**Nr. 3** || **Gesundheit in Zahlen** || Oktober 2019

# Nr. 3

# GESUNDHEIT IN ZAHLEN

# 2019

brand eins · IKK classic · statista

# Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Jeder ist für seine Gesundheit selbst verantwortlich. So berechtigt dieser Anspruch ist, so vermessen scheint er bereits, wenn wir uns als Patienten der Obhut professioneller Helfer oder gar eines hochgerüsteten Medizinbetriebs anvertrauen. Die gewaltigen Kosten vieler moderner Heilverfahren können wir schon heute nur noch gemeinschaftlich bewältigen. Und in der digitalisierten Welt bestimmt die Verfügbarkeit unserer in Bits und Bytes gewandelten Krankengeschichte zunehmend das Maß unserer Patientensouveränität. Autonomie und Abhängigkeit liegen, wenn es um die Gesundheit geht, irritierend nah beieinander. Organspende, Impfpflicht, Patientenverfügung, Datenhoheit: Verantwortung erleben wir gerade im Gesundheitswesen als Verschränkung individueller und kollektiver Pflichten. Dieser vielschichtige Begriff bildet daher das Leitmotiv der dritten Ausgabe von „Gesundheit in Zahlen".

Gemeinsam mit brand eins und statista.com haben wir wieder aufschlussreiche, amüsante und erstaunliche Zahlen und Fakten aus Deutschland und der Welt für Sie aufbereitet – erhellend illustriert und angereichert mit Hintergrundgeschichten, die Schlaglichter auf ganz unterschiedliche Perspektiven und Positionen rund um unser kostbarstes Gut werfen.

So beleuchtet ein Report über Diabetes und Zuckerkonsum am Beispiel einer rasant fortschreitenden Volkskrankheit das prekäre Wechselspiel von persönlicher Eigenverantwortung, robusten Wirtschaftsinteressen und halbherziger politischer Regulierung. Mit dem Modell einer Schulkrankenschwester stellen wir einen innovativen, empathischen Ansatz zur frühkindlichen Förderung von Gesundheitskompetenz vor. Und auf den Hype zur digitalen Selbstoptimierung fällt der ironische Blick aus der Betroffenenperspektive.

Was Verantwortung im Gesundheitswesen aus dem Blickwinkel eines niedergelassenen Arztes, eines Chief Digital Officers, einer Rentnerin und eines Chirurgen und Buchautors bedeutet, haben wir einmal im Detail für Sie aufgeschrieben. Vielfalt ist garantiert. Lassen Sie sich wie immer überraschen!

Frank Hippler
Vorstandsvorsitzender der IKK classic

# Inhalt


## Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkassen, private Versicherung, Leistungsfälle, Vorsorgekuren, Leistungsausgaben, Zuzahlungen, Präventionskurse, Gesundheits-Check-up, Früherkennungsuntersuchungen … **(Seite 6–33)**

**Protokoll I**
Was unserem Gesundheitssystem fehlt? Souveränität für Patienten und Kunden. **(Seite 16)**

**Protokoll II**
Was unserem Gesundheitssystem fehlt? Engagement und moderne Technologien. **(Seite 20)**

**Report: „Geteilte Verantwortung“**
Der Kampf gegen Diabetes erfordert ein anderes Verhalten der Betroffenen und andere Verhältnisse: Experten rufen nach Steuern auf süße Getränke, besserer Kennzeichnung von Lebensmitteln und weniger an Kinder und Jugendliche gerichtete Werbung für Süßes. **(Seite 30)**

## Digital Health

Online-Terminvereinbarung, Videosprechstunden, Fitnesstracker, Ferndiagnostik, E-Health, Telemedizin, Online-Rezeptbestellung, Gesundheits-Apps, elektronische Gesundheitsakte … **(Seite 34–57)**

**Selbstversuch: Fit wofür?**
Fünf Grundregeln zur nachhaltigen Selbstoptimierung. **(Seite 56)**

## Gesundheitswesen

Arztdichte, Zahnarztpraxen, Apothekendichte, Gesundheitspersonal, Krankenhausbetten, Verweildauer, Organtransplantation, Pflegeheime, Pflegedienste, Gesundheitsausgaben, Orphan Drugs, Terminwartezeiten … **(Seite 58–87)**

**Protokoll III**
Was unserem Gesundheitssystem fehlt? Die Rückbesinnung auf den Menschen. **(Seite 81)**

**Reportage: Die Kümmerin**
Modellprojekte zeigen: Schulpflegekräfte helfen bei der frühen Gesundheitserziehung. Im Ausland sind die „school nurses“ schon gang und gäbe. **(Seite 84)**

## Gesundheitszustand

Bevölkerungswachstum, Lebenserwartung, Sterblichkeitsrate, Fertilitätsrate, häufigste Diagnosen, Diabetes, Herzkrankheiten, Schlaganfälle, Pflegebedürftige, Organspende, Blutspende, Alkoholkonsum, Übergewicht… **(Seite 88–121)**

**Protokoll IV**
Was unserem Gesundheitssystem fehlt? Mehr Empathie und Zeit für Gespräche. **(Seite 97)**

**Quellenverzeichnis, Impressum (Seite 122)**

# Es kommt auf dein Ziel, deinen Horizont, deine Kräfte, deine Antriebe, deine Irrtümer und namentlich auf die Ideale und Phantasmen deiner Seele an, um zu bestimmen, was selbst für deinen Leib Gesundheit zu bedeuten habe.

*Friedrich Wilhelm Nietzsche*



## Auf einen Blick

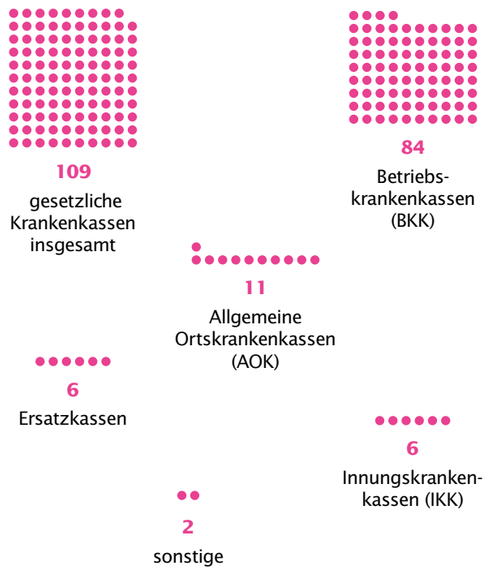
Krankenversicherung in Deutschland

| | |
|---|---|
| Zahl der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2019, in Millionen | 72,75 |
| Zahl der Versicherten der privaten Krankenversicherung (PKV) 2018, in Millionen | 8,74 |
| Krankenstand der Pflichtmitglieder der GKV im Jahresdurchschnitt, 1998, in Prozent | 4,1 |
| Krankenstand der Pflichtmitglieder der GKV im Jahresdurchschnitt, 2008, in Prozent | 3,0 |
| Krankenstand der Pflichtmitglieder der GKV im Jahresdurchschnitt, 2018, in Prozent | 4,3 |
| Vorsorgekuren bei Versicherten der GKV, 2017 | 189 328 |
| Krankenhausfälle bei Versicherten der GKV, 2017 | 16 530 843 |
| Krankenhaustage bei Versicherten der GKV, 2017 | 152 195 758 |
| Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, in Milliarden Euro | 241,36 |
| Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, in Milliarden Euro | 239,27 |
| Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausbehandlung, 2018, in Milliarden Euro | 77,90 |
| Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel, 2018, in Milliarden Euro | 38,90 |
| Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für zahnärztliche Behandlung inkl. Zahnersatz, 2018, in Milliarden Euro | 14,46 |
| Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Heilmittel, 2018, in Milliarden Euro | 7,50 |
| Anteil der anspruchsberechtigten GKV-Versicherten, die am Gesundheits-Check-up teilnahmen, 2010, in Prozent | 42,04 |
| Anteil der anspruchsberechtigten GKV-Versicherten, die am Gesundheits-Check-up teilnahmen, 2017, in Prozent | 32,81 |
| Anteil der anspruchsberechtigten GKV-versicherten Männer, die an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnahmen, 2017, in Prozent | 23,8 |
| Anteil der anspruchsberechtigten GKV-versicherten Frauen, die die an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnahmen, 2017, in Prozent | 47,5 |
| Anteil der anspruchsberechtigten GKV-versicherten Männer, die an Hautkrebsuntersuchungen teilnahmen, 2017, in Prozent | 16,0 |
| Anteil der anspruchsberechtigten GKV-versicherten Frauen, die die an Hautkrebsuntersuchungen teilnahmen, 2017, in Prozent | 17,9 |

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes*

## Die Kassenarten

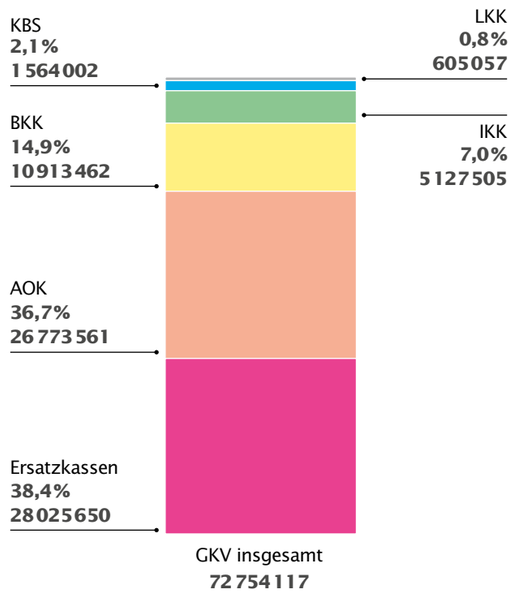
Zahl der gesetzlichen Krankenkassen nach Kassenart; 2019




*Quelle: GKV-Spitzenverband*

## Die Versicherten

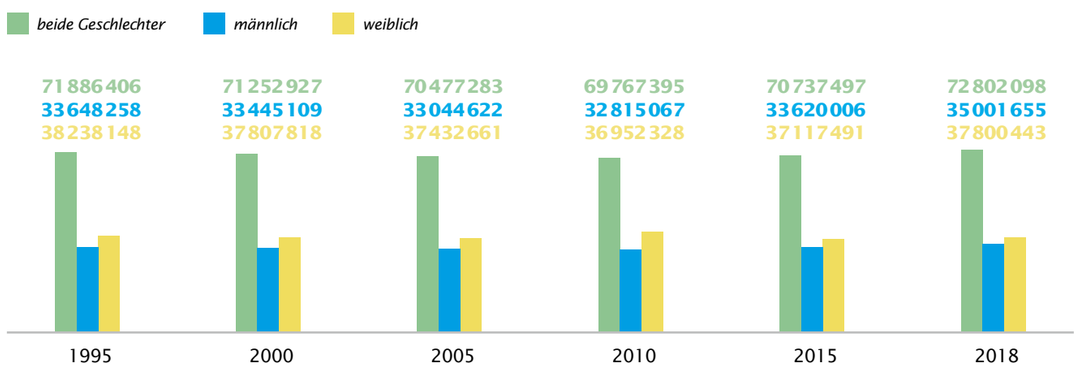
Verteilung der GKV-Versicherten auf die Kassenarten; 1. Juli 2019; in Prozent / Anzahl




*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KM 1*

## Die Versicherten konkret

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahresdurchschnitt nach Geschlecht



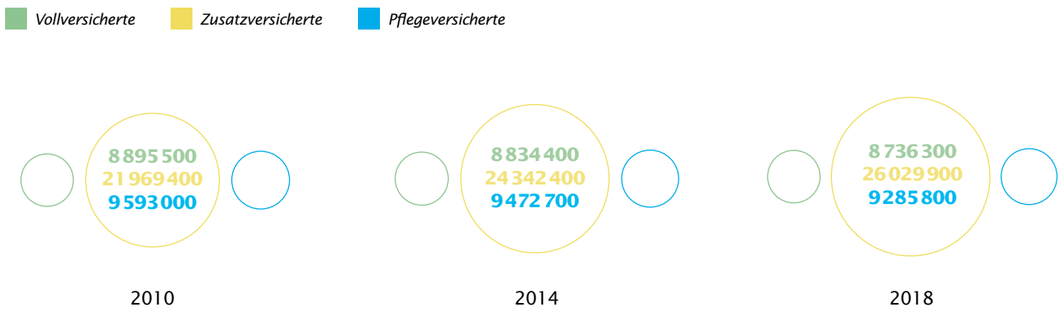

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KM 6*





## Die privat Versicherten

Versicherte der privaten Kranken- und Pflegeversicherung




*Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.*

## Die Unentschlossenen

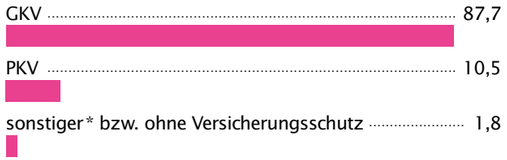
Absicht, die Krankenversicherung zu wechseln; deutsche Internetnutzer ab 18 Jahren; 2019; in Prozent*

| | |
|---|---|
| Ja, ich möchte zu einer (anderen) privaten Krankenversicherung wechseln | 3 |
| Ja, ich möchte zu einer (anderen) gesetzlichen Krankenversicherung wechseln | 7 |
| vielleicht | 21 |
| nein | 70 |

**Abweichungen in den Summen entstehen durch Runden der Zahlen. Quelle: Statista*

## Die Aufteilung

Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung; 2018; Anteil der Versicherten in Prozent




**sonstiger Versicherungsschutz: 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.*

*Quellen: Bundesministerium für Gesundheit, Statistisches Bundesamt und Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.*

## Die Wechsler

Personenwechsel zwischen privater Krankheitsvollversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung; 2018

**132 400**
Zugänge in die PKV aus der GKV

**130 300**
Abgänge aus der PKV zur GKV

**–45,9**
Veränderung der Zugänge aus der GKV zwischen 2008 und 2018; in Prozent

**–13,7**
Veränderung der Abgänge zur GKV zwischen 2008 und 2018; in Prozent

*Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.*

## Gefehlt

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

| | |
|---|---|
| 1998 | 4,1 |
| 1999 | 4,3 |
| 2000 | 4,2 |
| 2001 | 4,2 |
| 2002 | 4,0 |
| 2003 | 3,6 |
| 2004 | 3,4 |
| 2005 | 3,7 |
| 2006 | 3,3 |
| 2007 | 3,2 |
| 2008 | 3,0 |
| 2009 | 3,4 |
| 2010 | 3,7 |
| 2011 | 3,9 |
| 2012 | 3,6 |
| 2013 | 3,8 |
| 2014 | 3,7 |
| 2015 | 3,9 |
| 2016 | 4,3 |
| 2017 | 4,2 |
| 2018 | 4,3 |

**Der Krankenstand gibt an, wie viel Prozent der erwerbstätigen Mitglieder der GKV am Monatsersten sich aufgrund einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung arbeitsunfähig gemeldet haben. Aus den 12 Stichtagswerten eines Jahres wird als arithmetisches Mittel der jahresdurchschnittliche Krankenstand in Prozent ermittelt. Ab dem Jahr 2005 werden die Empfänger von Arbeitslosengeld II nicht mehr berücksichtigt.*

*Quellen: Bundesministerium für Gesundheit, KM 1/13*

## Gezählt I

Leistungsfälle und -tage beim Krankengeld für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Rentner; 2017

**2 063 494**
Leistungsfälle bei Mitgliedern

**193 851 811**
Leistungstage bei Mitgliedern

**93,9**
Leistungstage je Leistungsfall

**2 430 703**
Leistungsfälle bei krankem Kind

**5 356 296**
Leistungstage bei krankem Kind

**2,2**
Leistungstage bei krankem Kind je Fall

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 2*

## Gezählt II

Leistungsfälle und -tage beim Krankengeld für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Rentner nach Geschlecht

| | 2008 | 2013 | 2017 | Veränderung 2008–2017 |
|---|---|---|---|---|
| **beide Geschlechter** | 1 521 531 | 1 752 118 | 2 063 494 | 35,6% |
| Männer | 817 392 | 917 462 | 1 061 942 | 29,9% |
| Frauen | 704 139 | 834 656 | 1 001 552 | 42,2% |

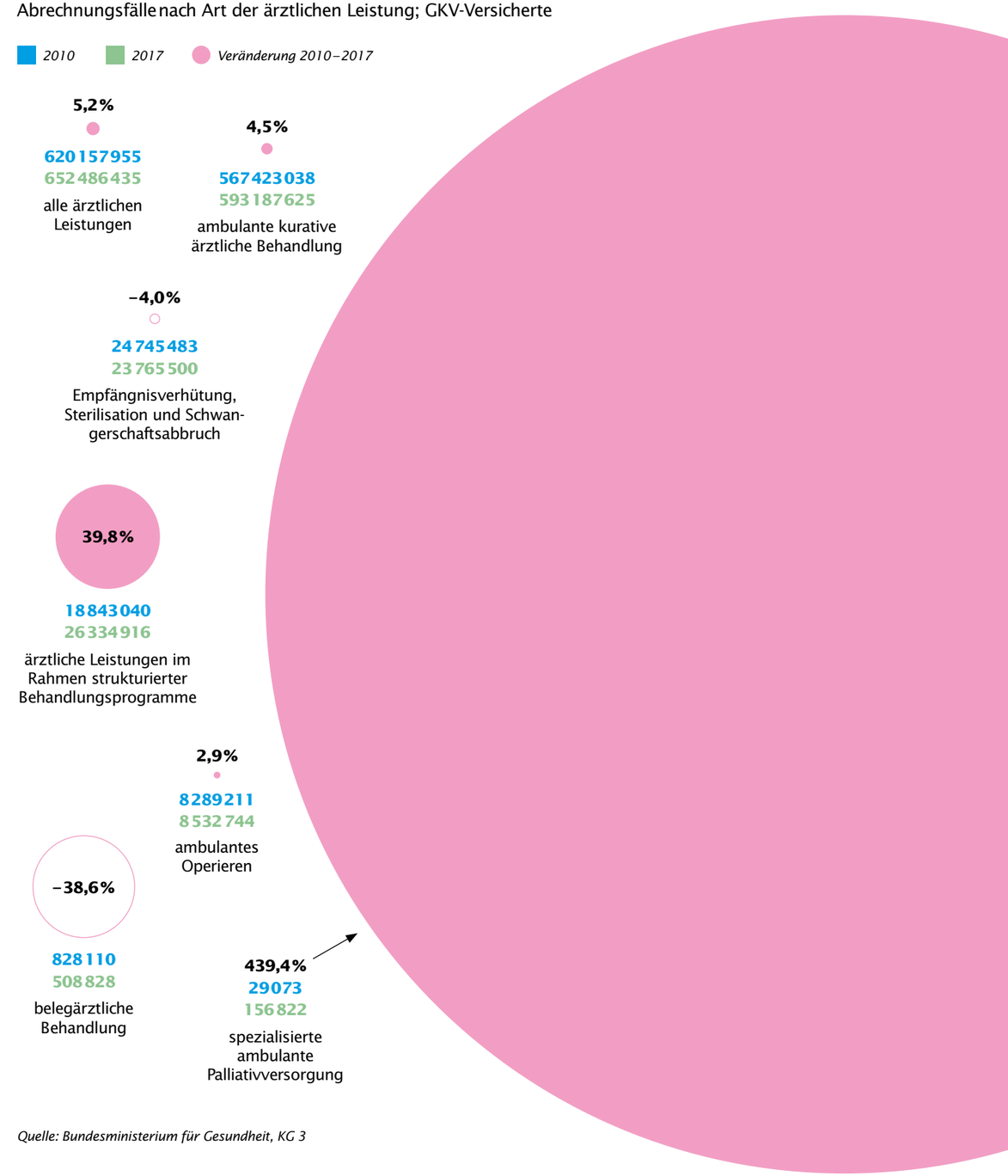
*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 2*





## Gezählt III

Abrechnungsfälle nach Art der ärztlichen Leistung; GKV-Versicherte




*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 3*

## Transportiert

Leistungsfälle bei Rettungsfahrten und Krankentransporten der GKV-Versicherten

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|---|---|---|---|---|
| **alle Rettungs-/Transportmittel** | 43 524 569 | 47 005 421 | 51 050 329 | 51 339 004 | 51 741 938 |
| Flugrettung | 83 119 | 86 483 | 86 535 | 84 480 | 85 160 |
| Krankentransportwagen | 6 326 451 | 6 535 864 | 6 316 549 | 5 996 196 | 5 929 785 |
| Rettungswagen | 4 390 775 | 4 705 794 | 5 032 977 | 5 184 353 | 5 345 032 |
| Notarztwagen | 2 011 793 | 2 117 875 | 2 139 600 | 2 069 792 | 2 061 616 |
| Taxi und Mietwagen | 30 712 431 | 33 559 405 | 37 474 668 | 38 004 183 | 38 320 345 |

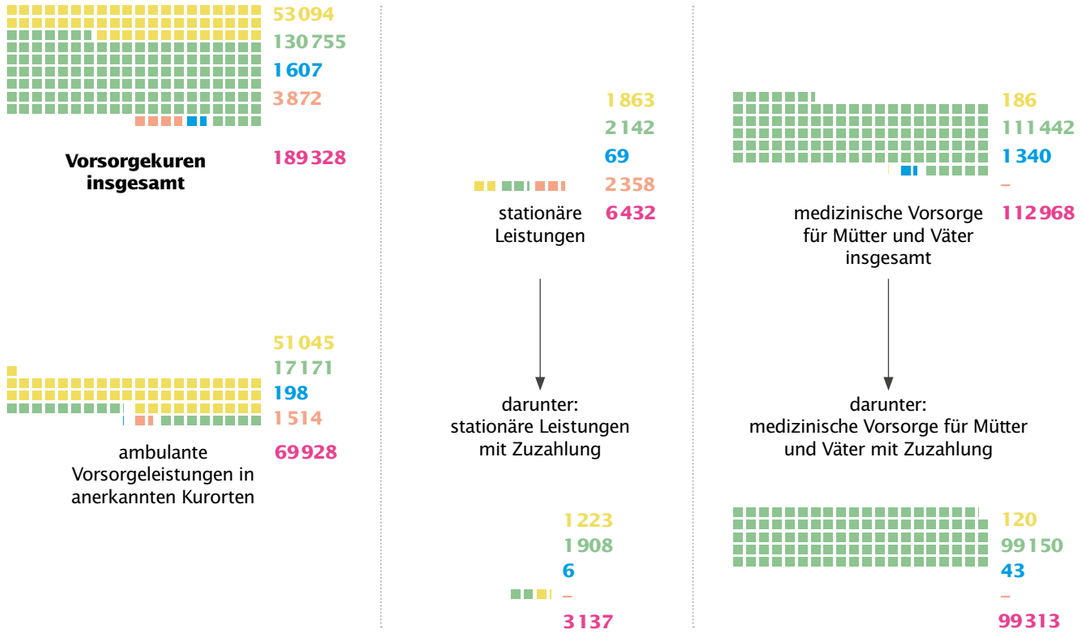
*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 2*

## Vorgesorgt

Vorsorgekuren nach Alter bei GKV-Versicherten; 2017

*65 Jahre und älter* · *20 bis unter 65 Jahre* · *15 bis unter 20 Jahre* · *unter 15 Jahre* · **insgesamt**

■ *1 Kästchen = 1 000*




*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 5*





## In der Klinik

Krankenhausfälle bei GKV-Versicherten

| | |
|---|---|
| 2008 | 15 678 244 |
| 2009 | 15 880 587 |
| 2010 | 16 227 202 |
| 2011 | 16 488 926 |
| 2012 | 16 744 541 |
| 2013 | 16 746 898 |
| 2014 | 17 046 534 |
| 2015 | 17 073 360 |
| 2016 | 16 708 713 |
| 2017 | 16 530 843 |

Veränderung 2008–2017 ..... 5,44%

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 2*

## In Tagen

Krankenhaustage bei GKV-Versicherten

| | |
|---|---|
| 2008 | 151 583 441 |
| 2009 | 150 269 772 |
| 2010 | 151 170 321 |
| 2011 | 151 046 567 |
| 2012 | 150 605 058 |
| 2013 | 152 810 479 |
| 2014 | 153 000 399 |
| 2015 | 153 720 437 |
| 2016 | 152 512 329 |
| 2017 | 152 195 758 |

Veränderung 2008–2017 ..... 0,40%

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 2*

## Im Schnitt

Krankenhaustage je Fall bei GKV-Versicherten

| | |
|---|---|
| 2008 | 9,67 |
| 2009 | 9,46 |
| 2010 | 9,32 |
| 2011 | 9,16 |
| 2012 | 8,99 |
| 2013 | 9,12 |
| 2014 | 8,98 |
| 2015 | 9,00 |
| 2016 | 9,13 |
| 2017 | 9,21 |

Veränderung 2008–2017 ... –4,76%

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 2*

## Mehr Geburten in kürzerer Zeit

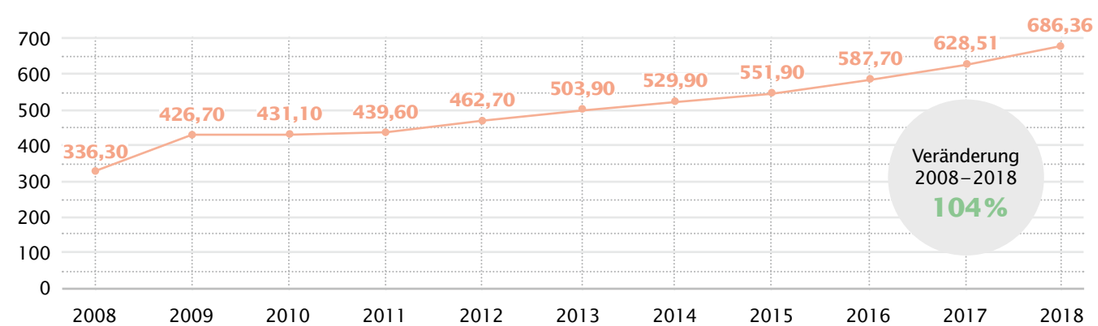
Stationäre Entbindungen bei GKV-Versicherten

| | 2008 | 2017 | Veränderung 2008–2017 |
|---|---|---|---|
| Leistungsfälle | 529 968 | 685 805 | 29,4% |
| Leistungstage | 3 206 643 | 3 285 452 | 2,5% |
| Leistungstage je Fall | 6,05 | 4,79 | –20,8% |

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 2*

## Mehr Ausgaben im Laufe der Zeit

Ausgaben für Hebammenleistungen der GKV; in Millionen Euro




*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## Erwirtschaftet

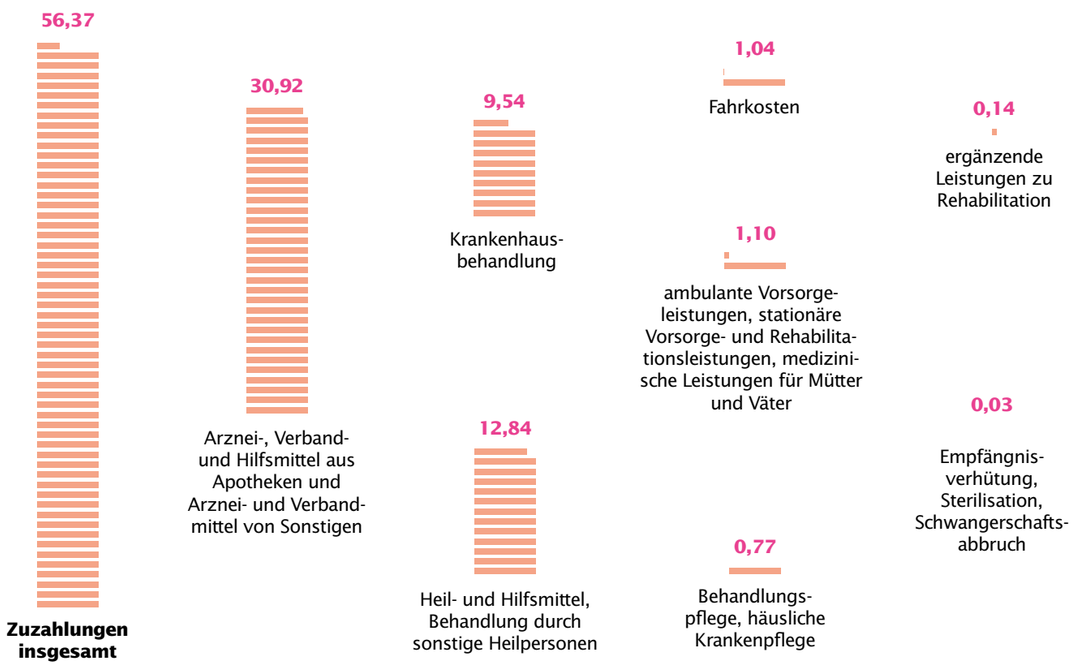
Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung; in Milliarden Euro

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Einnahmen insgesamt** | 175,60 | 183,77 | 189,69 | 195,85 | 204,24 | 212,56 | 224,35 | 233,89 | 241,36 |
| **Ausgaben insgesamt** | 175,99 | 179,61 | 184,25 | 194,49 | 205,54 | 213,67 | 222,73 | 230,39 | 239,27 |
| _darunter Leistungen insgesamt | 164,96 | 168,74 | 173,15 | 182,75 | 193,63 | 202,05 | 210,36 | 217,83 | 226,22 |
| _darunter Netto-Verwaltungskosten | 9,51 | 9,44 | 9,67 | 9,93 | 10,01 | 10,43 | 10,98 | 10,86 | 11,51 |
| Überschuss der Einnahmen | –0,40 | 4,17 | 5,44 | 1,36 | –1,30 | –1,12 | 1,62 | 3,50 | 2,09 |

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## Zugezahlt

Zuzahlungen der privaten Haushalte in der gesetzlichen Krankenversicherung; 2018; je Versicherten; in Euro




*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KV 45*





## Ausgeglichen

Veränderung der Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von 2010–2018; in Prozent

**+137 %**

**Einnahmen insgesamt**

**+136 %**

**Ausgaben insgesamt**

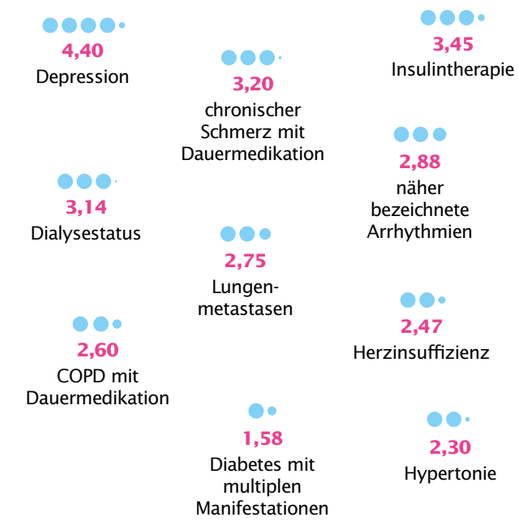
**+137 %** darunter Leistungen insgesamt

**+121 %** darunter Netto-Verwaltungskosten

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## Zugewiesen

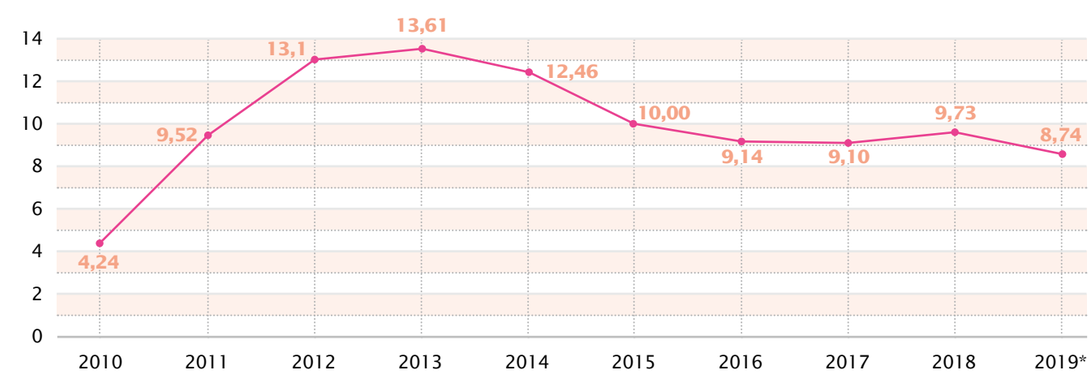
Die größten Zuweisungsvolumina aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nach Krankheitsgruppen; 2017; in Milliarden Euro




*Quelle: Bundesversicherungsamt*

## Ausgewiesen

Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds; in Milliarden Euro




**Schätzung. Quellen: Bundesversicherungsamt, Bundesministerium für Gesundheit*

# Was unserem Gesundheitssystem fehlt? Souveränität für Patienten und Kunden.

*Protokoll: Søren Harms*

## Stefan Schellberg, 54

*Chief Digital Officer der IKK classic*

Die Digitalisierung intelligent zu gestalten ist eine Aufgabe, die unsere ganze Gesellschaft fordert, und Gesundheit ist dabei ein spezielles Thema. Genau darum dreht sich mein Job als Chief Digital Officer bei der IKK classic. Wir betreuen mehr als drei Millionen Versicherte, wollen diese Menschen vor Risiken schützen und zugleich dafür sorgen, dass der digitale Fortschritt ihnen echte Vorteile bringt. Zuallererst natürlich bei der medizinischen Versorgung, aber auch, indem sie Souveränität gewinnen, als Patient wie als Kunde – Augenhöhe ist das Stichwort. Viele, die wir dabei ansprechen, sind allerdings alles andere als Digital Natives. Aber wir wollen natürlich alle mitnehmen. In Sachsen sind wir zum Beispiel dabei, in mehr als 200 Apotheken Terminals aufzustellen, mit denen uns auch unerfahrene Versicherte Dokumente, etwa Krankschreibungen, digital übermitteln können. Das spart Zeit und schafft Akzeptanz.

Intern gehen wir genauso vor. Bei uns gibt es nicht nur jede Menge neuer PCs, Bildschirme und Schulungen, sondern den Einstieg in eine neue Kultur. Und was sich unsere rund 8000 Mitarbeiter erarbeiten, wirkt sich unmittelbar auf unsere Kunden aus. Unsere Onlinefiliale ist dafür ein gutes Beispiel: Zum Jahreswechsel 2018/19 hatten sich dort 100 000 Versicherte angemeldet, heute sind es schon mehr als 200 000 – und täglich kommen 300 bis 400 neue Nutzer hinzu.

Souveränität bedeutet für uns, dass die Menschen ihre Gesundheit selbst managen und beispielsweise entscheiden können, ob und mit wem sie ihre medizinischen Daten teilen wollen. Der Umgang mit diesen Daten, ihr Schutz und der sichere Austausch sind im digitalen Zeitalter ein zentraler Aspekt von Verantwortung im Gesundheitssystem. Es gilt, bei den unglaublich vielen digitalen Versorgungschancen, die jetzt entstehen, immer Vorteile und Risiken abzuwägen. Als Kasse nehmen wir eine Doppelrolle ein: als Türsteher und Treiber.

