine Frage: Wenn schon ins Krankenhaus, dann am liebsten in so eines.

Für die meisten bleibt der Wunsch unerfüllbar, doch es gibt bei allen Unterschieden eine gute Nachricht für Patienten mit schmalem Geldbeutel: Die Ärzte in den öffentlichen Krankenhäusern, vor allem in den Unikliniken, sind oft hoch qualifiziert. Und weil viele Mediziner sowohl im öffentlichen Dienst als auch im Privatkrankenhaus arbeiten, um ihr Leben zu finanzieren, werden die armen und die wohlhabenden Argentinier häufig sogar von denselben Ärzten versorgt.

Auch Carlota Salomón ist in beiden Systemen tätig und sieht keinen Unterschied für ihre Arbeit. „Jeder Patient ist für mich gleich wichtig“, sagt sie. „Ob ich in meiner Privatpraxis bin oder im öffentlichen Krankenhaus ist egal.“

Japan: Mundschutz oder Antibiotikum?

Text: Sonja Blaschke

Japanische Mediziner sind oft recht pragmatisch. „Sie haben Heuschnupfen? Wie wäre es, wenn Sie draußen einen Mundschutz tragen?“ So lautete der Rat einer Ärztin in einer der besten Kliniken Tokios. Natürlich gibt es auch Medikamente gegen Heuschnupfen, doch sie sind nicht das erste Mittel der Wahl. Ähnliches gilt für Halsweh oder eine leichte Erkältung, wenn auch nicht flächendeckend: Während manche Ärzte Antibiotika verschreiben, empfehlen andere einen Mundschutz, der für weniger als einen Euro an jedem Zeitungskiosk erhältlich ist. Damit schleppen sich Japaner aus Angst vor Ärger mit den Kollegen auch dann noch ins Büro, wenn sie sich besser zu Hause ausruhen sollten. Zur Influenza-Saison hilft der Mundschutz aber auch vielen Pendlern, sich zu den Stoßzeiten in Tokios U-Bahn sicher zu fühlen.

Trotz solcher Eigenheiten: Japan besitzt eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, auf das es zu Recht stolz ist. Die allgemeine Krankenversicherung für alle Bürger wurde 1961 eingeführt, für Angestellte existierte sie bereits seit 1922. Die 127 Millionen Einwohner können zwischen mehr als 3400 Versicherungsträgern wählen: staatliche, quasistaatliche und Betriebskrankenkassen, die nicht miteinander konkurrieren.

Der Staat legt die Höhe der Krankenversicherungsgebühren fest und zahlt Subventionen an Lokalregierungen, Versicherer und Dienstleister. Angestellte führen über ihren Beitrag die

Lohnabrechnung ab, während Selbstständige und Arbeitslose in die *Kenko Hoken* einzahlen, eine Bürgerversicherung. Die Höhe des Beitrags hängt vom Einkommen des Vorjahres sowie vom Wohnort ab. Private Versicherungen spielen nur am Rande eine Rolle, beispielsweise als Zusatzversicherung für die Krebstherapie. Für Versicherte ab 40 Jahren kommen Zahlungen für die Langzeitpflege im Alter hinzu.

Vor jedem Arztbesuch ist die Versicherungskarte vorzuzeigen und die Selbstbeteiligung von 30 Prozent zu zahlen – Kinder und Senioren zahlen 10 oder 20 Prozent. Eine kurze Konsultation kostet umgerechnet zwei Euro Eigenanteil, auch sonst sind die Kosten relativ gering. Bei schweren Erkrankungen liegt der maximale monatliche Eigenanteil für Normalverdiener bei rund 650 Euro. Ab etwa 800 Euro im Jahr sind die Kosten für medizinische Behandlungen steuerlich absetzbar.

Egal ob Hausarzt oder Spezialist: In Japan besteht freie Arztwahl. Das hatte früher zur Folge, dass die Wartesäle der besten Krankenhäuser mit Patienten überfüllt waren, die nur kleine Beschwerden hatten. Inzwischen hat der Staat die Position des Hausarztes gestärkt. Wer ohne Überweisung in ein Universitätskrankenhaus geht, muss seitdem mit einer Gebühr von etwa 40 Euro rechnen.