Nutzen, Anwendbarkeit, Wirtschaftlichkeit und Datenschutz sind die Gesichtspunkte, nach denen wir neue Behandlungsmöglichkeiten bewerten. Wir wollen gesicherte Qualität. Gerade bei chronischen Erkrankungen, aber auch bei der Prophylaxe können gut aufgebaute und wissenschaftlich fundierte Apps die Nutzer und die Behandelnden wirksam unterstützen. Diese Möglichkeiten fördern wir, und wir haben den Anspruch, dabei Vorreiter zu sein.

Die IKK classic bietet schon länger Video-Chats mit Ärzten an. Oder nehmen Sie unser neues Versorgungsangebot für Diabetiker aus dem Handwerk: Die Teilnehmer können alle relevanten Vitalwerte, Blutzucker, Gewicht und tägliche Schritte über digitale Messgeräte kontinuierlich erfassen, online speichern, mit ihren Behandelnden austauschen und besprechen. Natürlich prüfen wir laufend, dass bei all diesen Anwendungen der Datenschutz höchsten Standards genügt. Ein anderes Beispiel: die App „Vivy“, eine elektronische Gesundheitsakte (eGA), die unsere Versicherten kostenlos nutzen können. Sie laden zum Beispiel ihren Impfpass, Röntgenbilder oder Medikationspläne in ihre eGA hoch und haben damit alle Gesundheitsinformationen parat. Das erleichtert den Informationsfluss zwischen ihnen und ihren Ärzten und macht die Behandlung einfacher und sicherer. Aber natürlich bleiben die Nutzer der Souverän ihrer Daten.

Die elektronische Patientenakte (ePA), die zum 1. Januar 2021 kommen soll, zeigt, wohin sich die Digitalisierung im Gesundheitswesen entwickelt: Versicherte können die Akte nutzen, müssen es aber nicht. Und Ärzte und Krankenkassen dürfen dort Daten einspielen, aber keine Daten einsehen – es sei denn, der Versicherte stimmt zu. Die Technik ermöglicht es, die verschiedenen Akteure zu vernetzen, Prozesse zu beschleunigen und die Versorgung zu verbessern. Bei der Diagnostik und der Therapie wird zudem der Einsatz von künstlicher Intelligenz in Zukunft ganz neue Möglichkeiten eröffnen, die wir heute noch nicht absehen können. Da lernen auch wir als Krankenkasse täglich dazu.





## Ausgaben

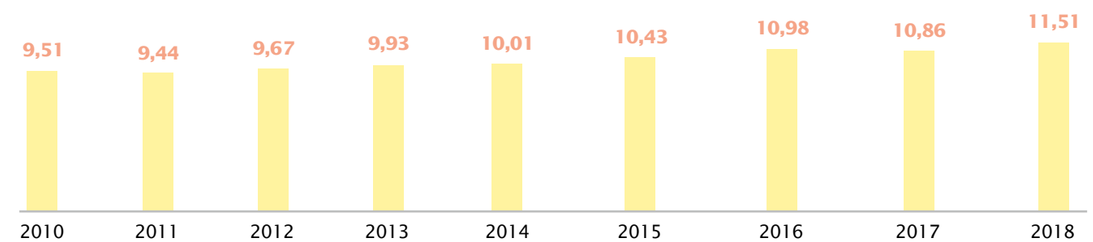
Leistungsausgaben der GKV nach Art der Leistung; 2018; in Milliarden Euro / in Prozent

| | in Mrd. Euro | in Prozent |
|---|---|---|
| Krankenhausbehandlung | 77,16 | 35,04 |
| ärztliche Behandlung | 39,42 | 17,90 |
| Arzneimittel | 36,67 | 16,65 |
| Krankengeld | 13,09 | 5,94 |
| zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz) | 11,14 | 5,06 |
| Hilfsmittel | 8,44 | 3,83 |
| Heilmittel | 7,58 | 3,44 |
| Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege | 6,46 | 2,93 |
| Fahrkosten | 5,95 | 2,70 |
| Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen | 3,55 | 1,61 |
| Zahnersatz | 3,35 | 1,52 |
| Früherkennungsmaßnahmen | 2,41 | 1,10 |
| Schutzimpfungen | 1,52 | 0,69 |
| Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stationäre Entbindung | 1,48 | 0,67 |

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## Aufwendungen

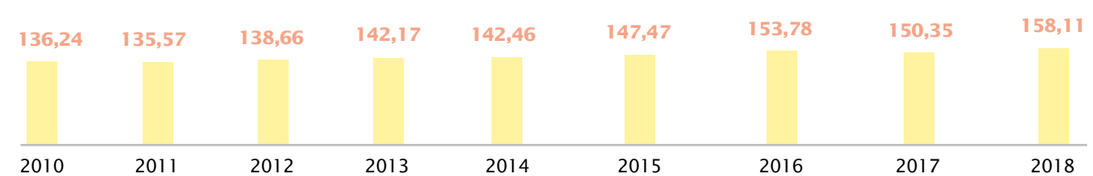
GKV-Netto-Verwaltungskosten; in Milliarden Euro




*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## Pro Kopf

GKV-Netto-Verwaltungskosten je Versicherten; in Euro




*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## Heilmittel

GKV-Ausgaben für Heilmittel*; in Milliarden Euro

| | |
|---|---|
| 2010 | 4,6 |
| 2011 | 4,9 |
| 2012 | 5,0 |
| 2013 | 5,3 |
| 2014 | 5,7 |
| 2015 | 6,1 |
| 2016 | 6,5 |
| 2017 | 6,5 |
| 2018 | 7,5 |

**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.*

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## Hilfsmittel

GKV-Ausgaben für Hilfsmittel*; in Milliarden Euro

| | |
|---|---|
| 2010 | 6,0 |
| 2011 | 6,3 |
| 2012 | 6,5 |
| 2013 | 6,8 |
| 2014 | 7,4 |
| 2015 | 7,6 |
| 2016 | 7,8 |
| 2017 | 8,1 |
| 2018 | 8,4 |

**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, Körperersatzstücke (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: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## Arzneien gesamt

GKV-Ausgaben für Arzneimittel; in Milliarden Euro

| | |
|---|---|
| 2010 | 30,2 |
| 2011 | 29,0 |
| 2012 | 29,2 |
| 2013 | 30,1 |
| 2014 | 33,4 |
| 2015 | 34,8 |
| 2016 | 36,3 |
| 2017 | 37,7 |
| 2018 | 38,9 |

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## Arzneien pro Kopf

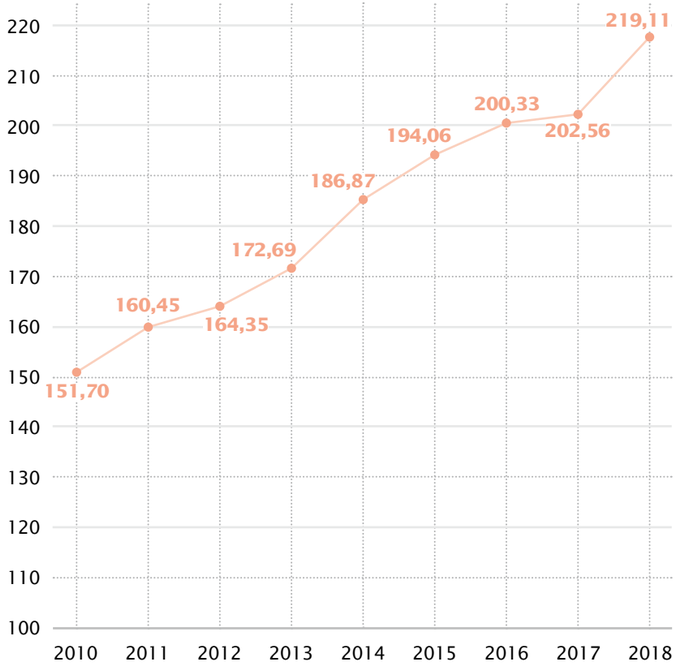
GKV-Ausgaben für Arzneimittel je Versicherten; in Euro

| | |
|---|---|
| 2010 | 432,36 |
| 2011 | 416,22 |
| 2012 | 418,89 |
| 2013 | 430,77 |
| 2014 | 474,57 |
| 2015 | 492,53 |
| 2016 | 507,96 |
| 2017 | 521,99 |
| 2018 | 534,51 |

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## Heil- und Hilfsmittel

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




*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*





## Beim Zahnarzt I

GKV-Ausgaben für zahnärztliche Behandlung inklusive Zahnersatz; in Milliarden Euro

| | |
|---|---|
| 2012 | 11,75 |
| 2013 | 12,62 |
| 2014 | 13,03 |
| 2015 | 13,43 |
| 2016 | 13,79 |
| 2017 | 14,07 |
| 2018 | 14,46 |

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## In der Klinik I

GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung; in Milliarden Euro

| | |
|---|---|
| 2012 | 61,66 |
| 2013 | 64,19 |
| 2014 | 67,86 |
| 2015 | 70,25 |
| 2016 | 72,95 |
| 2017 | 74,90 |
| 2018 | 77,90 |

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## Beim Arzt I

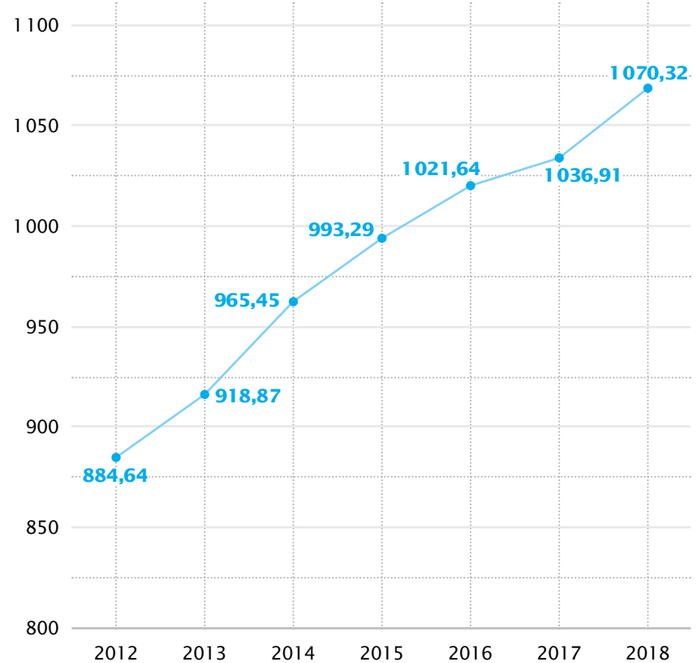
GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung je Versicherten; in Euro

| | |
|---|---|
| 2012 | 405,26 |
| 2013 | 449,84 |
| 2014 | 475,56 |
| 2015 | 493,33 |
| 2016 | 511,54 |
| 2017 | 527,42 |
| 2018 | 542,25 |

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## In der Klinik II

GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Versicherten; in Euro




*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

## Beim Arzt II

GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung; in Milliarden Euro

| | |
|---|---|
| 2012 | 28,25 |
| 2013 | 31,43 |
| 2014 | 33,43 |
| 2015 | 34,89 |
| 2016 | 36,53 |
| 2017 | 38,09 |
| 2018 | 39,47 |

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 7*

## Beim Zahnarzt II

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

| | |
|---|---|
| 2012 | 168,55 |
| 2013 | 180,63 |
| 2014 | 185,40 |
| 2015 | 189,84 |
| 2016 | 193,17 |
| 2017 | 194,85 |
| 2018 | 198,63 |

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*

# Was unserem Gesundheitssystem fehlt? Engagement und moderne Technologien.

*Protokoll: Søren Harms*

## Sebastian Winckler, 47

*Facharzt für Allgemeinmedizin in Damp-Vogelsang*

Ich betreibe eine klassische Landpraxis zwischen Schlei und Ostsee in Schleswig-Holstein. Überdurchschnittlich große Patientenkartei, 30 bis 40 von ihnen sitzen pro Tag in meinem Wartezimmer: Landwirte mit Rückenschmerzen, ein Drittel Rentner, Kinder mit Husten und Schnupfen. Ich bin Generalist, Lotse und Berater. Der Hausarzt ist für die meisten Patienten eher die Schnittstelle am Übergang zwischen Gesund und Krank. Ich bin immer wieder überrascht, wie manche nur sichergehen wollen, dass mit ihnen alles in Ordnung ist, und erleichtert rausgehen. Es gibt eindeutig einen gefühlten Bedarf, zum Arzt zu gehen.

Die Praxis habe ich 2016 übernommen. Zuvor habe ich sieben Jahre in London gearbeitet, in einer privaten Praxis mit selbst zahlenden Patienten. Ein privater Arztbesuch ist in Großbritannien viel teurer als hier, unter 150 Euro pro Gespräch mit Blutentnahme gehen Sie da nicht raus. Das britische Gesundheitssystem National Health Service ist zwar effizienter, flexibler und kostengünstiger als unseres, aber zulasten der Patienten: Es gibt keine Konkurrenz, keine Möglichkeit, die Krankenkasse zu wechseln, lange Wartezeiten. Da bezahlen die Leute dann lieber selber etwas. Deutsche Patienten machen sich keinen Begriff davon, wie bequem sie es haben.

Der ideale Patient ist einer, der mir als Experte traut. Jeder kann sich im Internet was anlesen, aber ich kann die Symptome meist besser deuten. Ich habe keine Riesenapparate, aber Erfahrung, Wissen und Bauchgefühl. All das kann ich allerdings nur nutzen, wenn ein Patient mir alles erzählt. Manche Patienten verheimlichen Dinge, die ihnen unangenehm sind, etwa wenn sie ein Medikament vergessen oder es selbst abgesetzt haben. Ich bin dann nicht beleidigt, jeder ist für sich selbst verantwortlich und muss entscheiden, was er macht. Aber ich muss solche Dinge wissen, um gut behandeln zu können.

Wenn ein adipöser Mensch den ganzen Tag im Büro sitzt und abends vor dem Fernseher Chips isst, dazwischen aber bei mir ein Rezept für Krankengymnastik gegen Rückenschmerzen abholt, ist das manchmal sehr frustrierend. Doch so sind eben Patienten mit all ihren Schwächen. Ich weise natürlich darauf hin, dass so etwas nicht gesund ist, aber es ist Teil unseres Geschäfts, dass wir immer wieder gegen Windmühlen anreden. Die Patienten wissen solche Dinge in der Regel auch – aber die Umsetzung steht auf einem anderen Blatt. Vielleicht müssen solche Ratschläge auch von mehreren Seiten kommen. Man überfordert das Gesundheitssystem, wenn es für die gesamte Lebensführung zuständig sein soll.

Wir leben hier nur eine Stunde von der dänischen Grenze entfernt, und der Blick hinüber lohnt sich. Die Dänen haben digitale Krankenakten, in die jeder Arzt, jeder Apotheker und jedes Krankenhaus hineinschauen kann. Das ist ein Traum: Krankheiten und Medikamentenpläne liegen allen vor und gehen nicht verloren – Patienten werden so sicherer behandelt. Bei uns nutzt ja den elektronischen Arztbrief kaum jemand, wir faxen uns noch immer einen Wolf! Es kostet nicht nur irrsinnig viel Zeit, Unterschriften für alles zu beschaffen, sondern kann auch Patienten schaden. Ärzte, Apotheker und Kliniken könnten längst ein sicheres internes Netz aufgebaut haben. Weltkonzerne wie Mercedes schaffen das schließlich auch.

Die Digitalisierung ist für uns eine große Chance. Weniger die viel beschworene Videosprechstunde: Die ist zwar gut auf große Entfernungen, aber als Arzt kann ich auf diesem Weg trotzdem immer nur einen Patienten behandeln. Doch zum Beispiel lieben heute viele Diabetiker die Freiheit, die ihnen ein Chip auf dem Arm gibt, der kontinuierlich ihre Blutzuckerwerte misst. Der nächste Schritt könnte sein, dass das Insulin automatisch gespritzt wird. Das schafft Lebensqualität.





## Beim Einzelnen rückläufig

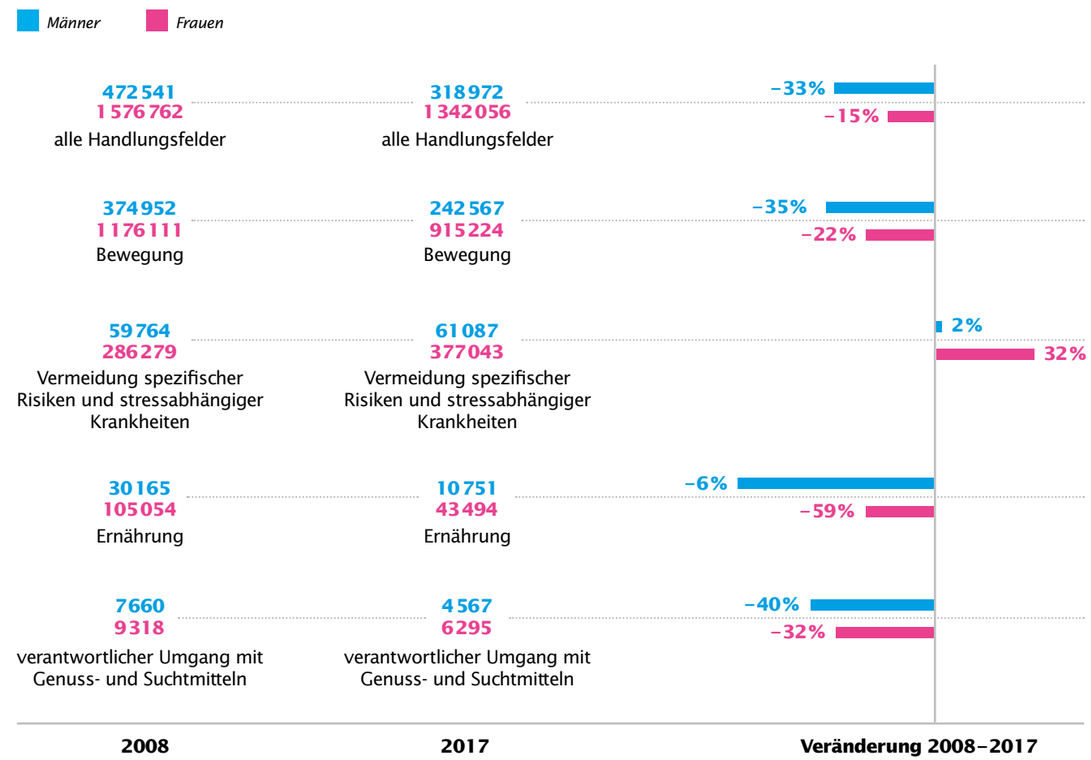
Primärprävention nach dem individuellen Ansatz: Zahl der erreichten Personen bei Aktivitäten zur individuellen Gesundheitsförderung unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen

| | 2008 | 2017 | Veränderung 2008–2017 |
|---|---|---|---|
| **alle Handlungsfelder** | 2 049 303 | 1 661 028 | –18,9% |
| Bewegung | 1 551 063 | 1 157 791 | –25,4% |
| Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten | 346 043 | 438 130 | 26,6% |
| Ernährung | 135 219 | 54 245 | –59,9% |
| verantwortlicher Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln | 16 978 | 10 862 | –36,0% |

*Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., GKV-Spitzenverband*

## Insgesamt verbesserungsfähig

Primärprävention nach dem individuellen Ansatz: Zahl der erreichten Personen bei Aktivitäten zur individuellen Gesundheitsförderung unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen nach Geschlecht




*Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband*

## Im Verbund erheblich

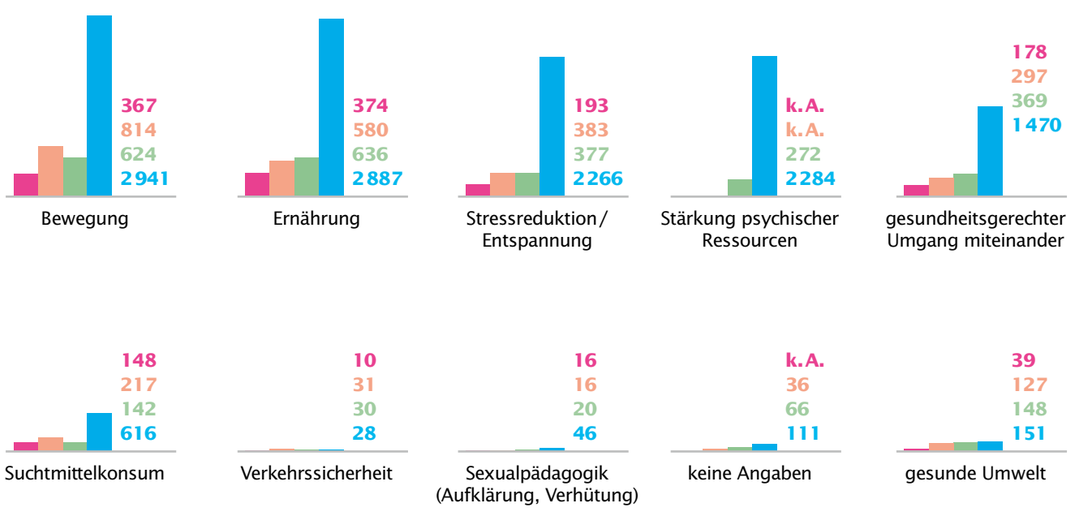
Primärprävention und Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz: Zahl der Aktivitäten in Settings unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen

| | 2008 | 2017 | Veränderung 2008–2017 |
|---|---|---|---|
| **insgesamt** | 22 044 | 39 551 | 79 % |
| Kindergarten / Kindertagesstätte | 7 025 | 10 833 | 54 % |
| alle Schulen | 10 774 | 25 015 | 132 % |
| Stadtteil / Ort | 2 176 | 559 | –74 % |
| Hochschule | 4 | 123 | 2 975 % |
| Krankenhaus | 5 | 81 | 1 520 % |
| Institution für spezifische Bevölkerungsgruppen | 191 | k. A. | k. A. |
| Altenheim | 930 | k. A. | k. A. |
| andere Lebenswelt | 939 | 1 621 | 73 % |

*Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband*

## Im Großen und Ganzen erfreulich

Primärprävention und Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz: Zahl der Aktivitäten unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen




*Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., GKV-Spitzenverband*





## In Summe erstaunlich

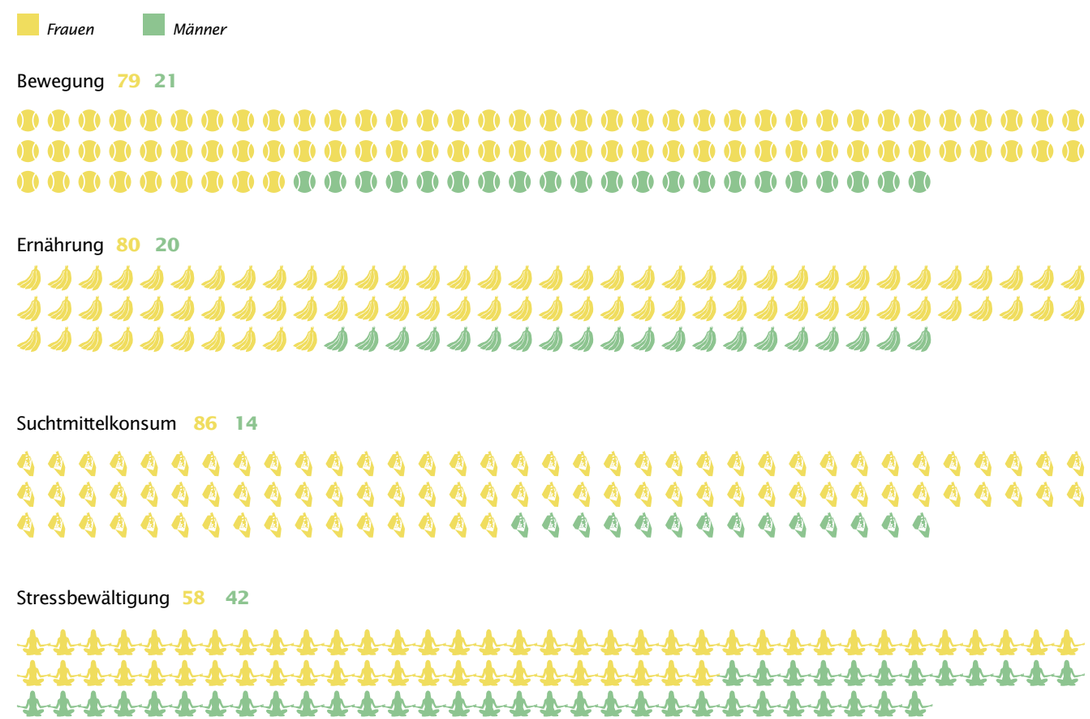
Inanspruchnahme von krankenkassengeförderten Präventionskursen insgesamt; Zahl der Kursteilnahmen

| | |
|---|---|
| 2003 | 542 643 |
| 2005 | 1 167 618 |
| 2007 | 1 858 535 |
| 2009 | 2 105 409 |
| 2011 | 1 677 853 |
| 2013 | 1 476 698 |
| 2015 | 1 665 209 |
| 2017 | 1 675 008 |

*Quelle: GKV-Spitzenverband*

## In erster Linie weiblich

Inanspruchnahme von krankenkassengeförderten Präventionskursen nach Geschlecht; 2017; in Prozent




*Quelle: GKV-Spitzenverband*

## Angeboten – und genutzt?

Teilnahme an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen* nach Alter; 2017; Zahl / in Prozent

*Zahl der anspruchsberechtigten Versicherten in der GKV* — *Teilnehmer an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Prozent* — *Teilnehmer an gesetzlichen Hautkrebsuntersuchungen in Prozent*

| Männer | | Frauen |
|---|---|---|
| 28 042 759 (16,0; 23,8) | alle genannten Altersgruppen | 31 393 547 (47,5; 17,9) |
| 2 079 805 | 20 bis unter 25 Jahre | 1 927 039 (55,6) |
| 2 438 793 | 25 bis unter 30 Jahre | 2 303 741 (66,5) |
| 2 409 367 | 30 bis unter 35 Jahre | 2 327 627 (66,2) |
| 2 285 093 (11,3) | 35 bis unter 40 Jahre | 2 308 554 (62,6; 15,6) |
| 2 037 928 (13,0) | 40 bis unter 45 Jahre | 2 130 237 (58,6; 17,4) |
| 2 480 720 (14,0; 11,3) | 45 bis unter 50 Jahre | 2 656 376 (56,5; 17,8) |
| 2 920 075 (15,0; 16,7) | 50 bis unter 55 Jahre | 3 137 393 (52,9; 18,4) |
| 2 653 427 (15,9; 20,5) | 55 bis unter 60 Jahre | 2 903 084 (46,1; 18,5) |
| 2 146 136 (17,3; 24,8) | 60 bis unter 65 Jahre | 2 440 453 (42,1; 19,2) |
| 1 838 473 (19,0; 30,0) | 65 bis unter 70 Jahre | 2 196 498 (40,5; 20,3) |
| 1 384 254 (20,4; 34,4) | 70 bis unter 75 Jahre | 1 747 608 (35,9; 20,5) |
| 1 630 256 (20,8; 36,6) | 75 bis unter 80 Jahre | 2 185 724 (29,0; 19,3) |
| 1 738 432 (17,7; 30,8) | 80 Jahre und älter | 3 129 177 (12,5; 13,9) |

**Frauen haben ab dem 20. Lebensjahr ein Anrecht auf eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung des Genitals, ab dem 30. Lebensjahr wird das Untersuchungsprogramm erweitert um die Brust und ab dem 35. Lebensjahr um die Haut. Männer können ab 35 Jahren die Haut und ab 45 Jahren das äußere Genital und die Prostata untersuchen lassen. Ab dem 50. Lebensjahr kommt bei Frauen und Männern die Untersuchung des Darms hinzu. Seit dem 1. Oktober 2002 wird für GKV-Versicherte ab dem 55. Lebensjahr eine Darmspiegelung angeboten, zehn Jahre später eine zweite.*

*Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung*





## Frauensache

Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen durch Koloskopie; alle GKV-Versicherte; 2017

| | Zahl der Anspruchsberechtigten | Teilnehmer in Prozent |
|---|---|---|
| Männer | 14 311 053 | 7,6 |
| Frauen | 17 739 937 | 12,9 |

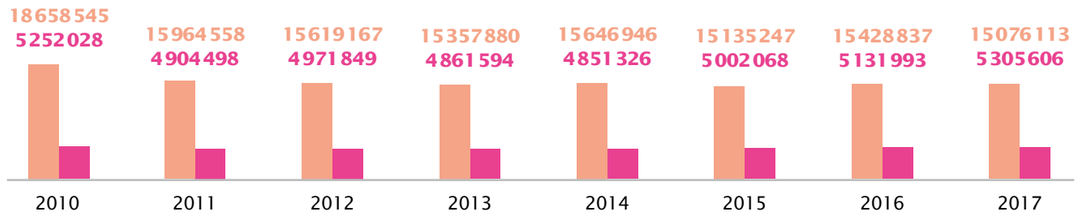
*Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung*

## Vernünftig vorgesorgt?

Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten bei GKV-Versicherten und ihren Kindern; Zahl der Fälle

*Erwachsene* — *Kinder*

Veränderung 2010–2017: –19% · 1%




*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 3*

## Ausbaufähig

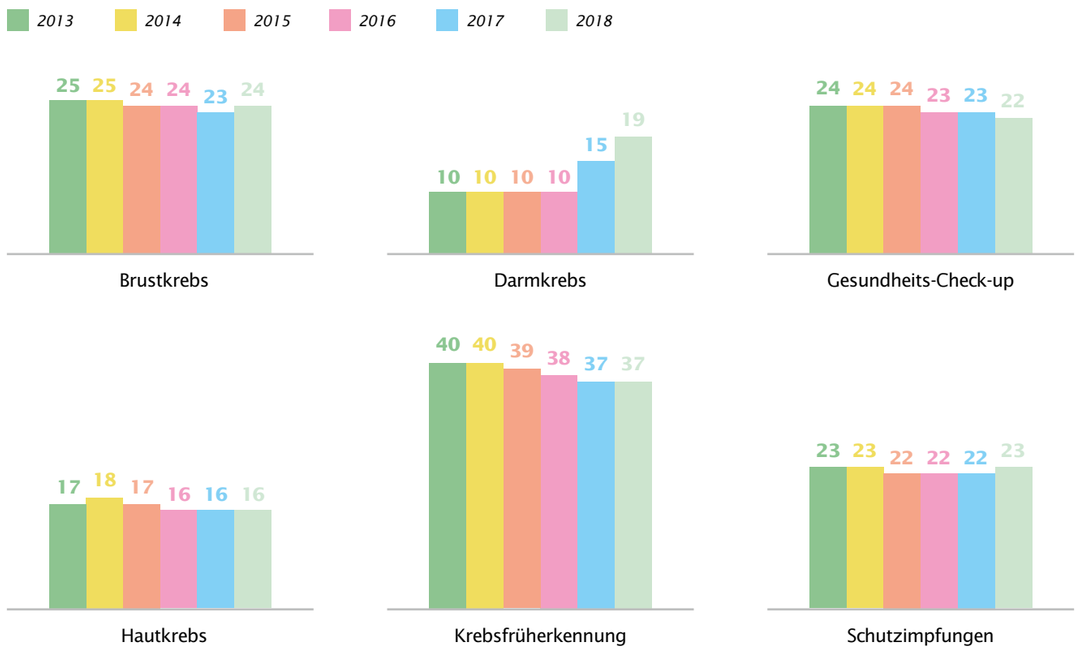
Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up; Zahl der Anspruchsberechtigten / Inanspruchnahme in Prozent

| | Anspruchsberechtigte | Inanspruchnahme |
|---|---|---|
| 2010 | 44 380 376 | 42,04 |
| 2011 | 44 388 120 | 35,97 |
| 2012 | 44 535 751 | 35,07 |
| 2013 | 44 679 269 | 34,37 |
| 2014 | 44 972 765 | 34,79 |
| 2015 | 45 212 358 | 33,48 |
| 2016 | 45 595 837 | 33,84 |
| 2017 | 45 949 934 | 32,81 |
| **Veränderung 2010–2017 in Prozent** | **4** | **–22** |

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KM 6, KG 3*

## Am meisten genutzt: die Krebsfrüherkennung

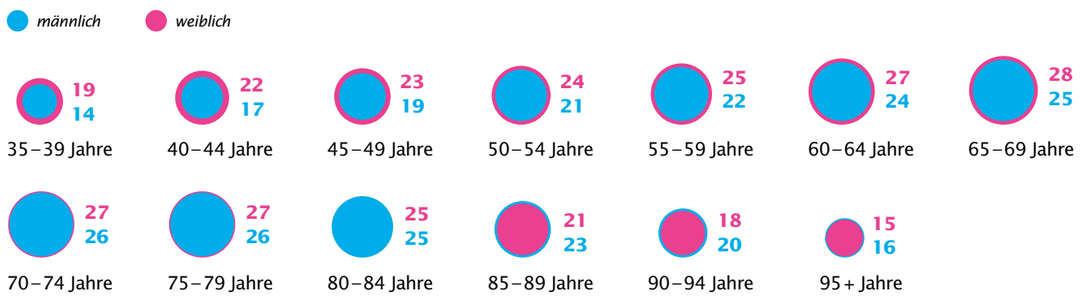
Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen; anspruchsberechtigte Versicherte der IKK classic; in Prozent




*Quelle: IKK classic*

## Am häufigsten genutzt: von 60- bis 79-Jährigen

Gesundheits-Check-ups* nach Alter und Geschlecht; anspruchsberechtigte Versicherte der IKK classic; 2018; in Prozent



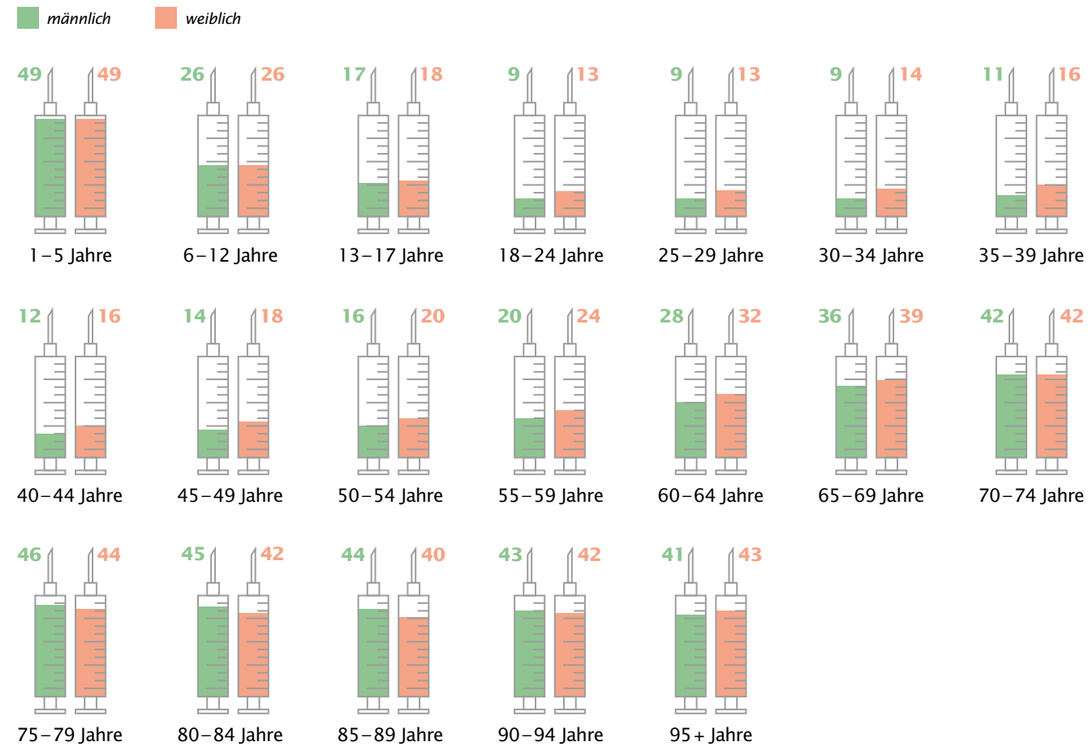

**Werden angeboten für Versicherte ab 35 Jahren. Quelle: IKK classic*





## Geimpft

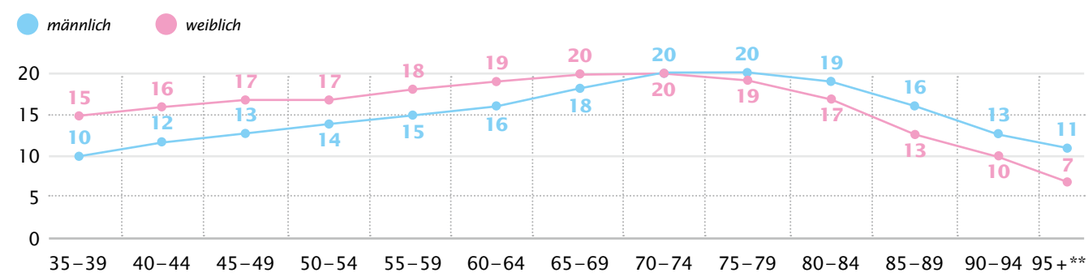
Schutzimpfungen nach Alter und Geschlecht; Versicherte der IKK classic; 2018; in Prozent




*Quelle: IKK classic*

## Gekümmert

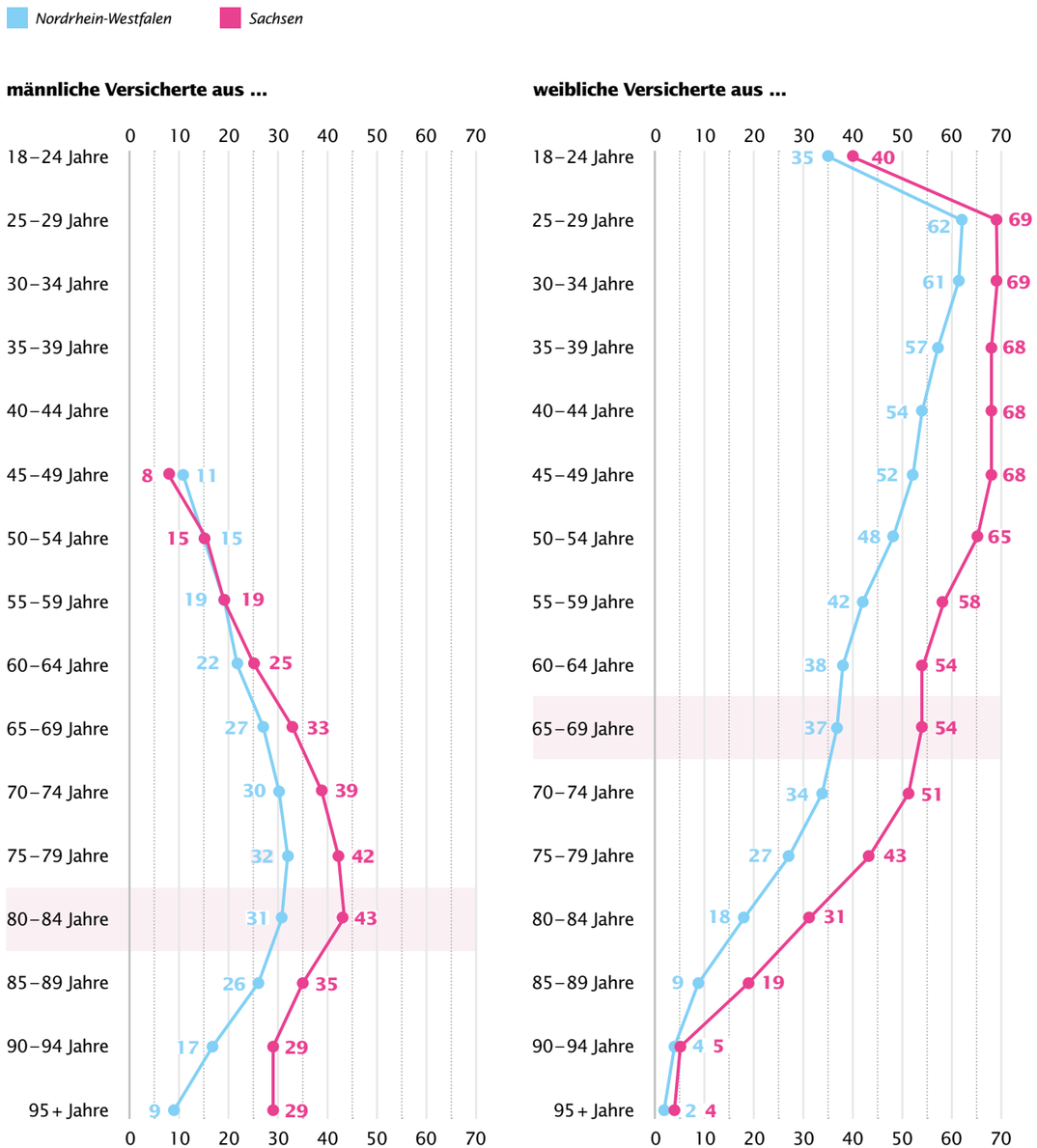
Hautkrebs-Vorsorgemaßnahmen* nach Alter und Geschlecht; Versicherte der IKK classic; 2018; in Prozent




**Werden angeboten für Versicherte ab 35 Jahren. **Altersgruppen in Jahren. Quelle: IKK classic*

## Ländersache I

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen* nach Geschlecht und Altersgruppen im Regionalvergleich Nordrhein-Westfalen und Sachsen; anspruchsberechtigte Versicherte der IKK classic; 2018; in Prozent



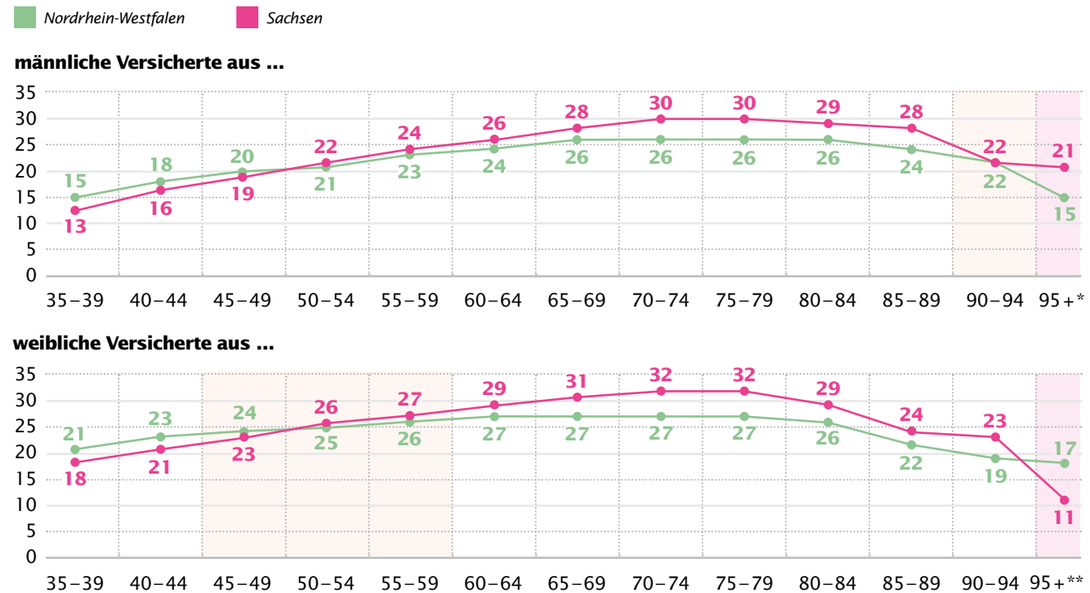

*Werden angeboten für weibliche Versicherte ab 18 Jahren und für männliche Versicherte ab 45 Jahren. Quelle: IKK classic





## Ländersache II

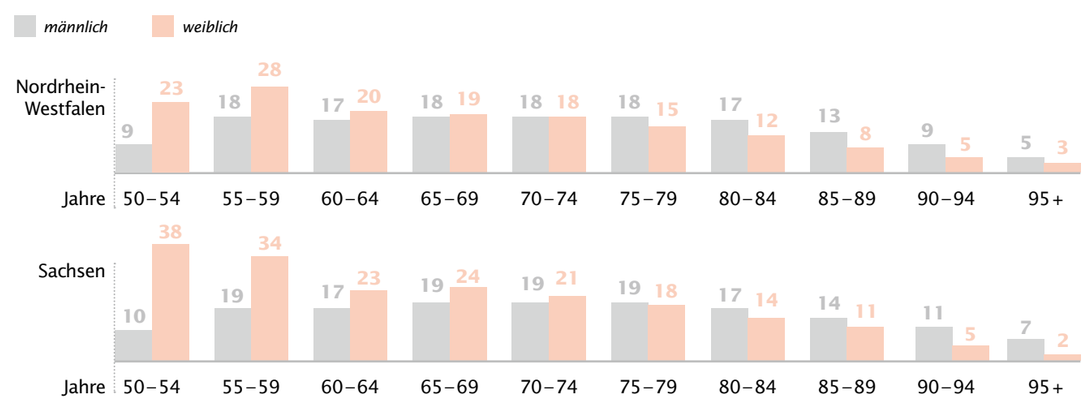
Gesundheits-Check-ups* nach Geschlecht und Altersgruppen im Regionalvergleich Nordrhein-Westfalen und Sachsen; anspruchsberechtigte Versicherte der IKK classic; 2018; in Prozent




*Werden angeboten für Versicherte ab 35 Jahren. **Altersgruppen in Jahren. Quelle: IKK classic

## Alterssache

Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchungen* nach Geschlecht und Altersgruppen im Regionalvergleich Nordrhein-Westfalen und Sachsen; anspruchsberechtigte Versicherte der IKK classic; 2018; in Prozent




*Werden angeboten für Versicherte ab 50 Jahren. Quelle: IKK classic

# „Geteilte Verantwortung“

Der Kampf gegen Diabetes erfordert ein anderes Verhalten der Betroffenen und andere Verhältnisse: Experten rufen nach Steuern auf süße Getränke, besserer Kennzeichnung von Lebensmitteln und weniger an Kinder und Jugendliche gerichtete Werbung für Süßes.

*Text: Stefan Scheytt*

Es wäre besser gewesen, sagt sie, wenn sie an jenem 10.10.2017 einfach nicht ins Krankenhaus gegangen wäre wegen dieses entzündeten Fingers, an dessen Nagel sie so lange gekaut hatte, bis es blutete und schließlich der Verdacht auf Blutvergiftung aufkam. Ohne Krankenhausbesuch, glaubt sie, hätte es keine Blutabnahme gegeben, und dann wäre ihr auch diese Diagnose erspart geblieben: Diabetes Typ 2. Mit zwölf Jahren.

Weil Hürrem* ein großes, übergewichtiges Mädchen ist, wirkt sie auf den ersten Blick älter als vierzehn, aber wenn sie Hand in Hand mit ihrer Mutter durch die Flure der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Ulmer Uniklinikums läuft, erscheint sie einem eher wie ein hilfloses Kind. Seit zwei Jahren kommen sie alle paar Wochen hierher – zur Diabetesschwester, zur Ernährungsberaterin, zur Psychologin und natürlich zum Arzt, der dann von Neuem entscheidet, was zu tun ist. „Meine größte Angst ist, dass ich wieder hierbleiben muss“, sagt Hürrem. Das passierte schon dreimal: eine Woche stationärer Aufenthalt, ihre Blutzuckerwerte lagen ein Vielfaches über den Normalwerten.

Vor ein paar Monaten war Hürrem in der Reha. Sechs Wochen in einer Einrichtung weit entfernt von zu Hause mit einer Gruppe jugendlicher Leidensgefährten. Es gab einen Tagesplan mit festen Essenszeiten, nie Leerlauf und ab 22 Uhr kein WLAN. Jeden Tag waren sie im Freien, am Wochenende sogar vier Stunden, machten Schneeballschlachten, gingen schwimmen, kein Kühlschrank war in der Nähe und auch kein Laden zum Einkaufen. „Am Anfang war es schwer“, erzählt Hürrem, „aber dann ging’s immer besser, eigentlich ganz locker.“ Nach der Reha waren ihre Blutzuckerwerte drastisch niedriger. Hürrem schöpfte Hoffnung.

Inzwischen sind ihre Werte wieder stark gestiegen, und Hürrem resigniert. Mit kippender Stimme sagt sie: „Das Problem liegt bei mir: Wenn ich mich richtig anstrengen würde, könnte ich den Diabetes wegbekommen. Ich hab’s ein halbes Jahr lang probiert, auch für meine Eltern, denn die sind traurig, wenn mir was passiert. Aber ich schaff’ es nicht, ich hab’ keine Motivation mehr, jetzt ist es mir ehrlich gesagt egal.“

Ihre Ängste und Sorgen teilt Hürrem mit schätzungsweise etwa sieben Millionen Menschen in Deutschland (ein Anstieg um weit mehr als ein Drittel seit 1998), die an einer der beiden Formen der Zuckerkrankheit leiden, die meisten – wie Hürrem – an Diabetes Typ 2. Rechnet man die vermutete Zahl der unentdeckten Erkrankungen hinzu, könnten gut neun Millionen Menschen betroffen sein, bis zum Jahr 2040 rechnen Experten mit bis zu zwölf Millionen Diabeteskranken allein hierzulande. Auch weltweit steigen die Zahlen rasant – zwischen 1980 und 2014 fast um das Vierfache auf 422 Millionen Menschen; die Erkrankungshäufigkeit unter Erwachsenen wuchs in diesem Zeitraum von 4,7 auf 8,5 Prozent, weshalb die Weltgesundheitsorganisation (WHO) von einer „globalen Epidemie“ spricht. Deren eine Seite ist das persönliche Leid der Betroffenen: Diabetes gilt als einer der Hauptfaktoren für Blindheit, Nierenversagen, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Beinamputationen und kann die Lebenszeit um viele Jahre verkürzen. Die andere Seite der chronischen Krankheit sind enorme gesellschaftliche Belastungen: Für Deutschland wurden die direkten und indirekten Kosten auf 35 Milliarden Euro pro Jahr für Behandlung und Pflege sowie durch Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung geschätzt. Angesichts der Kosten für das Solidarsystem durch die Behandlung von Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes sprach die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) bei ihrer Jahrestagung 2019 von einem „nationalen Notstand“. Allein bei der IKK classic summieren sich die jährlichen Ausgaben durch die „Volkskrankheit“ Diabetes auf rund zwei Milliarden Euro – 9,4 Prozent der Versicherten benötigen damit mehr als 20 Prozent der Leistungsausgaben.

Zwar gibt es eine genetische Veranlagung für die Erkrankung (siehe Randspalte auf Seite 33). Doch gerade der Typ-2-Diabetes, von dem mehr als 90 Prozent aller Diabetiker betroffen sind, kann verhindert, verlangsamt oder gestoppt werden, wenn die oft übergewichtigen oder fettleibigen (adipösen) Menschen ihr Gewicht reduzieren, sich gesünder, weil zucker- und fettärmer ernähren und sich mehr bewegen.

Wer ist also verantwortlich für die Diabetes-Epidemie? Die Diabeteskranken selber wie Hürrem, weil sie zu willensschwach sind, ihre Ernährung umzustellen und regelmäßig Sport zu treiben? Die Hersteller ungesunder Lebensmittel? Die Politik? Die Gesellschaft? „Man kann den Einzelnen nicht von jeglicher Verantwortung freisprechen“, sagt Oliver Huizinga von der Verbraucherorganisation foodwatch. „Aber wenn fast zehn Prozent der Menschen in Deutschland an Diabetes erkrankt sind – Tendenz weiter steigend – liegt auf der Hand, dass es vor allem um ein systemisches Problem geht und weniger um das Fehlverhalten Einzelner. Wir leben in einer Welt, in der die gesunde Wahl, die das Diabetesrisiko mindert, die schwere Wahl ist. Gerade für Kinder und Jugendliche ist es einfacher, sich ungesund zu ernähren. Und für diese Welt, in der sie aufwachsen, tragen viele Verantwortung. Es geht also um geteilte Verantwortung.“

Entsprechend unterscheiden Mediziner zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention: Wenn Verantwortung bedeutet, dass man Antworten geben muss auf Probleme, dann muss sowohl der Diabeteskranke mithilfe von Ärzten Antworten finden, wie er sein Verhalten ändern kann, aber auch andere Akteure, wie die Verhältnisse angepasst werden müssen, damit die Volkskrankheit Diabetes eingehegt werden kann.

Im Fall von Hürrem spricht ihr behandelnder Arzt, der Kinder- und Jugendmediziner und Diabetologe Christian Denzer am Universitätsklinikum Ulm, von „chronischer Überforderung“. Was er damit meint, wird klar, wenn Hürrem über ihren Alltag erzählt. In der Schule höre sie oft abschätzige Bemerkungen von anderen Jugendlichen über ihr Gewicht und ihre Krankheit; und manche Lehrer glaubten ihr nicht, wenn sie etwa wegen Kopfschmerzen – ein typisches Diabetes-Symptom – früher nach Hause wolle. Wenn sie dort nach der Schule ankommt, ist sie allein, beide Eltern arbeiten, ihre Mutter sogar in der Spätschicht. „Außer Schule mache ich nichts, ich bin immer zu Hause, 24/7, liege mit dem Handy auf dem Sofa, und der Fernseher läuft.“ Oft kocht sie sich selber etwas, und natürlich kennt sie die Hinweise der Ernährungsberater, aber sie liebt die türkische Küche, Döner, Süßigkeiten. Sie esse viel weniger davon als früher, aber wenn sie ihre Blutzuckerwerte mit Insulin heruntersprtze und davon Heißhunger bekomme, „dann kann ich mich oft nicht zurückhalten, dann ess’ ich einfach.“

Sie sei eben faul, habe zu wenig Disziplin, klagt sich Hürrem selber an. Ihre Psychologin widerspricht: „Hürrem, das hat nichts mit Faulheit zu tun. Es ist ein verdammt weiter und harter Weg, besonders für Kinder und Jugendliche. Wir verlangen von Patienten viel: Sie sollen jeden Tag Maß halten, ihr Leben grundlegend verändern, dafür braucht man Unterstützung.“ Einen Antrag auf einen Erziehungsbeistand, wie ihn die Psychologin vorschlug, damit Hürrem nicht so viele Stunden allein zu Hause ist, lehnte das Jugendamt ab. „Wir haben schon vieles hingekriegt“, sagt Hürrems Mutter, deren Mann ebenfalls Diabetes hat, „wir haben keine Süßigkeiten mehr zu Hause, kochen gesünder. Aber ich kann nur übers Wochenende helfen und darauf achten, dass sie ihren Blutzucker regelmäßig misst, ihre Tabletten nimmt und Insulin spritzt. Und wenn es die Arbeit erlaubt, begleite ich meine Tochter zu jedem Termin.“

„Viele Patienten kommen aus sozialen Verhältnissen mit zu geringen Ressourcen, um ihren Lebensstil dauerhaft der Erkrankung anzupassen“, sagt Hürrems Arzt. Allein in der Schulpause den Blutzuckerwert zu messen und die richtige Menge Insulin zu spritzen, das gelinge nicht vielen Jugendlichen zuverlässig, auch nicht in Akademikerfamilien, weiß Christian Denzer. Und warum die Lebensstilintervention, wie Mediziner die Verhaltensänderung nennen, bei manchen funktioniere, aber bei vielen nicht, sei nicht wirklich klar. Umso wichtiger ist deshalb die Frage, ob und wie die Verhältnisse verändert werden müssen. Denzer hat dazu einen klaren Standpunkt: „Ohne begleitende Maßnahmen auf politischer Ebene wird das, was wir Ärzte tun, in der Breite wenig Wirkung haben.“

## Andere Länder setzen auf die Limo-Steuer

Konkret geht es um Steuern auf Süßgetränke, um eine bessere Kennzeichnung von Lebensmitteln in Form einer Nährwertampel, um verbindliche Standards für die Schul- und Kitaverpflegung sowie um Beschränkungen der an Kinder gerichteten Lebensmittelwerbung, wie sie zahlreiche Ärzte und >

Institutionen fordern – auch in einem offenen Brief an die Bundesregierung, den im vergangenen Jahr der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und die Verbraucherorganisation foodwatch schrieben, unterstützt von einer Vielzahl Verbänden und Fachorganisationen – vom AOK-Bundesverband bis zur Bundeszahnärztekammer und zur Deutschen Adipositas Gesellschaft. Sie verweisen darin auf die besorgniserregenden Zuwächse bei Übergewicht, Fettleibigkeit (Adipositas) und Diabetes. Die DDG beklagt, der „Tsunami der Lebensstilerkrankungen“ könne nicht mit kosmetischen Maßnahmen gestoppt werden.

„In Sachen Prävention ist Deutschland ein Entwicklungsland“, kritisierte Thomas Fischbach, der Präsident des BVKJ. „Während zahlreiche andere Staaten in Europa im Kampf gegen Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen die Lebensmittelwirtschaft in die Pflicht nehmen, setzt die Bundesregierung weiterhin auf freiwillige Vereinbarungen mit der Industrie und auf Programme für Ernährungsbildung. Das ist die falsche Strategie.“ Ein Großteil der Typ-2-Diabetes-Erkrankungen wäre vermeidbar, so die Deutsche Diabetes Gesellschaft, „wenn es gelänge, eine Umgebung zu schaffen, in der sich Menschen besser ernähren und weniger übergewichtig sind.“

Eine Steuer auf zuckergesüßte Getränke wäre ein Weg dahin. Die Produktgruppe ist nach Ansicht der WHO eine „wesentliche“ Ursache für Fettleibigkeit und Typ-2-Diabetes, weil bei Softdrinks – anders als bei Süßwaren, die in gewissem Maße mit einer ausgewogenen Ernährung vereinbar sind – bereits eine Dose am Tag als „zu viel“ gilt: Denn die Getränke bringen zusätzliche Kalorien, aber keinen Sättigungseffekt.

Tatsächlich entfaltet die Softdrink- oder Limo-Steuer Lenkungswirkung, wie Erfahrungen in Mexiko, Finnland, Frankreich oder in der US-Stadt Berkeley zeigen, wo der Konsum zuckriger Getränke nach Einführung der Sonderabgabe zurückging. Ein anderer Effekt besteht darin, dass die Hersteller – wie in Ungarn und Großbritannien festgestellt – den Zuckergehalt reduzieren oder komplett eliminieren, um die Steuer zu umgehen oder zu verringern.

Aufgrund dieser Erfahrungen empfiehlt die WHO anderen Regierungen diese Maßnahme explizit: Es bestehe Evidenz, dass eine 20-prozentige Sondersteuer einen etwa 20-prozentigen Rückgang des Konsums zur Folge habe und so der Entstehung von Adipositas und Typ-2-Diabetes vorbeuge – eine Einschätzung, die auch das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) teilt, die Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten oder der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Dessen Präsident Thomas Fischbach sagte Mitte 2016: „Wir brauchen mehr Schutz vor Zucker für Kinder und Jugendliche, denn Zucker macht dick und krank, er verursacht Diabetes Typ 2, Gefäßerkrankungen, orthopädische Probleme und Karies. Das ist wissenschaftlich bewiesen. Die Politik nimmt hier jedoch anders als beim Kampf gegen das Rauchen ihre Verantwortung nicht wahr.“ Fischbach forderte „endlich die Zuckersteuer nach dem Vorbild der Alkopops-Steuer“.

## Die Politik verschleppt die Lebensmittelampel

Forderungen von Diabetologen, die auf taube Ohren in der Politik treffen – dieses Muster wiederholte sich auch beim jahrelangen Streit um eine verständliche Nährwertkennzeichnung auf Lebensmitteln. So sprach sich neben vielen anderen Organisationen auch die DDG für den Nutri-Score aus, bei dem aus den Inhaltsstoffen der Lebensmittel ein Gesamtpunktwert („score“) gebildet wird, der gut sichtbar auf der Vorderseite der Verpackung mit Buchstaben und fünf Farben dargestellt wird.

Anders als beim bisherigen Kleingedruckten auf der Rückseite kann jeder Konsument leicht zwischen dem dunkelgrünen A (vorteilhafte Nährwertqualität) und dem roten E (weniger vorteilhaft) unterscheiden. „Der Nutri-Score hat seine Wirksamkeit wissenschaftlich bewiesen und ist sofort einsetzbar“, sagte DDG-Geschäftsführerin Barbara Bitzer. Tests hätten gezeigt, dass Menschen dadurch weniger ungesunde und mehr gesunde Produkte kauften. In Frankreich, Belgien und neuerdings auch in der Schweiz ist die fünffarbige Ampel bereits etabliert, Spanien, Portugal und Luxemburg wollen folgen.

In Deutschland jedoch verschleppte das Ministerium für Ernährung und Landwirtschaft unter Julia Klöckner den Prozess, indem es ein eigenes, noch schnell erdachtes Kennzeichnungssystem des staatlichen Max Rubner-Instituts ins Spiel brachte und dann auch noch eine Umfrage unter 1600 Verbrauchern startete; zur Wahl stand dabei auch das Modell der Lebensmittelindustrie. Das Vorgehen der Politik sei inakzeptabel, fand die Diabetes Gesellschaft. „Warum Frau Klöckner den Nutri-Score (…) skeptisch sieht und einen deutschen Sonderweg ins Spiel bringt, dessen Umsetzung auch noch unnötig Zeit und Geld kostet, ist fachlich nicht zu erklären“, kritisierte DDG-Geschäftsführerin Bitzer. Ende September 2019 lenkte das Ministerium schließlich ein: Nutri-Score soll im kommenden Jahr als erweitertes Nährwertkennzeichen eingeführt werden – allerdings nur auf freiwilliger Basis.

Der Diabetes wird auch mit einer besseren Lebensmittelkennzeichnung und einer Limo-Steuer nicht verschwinden, „es gibt keine ‚silver bullet‘, die alles löst“, sagt Oliver Huizinga von foodwatch. Doch der Ansatz, im Kampf gegen Übergewicht und Diabetes nur auf Verbraucherbildung und Aufklärung zu setzen wie die Bundesregierung und die Lebensmittelindustrie, sei gescheitert. Es brauche einen Paradigmenwechsel – weg vom Fokus auf das Verhalten des Einzelnen, hin zur Veränderung der Verhältnisse. „Denn wir leben in einer Übergewicht fördernden und damit diabetesriskanten Welt: Es wird uns schwer gemacht, die gesunde Wahl zu treffen – durch das sind die großen Treiber für die weitverbreitete Fehlernährung – und nicht so sehr das fehlerhafte Verhalten des Individuums.“ Huizinga zitiert aus einer viel beachteten Rede der ehemaligen Generaldirektorin der WHO, Margaret Chan: „Kein einziger Staat hat es geschafft, die Fettleibigkeits-Epidemie in allen Altersgruppen zu stoppen. Hier mangelt es nicht an individueller Willenskraft. Hier mangelt es am politischen Willen, sich mit einer großen Industrie anzulegen.“

Was nicht bedeutet, dass individuelle Willenskraft keine Rolle spielen würde. In der Universitätsklinik Ulm sitzt Özlem*, 16, wie Hürrem Tochter türkischer Eltern, auch sie hat Diabetes Typ 2, wie ihr Vater. Als Özlem mit 14 oft über Müdigkeit klagte, über einen trockenen Mund und den häufigen Drang, zur Toilette gehen zu müssen, ahnte sie schon, was der Arzt sagen könnte. Damals wog sie 89 Kilogramm, jetzt elf Kilo weniger. Özlem sagt: „Ich esse jetzt seltener Süßigkeiten und Döner, lieber mal einen Apfel. Zu Hause kochen wir mehr Gemüse und weniger Kohlenhydrate, essen weniger Brötchen und mehr Vollkorn- oder Knäckebrot. Meine Mutter backt den Kuchen mit weniger Zucker. Cola Zero und süßen Eistee lasse ich weg, ich habe meine Liebe zu Wasser entdeckt. Ich schaffe es immer öfter, nicht mehr zu essen, bis ich komplett satt bin, sondern aufzuhören, wenn ich normal satt bin.“ Vor der Diagnose machte sie auch keinen Sport, jetzt geht Özlem dreimal in der Woche zum Taekwondo. Ihr Vater war dagegen und ließ sich dann doch irgendwie breitschlagen. „Der Sport tut mir gut, ich fühle mich danach gut, frei, besser“, sagt Özlem. Sie muss nur noch alle drei Monate zur Kontrolle ins Krankenhaus und hofft, bald ohne Tabletten leben zu können. Ihr Arzt, Christian Denzer, sagt, Özlem habe gute Chancen, den Diabetes dauerhaft in Remission zu bringen, seit mehr als einem Jahr seien ihre Blutzuckerwerte wieder im normalen Bereich. „Gerade in jungen Jahren gibt es ein Zeitfenster, in dem sich die Bauchspeicheldrüse erholen kann. Özlem nutzt dieses Zeitfenster sehr gut.“

Wie sie das schafft, beschreibt sie so: „Zucker ist eine Art Sucht. Wie beim Rauchen muss man es unterbewusst, zu hundert Prozent wollen, davon wegzukommen. Ich habe mir gesagt: Entweder ich kämpfe jetzt ein paar Monate oder Jahre und bin danach frei von Diabetes, oder ich mache so weiter und habe ihn dann mein ganzes Leben lang, nur weil ich eine gewisse Zeit nicht auf bestimmte Sachen verzichten konnte. Wichtig ist die Selbstverantwortung, die Eltern können nicht ständig nach einem schauen. Wichtig ist, dass man Willen zeigt, dass man sich sagt: Ich will das machen, ich will was ändern, und dafür muss man ein paar Jahre kämpfen.“

**Namen geändert*

### WAS IST DIABETES?

Bei der chronischen Stoffwechselerkrankung Diabetes mellitus produziert die Bauchspeicheldrüse zu wenig oder gar kein Insulin. Das Hormon sorgt wie eine Art Türöffner dafür, dass der mit der Nahrung aufgenommene Zucker vom Blut in die Körperzellen gelangen kann. Ist dieser Mechanismus gestört, erhöht sich der Blutzuckerspiegel, im äußersten Fall kann es zum diabetischen Koma kommen. Beim Typ-1-Diabetes, an dem meist Kinder und Jugendliche erkranken, herrscht absoluter Insulinmangel, der ein Leben lang ausgeglichen werden muss. Die Ursachen sind bis heute nicht endgültig geklärt, neben einer genetischen Prädisposition scheinen Umweltfaktoren wie Ernährung und Infektionen durch Viren eine wesentliche Rolle zu spielen.

Der viel häufigere Typ 2 – früher Altersdiabetes genannt – entwickelt sich langsam, die Symptome sind uncharakteristisch, sodass es Jahre dauern kann, bis die Krankheit diagnostiziert wird. Der Verlauf des Typ-2-Diabetes kann durch ausgewogene, zucker- und fettärmere Ernährung, Gewichtsreduktion und verstärkte körperliche Aktivität hinausgezögert und seine Entstehung sogar verhindert werden. Greifen diese Maßnahmen nicht, wird eine Behandlung mit blutzuckersenkenden Medikamenten (Tabletten und Spritzen) notwendig. Ein dauerhaft hoher Blutzuckerspiegel kann gravierende Schäden an den Augen und Organen anrichten. Besonders häufig kommt es zu Nieren- und Herzerkrankungen, auch Durchblutungsstörungen in den Beinen und im Gehirn sowie Nervenstörungen gehören zu den typischen Symptomen eines unbehandelten Diabetes.