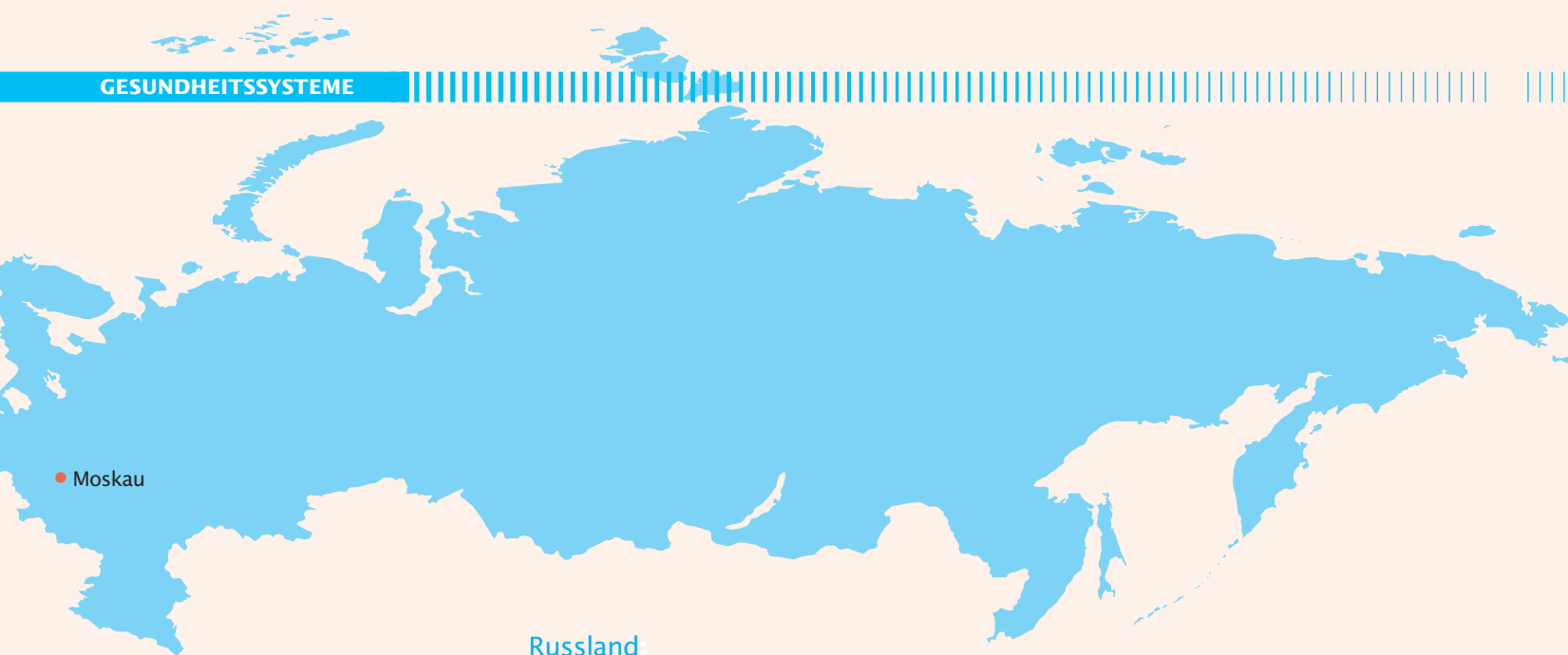
Ein noch ungelöstes Problem sind ältere Patienten, die Krankenhausbetten blockieren, während sie auf einen Platz im Pflegeheim warten. In Zukunft will

die Regierung deshalb die Pflege zu Hause fördern und ausbauen.