# Die ständige Sorge um die Gesundheit ist auch eine Krankheit.

*Platon*

## Auf einen Blick

Digitale Gesundheitswirtschaft

Anteil der Deutschen, die sich Online-Terminvereinbarung bei ihrem Arzt wünschen, 2018, in Prozent ..... 59
Anteil der Deutschen, die sich Online-Sprechstunden bei ihrem Arzt wünschen, 2018, in Prozent ..... 26

Anteil der Arztpraxen, die den Nutzen von Erstellung und Pflege eines elektronischen Medikationsplans für die Patientenversorgung für sehr hoch oder eher hoch einschätzen, Deutschland, 2018, in Prozent ..... 54
Anteil der Arztpraxen, die den Nutzen von Online-Sprechstunden für die Patientenversorgung für sehr hoch oder eher hoch einschätzen, Deutschland, 2018, in Prozent ..... 19

Anteil der Deutschen, denen Datenschutz wichtiger ist als die Vorteile, die die Digitalisierung im Gesundheitsmarkt mit sich bringt, 2018, in Prozent ..... 58
Anteil der Deutschen, die denken, dass Digitalisierung ihre Gesundheit verbessern kann, 2018, in Prozent ..... 33

Anteil der Franzosen, die noch nie vernetzte Geräte zur Überwachung der Gesundheit benutzt haben, 2018, in Prozent ..... 82
Anteil der Deutschen, die noch nie vernetzte Geräte zur Überwachung der Gesundheit benutzt haben, 2018, in Prozent ..... 73
Anteil der Belgier, die noch nie vernetzte Geräte zur Überwachung der Gesundheit benutzt haben, 2018, in Prozent ..... 59

Anteil der Deutschen, die bereits Gesundheits-Apps mit medizinischen Informationen nutzen, 2019, in Prozent ..... 5
Anteil der Deutschen, die derzeit keine Gesundheits-Apps nutzen, aber planen, dies künftig zu tun, 2019, in Prozent ..... 22
Anteil der Deutschen, die derzeit keine Gesundheits-Apps nutzen und dies auch künftig nicht planen, 2019, in Prozent ..... 40

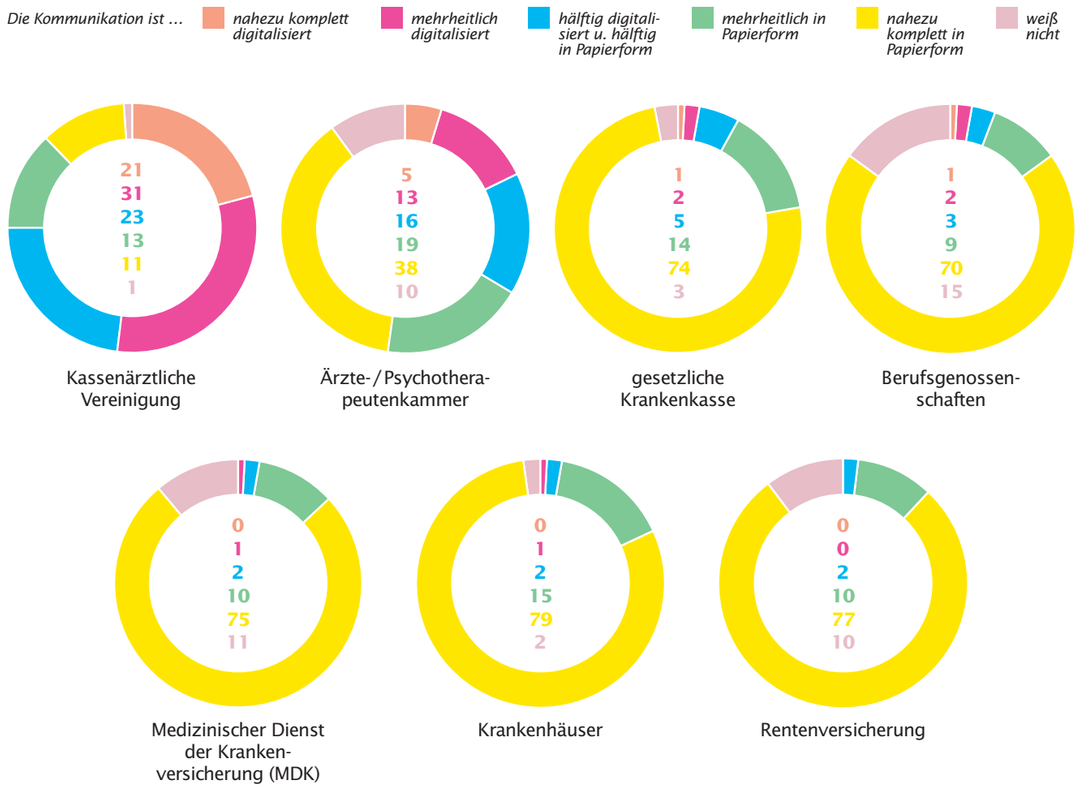
Anteil der Deutschen, die bereits einmal eine Videosprechstunde haben durchführen lassen, 2019, in Prozent ..... 2
Anteil der Deutschen, die nicht wissen, ob ihr Arzt das anbietet, aber grundsätzlich Interesse hätten, 2019, in Prozent ..... 38
Anteil der Deutschen, die daran generell kein Interesse haben, 2019, in Prozent ..... 45

Anteil der Deutschen, die das Internet in Zusammenhang mit Gesundheitsthemen einmal in der Woche oder öfter nutzen, 2017, in Prozent ..... 16
Anteil der Deutschen, die das Internet in Zusammenhang mit Gesundheitsthemen ein- oder mehrmals im Monat nutzen, 2017, in Prozent ..... 37
Anteil der Deutschen, die das Internet in Zusammenhang mit Gesundheitsthemen seltener als einmal im Monat nutzen, 2017, in Prozent ..... 43
Anteil der Deutschen, die das Internet in Zusammenhang mit Gesundheitsthemen nie nutzen, 2017, in Prozent ..... 4

*Quellen: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Ipsos MORI, IKK classic, Kantar Emnid*

## Vor allem Papier

Digitalisierungsgrad der Kommunikation vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Praxen mit Krankenhäusern, Körperschaften und Behörden; Deutschland; 2018; in Prozent*




*Abweichungen in den Summen entstehen durch Runden der Zahlen. Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

## Vor allem E-Mails

Art der digitalen Kommunikation der Ärzte mit Patienten außerhalb der Praxis*; Deutschland; 2018; in Prozent

| | |
|---|---|
| E-Mail | 54 |
| Austausch von Datenträgern (CDs, USB-Sticks) | 16 |
| Messenger-Dienste/SMS | 8 |
| Online-Chats | 2 |
| Videokonferenzen | 1 |
| Sonstiges | 4 |
| nichts davon | 40 |

*Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)





## Termine, Medikationen, Rezepte

Digitale Angebote der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen für Patienten; Deutschland; 2018; in Prozent*

| | |
|---|---|
| Online-Terminvereinbarung | 14 |
| Bereitstellung eines Medikationsplans | 13 |
| Online-Rezeptbestellung | 12 |
| Bereitstellung von Unterlagen aus der Patientendokumentation | 12 |
| Erinnerung an Termine, Vorsorge und Impfungen | 11 |
| Ausfüllen von Aufklärungs- und Anamnesebögen | 5 |
| Sonstiges | 5 |
| nichts davon | 61 |

*Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

## Die Ärzte sind skeptisch …

Wunsch der Inhaber ärztlicher und psychotherapeutischer Praxen nach dem Ausbau digitaler Angebote für Patienten; Deutschland; 2018; in Prozent*

| | |
|---|---|
| digitale Verordnungen, Überweisungen und Bescheinigungen | 29 |
| Erstellung und Pflege eines elektronischen Medikationsplans | 27 |
| Online-Terminvereinbarung | 21 |
| Online-Fallbesprechung mit Kolleginnen/Kollegen | 19 |
| Erstellung und Pflege eines digitalen Notfalldatensatzes | 19 |
| einrichtungsübergreifende digitale Patientenakte | 16 |
| digitale Version Mutterpass, Impf-/Allergie-/Implantateausweis, Untersuchungsheft | 16 |
| Online-Sprechstunde | 14 |
| Fernabfrage von medizinischen Daten (z. B. Blutdruck) | 14 |
| Empfehlung und Verordnung von Gesundheits-Apps als Therapiebestandteil | 11 |
| Online-Diagnose/-Therapie bei geeigneten Patienten/Krankheitsbildern | 9 |
| Sonstiges | 7 |
| weiß nicht | 34 |

*Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

## … die Patienten aufgeschlossener

Wunsch nach digitalen Gesundheitsangeboten*; 1 000 Befragte; Deutschland; 2018; in Prozent

*Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Deutsche Apotheker- und Ärztebank (in Kooperation mit Statista)

## Zur Vorsicht

Verwendung von digitalen Anwendungen zur Erkennung von Arzneimittel-Kontraindikationen* nach Fachgruppen; vertragsärztliche Praxen; Deutschland; 2018; in Prozent

| | |
|---|---|
| **insgesamt** | 51 |
| hausärztliche Versorgung | 60 |
| versorgungsebenenübergreifend | 46 |
| allgemein fachärztliche Versorgung | 45 |
| spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung | 33 |

**Kontraindikationen geben an, unter welchen Umständen ein Arzneimittel nicht angewandt werden darf.*

*Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*

## Zur Diagnostik

Verwendung von Geräten zur Ferndiagnostik nach Fachgruppen; vertragsärztliche Praxen; Deutschland; 2018; in Prozent

**12** spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung

**5** allgemein fachärztliche Versorgung

**21** hausärztliche Versorgung

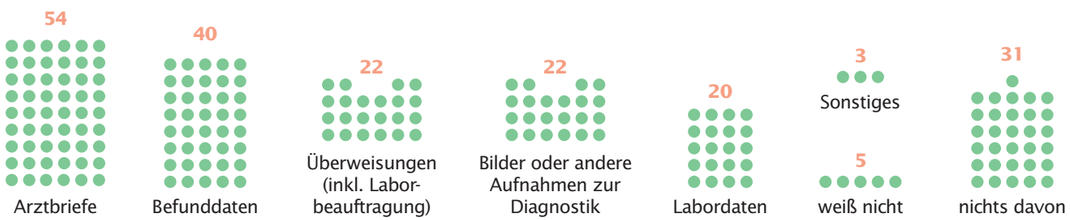
**17** versorgungsebenenübergreifend

**14** **insgesamt**

*Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*

## Zur Organisation

Digitale Angebote, von denen sich Praxen im Alltag am meisten erwarten würden*; vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxen; Deutschland; 2018; in Prozent




**Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*

## Zum Status quo

Empfang und Versand digital übermittelter Daten von anderen Praxen bzw. ambulanten Einrichtungen*; vertragsärztliche Praxen; Deutschland; 2018; in Prozent

| | Versand | Empfang |
|---|---|---|
| Labordaten | 15 | 69 |
| Befunddaten | 13 | 17 |
| Arztbriefe | 13 | 13 |
| Bilder oder andere Aufnahmen zur Diagnostik | 7 | 11 |
| Überweisungen (inkl. Laborbeauftragung) | 8 | 5 |
| Sonstiges | 2 | 2 |
| nichts davon | 70 | 26 |

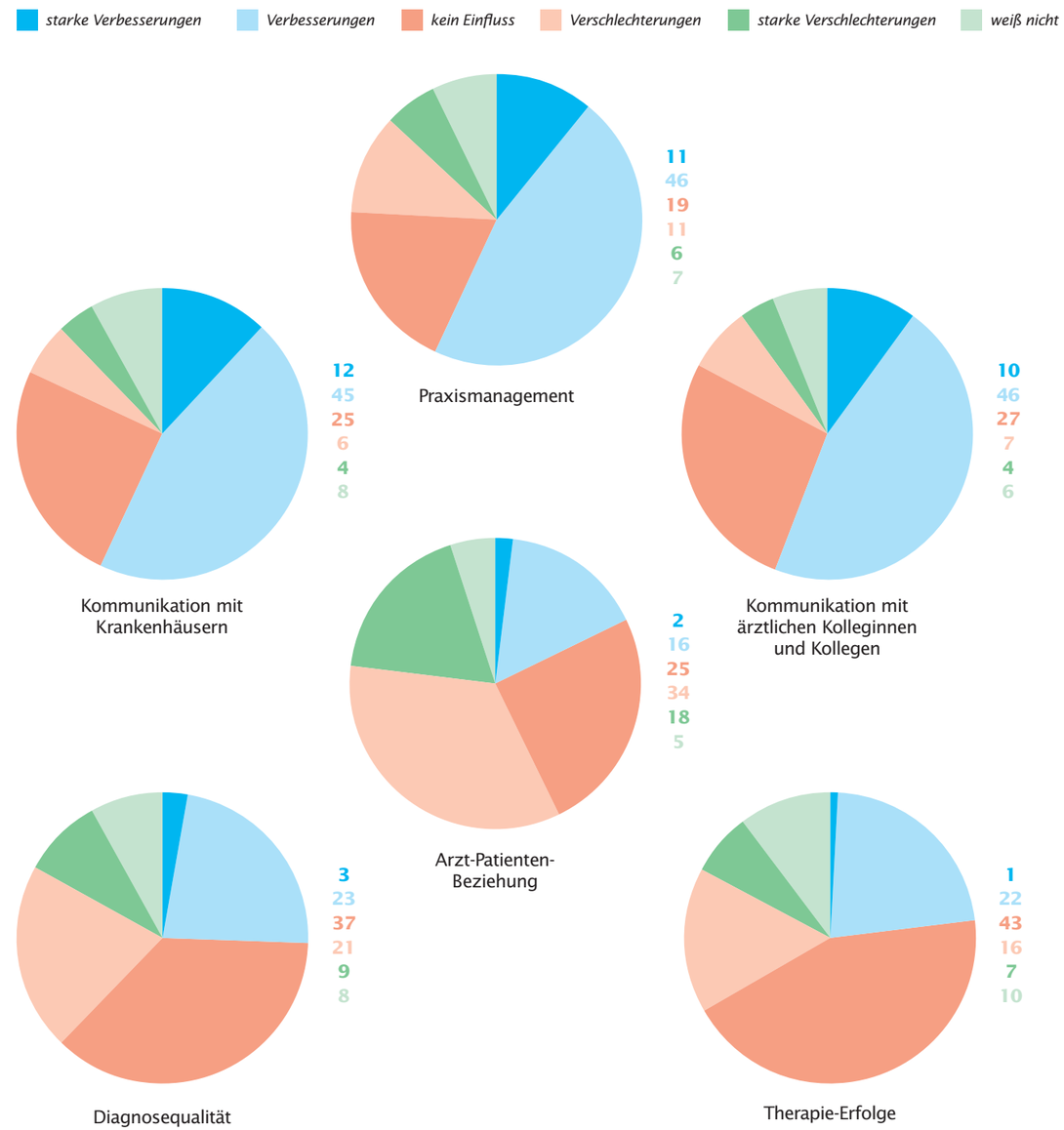
**Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*





## Zur Verbesserung

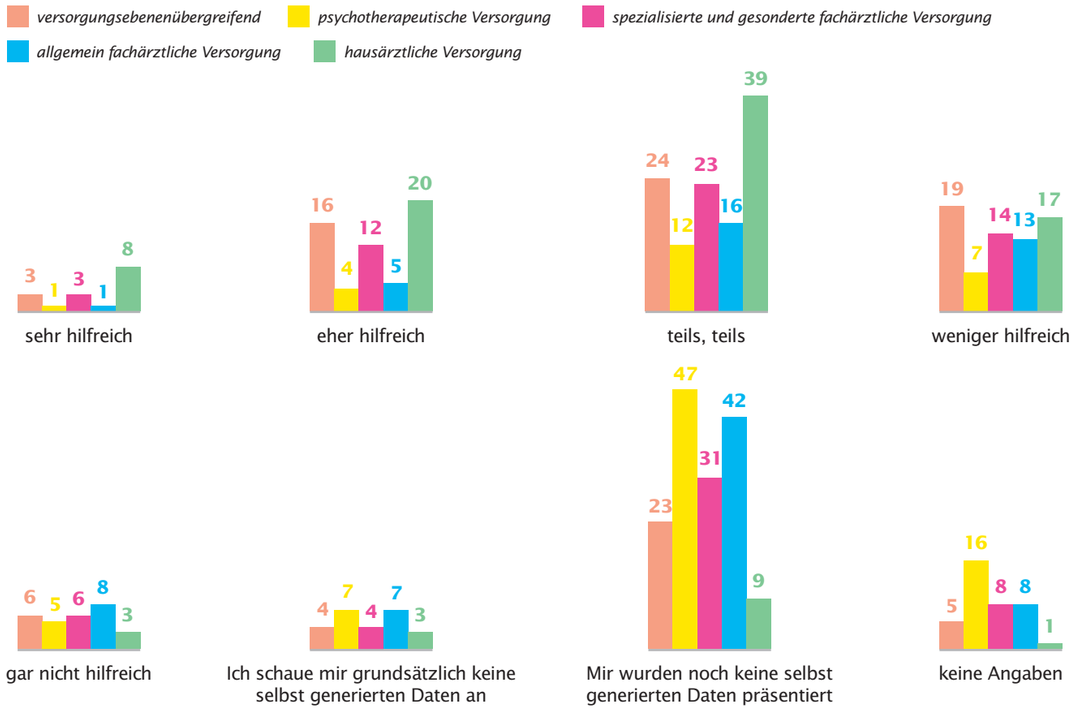
Einschätzung des Einflusses der Digitalisierung auf verschiedene Aspekte von ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Tätigkeiten; vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxen; Deutschland; 2018; in Prozent*




**Abweichungen in den Summen entstehen durch Runden der Zahlen. Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*

## Eher unentschieden

Bewertung der von Patienten selbst erhobenen digitalen Gesundheitsdaten (z. B. Pulswerte aus Apps, Fitness-Tracker) nach Fachgruppen; vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxen; Deutschland; 2018; in Prozent*




*Abweichungen in den Summen entstehen durch Runden der Zahlen. Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

## Eher unbekannt

Auseinandersetzung mit dem Thema E-Health in Deutschland nach Wohnortgröße; deutschsprachige Wohnbevölkerung ab 18 Jahren; Deutschland; 2017; in Prozent

| | Habe eine genaue Vorstellung, worum es geht | Bereits davon gehört, aber keine genaue Vorstellung | Noch nie davon gehört |
|---|---|---|---|
| **insgesamt** | **14** | **46** | **40** |
| unter 5 000 Einwohner | 8 | 38 | 54 |
| 5 000 bis 20 000 Einwohner | 12 | 48 | 39 |
| 20 000 bis 100 000 Einwohner | 16 | 43 | 40 |
| 100 000 bis 500 000 Einwohner | 16 | 48 | 36 |
| 500 000 Einwohner und mehr | 15 | 49 | 37 |

*Quelle: Statista – Survey Digital Health*





## Eher pessimistisch

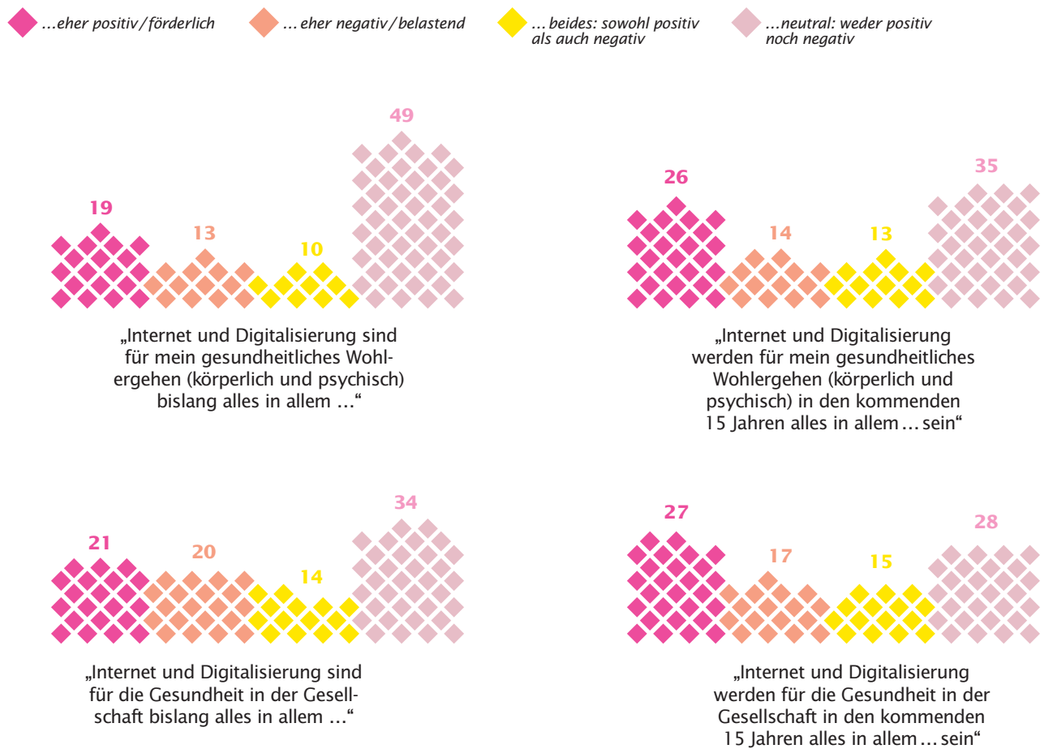
Gedanken und Wünsche zur Digitalisierung im Gesundheitswesen; Deutschland; 2018; in Prozent*

| | Zustimmung |
|---|---|
| Ich habe das Gefühl, dass die Digitalisierung im Gesundheitsmarkt noch nicht richtig angekommen ist. | 83 |
| Der Datenschutz ist mir wichtiger als die Vorteile, die die Digitalisierung im Gesundheitsmarkt mit sich bringt. | 58 |
| Die Digitalisierung erleichtert mir den Zugang zur ärztlichen bzw. pharmazeutischen Versorgung. | 56 |
| Für mich überwiegen in Verbindung mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen alles in allem die Vorteile. | 51 |
| Ich glaube, dass die Digitalisierung meine Gesundheit verbessern kann. | 33 |

*Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Deutsche Apotheker- und Ärztebank (in Kooperation mit Statista)*

## Eher neutral

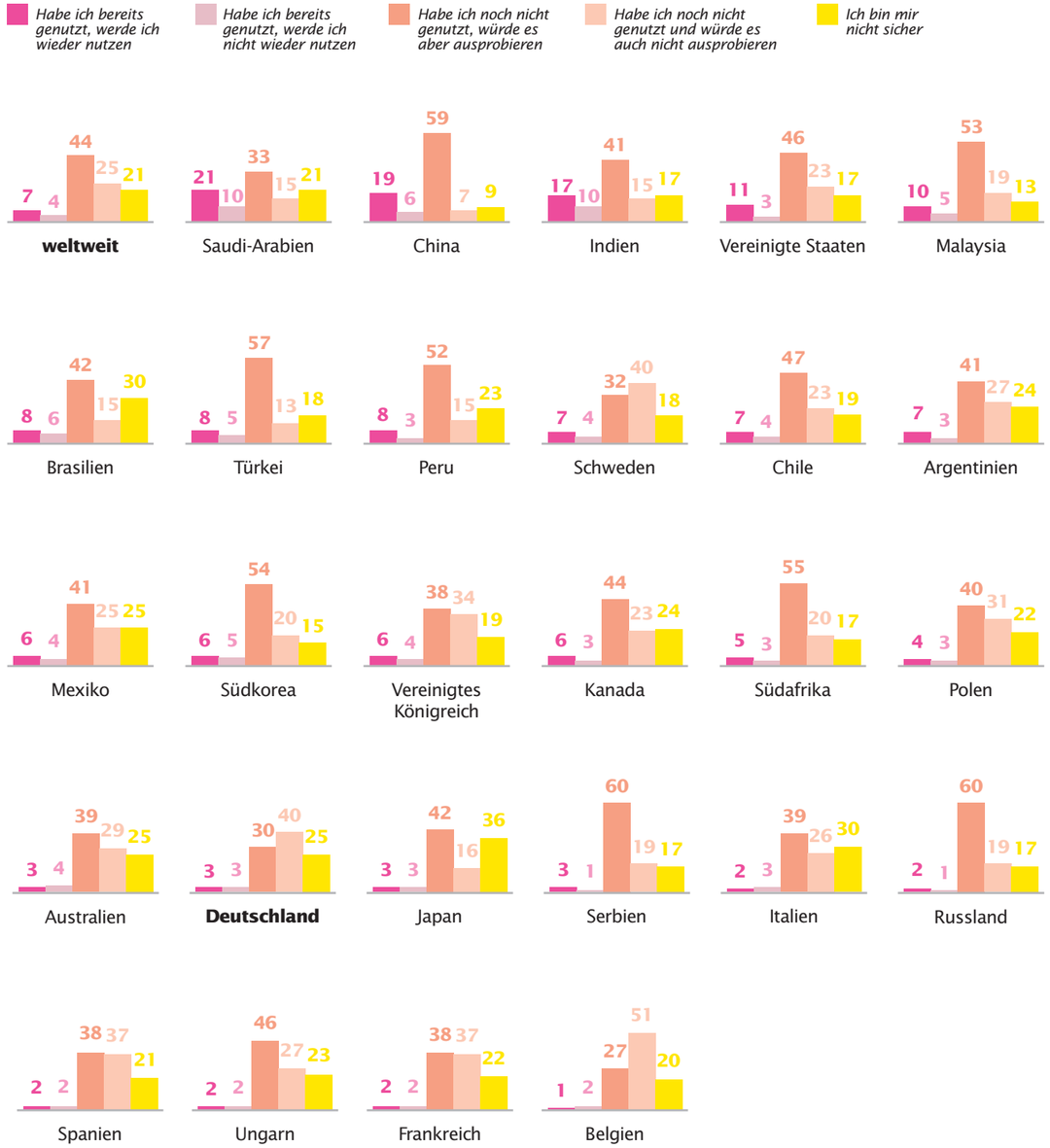
Einschätzung der Auswirkungen der Digitalisierung auf den Gesundheitsbereich; Bevölkerung ab 14 Jahren; Deutschland; 2018/2019; in Prozent*




*Rest zu 100 Prozent = weiß nicht/keine Angabe. Quelle: Kantar TNS im Auftrag der Initiative D21*

## Überwiegend aufgeschlossen

Bisherige Nutzung und Bereitschaft zur Nutzung von Telemedizin*; ausgewählte Länder; 2018; in Prozent**




*Telemedizin ermöglicht es, unter Einsatz audiovisueller Kommunikationstechnologien trotz räumlicher Trennung z. B. Diagnostik, Konsultation und medizinische Notfalldienste anzubieten. **Abweichungen der Summe entstehen durch Runden der Zahlen. Quelle: Ipsos MORI*





## Überwiegend ungenutzt

Nutzung von vernetzten Geräten zur Überwachung der Gesundheit; ausgewählte Länder; 2018; in Prozent

**Habe ich noch nie benutzt**

| | |
|---|---|
| **weltweit** | **68** |
| Frankreich | 82 |
| Japan | 81 |
| Spanien | 78 |
| Serbien | 78 |
| Vereinigtes Königreich | 76 |
| Peru | 76 |
| Mexiko | 76 |
| Argentinien | 75 |
| **Deutschland** | 73 |
| Kanada | 73 |
| Chile | 72 |
| Kolumbien | 72 |
| Australien | 71 |
| Brasilien | 71 |
| Vereinigte Staaten | 70 |
| Italien | 70 |
| Russland | 70 |
| Türkei | 70 |
| Schweden | 69 |
| Südafrika | 67 |
| Polen | 67 |
| Ungarn | 65 |
| Südkorea | 61 |
| Malaysia | 60 |
| Belgien | 59 |
| Indien | 49 |
| China | 47 |
| Saudi-Arabien | 46 |

*Quelle: Ipsos MORI*

## Überwiegend bereit

Bereitschaft zur Nutzung von vernetzten Geräten zur Überwachung der Gesundheit aufgrund einer Arztempfehlung; ausgewählte Länder; 2018; in Prozent

**Wenn mein Arzt mir empfehlen würde, vernetzte Geräte zur Überwachung der Gesundheit im Rahmen der Behandlung zu nutzen, würde ich es tun.**

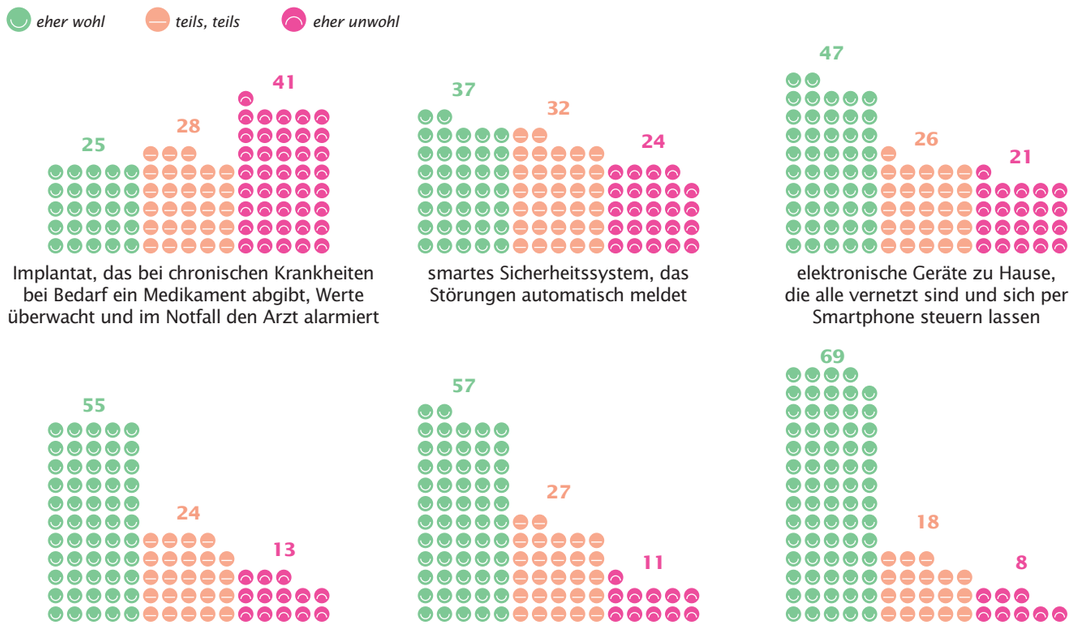
| | |
|---|---|
| **weltweit** | **70** |
| Serbien | 85 |
| Türkei | 84 |
| China | 80 |
| Südafrika | 80 |
| Kolumbien | 79 |
| Argentinien | 77 |
| Peru | 75 |
| Chile | 74 |
| Ungarn | 74 |
| Indien | 73 |
| Malaysia | 73 |
| Mexiko | 73 |
| Spanien | 73 |
| Australien | 72 |
| Saudi-Arabien | 71 |
| Vereinigtes Königreich | 70 |
| Polen | 70 |
| Brasilien | 68 |
| Südkorea | 68 |
| Kanada | 68 |
| Russland | 68 |
| Vereinigte Staaten | 67 |
| Italien | 64 |
| Schweden | 63 |
| Belgien | 59 |
| **Deutschland** | 55 |
| Frankreich | 52 |
| Japan | 44 |

*Quelle: Ipsos MORI*

## Smart

Wohlbefinden bei der Nutzung von intelligenten Geräten; Bevölkerung ab 14 Jahren; Deutschland; 2018/2019; in Prozent *

**„Wie wohl würden Sie sich fühlen, wenn Sie mit dieser Technik in Berührung kommen würden?“**




*Rest zu 100 Prozent = weiß nicht/keine Angabe. Quelle: Kantar TNS im Auftrag der Initiative D21*

## Zurückhaltend

Nutzung technischer Anwendungen zur Dokumentation der eigenen Gesundheit nach Geschlecht; Deutschland; 2018; in Prozent *

| | Männer | Frauen |
|---|---|---|
| Fitness-App | 17 | 13 |
| Fitness-Uhr bzw. Wearables | 13 | 12 |
| Ernährungs-App | 5 | 14 |
| Gesundheits-App | 8 | 5 |
| nichts davon | 67 | 70 |

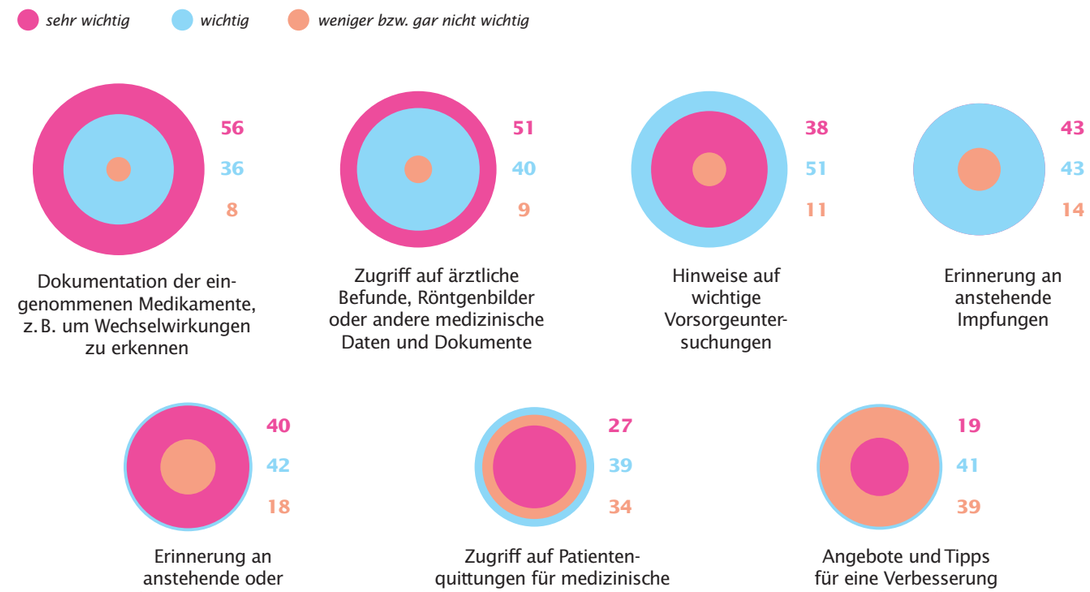
*Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Forsa Politik- und Sozialforschung GmbH*





## Dokumentieren, archivieren, hinweisen, erinnern

Wichtigkeit der Aspekte einer Gesundheits-App; Befragte, die eine elektronische Gesundheitsakte auf jeden Fall/vielleicht nutzen würden; Deutschland; 2018; in Prozent *




*An 100 Prozent fehlende Angaben = „weiß nicht“. Quelle: Forsa Politik- und Sozialforschung GmbH*

## Hilfreich

Positive Auswirkung der Nutzung von Gesundheits-Apps; Gesundheits-App-Nutzer ab 16 Jahren; Deutschland; 2019; in Prozent *

**Dank Gesundheits-Apps ...**

| | |
|---|---|
| ... habe ich mein Gewicht reduzieren können. | 29 |
| ... ernähre ich mich gesünder. | 34 |
| ... weiß ich besser über meinen Körper und Gesundheitszustand Bescheid. | 44 |
| ... bewege ich mich mehr. | 46 |
| ... habe ich mein Training optimieren können. | 53 |

*„Stimme voll und ganz zu“ und „Stimme eher zu“.*

*Quelle: Bitkom Research im Auftrag des Digitalverbandes Bitkom*

## Teuer

Gründe gegen die Benutzung von E-Health Apps und Geräten; deutschsprachige Wohnbevölkerung ab 18 Jahren; Deutschland; 2017; in Prozent *

| | |
|---|---|
| zu teuer | 41 |
| Die eventuellen Kosten sorgen mich. | 40 |
| unzureichender Schutz meiner persönlichen Daten | 35 |
| Ich wusste nicht, dass solche Apps/Geräte existieren. | 18 |
| Meine Krankenkasse bietet so etwas nicht an. | 18 |
| Mein Arzt bietet so etwas nicht an. | 15 |
| Es sprechen keine Gründe dagegen. | 11 |
| zu kompliziert | 10 |
| andere | 2 |

*Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Statista – Survey Digital Health*

## Zurückhaltend

Nutzung von Gesundheits-Apps; Deutschland; 2019; in Prozent

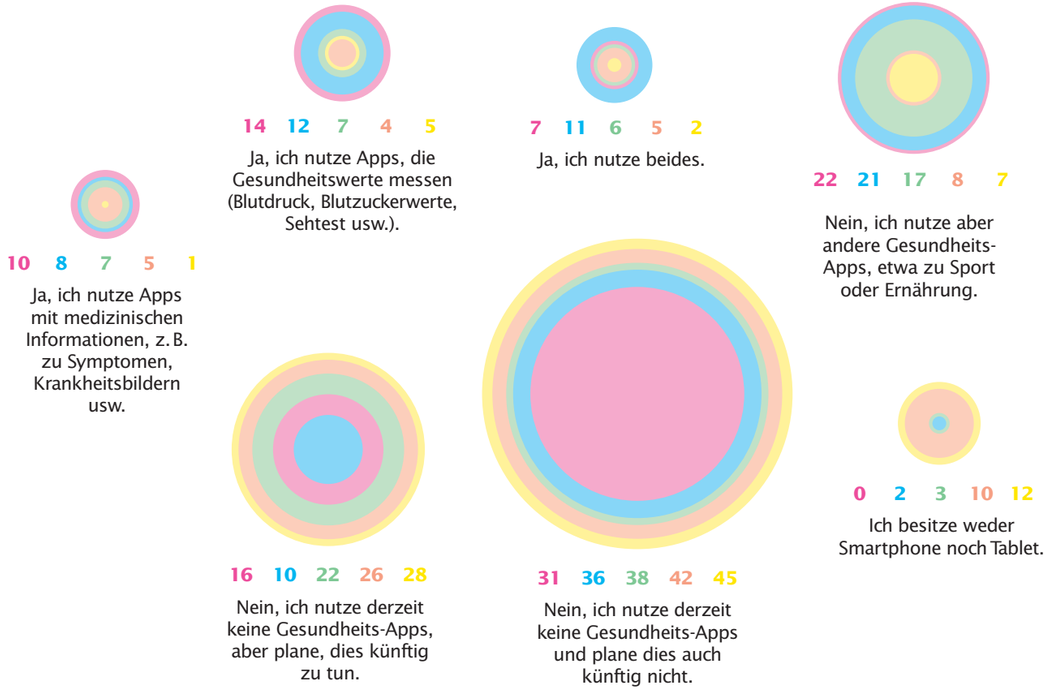
**Nutzen Sie bereits Gesundheits-Apps?**

| | |
|---|---|
| Ja, ich nutze Apps mit medizinischen Informationen, z. B. zu Symptomen, Krankheitsbildern usw. | 5 |
| Ja, ich nutze Apps, die Gesundheitswerte messen (Blutdruck, Blutzuckerwerte, Sehtest usw.). | 7 |
| Ja, ich nutze beides. | 5 |
| Nein, ich nutze aber andere Gesundheits-Apps, etwa zu Sport oder Ernährung. | 14 |
| Nein, ich nutze derzeit keine Gesundheits-Apps, aber plane, dies künftig zu tun. | 22 |
| Nein, ich nutze derzeit keine Gesundheits-Apps und plane dies auch künftig nicht. | 40 |
| Ich besitze weder Smartphone noch Tablet. | 7 |

*Quelle: IKK classic*

## Altersübergreifend

Nutzung von Gesundheits-Apps nach Altersgruppen; Deutschland; 2019; in Prozent




*Quelle: IKK classic*





## Vorsichtig

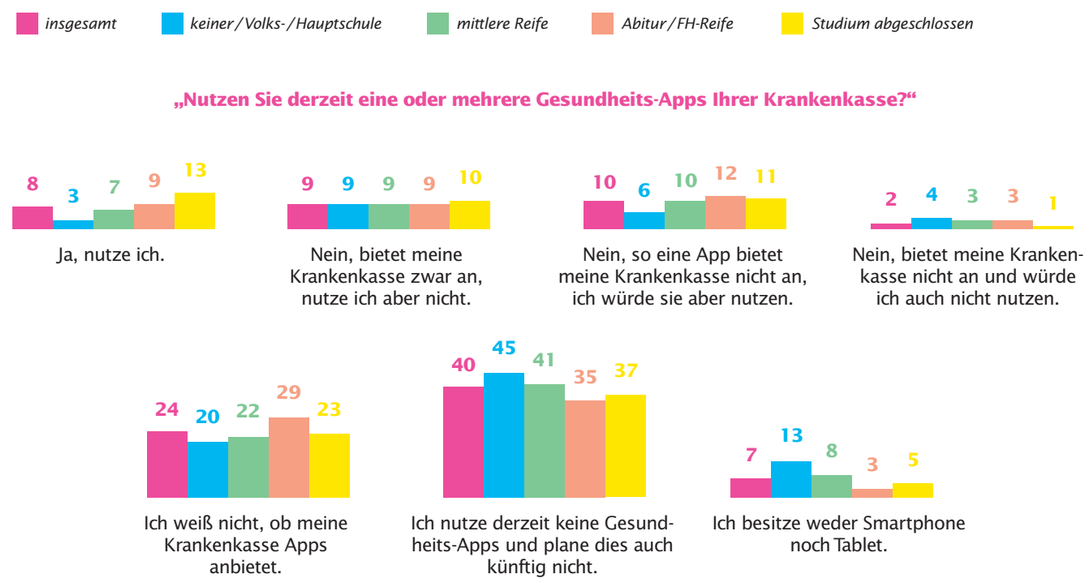
Gestattung von Zugriff auf Daten in Gesundheits-Apps; Deutschland; 2019; in Prozent*

**„Wen würden Sie auf die persönlichen Daten in Ihrer Gesundheits-App zugreifen lassen?**

*Mehrfachnennungen möglich. Quelle: IKK classic*

## Bildungsübergreifend

Nutzung von Krankenkassen-Apps nach Bildungsabschluss*; Deutschland; 2019; in Prozent

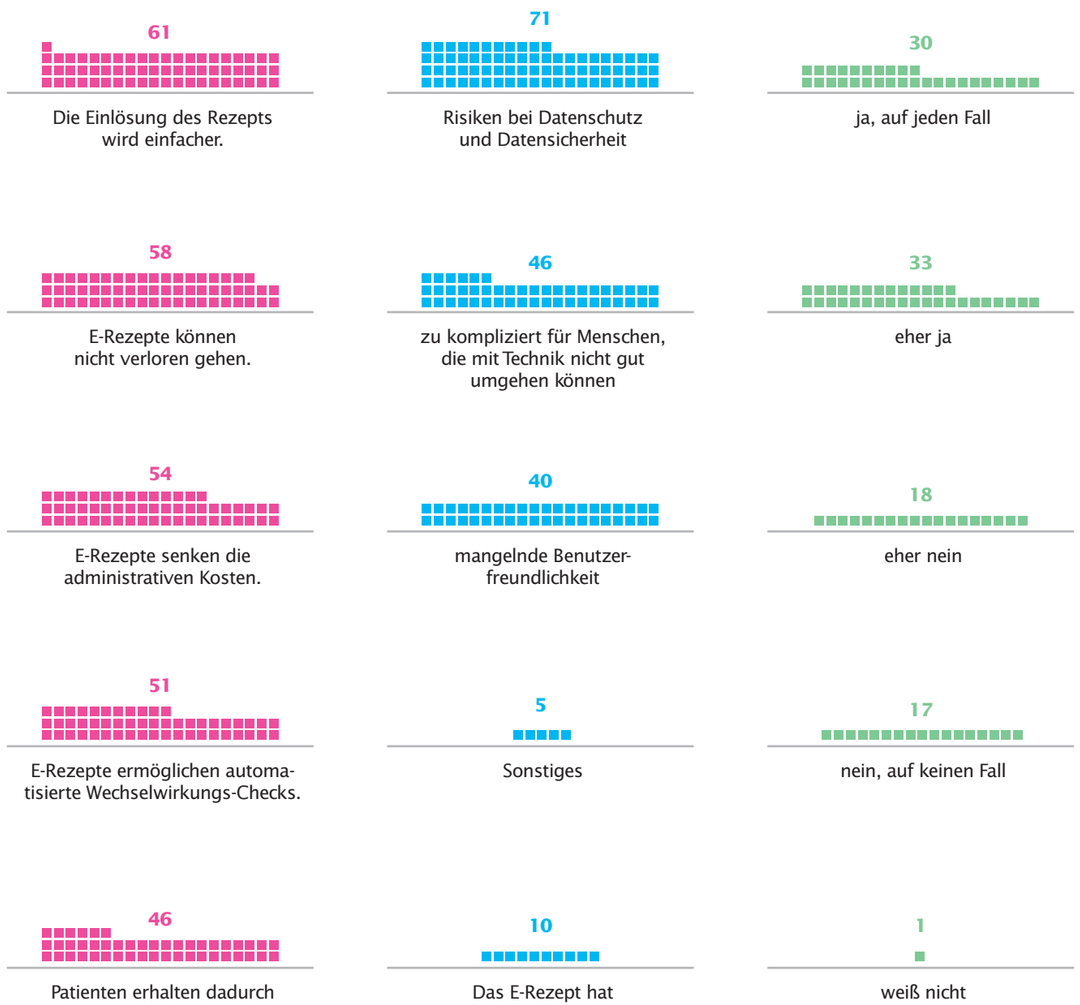



*höchster Bildungsabschluss. Quelle: IKK classic*

## Das elektronische Rezept kommt – und dann?

Erwartete Vor- und Nachteile sowie Bereitschaft zur Nutzung des E-Rezepts*; Bevölkerung ab 16 Jahren; Deutschland; 2019; in Prozent

*Vorteile* *Nachteile* *Bereitschaft*




*ein papierloses, also elektronisches Rezept. Quelle: Bitkom Research im Auftrag des Digitalverbandes Bitkom*





## Vorsorgen?

Bereitschaft zur Nutzung digitaler Lösungen zur Diabetes-Prävention; Bevölkerung ab 16 Jahren; Deutschland; 2019; in Prozent *

| | |
|---|---|
| ja | 18 |
| eher ja | 32 |
| eher nein | 29 |
| nein | 19 |
| weiß nicht / k. A. | 3 |

**Abweichungen in den Summen entstehen durch Runden der Zahlen. Quelle: Bitkom Research im Auftrag des Digitalverbandes Bitkom*

## Überwachen?

Bereitschaft zur Nutzung digitaler Lösungen zur permanenten Überwachung des Blutzuckers; Bevölkerung ab 16 Jahren; Deutschland; 2019; in Prozent *

| | |
|---|---|
| ja | 43 |
| eher ja | 25 |
| eher nein | 18 |
| nein | 13 |
| weiß nicht / k. A. | 1 |

**Abweichungen in den Summen entstehen durch Runden der Zahlen. Quelle: Bitkom Research im Auftrag des Digitalverbandes Bitkom*

## Speichern?

Gewünschte Inhalte der elektronischen Patientenakte (ePA); Bevölkerung ab 16 Jahren, die eine ePA befürworten; Deutschland; 2019; in Prozent

| | |
|---|---|
| digitaler Impfpass | 98 |
| Medikationsplan mit Wechselwirkungs-Check | 91 |
| Diagnosen | 91 |
| Behandlungshistorie | 87 |
| Zweitmeinungsmodul | 78 |
| Bonusheft | 77 |
| weiterführende Gesundheitsinformationen | 71 |
| Vorsorgeplaner | 70 |
| Bestell-Funktion für Medikamente | 45 |
| Versicherungs-Manager | 39 |

*Quelle: Bitkom Research im Auftrag des Digitalverbandes Bitkom*

## Sicher?

Wichtigkeit der Anforderungen an eine elektronische Patientenakte (ePA); Bevölkerung ab 16 Jahren, die eine ePA befürworten; Deutschland; 2019; in Prozent

*Quelle: Bitkom Research im Auftrag des Digitalverbandes Bitkom*

## Eher nicht!

Nutzung einer einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte (ePA) in vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen; Deutschland; 2018; in Prozent

| | |
|---|---|
| ja, als reguläres Angebot der Kostenträger (Akte der Krankenkasse) | 0 |
| ja, im Zusammenhang mit Ärztenetzen, Verbänden und Krankenhäusern | 1 |
| ja, im Zusammenhang mit Modellprojekten | 1 |
| nein | 97 |
| weiß nicht | 1 |

*Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*

## Elektronisch

Nutzung einer elektronischen Gesundheitsakte; Deutschland; 2019; in Prozent

**„Angenommen, Ihre Krankenkasse würde eine umfangreiche elektronische Gesundheitsakte als App anbieten. Würden Sie die nutzen?“**

15
ja, auf jeden Fall

10
nein, auf keinen Fall

21
nein, eher nicht

7
Ich besitze weder Smartphone noch Tablet.

47
ja, wahrscheinlich

*Quelle: IKK classic*

## Virtuell

Nutzung von Videosprechstunden; Deutschland; 2019; in Prozent

**Seit Juli 2017 dürfen Ärzte in Deutschland unter bestimmten Voraussetzungen Videosprechstunden anbieten, sofern sie den Patienten bereits kennen. Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?**

| | |
|---|---|
| Ich habe schon einmal eine Videosprechstunde durchführen lassen. | 2 |
| Ich habe Interesse, bei Bedarf eine Videosprechstunde durchzuführen. | 15 |
| Ich weiß nicht, ob mein Arzt das anbietet, hätte aber grundsätzlich Interesse daran. | 38 |
| Daran habe ich generell kein Interesse. | 45 |

*Quelle: IKK classic*





## Pragmatisch

Gründe für Videosprechstunden; Deutschland; 2019; in Prozent*

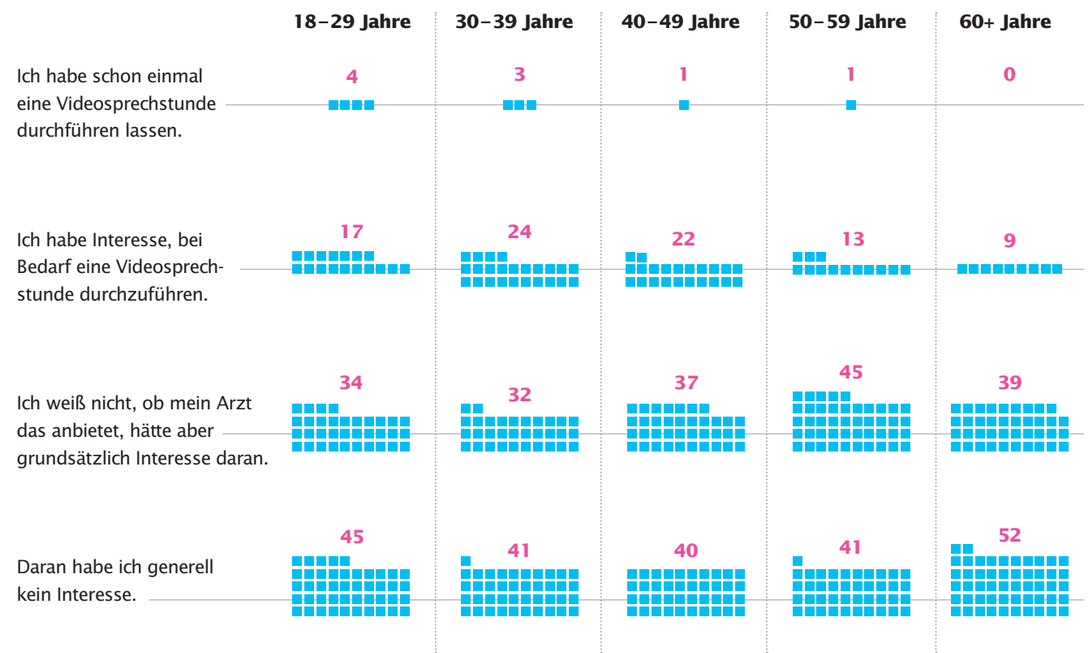
**Aus welchen Gründen würden Sie auf Videosprechstunden zurückgreifen, statt in die Arztpraxis zu gehen?**

| | |
|---|---|
| Ich möchte Wartezeiten in der Praxis vermeiden. | 32 |
| Wenn ich mich zu krank fühle, um in die Praxis zu gehen/fahren. | 32 |
| Um Zeit zu sparen. | 27 |
| Wenn es sich meiner Meinung nach eher um eine leichte Erkrankung handelt. | 25 |
| Das könnte ich flexibel und ortsunabhängig durchführen. | 24 |
| Ich möchte es vermeiden, mich im Wartezimmer anzustecken. | 23 |
| Wenn ich mich gerade woanders aufhalte, z. B. im Urlaub oder auf einer Geschäftsreise. | 21 |
| Mein Arzt ist zu weit entfernt, da komme ich schlecht hin. | 9 |
| Ich habe generell kein Interesse an Videosprechstunden. | 45 |

**Mehrfachnennungen möglich. Quelle: IKK classic*

## Neugierig

Nutzung von Videosprechstunden nach Altersgruppen; Deutschland; 2019; in Prozent




*Quelle: IKK classic*

## Internet-Nutzung

Häufigkeit der Internet-Nutzung im Zusammenhang mit Gesundheitsthemen; Deutschland; 2017; in Prozent

| | gesamt | Männer | Frauen |
|---|---|---|---|
| einmal in der Woche oder öfter | 16 | 12 | 20 |
| ein- oder mehrmals im Monat | 37 | 37 | 37 |
| seltener als einmal im Monat | 43 | 47 | 40 |
| nie | 4 | 4 | 3 |

*Quelle: Kantar Emnid im Auftrag der Bertelsmann Stiftung*

## Internet-Informationen

Informationsquellen für Gesundheitsthemen im Internet; Deutschland; 2017; in Prozent*

| | |
|---|---|
| Gesundheits-Infos bei Wikipedia und anderen Online-Lexika | 72 |
| Internetseiten von Krankenkassen | 49 |
| Gesundheitsportale, z. B. netdoktor, onmeda, gesundheit.de | 42 |
| Websites von Ärzten, Krankenhäusern, Reha- oder Pflegeeinrichtungen | 39 |
| Ratgeber-Communitys, z. B. gutefrage.de, wer-weiss-was.de | 38 |
| Online-/Internetapotheken | 26 |
| Gesundheitsforen und Communitys speziell zu Gesundheits- und Krankheitsthemen | 24 |
| Vergleichsportale zur Suche von Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeheimen, z. B. Weiße Liste | 23 |
| soziale Netzwerke, z. B. Facebook, Google+, MySpace | 22 |
| Blogs zu Gesundheitsthemen | 19 |
| Websites gemeinnütziger Gesundheitsorganisationen, unabhängiger Patienten- oder Selbsthilfeorganisationen | 13 |
| medizinische Online-Beratung | 4 |

**Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Kantar Emnid im Auftrag der Bertelsmann Stiftung*

## Internet-Bewertung

Bewertung der Informationen für Gesundheitsthemen im Internet; Deutschland; 2017; in Prozent*

| | |
|---|---|
| Es ist schwer zu erkennen, welche Informationen vertrauenswürdig sind. | 65 |
| Patienten haben dadurch erhöhte Erwartungen und Ansprüche an den behandelnden Arzt. | 56 |
| Es verunsichert und beunruhigt Patienten. | 51 |
| Die Fülle der Informationen verwirrt die Patienten nur. | 51 |
| Es bietet eine gute Ergänzung zu den Informationen des Arztes. | 49 |
| Es trägt dazu bei, dass sich Patienten den Ärzten weniger ausgeliefert fühlen. | 35 |
| Es gibt mehr Sicherheit im Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden. | 34 |
| Es verhilft Patienten zu einer stärkeren Stellung gegenüber Ärzten. | 32 |

**Mehrfachnennungen möglich. Quelle: Kantar Emnid im Auftrag der Bertelsmann Stiftung*





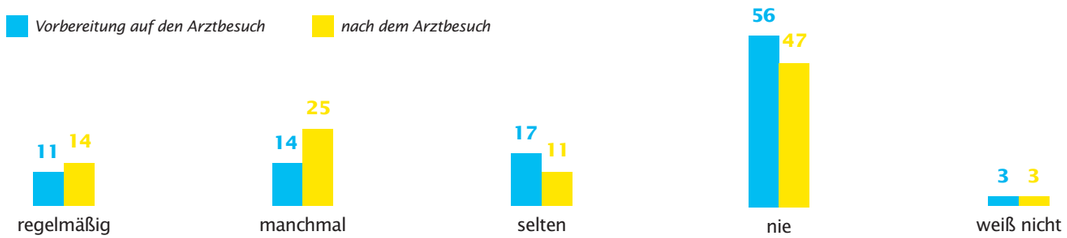
## Internet-Kaufverhalten

Kauf von Produkten und Services im Internet; Personen von 14 bis 69 Jahren, die in den vergangenen drei Monaten mindestens einmal das Internet genutzt haben; Deutschland; 2017; in Prozent*

**Abweichungen in den Summen entstehen durch Runden der Zahlen. Quelle: Bundesverband Digitale Wirtschaft (BVDW)*

## Vor- und Nachbereitung

Häufigkeit der Internet-Nutzung als Vorbereitung auf den Arztbesuch und nach dem Arztbesuch; Internet-Nnutzer ab 16 Jahren; Deutschland; 2019; in Prozent *




*Abweichungen in den Summen entstehen durch Runden der Zahlen. Quelle: Bitkom Research im Auftrag des Digitalverbandes Bitkom

## Suche nach Alternativen

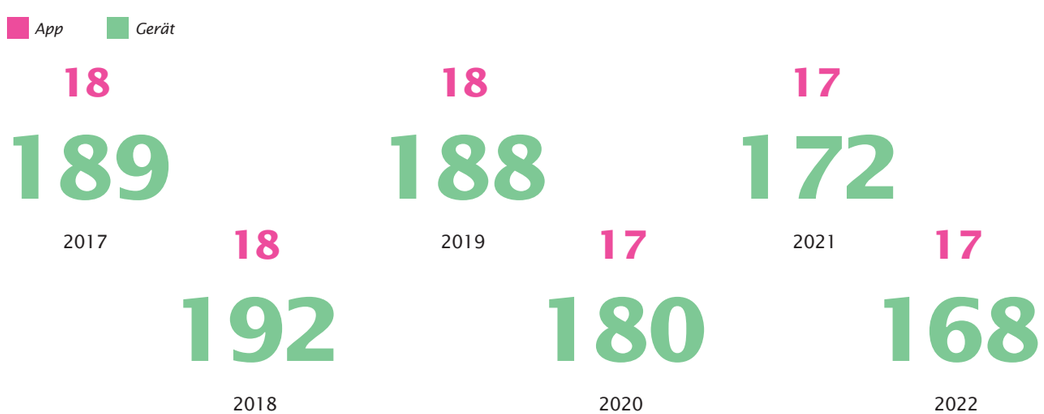
Gründe für die Internet-Nutzung nach dem Arztbesuch; Internet-Nutzer ab 16 Jahren; Deutschland; 2019; in Prozent

| | |
|---|---|
| Ich habe nach alternativen Behandlungsmethoden gesucht. | 67 |
| Ich habe nach alternativen Medikamenten gesucht. | 55 |
| Ich habe den Arzt nicht verstanden. | 21 |
| Ich habe die Diagnose des Arztes infrage gestellt. | 17 |

*Quelle: Bitkom Research im Auftrag des Digitalverbandes Bitkom*

## Hilfen bei Herzschwäche

Durchschnittlicher Pro-Kopf-Umsatz von Apps und Geräten für Herzinsuffizienzen; Deutschland; in Euro*



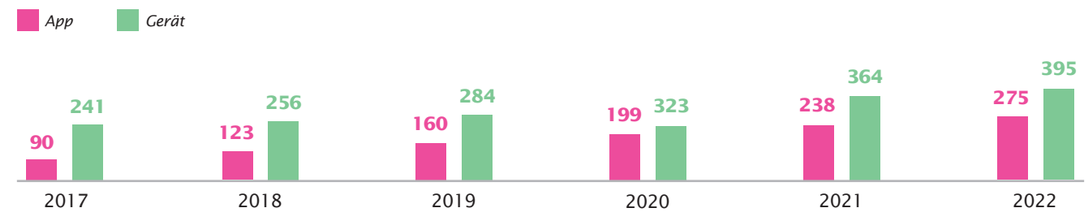

*Prognose. Quelle: Statista – Digital Market Outlook 2018



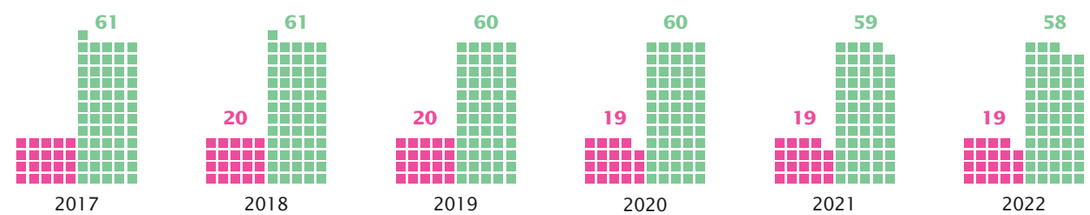


## Geräte auf dem Vormarsch

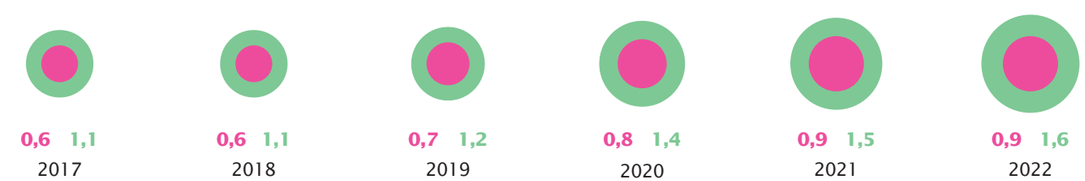
Marktgröße und -entwicklung von Apps und Geräten für Diabetes; Deutschland; Zahl der Nutzer in Tausend*



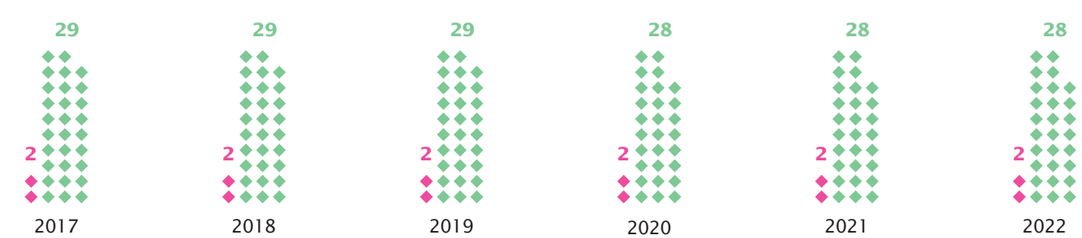

Durchschnittlicher Pro-Kopf-Umsatz von Apps und Geräten für Diabetes; Deutschland; in Euro*




Marktgröße und -entwicklung von Apps und Geräten für Bluthochdruck; Deutschland; Zahl der Nutzer in Tausend*




Durchschnittlicher Pro-Kopf-Umsatz von Apps und Geräten für Bluthochdruck; Deutschland; in Euro*




*Prognose; Im Bereich der Apps wurden nur zahlende Nutzer berücksichtigt. Quelle: Statista – Digital Market Outlook 2018

# Fit wofür?

Fünf Grundregeln zur nachhaltigen Selbstoptimierung.

Text: Peter Lau

Es heißt, wir leben ungesund. Und dass wir das mit Fitnesstrackern, Ernährungsplänen und Achtsamkeit ändern können – die Selbstoptimierung soll uns gesünder, zufriedener und produktiver machen, vielleicht sogar glücklich. Doch wer Verantwortung für sich und sein Leben übernehmen will, muss mehr verändern als sein Laufpensum und seine Kalorienzufuhr. Die folgenden Grundregeln helfen dabei.

### 1. Sei, wer du bist.

Menschen können alles. Im vergangenen Jahr hat der 33-jährige Brite Ross Edgley seine Heimat umschwommen. In 157 Tagen legte er gut 2800 Kilometer im Wasser zurück. Hinterher war er natürlich ziemlich erledigt. Er sagte, das sei „eine bescheuerte Idee“ gewesen. Das hätte ich auch gesagt. Glücklicherweise kann ich nicht schwimmen, sodass ich nicht in die Verlegenheit gerate. Aber natürlich könnte ich es lernen. Und würde ich es genug wollen, würde ich vielleicht Ähnliches schaffen. Okay, da gibt es vielleicht eine Altersgrenze. Ich bin so alt, dass ich, wäre ich ein Sofa, längst auf dem Sperrmüll gelandet wäre. Andererseits: Als der Brite Roger Allsopp in knapp 18 Stunden den Ärmelkanal durchschwamm, war er schon 70. Aber egal. Wichtig ist: Ich würde so etwas nicht versuchen. Weil es mich nicht interessiert.

Das Wort sagt es schon: Vor der Optimierung steht das Selbst. Und das hat seine eigenen Interessen. Wer nie sportlich war, wird es auch nicht durch einen Fitnesstracker. Sicher, so eine Maschine kann ein Bewusstsein für Defizite schaffen. Und vielleicht motiviert sie Menschen, einige Wochen oder gar Monate ein Trainingsprogramm zu absolvieren. Ja, eventuell bleiben einige sogar länger dabei. Doch bei vielen wird das alte Selbst siegen: Der Tracker landet im Schrank, bei den Achtsamkeitsratgebern und Diät-Broschüren, deren gut gemeinte Wochenpläne oft genug in nächtlichen Fresskapaden enden. Und das ist auch völlig okay. Denn die erste Regel der Selbstoptimierung lautet: Sei, wer du bist.

### 2. Das Minimum ist erst mal genug.

Was nicht bedeutet, weiterhin überernährt und unterbewegt vor sich hin zu wurschteln. Das macht nicht nur krank, sondern vor allem unzufrieden – und Zufriedenheit ist das beste Maß für alle Veränderungen.

Besser vor allem als die Kennzahlen, mit denen sonst Fortschritte gemessen werden: ein Kilo, zwei Kilo, drei Kilo in einer Woche abnehmen. 30 Minuten, 45 Minuten, 60 Minuten trainieren. 10 000 Schritte, 12 000 Schritte, 15 000 Schritte pro Tag gehen. Das sind Zahlen, die sich in Apps und Computerprogrammen gut darstellen lassen, und so tauchen sie in etlichen Produkten wieder und wieder auf. Doch du bist keine Maschine und solltest deshalb auch nicht versuchen, dich wie eine Maschine von einer anderen Maschine optimieren zu lassen. Zumal es noch einen zweiten Haken gibt.

Menschen sind unterschiedlich. Wir haben nicht nur unterschiedliche Persönlichkeiten, sondern auch unterschiedliche Körper mit unterschiedlichen Bedürfnissen. „Eben“, höre ich da ein leises Gemurmel, „und mein Körper hat ein enormes Pizza-Bedürfnis.“ Ja. Und nein. Aber dazu kommen wir noch.

Denn vorher muss eines gesagt werden: Es gibt in allen zentralen Bereichen einen Konsens, was ungesund ist, und daraus abgeleitet ein Minimum, das man beachten sollte. Zum Beispiel immer sitzen ist ungesund – 10 000 Schritte pro Tag gelten allgemein als Benchmark, um gesund zu bleiben. Transfette (Chips, Pommes, Pizza) sind böse, ungesättigte Fettsäuren (Raps-, Oliven-, Sojaöl) sind gut. Handy, Tablet, TV und so weiter stören den Schlaf – aber die Schlafdauer ist vom Einzelnen abhängig.

Anders gesagt: Das Richtige ist individuell, deshalb muss es jeder selbst herausfinden. Das Falsche dagegen gilt für alle. Es zu vermeiden ist das Minimum, um anfangen zu können.

Deshalb lautet die zweite Regel der Selbstoptimierung: Das Minimum ist erst mal genug.





### 3. Willst du dein Selbst optimieren, musst du dein Leben ändern.

Das Erste, was ich von meinem Fitnesstracker (der bald im Schrank landen wird) gelernt habe, war, wie viel 10 000 Schritte sind: wenig. 10 000 Schritte sind, je nach Schrittlänge, fünf bis acht Kilometer. Eine kleine Strecke auf dem Weg zur Arbeit und nach Hause, eine Runde durchs Viertel beim Einkaufen, vielleicht noch mal kurz mit dem Kind oder dem Hund raus, – da sind 10 000 Schritte schnell beisammen. Doch für viele Deutsche scheint das utopisch. Tatsächlich soll die durchschnittliche Schrittzahl hierzulande bei 5200 pro Tag liegen. Wie das kommt, ist leicht vorstellbar: mit dem Auto zur Arbeit (Firmenparkplatz), über den Tag Meetings, Videokonferenzen, Schreibtisch, dazwischen Kantine (Salat? Pommes?), mit dem Auto nach Hause (Tiefgarage, Carport), Essen (Pizza), TV (Netflix). Na, wer kennt das? Und? Macht es zufrieden?

Das ist für mich das Seltsamste an der Selbstoptimierung: dass Menschen versuchen, sich bedingungslos an ein nicht hinterfragtes Leben anzupassen. Dabei ist niemand nur eine biologische Einheit. Was wir tun und mit wem wir uns austauschen, welche Maschinen wir nutzen und ob wir von Maschinen benutzt werden, wie wir unser Leben gestalten und wie es uns verändert: Das alles ist Teil unseres Selbst. Wer gesünder werden und sich mehr bewegen möchte, kann nach Feierabend ins Fitnessstudio fahren, um dort auf ein Laufband zu klettern. Oder er lässt morgens sein Auto stehen, fährt mit der Bahn und steigt vielleicht eine Station früher aus.

Dagegen stehen natürlich: Gewohnheiten, Bequemlichkeit, Angst, Stress. Die Arbeit im Büro findet meist im Sitzen statt, die Zeit ist immer knapp, und wer Kinder hat, agiert sowieso ständig am Limit. Wer nachhaltig etwas ändern will, muss sich allerlei einfallen lassen, was in keiner App und keinem Motivationsvideo auftaucht. Denn: Willst du dein Selbst optimieren, musst du dein Leben ändern.

### 4. Führe so viele Anwesenheitskontrollen wie möglich durch.

Das alles funktioniert nicht ohne Achtsamkeit. Das hat nichts mit Meditation, Yoga oder gar Religion zu tun. Achtsamkeit ist wie eine Anwesenheitskontrolle: Wo bin ich? Was tue ich gerade? Wie fühle ich mich dabei? Wie schmeckt das? Wie sitze ich? Wie bekommt mir die Pizza? Wie lecker ist diese Zigarette? Wer das alles immer wieder checkt, wird schnell viel lernen: was sich gut anfühlt und was nicht, was funktioniert und welche Folgen welche Strategien haben, wann er wirklich müde ist, wirklich Hunger hat, wirklich Bewegung braucht. Mit der Zeit wird klarer, wie sich eigene Wünsche, grundlegende Bedürfnisse und die Erwartungen der Partner, Chefs, Kinder miteinander vereinbaren lassen. Und weil sich diese Beziehungen immer wieder ändern, wird das Abchecken niemals überflüssig.

Und das ist auch richtig so, denn bei der Selbstoptimierung geht es nicht darum, ein Ziel zu erreichen – sie ist ein Prozess. Du baust Brücken zwischen dem, was du bist, und dem, wie du lebst. Manchmal geht das gut, manchmal nicht. Prächtige Brücken stürzen über Nacht ein, schmale Stege werden mit den Jahren stabiler. Das Hoch ist die Stelle vor dem Tief. Doch das Tief führt ins nächste Hoch.

Selbstoptimierung ist ein Langzeitprojekt. Es braucht Zeit, was auch bedeutet, dass man sich Zeit lassen kann. Es gilt viel herauszufinden, das geht nicht über Nacht. Nur eines ist wichtig: wach bleiben.

### 5. Dein bester Freund ist die Lust.

Es gibt da die Geschichte einer Armee aus einer Zeit, in der Männer noch mit Schwertern kämpften. Diese Armee zog eines Tages in eine Stadt ein, deren Bürger nicht einmal versuchten, sich zu wehren. Der Feldherr regierte fortan die Stadt, Wochen vergingen, Monate, und er bemerkte, dass von seinen Soldaten nur drei übrig waren. Die anderen? Verschwunden. Er verstand es nicht, machte sich auf die Suche. Und da fiel es ihm auf: Seine Soldaten waren überall. Sie waren Handwerker geworden und Wirte, sie hatten Frauen gefunden oder Männer, Aufgaben, Interessen, Freunde. Die Stadt hatte ihnen einen Weg in ein besseres Leben gezeigt. Und sie waren ihn gegangen.