Mit fast 84 Jahren haben Japaner die höchste Lebenserwartung der Welt – nicht zuletzt dank systematischer Prävention. Festangestellte müssen jedes Jahr zum *kenko-shindan*, einem umfassenden Gesundheits-Check, dessen Ergebnisse auch dem Arbeitgeber mitgeteilt werden. Weist dabei etwa das Blut zu hohe Fettwerte auf, wird ein Seminar über das metabolische Syndrom nahegelegt, also Fettleibigkeit und ihre Folgen. Menschen mit einem Body Mass Index von über 30 sind in Japan noch selten – und das soll so bleiben, schließlich bedeuten sie höhere Kosten für das Gesundheitssystem. Die wachsenden ohnehin: 1995 lagen sie noch bei 6,6 Prozent des Bruttoinlandsproduktes, 2014 betrug sie schon 10,2 Prozent – Tendenz weiter steigend. Die Ausgaben für Ältere sind nun einmal um ein Vielfaches höher als für Junge.

Gerade weil Japans Gesundheitswesen so fortschrittlich ist, wirkt manches besonders altmodisch und widersprüchlich. Die Antibabypille beispielsweise wurde erst 1999 zugelassen. Und während manche Ärzte nur ungern Tabletten gegen Allergien verschreiben, haben sie keine Hemmungen bei Psychopharmaka. Seelische Probleme werden in Japan oft übermedikamentiert – Gesprächstherapien dagegen sind kaum im Angebot. ➤





Russland Wodka oder Weltreise?

Text: Lothar Deeg

Mehr als zwei Drittel der russischen Bevölkerung sind stolz auf ihr Land, ergab eine Umfrage des Instituts Levada-Center im April 2017. Fragt man nach konkreten Gründen dafür, wird das Gesundheitssystem zuletzt genannt: Nur klägliche zwei Prozent finden es lobenswert. Eine Umfrage des Meinungsforschungsinstitut FOM ergab sogar, dass 60 Prozent der Bevölkerung damit unzufrieden sind.

Das ist kein Wunder, schließlich haben viele Russen eigentlich keinerlei Art von Gesundheitsversorgung. Nur in jedem dritten der rund 130 000 Dörfer im Land gibt es überhaupt irgendeine Form der medizinischen Infrastruktur. Und die jüngste staatliche Gesundheitsreform setzt auf weiteren Personalabbau und die Zentralisierung medizinischer Dienste.

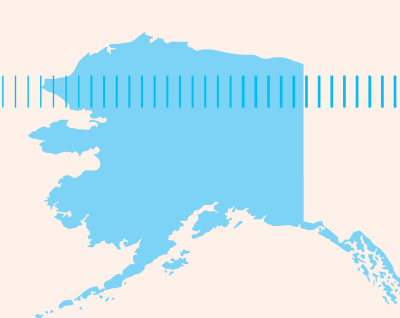
Unrentable Provinzkrankenhäuser und Medipunkte sollen von modernen, gut ausgestatteten Kliniken in den Regional-Metropolen ersetzt werden. Das Problem für die betroffene Landbevölkerung ist bloß: Man muss es erst mal irgendwie dorthin schaffen – im größten Land der Erde sind die Wege weit und oft in schlechtem Zustand. In der Zeitschrift *Ogonjok* hieß es dazu: „Einen Arztbesuch misst man nicht in Fahrkilometern, sondern in Tagen.“

Dabei ist Russlands Gesundheitssystem theoretisch höchst sozial – das Recht auf kostenlose medizinische Versorgung für alle steht sogar in der Verfassung. Jeder Bürger hat Anspruch auf eine Versicherung, die eine Grundversorgung inklusive Zahnbehandlung garantiert. Zahlen müssen dafür nur die Werkstätigen beziehungsweise ihre Arbeitgeber, der Satz liegt bei 5,1 Prozent des Bruttolohns. Für alle anderen kommt der Staat auf. Eine Handvoll Versicherer, die den Markt weitgehend unter sich aufgeteilt haben, fungieren als Mittler zwischen den staatlichen Krankenversicherungsfonds und den Leistungsträgern.