Diese Armee, das sind deine schlechten Gewohnheiten. Die Stadt ist das bessere Leben. Du musst dich zu nichts zwingen, nicht kämpfen, nicht hart sein. Im Gegenteil. Ein Freund hat sich vor einigen Monaten aus gesundheitlichen Gründen vorgenommen, zweimal die Woche schwimmen zu gehen. Jetzt verlegt er sogar Verabredungen, weil er Lust hat, ins Wasser zu springen. Was auch bedeutet: Eine Optimierung der Optimierung kannst du dir sparen. Nicht nur, dass da das Gesetz des abnehmenden Grenznutzens zum Tragen kommt – je häufiger du etwas machst, desto weniger Spaß hast du dabei. Du entwickelst mit der Zeit auch ein Gefühl dafür, was du brauchst. Grundsätzlich gilt: Das richtige Maß hast du gefunden, wenn du Lust drauf hast. Wenn deine Leistung dann nicht dem Optimum einer App entspricht, stimmt etwas nicht – mit der App.

Die gesündeste körperliche Tätigkeit, die wir Menschen kennen, soll … Sex sein. Fortpflanzung war so wichtig, dass ihr in der Evolution gleich etliche weitere Qualitäten angehängt wurden – und als Belohnung fürs richtige Verhalten die Lust. Auch Adrenalin kann gesund sein. All die Menschen, die Tag und Nacht arbeiten, die Besessenen, sagen, Adrenalin sei Fun pur – und solange es sich gut anfühlt, ist alles in Ordnung. Klar, man muss bremsen lernen. Aber unsere Instinkte sind auf ein gesundes Leben ausgerichtet. Folgen wir ihnen, belohnen sie uns mit Lust – auf mehr Fun oder ein Nickerchen. Selbstoptimierung bedeutet, Lust zu haben auf das, was gut für dich ist.

# Gesundheit und Verstand sind die zwei großen Gaben des Lebens.

*Menander*

## Auf einen Blick

Gesundheitswesen in Deutschland und der Welt

| | |
|---|---|
| Zahl der berufstätigen Ärzte in Deutschland, 2018 | 515 640 |
| Zahl der Zahnarztpraxen in Deutschland, 2017 | 41 997 |
| Ärzte pro 100 000 Einwohner in Freiburg im Breisgau, 2018 | 395,3 |
| Ärzte pro 100 000 Einwohner in Coburg, 2018 | 84,3 |
| Apotheken pro 100 000 Einwohner in Griechenland, 2018 | 88 |
| Apotheken pro 100 000 Einwohner im EU-Durchschnitt, 2018 | 31 |
| Apotheken pro 100 000 Einwohner in Deutschland, 2018 | 23 |
| Apotheken pro 100 000 Einwohner in Dänemark, 2018 | 8 |
| Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner in Bremen, 2017 | 737,8 |
| Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner in Deutschland, 2017 | 601,5 |
| Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner in Baden-Württemberg, 2017 | 507,7 |
| Krankenhausverweildauer in Bremen, 2017, in Tagen | 6,9 |
| Krankenhausverweildauer in Deutschland, 2017, in Tagen | 7,3 |
| Krankenhausverweildauer in Brandenburg, 2017, in Tagen | 7,9 |
| Zahl der Organspender pro Million Einwohner in Spanien, 2017 | 46,9 |
| Zahl der Organspender pro Million Einwohner in Deutschland, 2017 | 9,7 |
| Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland, 2017, in Millionen | 3,4 |
| Anteil der Pflegebedürftigen in Deutschland, die vollstationär im Heim versorgt werden, 2017, in Prozent | 24,0 |
| Anteil der Pflegebedürftigen in Deutschland, die zu Hause versorgt werden, 2017, in Prozent | 76,0 |
| Anteil der gesetzlich Versicherten, die im vergangenen Jahr mehr als 20-mal einen Arzt aufsuchten, Deutschland, 2018, in Prozent | 4 |
| Anteil der privat Versicherten, die im vergangenen Jahr mehr als 20-mal einen Arzt aufsuchten, Deutschland, 2018, in Prozent | 5 |
| Anteil der Deutschen, die die Versorgung in deutschen Krankenhäusern als sehr gut oder gut einschätzen, 2018, in Prozent | 52 |
| Anteil der Deutschen, die die Versorgung in deutschen Krankenhäusern als weniger gut oder schlecht einschätzen, 2018, in Prozent | 11 |

*Quellen: Bundesärztekammer, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung , Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V., Statistisches Bundesamt, Deutsche Stiftung Organtransplantation, PwC–PricewaterhouseCoopers*

## Landesweit gezählt

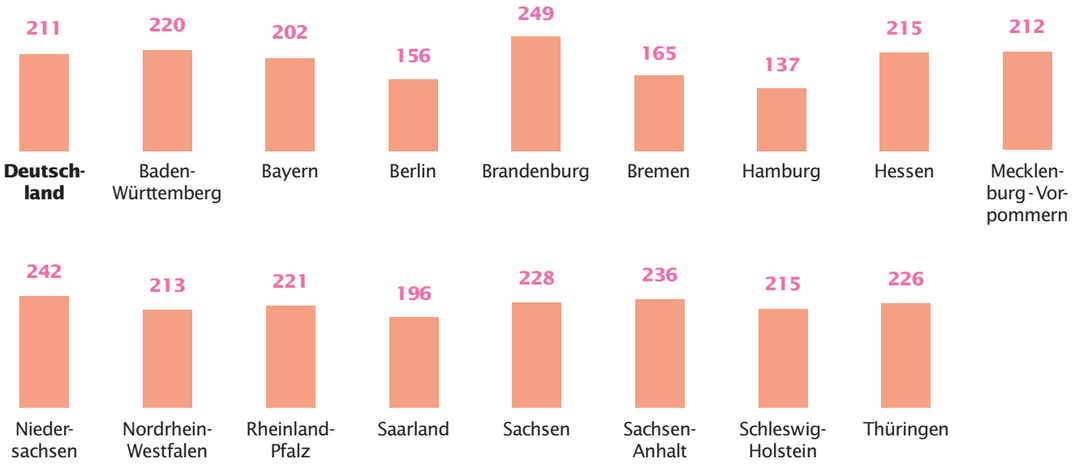
Berufstätige Ärzte und Ärztinnen nach Bundesländern; Deutschland; 2018

| | |
|---|---|
| **Deutschland** | **515640** |
| Baden-Württemberg | 67952 |
| Bayern | 84536 |
| Berlin | 32504 |
| Brandenburg | 14091 |
| Bremen | 5288 |
| Hamburg | 17064 |
| Hessen | 37314 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 10816 |
| Niedersachsen | 41618 |
| Nordrhein-Westfalen | 107496 |
| Rheinland-Pfalz | 21807 |
| Saarland | 6139 |
| Sachsen | 12776 |
| Sachsen-Anhalt | 25209 |
| Schleswig-Holstein | 17795 |
| Thüringen | 13235 |

*Quelle: Bundesärztekammer*

## Gut versorgt

Arztdichte; Deutschland; 2018; Einwohner je berufstätigen Arzt



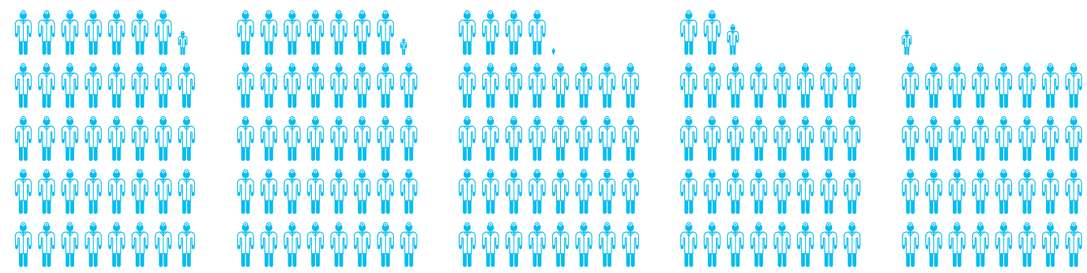

*Quelle: Bundesärztekammer*

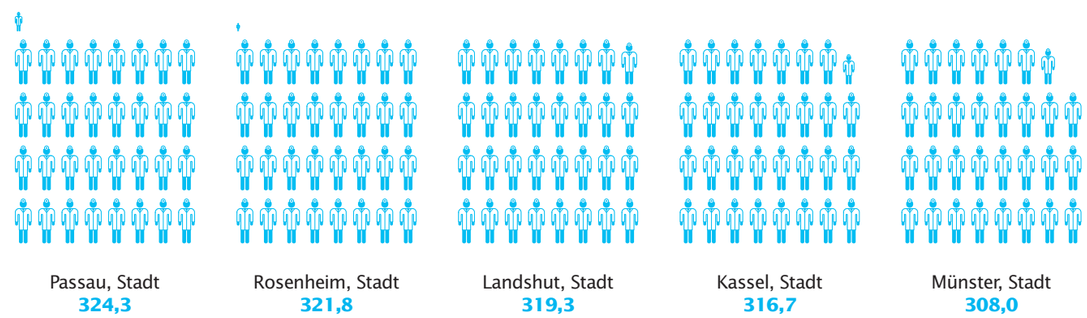




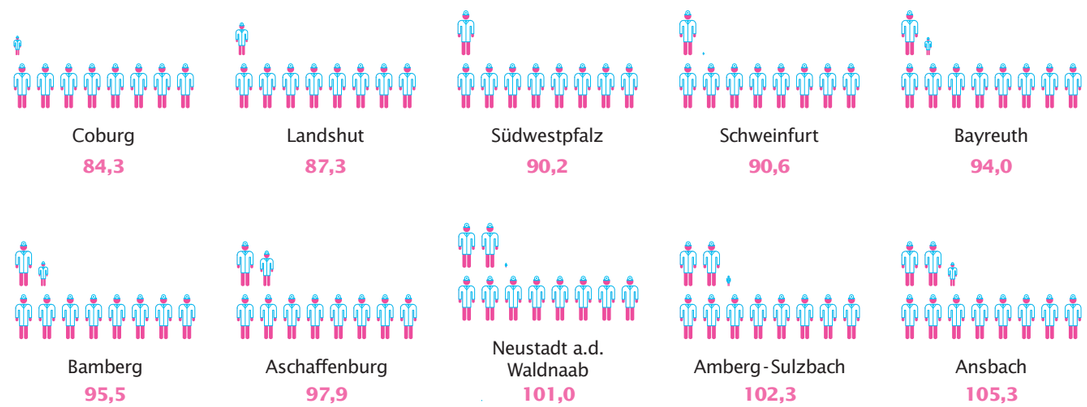
## Ungleich verteilt

Die 10 Regionen mit der höchsten Ärztedichte je 100000 Einwohner; Deutschland; 2018




Die 10 Regionen mit der niedrigsten Ärztedichte je 100000 Einwohner; Deutschland; 2018




*Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*

## Zahnmediziner

Zahnärzte und Zahnärztinnen nach Bundesländern; Deutschland; 2017; je 100 000 Einwohner

| | |
|---|---|
| **Deutschland** | **115,0** |
| Baden-Württemberg | 112,1 |
| Bayern | 125,2 |
| Berlin | 161,7 |
| Brandenburg | 111,8 |
| Bremen | 110,4 |
| Hamburg | 153,6 |
| Hessen | 113,7 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 132,0 |
| Niedersachsen | 99,7 |
| Nordrhein-Westfalen | 107,6 |
| Rheinland-Pfalz | 77,5 |
| Saarland | 85,3 |
| Sachsen | 131,0 |
| Sachsen-Anhalt | 109,6 |
| Schleswig-Holstein | 118,8 |
| Thüringen | 125,5 |

*Quellen: Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V., Statistisches Bundesamt*

## Selbstständige

Zahnarztpraxen; Deutschland; 2017

**41 997**
Praxen insgesamt

**7 392**
Gemeinschaftspraxen

**34 605**
Einzelpraxen

*Quelle: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung*

## Angestellte

Vertragszahnärzte; Deutschland; in Tausend

| | |
|---|---|
| 2010 | 54,2 |
| 2011 | 54,0 |
| 2012 | 53,6 |
| 2013 | 53,3 |
| 2014 | 52,9 |
| 2015 | 52,3 |
| 2016 | 51,5 |
| 2017 | 50,6 |
| **Veränderung 2010–2017** | **–6,7%** |

*Quelle: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung*

## Ärzte aus dem Ausland

Aus dem Ausland stammende praktizierende Ärzte nach Herkunftsregion; Deutschland

| | 2010 | 2014 | 2018 | Veränderung 2010–2018 |
|---|---|---|---|---|
| **Ausland gesamt** | **25 316** | **39 661** | **54 378** | **114,8%** |
| Europa | 18 472 | 28 676 | 35 708 | 93,3% |
| Asien | 4 641 | 7 292 | 12 753 | 174,8% |
| Afrika | 1 164 | 2 259 | 3 826 | 228,7% |
| Amerika | 796 | 1 162 | 1 852 | 132,7% |
| Australien und Ozeanien | 19 | 33 | 37 | 94,7% |
| ohne Angabe | 224 | 239 | 202 | –9,8% |

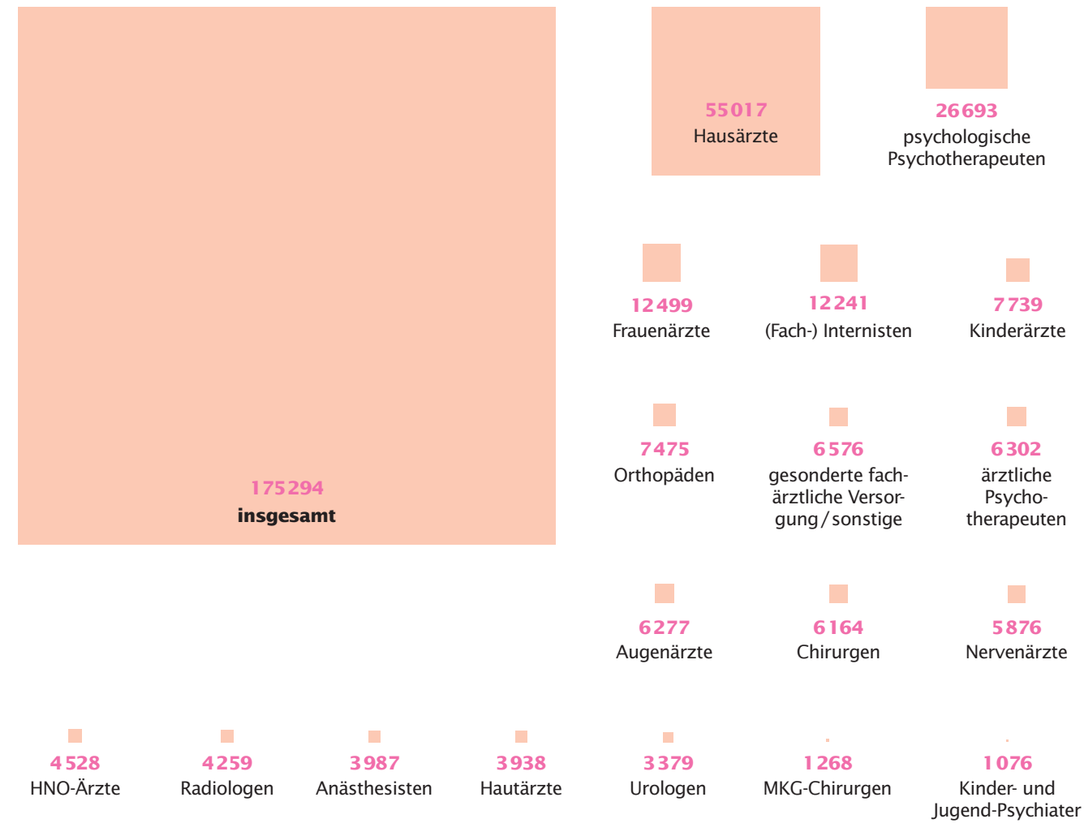
*Quelle: Bundesärztekammer*





## Arztgruppen in Deutschland

Ärzte nach Arztgruppe; Deutschland; 2018




*Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*

## Vertragsärzte in Deutschland

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte; Deutschland

| | 2013 | 2015 | 2018 | Veränderung 2013–2018 |
|---|---|---|---|---|
| **insgesamt** | **142 660** | **144 769** | **148 601** | **4,2%** |
| Hausärzte | 60 591 | 60 671 | 61 627 | 1,7% |
| Fachärzte | 82 069 | 84 098 | 86 974 | 6,0% |

*Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*

## Sachkundig

Apotheker und Apothekerinnen in öffentlichen Apotheken nach Bundesland; 2017; pro 100 000 Einwohner

| | |
|---|---|
| **Deutschland** | **62** |
| Baden-Württemberg | 62 |
| Bayern | 63 |
| Berlin | 75 |
| Brandenburg | 47 |
| Bremen | 58 |
| Hamburg | 78 |
| Hessen | 71 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 55 |
| Niedersachsen | 58 |
| Nordrhein-Westfalen | 60 |
| Rheinland-Pfalz | 69 |
| Saarland | 79 |
| Sachsen | 48 |
| Sachsen-Anhalt | 49 |
| Schleswig-Holstein | 68 |
| Thüringen | 50 |

*Quellen: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V., Statistisches Bundesamt*

## Vollständig

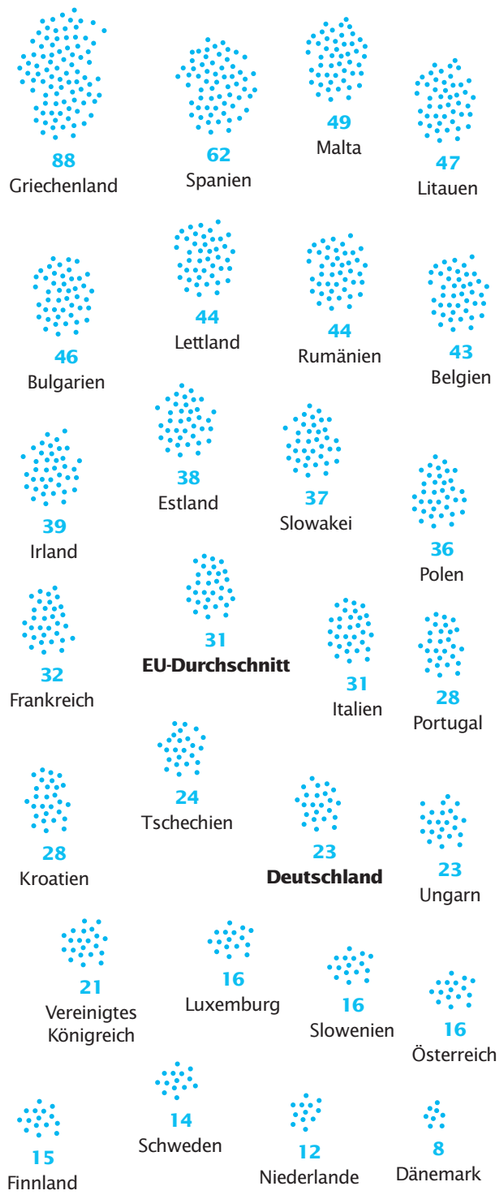
Apothekendichte nach Bundesland; 2018; pro 100 000 Einwohner

| | |
|---|---|
| **Deutschland** | **23** |
| Baden-Württemberg | 22 |
| Bayern | 24 |
| Berlin | 22 |
| Brandenburg | 23 |
| Bremen | 21 |
| Hamburg | 22 |
| Hessen | 24 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 25 |
| Niedersachsen | 24 |
| Nordrhein-Westfalen | 23 |
| Rheinland-Pfalz | 24 |
| Saarland | 30 |
| Sachsen | 24 |
| Sachsen-Anhalt | 26 |
| Schleswig-Holstein | 22 |
| Thüringen | 25 |

*Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.*

## Ungleichmäßig

Apothekendichte im internationalen Vergleich; 2018; pro 100 000 Einwohner



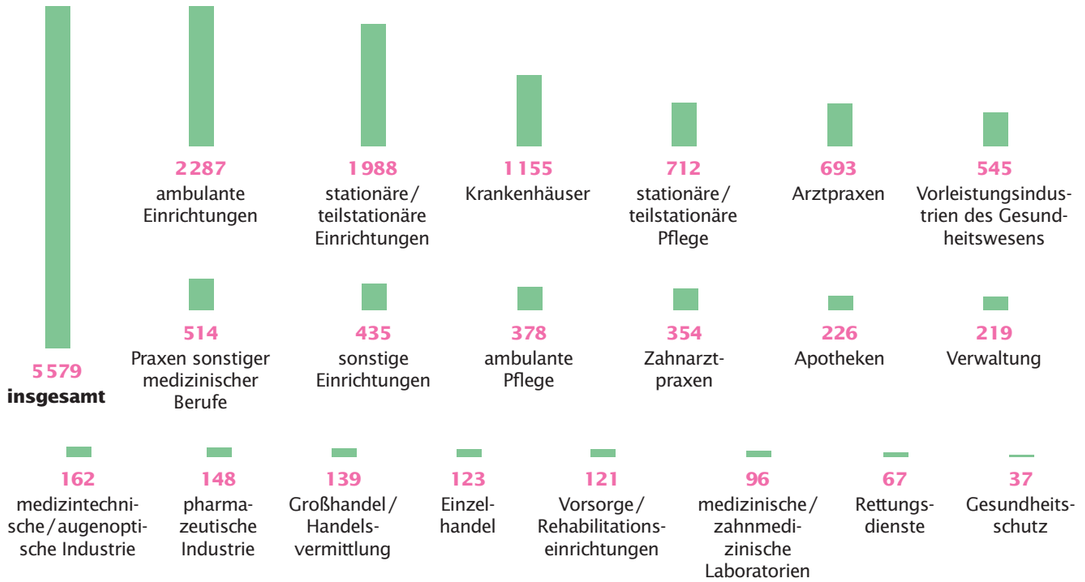

*Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.*





## Mengenmäßig

Gesundheitspersonal nach Art der Einrichtung; Deutschland; 2017; in Tausend




*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Einsatzfähig

Gesundheitspersonal nach Berufen; Deutschland; 2017; in Tausend

| | |
|---|---|
| **insgesamt** | **5 579** |
| Gesundheits- / Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe | 1 083 |
| Arzt- und Praxishilfe | 670 |
| Altenpflege | 624 |
| Human- und Zahnmedizin | 457 |
| nicht ärztliche Therapie und Heilkunde | 403 |
| Pharmazie | 169 |
| Medizin-, Orthopädie- und Rehatechnik | 156 |
| medizinisches Laboratorium | 103 |
| Verwaltung | 87 |
| Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Medizinbedarf | 52 |
| Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege | 52 |
| Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie | 45 |
| Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness | 17 |
| Medien-, Dokumentations- und Informationsdienst | 7 |
| andere Berufe | 1 653 |

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Flächig

Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten nach Bundesland; 2017

| | Krankenhäuser | aufgestellte Betten |
|---|---|---|
| **Deutschland** | **1942** | **497182** |
| Baden-Württemberg | 265 | 55780 |
| Bayern | 354 | 76265 |
| Berlin | 83 | 20390 |
| Brandenburg | 57 | 15362 |
| Bremen | 14 | 5016 |
| Hamburg | 58 | 12536 |
| Hessen | 159 | 36432 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 39 | 10286 |
| Niedersachsen | 180 | 42009 |
| Nordrhein-Westfalen | 344 | 118506 |
| Rheinland-Pfalz | 87 | 24897 |
| Saarland | 23 | 6495 |
| Sachsen | 77 | 25870 |
| Sachsen-Anhalt | 48 | 15756 |
| Schleswig-Holstein | 111 | 15812 |
| Thüringen | 43 | 15770 |

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Augenfällig

Zahl der Betten in Krankenhäusern je 100000 Einwohner nach Bundesland; 2017

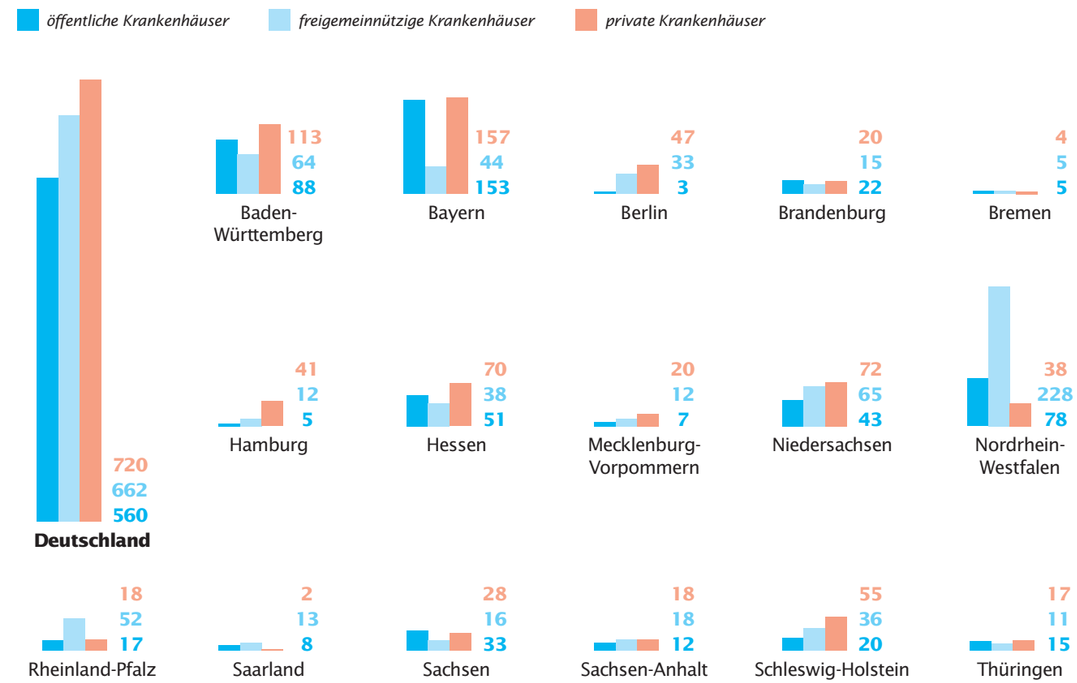
*Quelle: Statistisches Bundesamt*





## Deutlich

Zahl der Krankenhäuser nach Bundesland und Trägerschaft; 2017




*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Fachlich

Zahl der Betten in Krankenhäusern nach Fachabteilungen; 2017

| | |
|---|---|
| **Fachabteilungen insgesamt** | **497182** |
| **allgemeine Fachabteilungen zusammen** | **423238** |
| Innere Medizin | 150202 |
| Chirurgie | 99742 |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 29055 |
| Neurologie | 26326 |
| Orthopädie | 22204 |
| Kinderheilkunde | 18591 |
| Geriatrie | 18121 |
| Urologie | 14348 |
| Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 9418 |
| Neurochirurgie | 6988 |
| Herzchirurgie | 5171 |
| Haut- und Geschlechtskrankheiten | 4663 |
| sonstige Fachbereiche / Allgemeinbetten | 4603 |
| Augenheilkunde | 4416 |
| Strahlentherapie | 2791 |
| Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | 2091 |
| plastische Chirurgie | 1969 |
| Kinderchirurgie | 1740 |
| Nuklearmedizin | 799 |
| Psychosomatik | k. A. |
| **psychiatrische Fachabteilungen zusammen** | **73944** |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 56223 |
| psychotherapeutische Medizin / Psychosomatik | 11410 |
| Kinder- / Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | 6311 |

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Gelegen

Durchschnittliche Krankenhausverweildauer stationärer Patienten nach Bundesland; 2017; in Tagen

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

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Gezählt

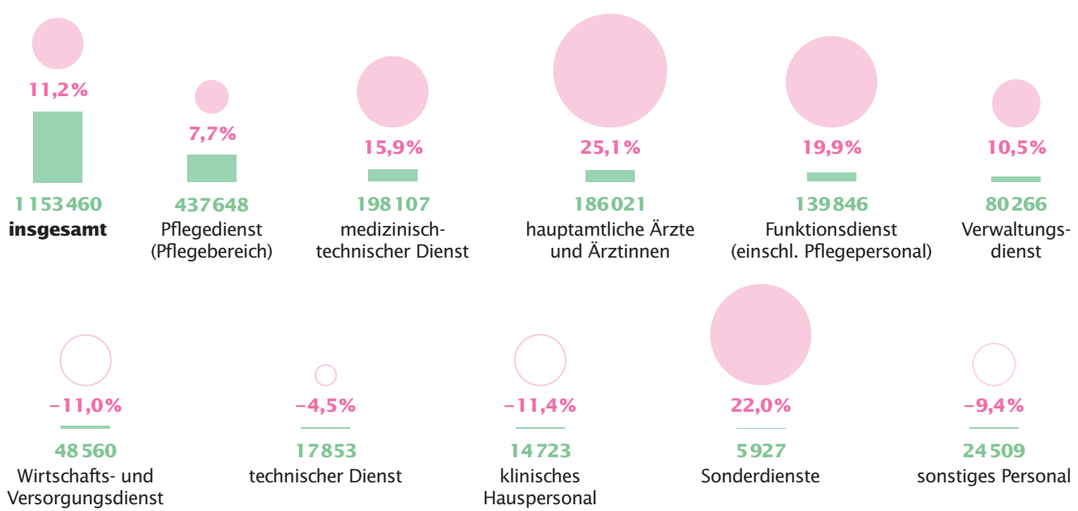
Durchschnittliche Bettenauslastung nach Bundesland; 2017; in Prozent

| | |
|---|---|
| **Deutschland** | **77,8** |
| Baden-Württemberg | 77,0 |
| Bayern | 77,2 |
| Berlin | 84,5 |
| Brandenburg | 79,7 |
| Bremen | 79,0 |
| Hamburg | 82,8 |
| Hessen | 76,9 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 76,6 |
| Niedersachsen | 79,5 |
| Nordrhein-Westfalen | 76,9 |
| Rheinland-Pfalz | 74,7 |
| Saarland | 85,4 |
| Sachsen | 78,5 |
| Sachsen-Anhalt | 74,2 |
| Schleswig-Holstein | 79,2 |
| Thüringen | 76,7 |

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Geleistet

In Krankenhäusern beschäftigte Personen nach Art des Personals; Deutschland; 2017; Veränderung von 2010–2017 in Prozent/Zahl




*Quelle: Statistisches Bundesamt*





## Mehrstellig

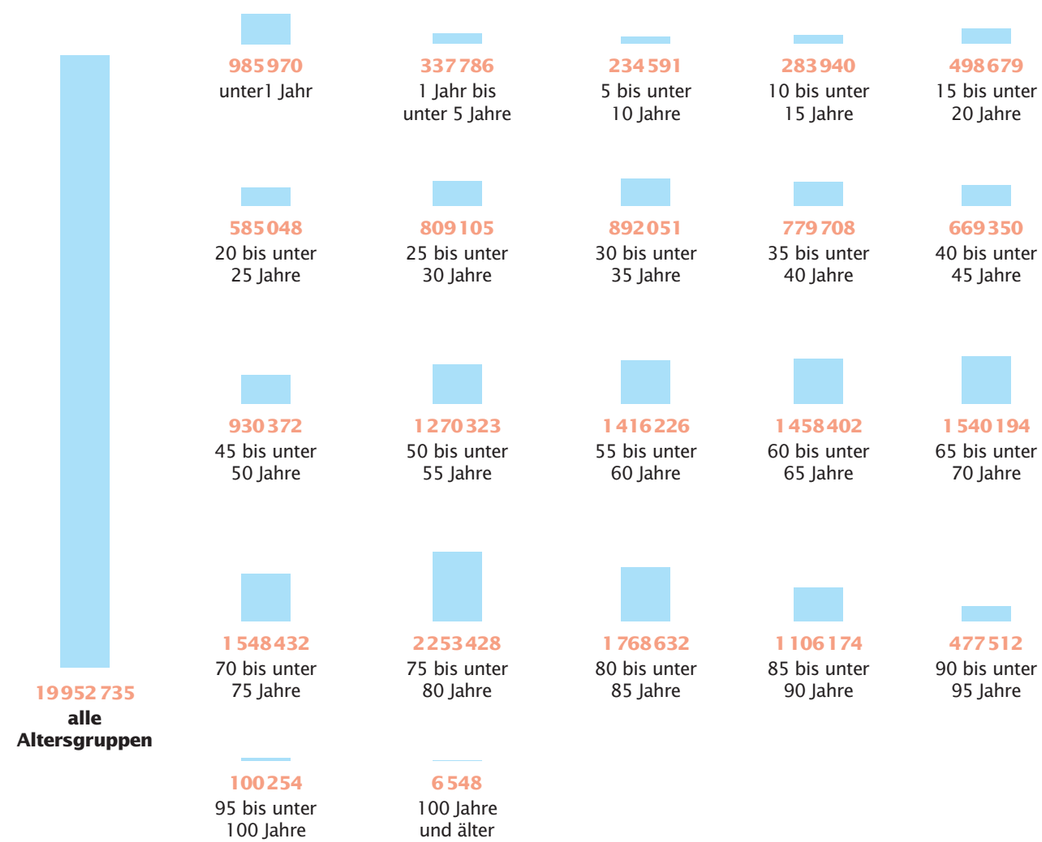
Ärztliches und nicht ärztliches Personal in Krankenhäusern; Deutschland; 2017; Zahl/Veränderung in Prozent

| | Zahl | Veränderung 2000–2017 |
|---|---|---|
| **insgesamt** | **1 237 646** | **12,47%** |
| ärztlicher Dienst | 186 021 | 52,40% |
| nicht ärztlicher Dienst | 1 051 625 | 7,48% |
| darunter: Schüler/Auszubildende | 84 186 | 3,92% |

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Altersmäßig

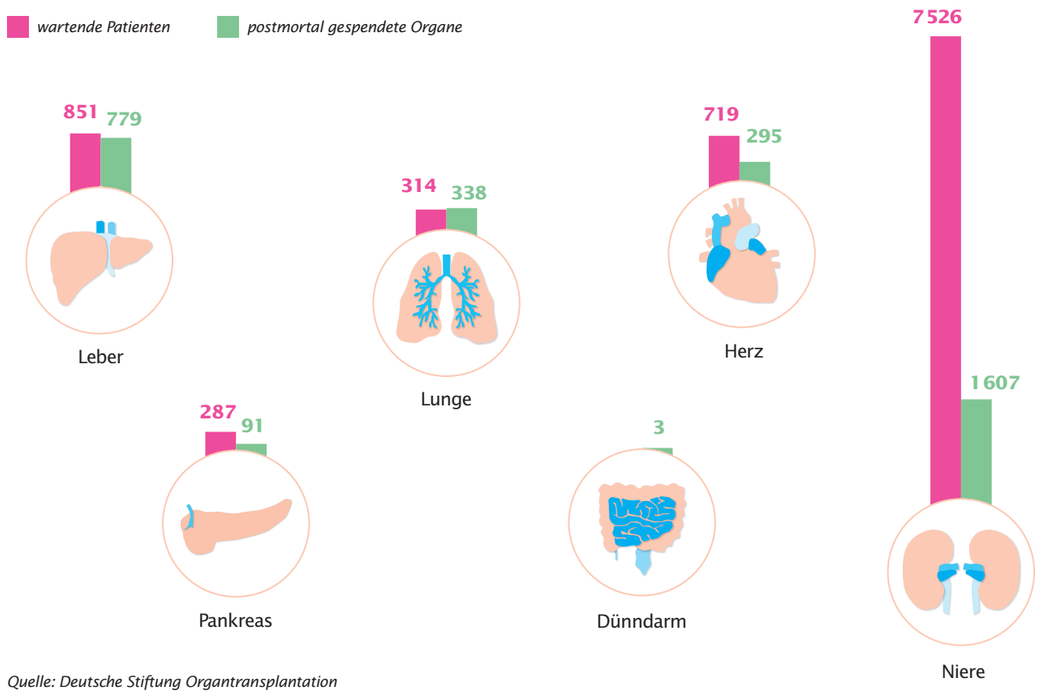
Fallzahlen von Patienten in Krankenhäusern nach Alter; Deutschland; 2017




*Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes*

## Erhofft und erhalten

Zahl der Patienten, die auf ein Spenderorgan warten und Zahl postmortal gespendeter Organe; Deutschland; 2018




*Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation*

## Gegeben und gespendet

Zahl postmortaler Organspenden und Organspender; Deutschland

| | Organe | Organspender |
|---|---|---|
| 2010 | 4 205 | 1 296 |
| 2011 | 3 917 | 1 200 |
| 2012 | 3 511 | 1 046 |
| 2013 | 3 035 | 876 |
| 2014 | 2 989 | 864 |
| 2015 | 2 901 | 877 |
| 2016 | 2 867 | 857 |
| 2017 | 2 564 | 797 |
| 2018 | 3 113 | 955 |
| **Veränderung 2010–2018** | **–20%** | **–22%** |

*Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation*





## Empathisch im Norden

Zahl der Organspender im Bundesländervergleich; Deutschland; 2018; pro Million Einwohner

| | |
|---|---|
| **Deutschland** | **11,5** |
| Baden-Württemberg | 11,4 |
| Bayern | 9,8 |
| Berlin | 13,2 |
| Brandenburg | 14,8 |
| Bremen | 5,9 |
| Hamburg | 30,0 |
| Hessen | 9,9 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 25,5 |
| Niedersachsen | 7,8 |
| Nordrhein-Westfalen | 9,1 |
| Rheinland-Pfalz | 9,1 |
| Saarland | 18,1 |
| Sachsen | 16,2 |
| Sachsen-Anhalt | 17,6 |
| Schleswig-Holstein | 11,1 |
| Thüringen | 17,2 |

*Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation*

## Menschlich in der Mitte

Organspender nach Altersgruppen; Deutschland; 2018

| | |
|---|---|
| < 16 Jahre | 32 |
| 16–55 Jahre | 419 |
| 56–64 Jahre | 206 |
| ≥ 65 Jahre | 298 |

*Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation*

## Hilfsbereit im Süden

Zahl der Organspender im Ländervergleich; EU; 2017; pro Million Einwohner

*Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation*

## Dankbar in Deutschland

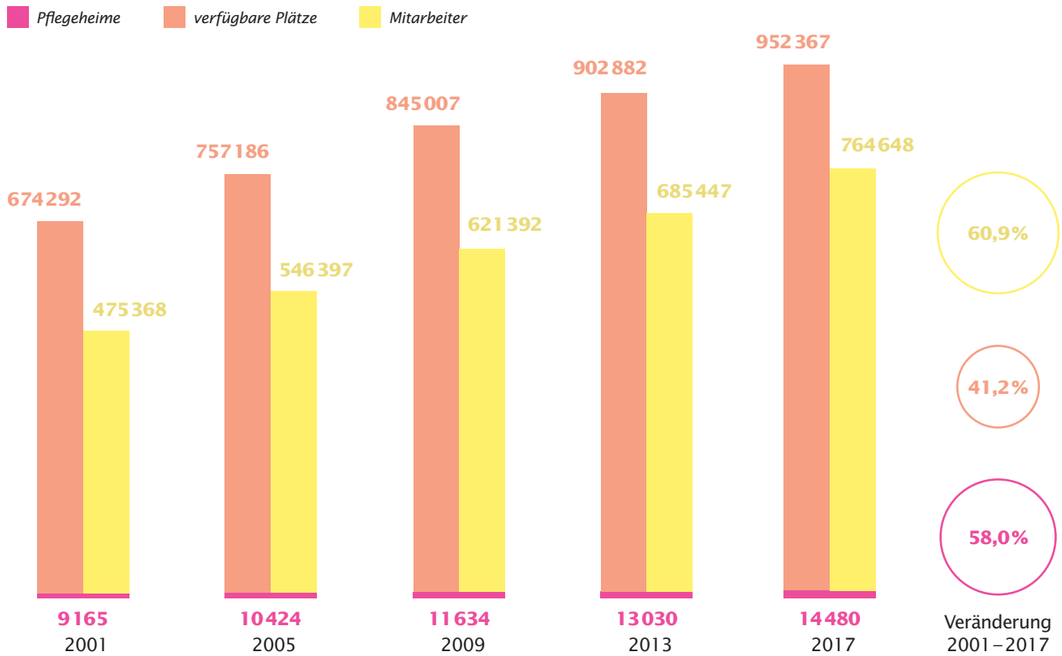
Transplantierte Organe aus dem Eurotransplantraum nach Art der Spende; Deutschland; 2018; Zahl / in Prozent

| | | |
|---|---|---|
| transplantierte Organe nach Lebendspende | 690 | 17,4% |
| transplantierte Organe nach Dominospende* | 5 | 0,1% |
| transplantierte Organe nach postmortaler Spende | 3 264 | 82,4% |

**Dominospende: Wird einem Patienten ein Organ, das versagt hat, entnommen und durch ein gespendetes Organ ersetzt, können noch gesunde Teile des entnommenen Organs (z. B. Herzklappen, Leberteile) einer weiteren Person transplantiert werden. Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation*

## Wer uns stationär pflegt

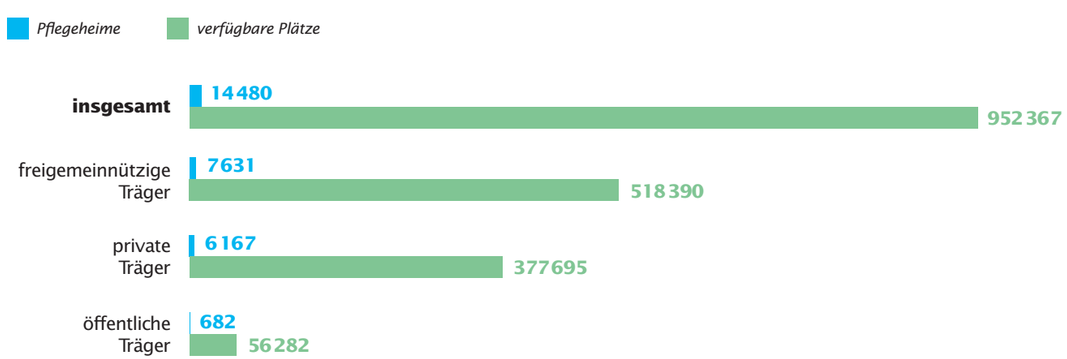
Zahl der Pflegeheime, der verfügbaren Plätze und der Mitarbeiter in Deutschland




*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Wer unsere stationäre Pflege organisiert

Zahl der Pflegeheime und der verfügbaren Plätze nach Trägerart; Deutschland; 2017




*Quelle: Statistisches Bundesamt*





## Wer unsere häusliche Pflege organisiert

Zahl der ambulanten Pflegedienste nach Trägerart; Deutschland; 2017

**14 050**
**insgesamt**

**9 243**
private Träger

**4 615**
freigemeinnützige Träger

**192**
öffentliche Träger

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Wer uns zu Hause versorgt

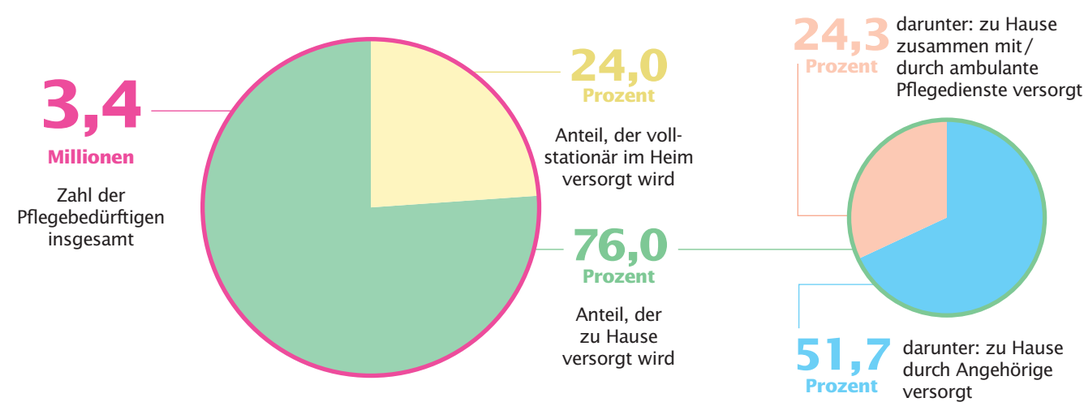
In ambulanten Pflegediensten beschäftigte Personen nach Art des Personals; Deutschland

| | 2011 | 2017 | Veränderung 2011–2017 in % |
|---|---|---|---|
| Grundpflege | 204 795 | 267 849 | 30,8 |
| häusliche Betreuung | k. A. | 14 898 | k. A. |
| hauswirtschaftliche Versorgung | 38 092 | 49 518 | 30,0 |
| Pflegedienstleitung | 16 671 | 19 819 | 18,9 |
| Verwaltung, Geschäftsführung | 14 144 | 18 154 | 28,4 |
| sonstiger Bereich | 17 012 | 20 084 | 18,1 |
| Tätigkeitsbereich insgesamt | 290 714 | 390 322 | 34,3 |

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Wo und von wem wir uns pflegen lassen

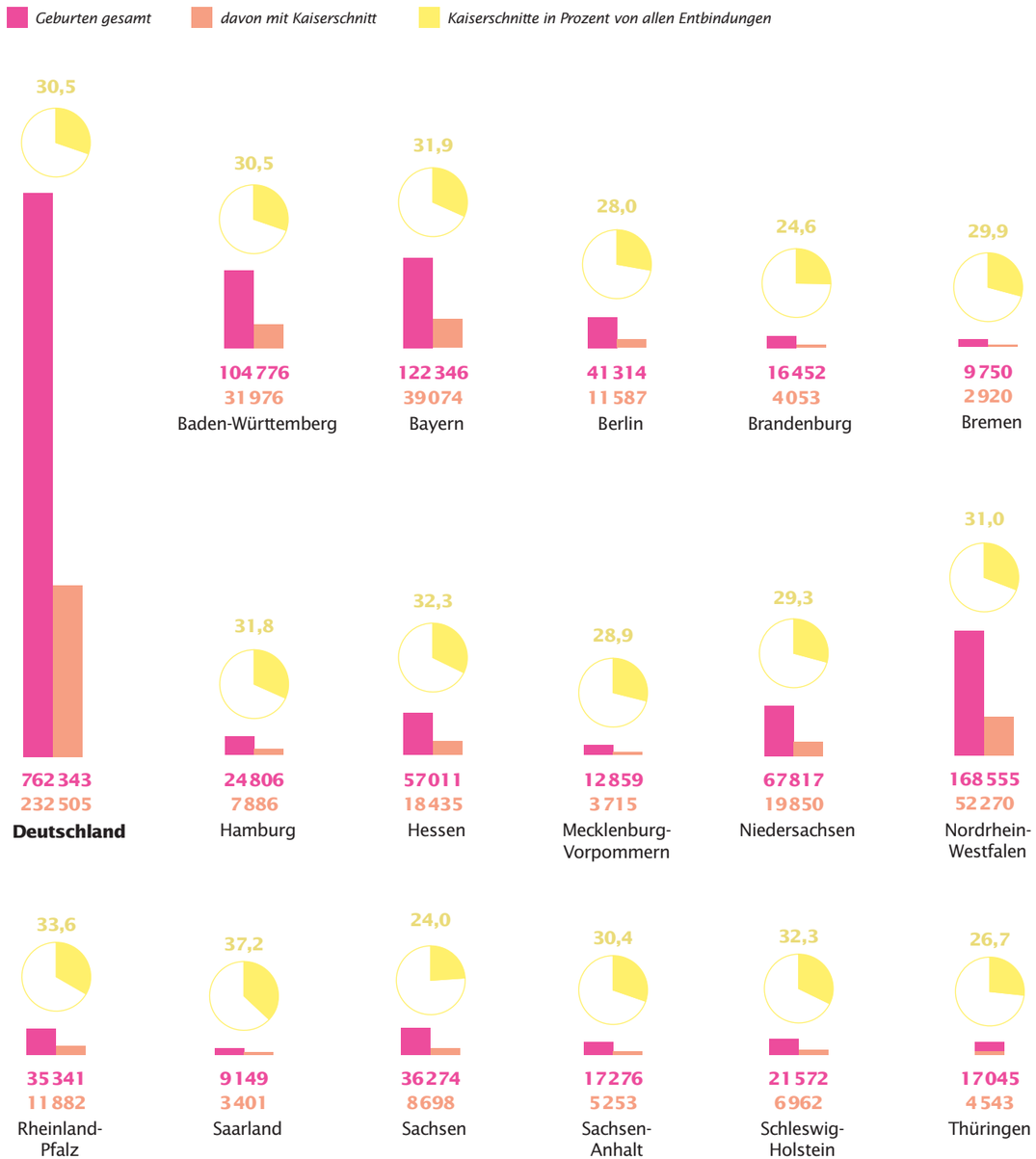
Pflegebedürftige nach Versorgungsart; Deutschland; 2017




*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Auf die Welt gebracht

Kaiserschnitte und Geburten; Deutschland; 2017; Zahl / in Prozent




*Quelle: Statistisches Bundesamt*





## Für die Gesundheit ausgegeben

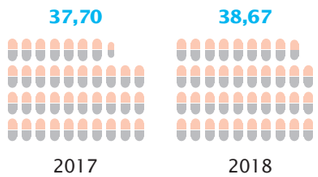
Gesundheitsausgaben in Deutschland; in Millionen Euro / als Anteil am BIP in Prozent / in Euro je Einwohner

| | in Millionen Euro | Anteil am BIP in % | je Einwohner in Euro |
|---|---|---|---|
| 1992 | 159 381 | 9,4 | 1 980 |
| 2000 | 214 305 | 10,1 | 2 631 |
| 2005 | 241 381 | 10,5 | 2 968 |
| 2010 | 290 462 | 11,3 | 3 618 |
| 2011 | 296 006 | 11,0 | 3 687 |
| 2012 | 303 576 | 11,0 | 3 775 |
| 2013 | 315 116 | 11,1 | 3 907 |
| 2014 | 328 341 | 11,2 | 4 054 |
| 2015 | 344 364 | 11,3 | 4 216 |
| 2016 | 358 651 | 11,4 | 4 355 |
| 2017 | 375 562 | 11,5 | 4 544 |

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## In Medizin investiert

Ausgaben für Arzneimittel; Deutschland; in Milliarden Euro




*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit*

## Gegen Krankheiten verschrieben

Verordnungen nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel; Deutschland; 2018; in Prozent / in Millionen Packungen

| | in Prozent | in Mio. Packungen |
|---|---|---|
| **insgesamt** | 100 % | 155,1 |
| GKV-Rezept | 43,5 % | 67,47 |
| Grünes Rezept* | 32,0 % | 49,63 |
| Privatrezept | 24,5 % | 38,00 |

**Mit dem Grünen Rezept können Ärzte ihren Patienten rezeptfreie Arzneimittel empfehlen, die sie dann in der Apotheke selbst bezahlen. Allerdings enthält das Formular auch den Hinweis, dass man das Grüne Rezept bei vielen Krankenkassen zur Erstattung im Rahmen einer Satzungsleistung einreichen kann. In jedem Fall dient das Grüne Rezept dem Patienten als Merkhilfe bezüglich Name, Wirkstoff und Darreichungsform. Quelle: Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V.*

## Mit Arzneimitteln umgesetzt

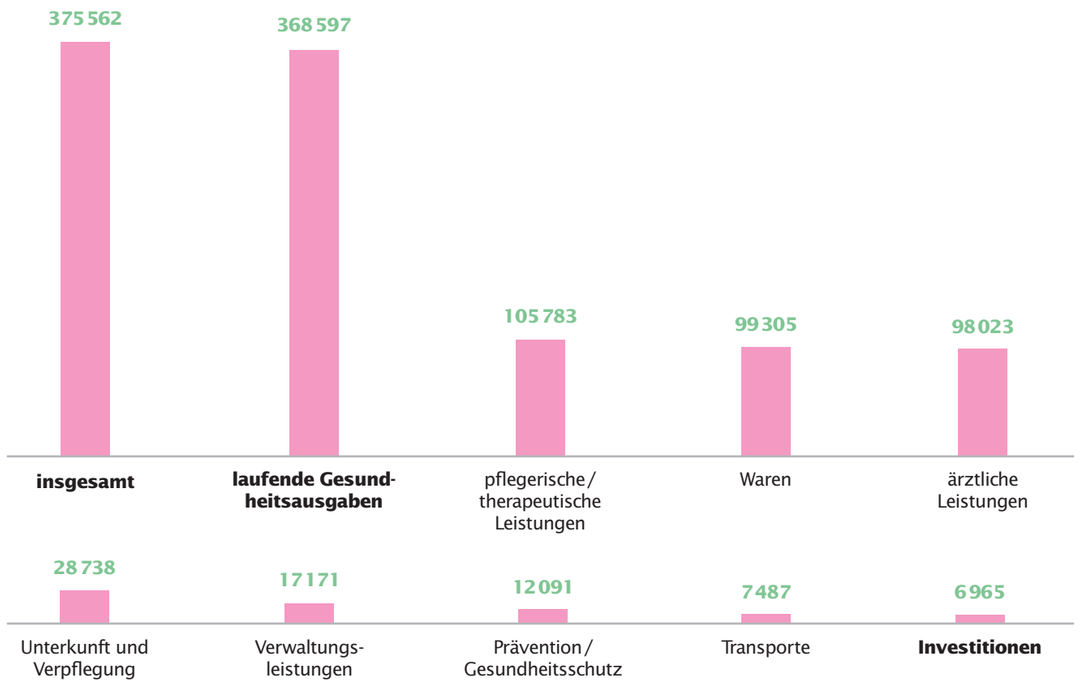
Arzneimittelumsatz in Apotheken, Drogerie- und Verbrauchermärkten; Deutschland; in Milliarden Euro*

| | 2001 | 2018 | Veränderung 2001 – 2018 in % |
|---|---|---|---|
| **Arzneimittelmarkt insgesamt** | 30,67 | 56,02 | 82,7 |
| **Apothekenmarkt insgesamt** | 30,32 | 55,83 | 84,1 |
| rezeptpflichtige Arzneimittel | 23,37 | 48,87 | 109,1 |
| rezeptfreie Arzneimittel in der Apotheke | 6,95 | 6,96 | 0,1 |
| **freiverkäufliche Arzneimittel außerhalb der Apotheke** | 0,35 | 0,19 | – 45,7 |

**Abweichungen in den Summen durch Runden der Zahlen. Quelle: Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V.*

## Was kostet wie viel?

Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten; Deutschland; 2017; in Millionen Euro




*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Wer trägt was?

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger; Deutschland; in Millionen Euro

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|---|---|---|---|
| **Ausgabenträger insgesamt** | 344 364 | 358 651 | 375 562 | 387 151 |
| gesetzliche Krankenversicherung | 198 907 | 207 161 | 214 181 | 221 285 |
| private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck | 47 365 | 48 889 | 50 801 | 51 992 |
| soziale Pflegeversicherung | 27 808 | 29 431 | 37 207 | 39 404 |
| private Krankenversicherung | 30 536 | 31 017 | 31 605 | 32 168 |
| Arbeitgeber | 14 472 | 15 011 | 15 561 | 16 144 |
| öffentliche Haushalte | 15 470 | 17 037 | 15 772 | 15 411 |
| gesetzliche Unfallversicherung | 5 364 | 5 576 | 5 742 | 5 922 |
| gesetzliche Rentenversicherung | 4 442 | 4 529 | 4 692 | 4 825 |

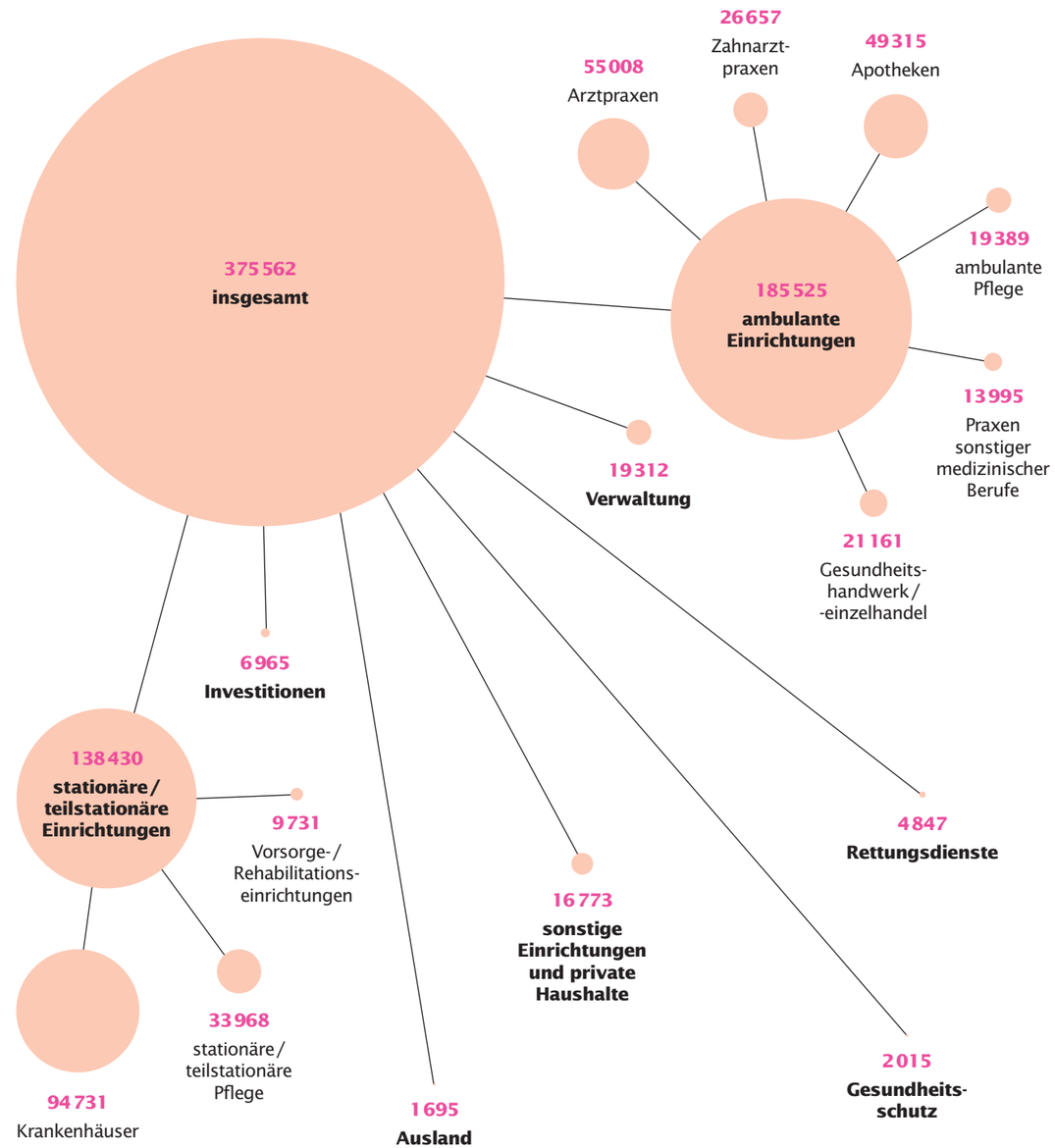
*Quelle: Statistisches Bundesamt*





## Wohin fließt wie viel?

Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen; Deutschland; 2017; in Millionen Euro




*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Gestiegen

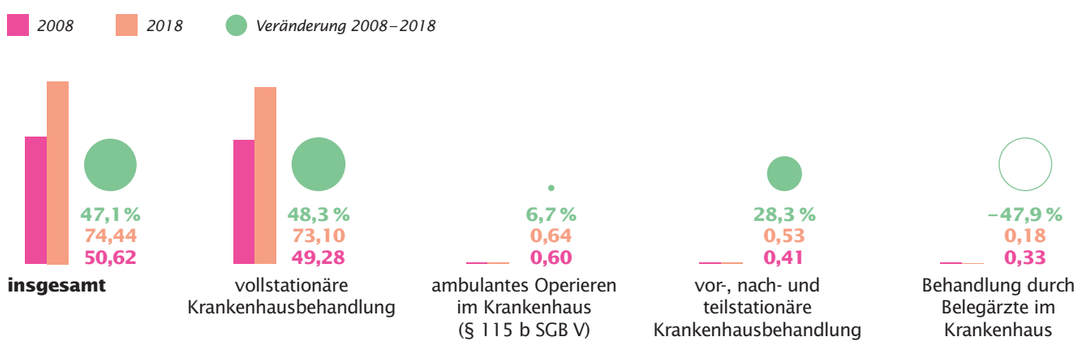
Krankenhauskosten nach Ausgabenposition; Deutschland; in Tausend Euro

| | 2008 | 2017 | Veränderung 2008–2017 |
|---|---|---|---|
| **Gesamtkosten** | **72 638 573** | **105 746 031** | **45,6 %** |
| **Personalkosten insgesamt** | **43 365 435** | **63 790 023** | **47,1 %** |
| ärztlicher Dienst | 12 117 432 | 20 444 513 | 68,7 % |
| Pflegedienst | 14 231 959 | 19 157 752 | 34,6 % |
| medizinisch-technischer Dienst | 5 844 196 | 8 719 957 | 49,2 % |
| Funktionsdienst | 4 228 514 | 6 500 784 | 53,7 % |
| Verwaltungsdienst | 2 830 485 | 4 002 637 | 41,4 % |
| andere Personalkosten | 4 112 847 | 4 964 381 | 20,7 % |
| **Sachkosten insgesamt** | **27 328 621** | **39 088 475** | **43,0 %** |
| medizinischer Bedarf | 13 021 491 | 19 193 481 | 47,4 % |
| pflegesatzfähige Instandhaltung | 3 138 795 | 3 751 046 | 19,5 % |
| Wirtschaftsbedarf | 2 565 543 | 3 665 843 | 42,9 % |
| Verwaltungsbedarf | 1 769 407 | 2 736 196 | 54,6 % |
| Lebensmittel und bezogene Leistungen | 1 553 062 | 2 393 335 | 54,1 % |
| Wasser, Energie, Brennstoffe | 1 932 805 | 2 028 460 | 4,9 % |
| andere Sachkosten | 3 347 520 | 5 320 115 | 58,9 % |
| **sonstige Kosten insgesamt** | **1 944 517** | **2 912 532** | **49,8 %** |
| Aufwendungen für den Ausbildungsfonds | 977 782 | 1 414 292 | 44,6 % |
| Kosten der Ausbildungsstätten | 511 387 | 757 668 | 48,2 % |
| Zinsen und ähnliche Aufwendungen | 342 424 | 538 373 | 57,2 % |
| Steuern | 112 924 | 157 199 | 39,2 % |

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Gezahlt

Krankenhauskosten der gesetzlichen Krankenversicherung nach Ausgabenposition; Deutschland; in Milliarden Euro



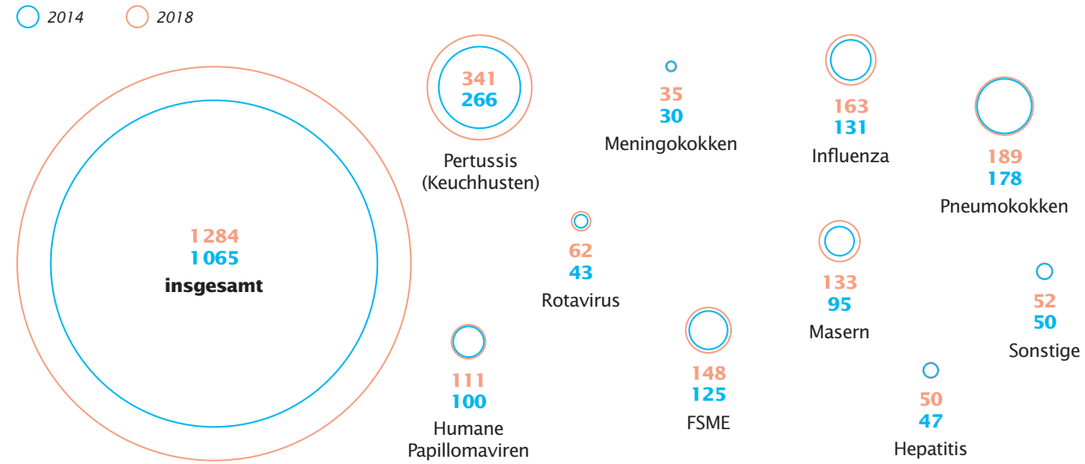

*Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1*





## Geimpft

Ausgaben der GKV für Impfstoffe*; Deutschland; in Millionen Euro




**Impfstoffbezug über öffentliche Apotheken. Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.*

## Geliefert

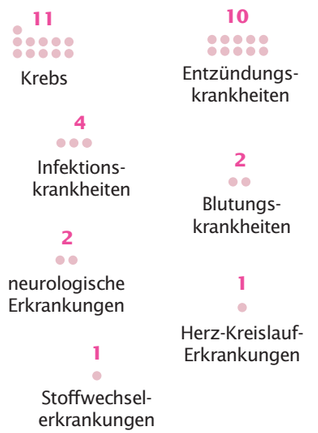
Zahl der zulasten der GKV abgegebenen Impfdosen*; Deutschland; 2018; pro Tausend GKV-Versicherte

| | insgesamt | Masern-Impfdosen** | Influenza-Impfdosen | FSME-Impfdosen |
|---|---|---|---|---|
| **Deutschland** | **480** | **24** | **184** | **54** |
| Baden-Württemberg | 517 | 27 | 141 | 108 |
| Bayern | 463 | 25 | 137 | 102 |
| Berlin | 571 | 36 | 232 | 26 |
| Brandenburg | 601 | 23 | 314 | 28 |
| Bremen | 488 | 32 | 186 | 16 |
| Hamburg | 432 | 30 | 158 | 18 |
| Hessen | 462 | 26 | 165 | 56 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 579 | 21 | 291 | 22 |
| Niedersachsen | 444 | 25 | 177 | 24 |
| Nordrhein | 486 | 33 | 165 | 23 |
| Westfalen-Lippe | 457 | 27 | 175 | 27 |
| Rheinland-Pfalz | 364 | 25 | 129 | 32 |
| Saarland | 450 | 21 | 188 | 46 |
| Sachsen | 699 | 24 | 313 | 92 |
| Sachsen-Anhalt | 596 | 23 | 244 | 89 |
| Schleswig-Holstein | 427 | 24 | 171 | 18 |
| Thüringen | 718 | 25 | 379 | 53 |

**Impfstoffbezug über öffentliche Apotheken. **inkl. Kombinationsimpfstoffe mit Mumps, Röteln, Windpocken.*
*Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.*

## Neu entwickelt

Markteinführungen von Medikamenten mit neuen Wirkstoffen nach Anwendungsgebiet*; Deutschland; 2017




*Nur Medikamente mit neuen Wirkstoffen, deren Arzneimittelzulassung auf einem Wirksamkeitsnachweis beruht.

Quelle: vfa – Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

## Neu eingeführt

Zahl der Markteinführungen von Medikamenten mit neuen Wirkstoffen*; Deutschland

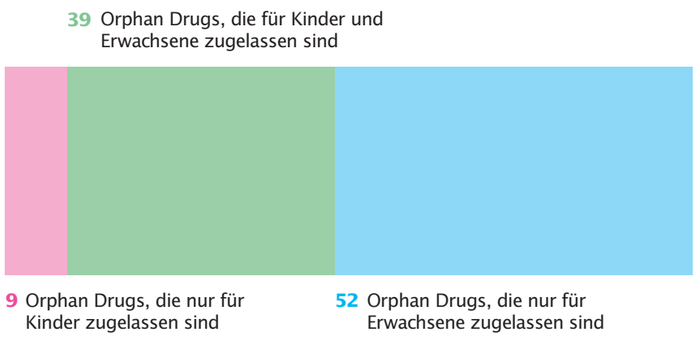
| | |
|---|---|
| 2006 | 28 |
| 2007 | 30 |
| 2008 | 28 |
| 2009 | 36 |
| 2010 | 26 |
| 2011 | 27 |
| 2012 | 24 |
| 2013 | 27 |
| 2014 | 49 |
| 2015 | 36 |
| 2016 | 31 |
| 2017 | 31 |

*Nur Medikamente mit neuen Wirkstoffen, deren Arzneimittelzulassung auf einem Wirksamkeitsnachweis beruht.

Quelle: vfa – Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

## Neu zugelassen

Anteil zugelassener Orphan Drugs* nach Zielgruppe; EU; 2018; in Prozent

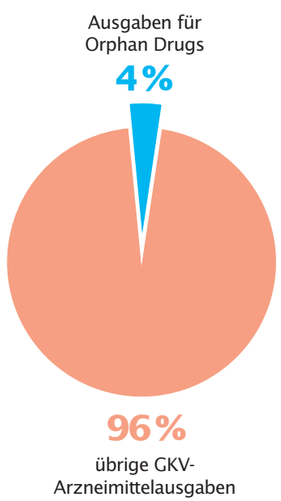



*Basis: 158 Wirkstoffe, die zwischen April 2000 und Dezember 2018 als Orphan Drug zugelassen wurden. Als Orphan Drugs bezeichnet man Medikamenten gegen schwere oder lebensbedrohliche Krankheiten, an denen nur relativ wenige Menschen erkranken.

Quelle: vfa – Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V.

## Wenig

Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Orphan Drugs; EU; 2018; in Prozent




Quelle: vfa – Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

## Mehr

Zahl der Neuzulassungen für Medikamente gegen seltene Krankheiten (Orphan Drugs); EU

| | |
|---|---|
| 2000 | 1 |
| 2001 | 3 |
| 2002 | 4 |
| 2003 | 5 |
| 2004 | 7 |
| 2005 | 4 |
| 2006 | 9 |
| 2007 | 13 |
| 2008 | 6 |
| 2009 | 9 |
| 2010 | 5 |
| 2011 | 6 |
| 2012 | 10 |
| 2013 | 7 |
| 2014 | 14 |
| 2015 | 14 |
| 2016 | 14 |
| 2017 | 14 |
| 2018 | 22 |

Quelle: vfa – Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.