In den Städten gibt es zwar genug Ärzte und Kliniken, doch auch dort ist die Lage nicht rosig. „Die Inkompetenz in den Polikliniken ist erschreckend“, sagt etwa Alexander Suchin, ein 47-jähriger Jurist aus St. Petersburg. Ein Arzt habe seinen chronischen Schnupfen mit ausfließender Hirnflüssigkeit erklärt. Suchin hat vollstes Verständnis, wenn seine Landsleute Krankheiten verdrängen oder selbst behandeln – und das nicht nur mit Hausmitteln. „Viele fragen in der Apotheke nach geeigneten Arzneien“, erzählt er. Wohlsortierte Apotheken gibt es an jeder Ecke, und viele Medikamente sind rezeptfrei erhältlich.

In der Folge werden schwere Erkrankungen oft zu spät erkannt und behandelt. „Die Leute gehen erst zum Arzt, wenn Wodka nicht mehr hilft“, sagt der Chirurg einer St. Petersburger Krebsklinik. Im Krankenhaus sind Patienten zudem häufig mit Korruption konfrontiert: Um einen Operationstermin, einen guten Arzt oder ein anständiges Zimmer zu bekommen, werden Geschenke oder Bargeld erwartet. Kein Wunder, das medizinische Personal ist überfordert und wird miserabel entlohnt. Wer es sich leisten kann, sucht deshalb lieber gleich eine kommerzielle Klinik auf: Parallel zum staatlichen gibt es ein privat finanziertes Gesundheitswesen für alle, die es bezahlen können oder – was eher selten vorkommt – sich entsprechende Zusatzversicherungen leisten.

In den vergangenen sieben Jahren ist die durchschnittliche Lebenserwartung von 69 auf 72 Jahre gestiegen, doch das liegt wohl kaum an der guten medizinischen Versorgung. Ein Bloomberg-Rating von 2016 zur Effizienz von Gesundheitssystemen bescheinigte Russland unter den 55 untersuchten Ländern den letzten Platz.



USA: Versicherung oder Bankrott?

Text: Steffi Kammerer

Kürzlich kam eine Freundin ins Krankenhaus, Verdacht auf Herzinfarkt. Es war falscher Alarm, nach zwei Tagen durfte sie wieder nach Hause. Die Rechnung für den Aufenthalt inklusive Röntgenaufnahme des Brustkorbes und Herzkatheter-Untersuchung belief sich auf 83 185 Dollar. Die Versicherung weigert sich zu zahlen, nun soll ein Anwalt helfen.

Die Krankenhausgebühren in den USA sind zum Teil astronomisch – und ihre Berechnung scheint willkürlich: Ein Eingriff kann an verschiedenen Orten sehr viel oder sehr wenig kosten. Für Unversicherte ist ein Krankenhausaufenthalt schnell unbezahlbar, zumal es sein kann, dass ihnen dort ein Vielfaches des Preises abgeknöpft wird, den Versicherungen für ihre Patienten ausgehandelt haben. Die mangelnde Transparenz hat sogar zu einem neuen Berufsstand geführt: den Navigatoren, die Patienten helfen, den Überblick zu behalten. Trotzdem kennt jeder Geschichten über Versicherungen, die Schlupflöcher finden, um nicht zahlen zu müssen, und Menschen, die von Arztrechnungen in den Bankrott getrieben werden.

Die USA sind eines der wenigen Länder der entwickelten Welt ohne allgemeine Krankenversicherung. Die Lebenserwartung ist zwei Jahre niedriger als in Deutschland. Es gibt Gegenden, wo die Menschen im Schnitt so alt werden wie im Sudan: 66,8 Jahre. Die Säuglingssterberate ist die höchste von 27 untersuchten wohlhabenden OECD-Staaten.

Die Obama-Regierung hatte mit dem „Affordable Care Act“, Obamacare genannt, eine Reform in Gang gesetzt, die der Anfang eines Versorgungsnetzes



für alle hätte sein können. 20 Millionen Menschen wurden neu versichert, die dadurch erstmals sogar Anspruch auf langfristige Behandlungen wie Psychotherapien hatten. Für die Versicherungen bedeutete Obamacare allerdings auch, dass sie niemanden mehr wegen bestehender Erkrankungen ablehnen konnten. Auch Jahres- oder Lebenszeit-Limits waren nicht mehr möglich – bis dahin konnten Versicherungen Policen verkaufen, die nur bis zu einem bestimmten Alter oder Zeitpunkt galten, danach mussten die Versicherten alle Kosten selber tragen. Anfang Mai stimmte die republikanische Mehrheit dafür, große Teile von Obamacare abzuschaffen. Wie es weitergeht, ist noch ungewiss.

Immerhin gibt es seit Mitte der Sechzigerjahre zwei staatliche Versicherungsprogramme, die ihre Klientel ganz gut versorgen: Medicare für Rentner und Behinderte, Medicaid für sozial Schwache. Für die übrige Bevölkerung sind private Versicherer zuständig, viele Bürger sind dort über ihre Arbeitgeber versichert. Die nutzen Versicherungen als Köder: Die Boston Consulting Group etwa übernimmt nicht nur 100 Prozent der Krankenkassenbeiträge ihrer Angestellten, sondern auch die der Ehepartner.

Obamacare war für alle gedacht, die durch dieses System fallen, unter anderem die Selbstständigen, doch selbst unter ihnen war die Reform umstritten.

Die monatlichen Kosten lagen zwischen 300 und 1200 Dollar, die jährliche Selbstbeteiligung betrug 400 bis 6000 Dollar, mit jedem neuen Lebensjahr stiegen die Raten. Viele Amerikaner nahmen da lieber die Strafsteuer von 2,5 Prozent des Bruttoeinkommens in Kauf, mit der die Regierung versuchte, die Versicherung durchzudrücken.

Gut 10 Prozent der erwachsenen Amerikaner und rund 5 Prozent der Kinder sind nicht versichert. In Zentral- und Süd-Florida gibt es Counties mit 25 und sogar mehr als 30 Prozent Unversicherten, in Texas sind es 20 Prozent. Impfungen und Gesundheits-Checks fallen für diese Menschen meist aus. Es sei denn, sie sind mobil, gut informiert und finden den Weg in eine der rund 1200 wohltätigen „Free & Charitable Clinics“, die es landesweit gibt. Dort arbeiten die Ärzte und Krankenpfleger ehrenamtlich, deshalb sind diese Kliniken häufig nur an bestimmten Tagen geöffnet.

Viele Unversicherte gehen direkt in die Notaufnahme, dort muss nach dem 1986 verabschiedeten Emergency Medical Treatment & Labor Act jeder behandelt werden, egal ob er zahlen kann oder nicht. Die Wartezeiten sind immens, doch die Versorgung ist gut. Allerdings sieht das Krankenhaus keinen Cent. Allein in den teuren Intensivstationen fallen rund die Hälfte der Fälle in diesen Bereich. Die enormen Verluste schlagen die Häuser auf ihre Gebühren auf – einer der Gründe für die absurd hohen Kosten.

Mittlerweile zahlt jeder Amerikaner oder sein Arbeitgeber im Schnitt rund 10 000 Dollar pro Jahr ins Gesundheitssystem ein – doppelt so viel wie in Deutschland. Insgesamt summierten sich die Gesundheitskosten 2015 auf 3,2 Billionen Dollar – das ist fast das Achtfache von Deutschland. <<

GLOSSAR

Adipositas: krankhafte Fettleibigkeit

Affektive Störungen: psychische Störungen, die sich vor allem durch die Veränderung der Gemütslage auszeichnen

Allergische Rhinopathie durch Pollen: Heuschnupfen

Ambulante Operationen nach §115b SGB V: Der Paragraf regelt unter anderem die Grundsätze der Abrechnung bei ambulanten Operationen

Asbestose: pathologische Veränderung der Lunge, die durch das Einatmen von Asbestfasern entsteht (Asbeststaublunge)

Bronchiektasen: irreversible sackförmige Ausweitungen der Bronchien in der Lunge, die zu starkem Husten mit viel Auswurf führen

Cholelithiasis: Gallensteinleiden

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD): Erkrankung der Lunge, die mit einer dauerhaften Verengung der Atemwege einhergeht

Chronische ischämische Herzkrankheit: Durchblutungsstörung des Herzens

CT: Computertomografie; ein bildgebendes Verfahren, das aus vielen Schicht für Schicht erstellten Röntgenaufnahmen auch die Struktur der Weichteile eines Körpers sichtbar macht

Duodenitis: Entzündung der Schleimhaut des Zwölffingerdarms

Essentielle (primäre) Hypertonie: Bluthochdruck, bei dem keine Grunderkrankung als Ursache vorliegt; häufigste Form des Bluthochdrucks

Gastroösophageale Refluxkrankheit: krankhaft gesteigerter Rückfluss des sauren Mageninhalts in die Speiseröhre

Glaukom: auch Grüner Star genannt; Gruppe von Augenerkrankungen, die den Sehnerv und die Netzhaut schädigt; eine der häufigsten Erblindungsursachen

Hypothyreose: Schilddrüsenunterfunktion, durch die der Körper mit zu wenig Schilddrüsenhormonen versorgt wird, was den gesamten Stoffwechsel verlangsamt

IKT: Informations- und Kommunikationstechnologie

Median: Mittelwert in der Statistik, Grenze zwischen zwei gleich großen Hälften von Messwerten

MKG-Chirurgie: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

MRT: Magnetresonanztomografie; ein bildgebendes Verfahren für die Darstellung von Organen (außer der Lunge) und Gewebe, das im Gegensatz zum CT für die Erstellung der Schichtaufnahmen keine Röntgenstrahlen einsetzt, sondern ein starkes Magnetfeld und Radiowellen

Nichttoxische Struma: vergrößerte Schilddrüse, die weiter funktionsfähig ist

Os sacrum (Kreuzbein) und Os coccygis (Steißbein): unterster Abschnitt der Lendenwirbelsäule, auf das Kreuzbein folgt das Steißbein

PRM: Physikalische und Rehabilitative Medizin; beschäftigt sich mit sämtlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates

(Wirbelsäulen-, Muskel-, Sehnen- und Gelenkerkrankungen) im nicht operativen Bereich

Silikose: chronische, irreversible Krankheit der Lunge, die durch das Einatmen von feinen, quarzhaltigen Staubteilchen entsteht (Quarzstaublunge), oft bei Bergleuten auftritt und das Lungengewebe verändert

Somatoforme Störungen: körperliche Beschwerden, die sich nicht auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung: leidensmindernde medizinische und pflegerische Behandlung für schwerstkranke und sterbende Patienten in ihrer gewohnten Umgebung

Spondylosethrose: degenerative Veränderung der Wirbelsäule
Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien: Störungen im Fettstoffwechsel, die zu erhöhten Cholesterin- bzw. Blutfettwerten führen

Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels: Stoffwechselerkrankungen, die auf einem erhöhten Harnsäurespiegel beruhen und u. a. zu Gicht führen können

Urogenitalsystem: Harn- und Geschlechtsapparat

Varizen der unteren Extremitäten: Krampfadem an den Beinen

Vasomotorische Rhinopathie: chronischer, nicht allergischer, nicht infektiöser Schnupfen

Zerebrovaskuläre Erkrankungen: betreffen die Blutgefäße des Gehirns

IMPRESSUM

Herausgeber: IKK classic

Chefredaktion: Susanne Risch

Artredaktion und Grafik: Britta Max, Deborah Tyllack

Chefin vom Dienst: Michaela Streimelweger

Redaktion: Gesine Braun (Leitung), Lydia Gless, Renate Hensel, Peter Lau, Kathrin Lilienthal

Recherche, Daten und Quellen:

Hubertus Bitting, Silke Giesler, Marvin Lipinski, Klaas Seestädt, Christian Siedentop

Datenstand: 31. August 2017

Konzept: brand eins Wissen, statista.com

© brand eins Wissen, Hamburg 2017