# Was unserem Gesundheitssystem fehlt? Die Rückbesinnung auf den Menschen.

*Protokoll: Søren Harms*

## Bernd Hontschik, 67

*Chirurg in Frankfurt und Buchautor (zuletzt „Erkranken schadet Ihrer Gesundheit")*

Mehr als vier Jahrzehnte lang habe ich operiert, erst an staatlichen Krankenhäusern, dann in meiner Praxis. Aus dieser Erfahrung heraus kann ich sagen: Es tut sich was in unserem Gesundheitswesen, in kleinen, unmerklichen Schritten, aber immer in dieselbe Richtung – die Humanmedizin verwandelt sich in einen profitorientierten Industriezweig.

Bislang hat unsere Gesellschaft etwa ein Zehntel ihres Reichtums zum Wohle aller in das Gesundheitswesen investiert. Aber nun ist es eine Quelle neuen Reichtums für Investoren geworden. Die neuen Ziele werden nicht innerhalb der Medizin erarbeitet, sondern in Konzernen geplant und von Politikern in die Tat umgesetzt. Die Medizin wird dabei zu einer Ware, die nur noch als Quelle von Profit interessant ist. Wenn man verstehen will, was sich heute in unseren Krankenhäusern und Arztpraxen abspielt, muss man sich nicht mit Medizin beschäftigen, sondern mit Betriebswirtschaft. Von Heilkunst spricht man heute kaum noch: Der Patient ist jetzt ein Kunde, und ich als Arzt bin ein Leistungserbringer geworden. Da ist kein Platz für Künstler.

Ein eigentlich hervorragendes Gesundheitswesen, solidarisch finanziert und für jedermann zugänglich, ist zur Eroberung freigegeben worden für private Investoren und börsennotierte Konzerne, die ihren Aktionären Renditen bis zu zehn Prozent garantieren. Es ist eine furchterregende Unter-, Über- und Fehlversorgung entstanden: Das Bezahlsystem im Krankenhaus orientiert sich an der Schwere der Diagnosen, was zu einer aufgeblähten Medizin in gut bezahlten Sektoren führt (wie zum Beispiel den Rückenoperationen) und zu einem Verkümmern in den schlecht bezahlten Sektoren (wie etwa der chirurgischen Versorgung von Diabetikern). Diese Entwicklung ist eine Katastrophe. Es genügt nicht, hier eine kleine Korrektur und da eine Gesetzesänderung durchzuführen: Das ganze Schiff fährt in die falsche Richtung.

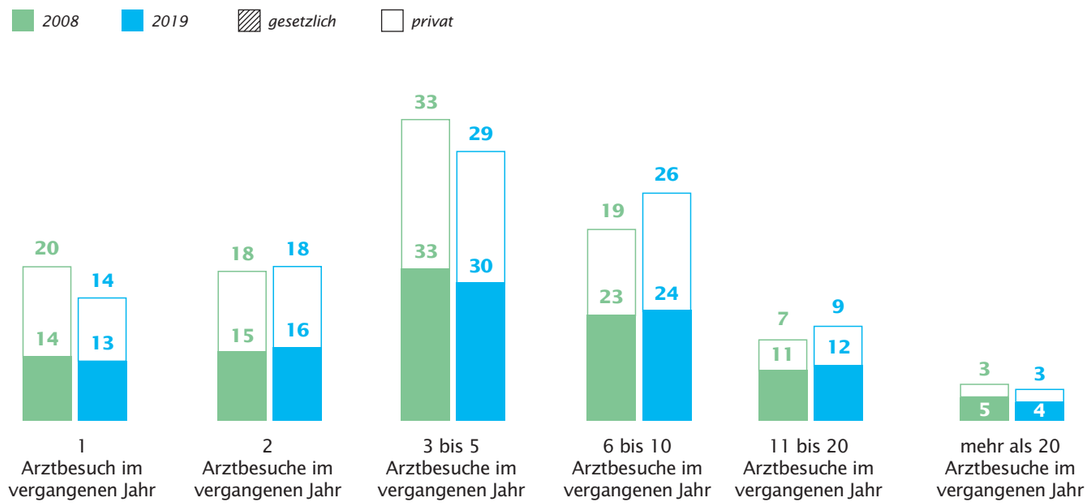
Deswegen interessiere ich mich für alles, was dazu beiträgt, das große Schiff Medizin und Gesundheitswesen umzusteuern. Ich würde die privaten Krankenversicherungen abschaffen, damit sich die, denen es wirtschaftlich am besten geht, nicht länger aus dem Solidarsystem verabschieden können. Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen ist immer noch viel zu hoch, denn sie sind keine konkurrierenden Dienstleistungsbetriebe, sondern haben das zu finanzieren, was im Gesundheitswesen gebraucht wird.

Man kann den privaten Konzernen zwar ihre Kliniken nicht wieder abnehmen, aber man könnte Mindeststandards festlegen, welche Leistungen eine Klinik anbieten und wie viel Personal bei welcher Bezahlung dafür eingestellt werden muss, dann wäre Schluss mit exorbitanten Renditen. Man könnte das enorme Wissen chronisch Kranker um ihren individuellen Krankheitsverlauf respektieren und ihnen ein Budget zur Verfügung stellen, mit dem sie das individuell Notwendige und Beste finanzieren können, ob Medikamente, Betreuung, Reisen oder was auch immer.

Man könnte sich sehr viel vorstellen, sehr viel tun, sehr viel verändern, wenn es im Gesundheitswesen, in der Medizin endlich wieder um die Erkrankten ginge. Aber es geht heute nur noch um Krankheiten und wie man mit ihnen den größtmöglichen Gewinn erzielen kann. Das ist gefährlich, denn wenn die Medizin dem Profit dienen muss, ist sie keine mehr.

## Wie oft wir zum Arzt gehen

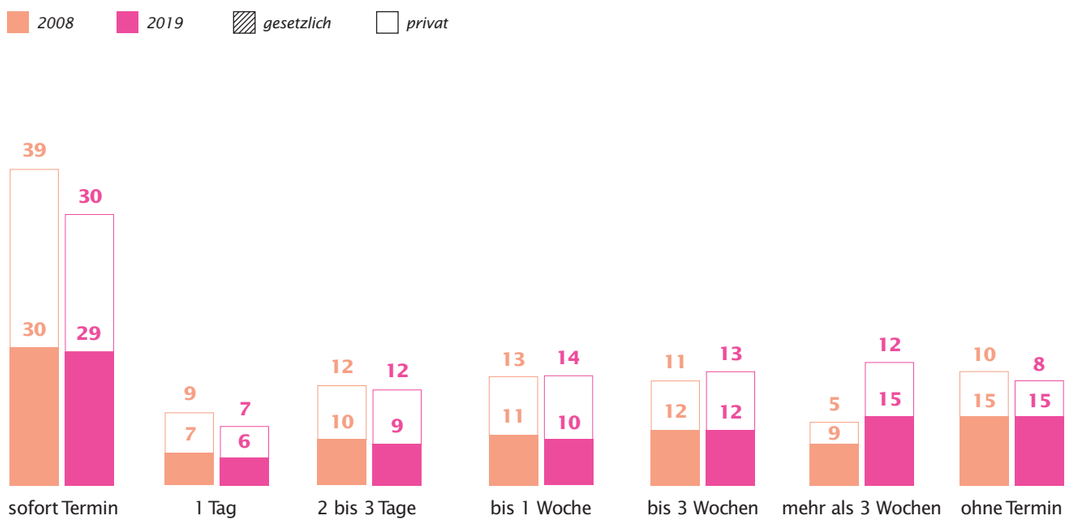
Anteile der Bevölkerung nach Häufigkeit ihrer Arztbesuche und Versicherungsart; Deutschland; in Prozent




*Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*

## Wie lange wir warten

Anteile der Bevölkerung nach Terminwartezeiten bei Arztbesuchen und Versicherungsart; Deutschland; in Prozent




*Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*





## Stimmungen und Meinungen in Deutschland

Wahrnehmung der Befragten; Deutschland; 2018; in Prozent

**Womit sind Sie bei ärztlichen Behandlungen unzufrieden?** *(Mehrfachnennungen möglich)*

| | |
|---|---|
| Der Arzt nimmt sich zu wenig Zeit für mich. | 40 |
| Die Öffnungszeiten der Praxen entsprechen nicht meinen Bedürfnissen. | 24 |
| Ich fühle mich von den Ärzten und dem medizinischen Personal nicht ernst genommen. | 22 |
| Die Ärzte sind meist nicht kompetent genug. | 18 |
| anderes (u. a. Wartezeiten, zu wenig (Fach-)Ärzte, Zuzahlungen) | 10 |
| Nichts davon, ich bin mit den ärztlichen Behandlungen zufrieden. | 33 |

**Wie schätzen Sie die Versorgung in deutschen Krankenhäusern ein?**

| | |
|---|---|
| sehr gut | 8 |
| gut | 44 |
| durchschnittlich | 37 |
| weniger gut | 8 |
| schlecht | 3 |

**Wie informieren Sie sich vor einem Krankenhausaufenthalt über die passende Klinik?** *(Mehrfachnennungen möglich)*

| | |
|---|---|
| Hausarzt | 54 |
| Freundes- oder Bekanntenkreis | 46 |
| Homepage der Klinik | 33 |
| Bewertungsseiten im Internet | 33 |
| vor Ort in der Klinik | 19 |
| Onlineforen | 18 |
| Ich informiere mich nicht | 16 |

*Quelle: PwC – PricewaterhouseCoopers*

## Stimmungen und Meinungen in Europa

Wahrnehmung der Befragten; ausgewählte Länder; 2018; in Prozent

**„Ich bekomme in meinem Land die medizinische Versorgung, die ich brauche."**

| | |
|---|---|
| Belgien | 71 |
| Deutschland | 65 |
| Japan | 26 |

**„Die Qualität des Gesundheitswesens in meinem Land ist gut."**

| | |
|---|---|
| Vereinigtes Königreich | 73 |
| Deutschland | 56 |
| Polen | 14 |

**„Es gibt zu lange Wartezeiten bei der Terminvergabe bei Ärzten."**

| | |
|---|---|
| Serbien | 91 |
| Deutschland | 65 |
| Südkorea | 38 |

**„Viele Menschen in meinem Land können sich keine gute Gesundheitsversorgung leisten."**

| | |
|---|---|
| Südafrika | 83 |
| Deutschland | 40 |
| Schweden | 25 |

**„Das Gesundheitswesen in meinem Land ist überlastet."**

| | |
|---|---|
| Vereinigtes Königreich | 85 |
| Deutschland | 55 |
| Japan | 15 |

**„Das Gesundheitswesen in meinem Land bietet mir die beste Behandlung."**

| | |
|---|---|
| Spanien | 64 |
| Deutschland | 45 |
| Russland | 13 |

*Quelle: Ipsos MORI*

# Die Kümmerin

Modellprojekte zeigen: Schulpflegekräfte helfen bei der Gesundheitserziehung. Im Ausland sind die „school nurses“ schon gang und gäbe.

*Text: Søren Harms  Illustration: Julia Massow*

Zehn Uhr 45. Paul war zwar zuerst da, aber er blutet nur leicht am Finger. Ahmad hingegen kommt mit einer Riesenbeule. Paul muss warten. Eike Rode drückt Ahmad vorsichtig ein blaues Coolpack auf die Stirn. Ihre andere Hand liegt auf seinem Rücken. Wie ist das passiert, Ahmad? „Geschubst“, sagt Ahmad.*

10:49 Uhr. Rezas Nase blutet heftig, um ihn herum strömt ein Dutzend Kinder ins Kellerbüro. Eike Rode sagt: „Ich komme. Aber ein Kind muss hier mal den Kühler festhalten.“ Ein Mädchen im gelben Pulli übernimmt das Coolpack an Ahmads Stirn. Eike Rode greift sich Einmaltücher für Rezas Nase. Mit der anderen Hand drückt sie ihm eine kühle Kompresse in den Nacken.

10:56 Uhr. Mohamad schnieft herein. Eike Rode ruft: „Was, noch ’ne Beule?“ Noch mehr Tränen, noch ein Coolpack.

Die zweite Pause an der Grundschule Ramsharde hatte für Eike Rode mit fünf Mädchen begonnen, die alle unter Bauchschmerzen litten und nach einem Schluck Gurkenwasser giggelnd wieder abgezogen sind. Ein Junge hatte nach einem Fußball gefragt, ein anderer nach Schaufel und Sieb für die Sandkiste. Nun ist Pausenende, die Beulen sind gekühlt, die Blutungen gestillt, und der Emergency Room von Eike Rode leert sich. Auch Paul hat sein Pflaster.

Eine Krankenschwester an einer Schule? Beinahe. Seit fast vier Jahren ist Eike Rode Teil des Modellprojekts „Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften an ausgewählten Grundschulen in Flensburg“. Rode, gelernte Arzthelferin und studierte Gesundheitspädagogin, ist eine Schulgesundheitsfachkraft. Weil das kein kurzes Wort ist und auch SGFK nicht wirklich eine Abkürzung, sagen manche „Schulpflegekraft“, andere schlicht „Schulkrankenschwester“ – alles Versuche, den kurzen und geschlechtsneutralen Begriff *school nurse* ins Deutsche zu übertragen und damit einen Berufszweig zu umreißen, der im Ausland gang und gäbe ist, von Australien bis England, von Frankreich bis Skandinavien, von Portugal bis Polen.

In Deutschland ist die Schulpflegekraft bislang weitgehend unbekannt. „Na ja, internationale Schulen hierzulande haben sie natürlich“, sagt der Pflegewissenschaftler Andreas Kocks. „Vor hundert Jahren gab es bei uns auch noch die Schulkrankenschwester.“ Doch dann ging sie verloren – bis Eike Rode in Flensburg begann. Sie ist die erste an einer staatlichen deutschen Schule. Zurzeit proben das Modell außerdem jeweils zehn Schulen in Hessen und in Brandenburg, zwölf in Bremen und zwei in Mainz. In Nordrhein-Westfalen diskutiert ein Runder Tisch derzeit über die Einführung. Einheitliche Standards, wie Schulgesundheitsfachkräfte qualifiziert sein sollten, gibt es bislang nicht. In Flensburg haben sie sich 2015 für den praxisnahen Weg entschieden, mit Schulleitung und Sozialarbeitern gesprochen, was so jemand denn können muss, und dann Eike Rode gefunden.

Kocks forscht am Universitätsklinikum Bonn und geht seit anderthalb Jahrzehnten mit dem Thema hausieren. „Ich bin begeistert, dass nun mehrere Modellprojekte in Deutschland laufen“, sagt er. Sein Forschungsgebiet nennt Kocks „ein Nick-Thema“, denn: „Wenn die Leute einmal eine Schulpflegekraft erleben, ob nun präventiv oder bei der Erstversorgung, dann nicken alle. Der Sinn dieser Arbeit erschließt sich sofort.“ Der Knackpunkt einer solchen Stelle sei natürlich die Finanzierung. Aber sie könne auch viel Geld sparen.

## Steigen die gesellschaftlichen Chancen, steigt auch die Gesundheit

322 Kinder besuchen die Grundschule Ramsharde, 209 von ihnen haben einen Migrationshintergrund, das sind 65 Prozent. Die Nordstadt, in der die Schule liegt, gilt als Herausforderung für die Flensburger Behörden: der höchste Migrantenanteil, die meisten Arbeitslosen, wenig Bildung. Der Stadtteil liefert auch Sozialdaten für die plakative Feststellung, dass Armut krank macht und Krankheit arm. „Hier stellen wir schon bei den Schuleingangsuntersuchungen größere gesundheitliche Auffälligkeiten fest als woanders“, sagt Michael Kraus vom Fachbereich Soziales und Gesundheit der Stadt Flensburg, ob das nun das Gewicht der Kinder beträfe, ihre Motorik oder die Zahngesundheit. So sind in ganz Schleswig-Holstein 11,1 Prozent der Kinder übergewichtig oder sogar adipös, wenn sie in die Schule kommen. In Flensburg sind es 15,2 Prozent – in der Nordstadt 17,4 Prozent. Mit den drohenden Spätfolgen: Gelenkschäden, Rückenschmerzen, Herzleiden, Bluthochdruck, Diabetes, Depressionen, die Liste ist lang. „Mit sozialen Chancen sind eben auch gesundheitliche Chancen eng verwoben“, sagt Kraus. Er sieht gute Chancen, das in der Schule Ramsharde abzumildern. Deshalb ist Rode hier.

Eike Rode ist 54, aber wirkt wie 45, auch jetzt noch, trotz der Emergency-Room-Pause. „Ist ja nicht immer so trubelig, aber kommt vor.“ Sie trägt die Haare halblang, eine schicke große Brille, einen blauweißen Ringelpulli und eine Kapuzenjacke der Stadt Flensburg, darauf gedruckt ihr Name und ein stilisiertes Pflaster. Und weil die Jacke zudem knallblau ist, erkennt jeder die Schulgesundheitsfachkraft von Weitem. Eike Rode kann den Pausenhof nicht überqueren, ohne mehrfach angesprochen zu werden. Von Kindern. Von Lehrerinnen. Von Sozialarbeitern. Genau das will sie auch. „Ist Teil meiner Arbeit“, sagt sie und lächelt.

Die Flensburgerin ist einer dieser Menschen, die man gern zum Kumpel hat, zugewandt und zugleich resolut. Sie klingt wie Madam Pomfrey, die Krankenschwester in Harry Potters Zaubererinternat Hogwarts. Auch bei Eike Rode gibt es ›

**Die Kinder tragen in diesem Text andere Namen als im echten Leben.*

Zaubertee und zugleich die Aufforderung, der Frage danach doch ein „bitte“ zu spendieren und ihr dabei in die Augen zu schauen. Wenn du ein Kind bist und gerade auf dem Schulhof hingefallen, dann liebst du sie. Oder wenn du Bauchweh hast. Oder Sorgen. Oder wenn du die Klassenkiste mit Schulobst bei ihr abholst. Oder wenn sie dir richtiges Zähneputzen beibringt – na gut, dann vielleicht nicht ganz so doll.

„Gesundheit“, sagt Rode, „ist ja viel mehr als Essen, Trinken, Pflaster.“ Daher will sie nicht bloß Beulen kühlen, sondern den Kindern auch beibringen, auf Körper und Seele zu achten, selbstbewusst zu leben, die anderen zu respektieren.

30 Stunden arbeitet Eike Rode wöchentlich. Davon fallen im Schnitt fast acht Stunden für die akute medizinische Versorgung an, vom Aua-Knie bis zum Asthmaanfall. Das „Verbandsbuch“ auf ihrem Schreibtisch dokumentiert täglich ein Dutzend Leiden dieser Art. Mehr als doppelt so viele Stunden aber verwendet Rode darauf, die Gesundheitskompetenz der Kinder zu fördern oder Projekte zu entwickeln.

Zusammen mit den Lehrkräften und der Sozialarbeiterin an der Schule Ramsharde, der Kollegin drüben an der Waldschule und dem Team im Gesundheitsamt fällt Rode da einiges ein. Im Stundenplan stehen Dinge wie „Pflanzenforscher“, „Pflasterpatrouille“ und „Powerkids“. Die frühere Leistungsschwimmerin zieht mit den Kindern Schulschwimmen und Seilspringen durch. Sie hat eine Bewegungsbaustelle eingerichtet und nimmt den Ernährungsführerschein ab.

Zweimal wöchentlich erhalten alle Kinder über ein durch EU-Fördergelder finanziertes Programm regionales Obst, das sie in ihren Klassen schnippeln und beim gemeinsamen Frühstück essen. Rode übt das Händewaschen und macht Hör- und Sehtests, Läusekontrollen und Haarhygiene. Sie hat für alle Klassen Eimer, Küchenrollen und Einmalhandschuhe angeschafft und die Lehrkräfte geschult, wie sie mit erbrechenden Kindern umgehen, ohne dass der Infekt sie oder die Klasse heimsucht. Gesundheit ist überall.

## Gesundheit ist eine Grundvoraussetzung fürs Lernen

65 Prozent der Kinder, das ergab die jüngste Befragung, waschen sich dank der Anregungen jetzt häufiger oder anders die Hände. Und 40 Prozent trinken jetzt mehr Wasser als vorher. Denn die Grundschule Ramsharde ist auch die erste Wasserschule Deutschlands, sagt Rode. „Zuckerhaltige Getränke machen dick und fördern Karies, zugleich ist unser Flensburger Leitungswasser super – also bitten wir die Eltern, ihren Kindern nur Leitungswasser mitzugeben, und in jeder Klasse stehen Karaffen mit Wasser und Bechern.“ Von jedem Schwarzen Brett und über jedem Waschbecken der Schule leuchtet der Claim: „Wir trinken Lei(s)tungswasser.“ Hin und wieder spielt Eike Rode mit den Kindern das Schätzspiel: Wie viele Zuckerwürfel enthält diese große Flasche Cola? Und wie viele diese Zitronenlimo? (Antworten: 36 und 33.) „Dann erarbeiten wir spielerisch, was Zucker im Körper anrichtet.“

Was Eike Rode anbietet, unterstütze das Kollegium sehr, sagt Schulleiterin Kirsten Nissen. „Wir arbeiten heute an Schulen zumeist multiprofessionell. Frau Rode passt da sehr gut in unser Team, sie ist ein großer Mehrwert für uns. Denn die Lehrkräfte können sich so stärker auf ihren Unterricht konzentrieren und werden von Projekten angeregt, die wir ohne Frau Rode nicht schaffen würden. Eigentlich ist sie aus unserem Schulalltag nicht mehr wegzudenken.“

Darum sind *school nurses* in vielen Ländern fester Bestandteil der Bildungseinrichtungen, in Deutschland aber bislang nicht. „Wenn sich bei uns ein Schüler oder eine Schülerin auf dem Pausenhof hinpackt – wie läuft es da derzeit?“, fragt Pflegeforscher Andreas Kocks und liefert die Antwort gleich selbst: „Man schickt sie zur Schulsekretärin oder zum Lehrer. Die sind überfordert, wollen sich aus verständlichen Gründen juristisch absichern und rufen entweder die Eltern an oder den Krankenwagen. Das ist teuer und vielfach nicht nötig. Umgekehrt habe ich neulich erst von einem Kind gehört, das nach einem Unfall in der Schule blieb, weil niemand erkannt hat, dass ein Zahn sofort hätte behandelt werden müssen – der Zahn musste später gezogen werden.“ Kocks zieht daraus einen doppelten Schluss: „Es klingt merkwürdig, aber wir sind an dieser Stelle zugleich über-, unter- und fehlversorgt. Eine Pflegefachkraft könnte die Lage jeweils besser einschätzen, Soforthilfe leisten und dann regelkonform zuweisen.“

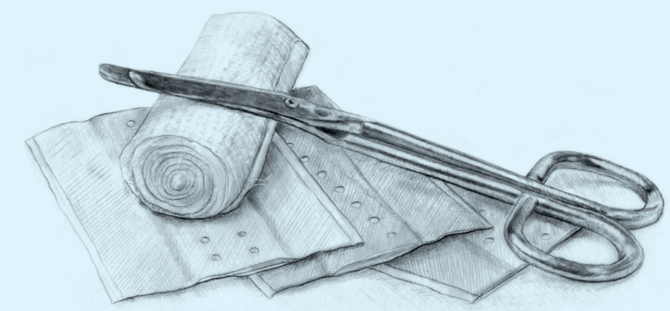
## Wer sich wohlfühlt, lernt schneller und lernt besser

Daten darüber, wie viele Krankenwagen jährlich in Deutschland von Schulen in Krankenhäuser fahren, gibt es nicht. Schon ein geschulter Blick auf Verletzungen könnte vieler dieser Fahrten und die damit anfallenden Kosten vermeiden. Das berührt auch die Frage, mit welchem Schwerpunkt die Gesundheitsfachkräfte eingesetzt werden. Nur akutmedizinisch, also aufgeschlagene Knie säubern und Pflaster drauf? Oder vorbeugend, das heißt Schulobst verteilen, ans Zähneputzen erinnern? „Wir haben beides von Anfang an verbunden“, sagt Gesundheitsdienstler Michael Kraus. „Aber es hängt bei allen Modellprojekten auch davon ab, wer sie finanziert – Krankenkassen als Partner legen viel Wert auf die Prävention. Natürlich ist jede vermiedene Adipositas nicht nur für das einzelne Kind ein Gewinn, sondern auch gesamtwirtschaftlich.“

Formal ist Michael Kraus Koordinator des Projektes und Chef von Eike Rode. „Als ich studiert habe“, sagt der 44-Jährige, „waren Sozialarbeiter an Schulen ganz selten – heute sind sie selbstverständlich. In zwanzig Jahren, hoffe ich, werden Gesundheitsfachkräfte an Schulen ebenso etabliert sein.“ Für







das Modellprojekt hat sich der Flensburger Gesundheitsdienst inspirieren lassen von der Danske Skole, der dänischen Schule. Die Dänen sind in Flensburg die größte Minderheit, sie haben eine moderne Bibliothek in der Innenstadt, sie leben hier, kaufen hier ein, haben Schulen und natürlich das, was auch in Dänemark selbstverständlich ist, eine Schulpflegekraft. Alle 14 Tage bespricht Kraus gemeinsam mit den beiden SGFK die Lage an den Schulen, häufig ist der Kinder- und Jugendärztliche Dienst der Stadt dabei.

Kraus’ Gesundheitsbegriff ist ähnlich umfassend wie der von Eike Rode. „Da geht es nicht nur um die Abwesenheit von Schmerz, sondern um ein Bewusstsein für das Thema – egal ob es um Ernährung oder Bewegung geht, um geistige Klarheit oder die Lernsituation zu Hause.“ Wie gut können Hausaufgaben gelingen, wenn um den Tisch Geschwister toben? Oder Katzen? Oder die Eltern im Streit liegen? All das kann ungesund sein. „In der Grundschulzeit“, sagt Kraus, „haben wir den idealen Punkt gesehen, um zu intervenieren und zugleich die Gesundheitskompetenzen derjenigen Schülerinnen und Schüler zu stärken, die noch nicht auffällig sind.“ Denn Gesundheit sei eine unglaublich wichtige Voraussetzung fürs Lernen.

Wohlbefinden trage zu besserem Lernen bei, sagt auch Schulleiterin Nissen. Sie möchte, „dass alle Kinder aus dem Stadtteil zu uns kommen“. Deshalb baut ihr Kollegium den Schwerpunkt „Gesunde Schule“ aus. Gerade bereitet es die Rezertifizierung für 2020 vor. Im Frühsommer kam zudem das Versprechen aus Kiel, Ramsharde bis 2024 als „Perspektivschule“ zu unterstützen: 20 Schulen in sozial schwierigen Lagen Schleswig-Holsteins werden mit jeweils einem millionenschweren Bildungsbonus gefördert. „Eine Wertschätzung“, sagt Nissen. Und hoch willkommen, schließlich will sie im kommenden Jahr umziehen, aus dem bisherigen Gebäude von 1901 in ein neues. Das Lernhaus wird derzeit gebaut und ist konzipiert für Kinder und Lehrkräfte des 21. Jahrhunderts. Im Grundriss vor Nissens Schreibtisch deutlich erkennbar, der Raum 1589 „Gesundheit“. Die Schulleiterin hat die Gesundheitsfachkraft eingeplant, obwohl die Finanzierung zu diesem Zeitpunkt noch nicht gesichert war.

Wenn Eike Rode dann einige Stunden abzweigen kann, um die Kinder beim Übergang von der Kita zur Grundschule und von da in die 5./6. Klasse gesundheitlich zu begleiten, wäre die „Präventionskette Flensburger Norden“ für mehr Kindergesundheit komplett. Eine solche Chance sei relativ günstig zu haben, sagt Michael Kraus: „Die Personalkosten für unsere beiden Gesundheitsfachkräfte hier in Ramsharde und drüben in der Waldschule betragen gut 70 000 Euro im Jahr. Bei insgesamt 688 Kindern sind das pro Kind nur rund hundert Euro jährlich.“

Feierabend. Das Mädchen hat einige Zeit vor der Schule gewartet, und sie wartet weiter geduldig, bis Eike Rode ihr Fahrrad aufgeschlossen hat. Dann drückt sie ihr eine rosa Blume in die Hand. Eike Rode freut sich sehr und bedankt sich. „Die Kinder vertrauen ihrer *school nurse*“, sagt Pflegeforscher Kocks. „Sie hilft schnell und ist gerade in der Grundschule auch mal für einige Minuten Elternersatz. Weil Kinder sie so wahrnehmen, könnten Schulpflegekräfte vielleicht auch Werbeträger für den Pflegeberuf sein – kein schlechtes Ziel angesichts der Probleme in Deutschland, Pflegekräfte zu finden.“

Für den Abschlussbericht zum Flensburger Modellprojekt wurden Schülerinnen und Schüler in Ramsharde gefragt: „Kennst du Frau Rode?“ Von 102 Schülern kannten sie: 102.

Sie ist die Kümmerin.

# Gesundheit bekommt man nicht im Handel, sondern durch den Lebenswandel.

*Sebastian Kneipp*



## Auf einen Blick

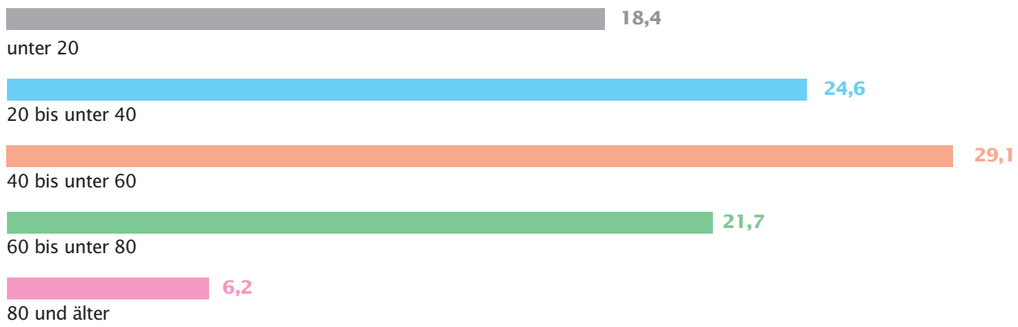
Gesundheitszustand der Bevölkerung

| | |
|---|---|
| Durchschnittliches Alter der Gestorbenen in Deutschland, 1980, in Lebensjahren | 71,8 |
| Durchschnittliches Alter der Gestorbenen in Deutschland, 2017, in Lebensjahren | 78,8 |
| Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Bevölkerung in Europa, 2010–2015, in Prozent | 0,10 |
| Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Bevölkerung in Afrika, 2010–2015, in Prozent | 2,59 |
| Anteil der unter 15-Jährigen in Deutschland, 2040, in Prozent | 13,1 |
| Anteil der unter 15-Jährigen in Europa, 2040, in Prozent | 14,5 |
| Anteil der unter 15-Jährigen in Afrika, 2040, in Prozent | 34,7 |
| Zahl der Kinder pro Frau in der Elfenbeinküste, 2017 | 4,8 |
| Zahl der Kinder pro Frau in Deutschland, 2017 | 1,6 |
| Zahl der Kinder pro Frau in Südkorea, 2017 | 1,1 |
| Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren oder älter, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut wahrnehmen, Deutschland 2008, in Prozent | 36,5 |
| Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren oder älter, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut wahrnehmen, Deutschland 2017, in Prozent | 41,8 |
| Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, Deutschland, 2011 | 1 758 321 |
| Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, Deutschland, 2017 | 2 594 862 |
| Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung in Bayern, 2017, in Prozent | 3,1 |
| Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung in Thüringen, 2017, in Prozent | 5,4 |
| Anteil der Personen, die angeben, regelmäßig Blut zu spenden, in Saudi-Arabien, 2018, in Prozent | 58 |
| Anteil der Personen, die angeben, regelmäßig Blut zu spenden, in Deutschland, 2018, in Prozent | 17 |
| Anteil der Personen, die angeben, regelmäßig Blut zu spenden, in Japan, 2018, in Prozent | 11 |
| Anteil der Personen in Deutschland, die angeben, sich gesund zu ernähren, 2018, in Prozent | 52 |
| Anteil der Personen in Deutschland, die angeben, sich ausreichend zu bewegen, 2018, in Prozent | 54 |
| Anteil erwachsener Personen in Deutschland, die adipös sind, 2017, in Prozent | 16,3 |
| Anteil erwachsener Personen in Deutschland, die übergewichtig sind, 2017, in Prozent | 52,7 |

*Quellen: Statistisches Bundesamt, DESA – Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, The World Bank Group, Ipsos MORI*

## Wir Deutschen – nach Altersgruppen

Bevölkerung nach Altersgruppen; Deutschland; 2017; in Prozent




*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Wir Deutschen – nach Alter und Gesundheit

Bevölkerung nach Altersklasse und Gesundheitszustand; Deutschland; 2017; in Prozent

| Altersgruppe | gesund | krank oder unfallverletzt |
|---|---|---|
| **alle Altersgruppen** | **84,7** | **15,3** |
| unter 5 Jahre | 86,5 | 13,5 |
| 5 bis unter 10 Jahre | 90,8 | 9,2 |
| 10 bis unter 15 Jahre | 91,9 | 8,1 |
| 15 bis unter 20 Jahre | 91,4 | 8,6 |
| 20 bis unter 25 Jahre | 88,8 | 11,2 |
| 25 bis unter 30 Jahre | 86,9 | 13,1 |
| 30 bis unter 35 Jahre | 86,4 | 13,6 |
| 35 bis unter 40 Jahre | 86,4 | 13,6 |
| 40 bis unter 45 Jahre | 86,3 | 13,7 |
| 45 bis unter 50 Jahre | 86,2 | 13,8 |
| 50 bis unter 55 Jahre | 84,4 | 15,6 |
| 55 bis unter 60 Jahre | 82,7 | 17,3 |
| 60 bis unter 65 Jahre | 82,1 | 17,9 |
| 65 bis unter 70 Jahre | 84,0 | 16,0 |
| 70 bis unter 75 Jahre | 80,9 | 19,1 |
| 75 Jahre und älter | 74,5 | 25,5 |

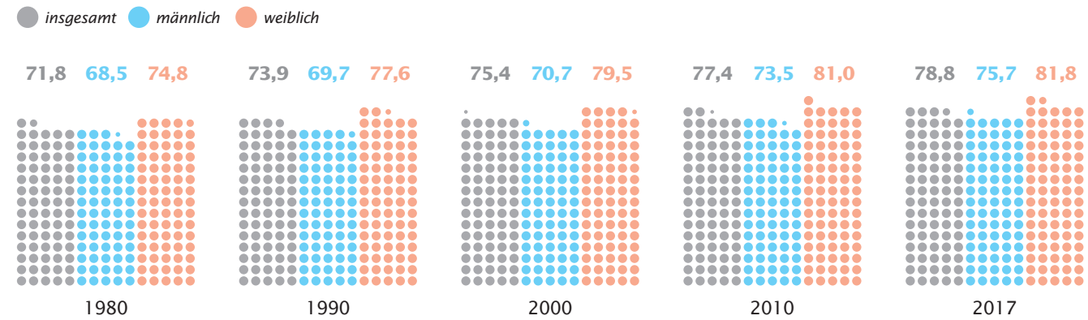
*Die Werte beziehen sich auf die Bevölkerung mit Angaben über die Gesundheit. Abweichungen in den Summen entstehen durch Runden der Zahlen.*
*Quelle: Statistisches Bundesamt*





## Wir leben länger

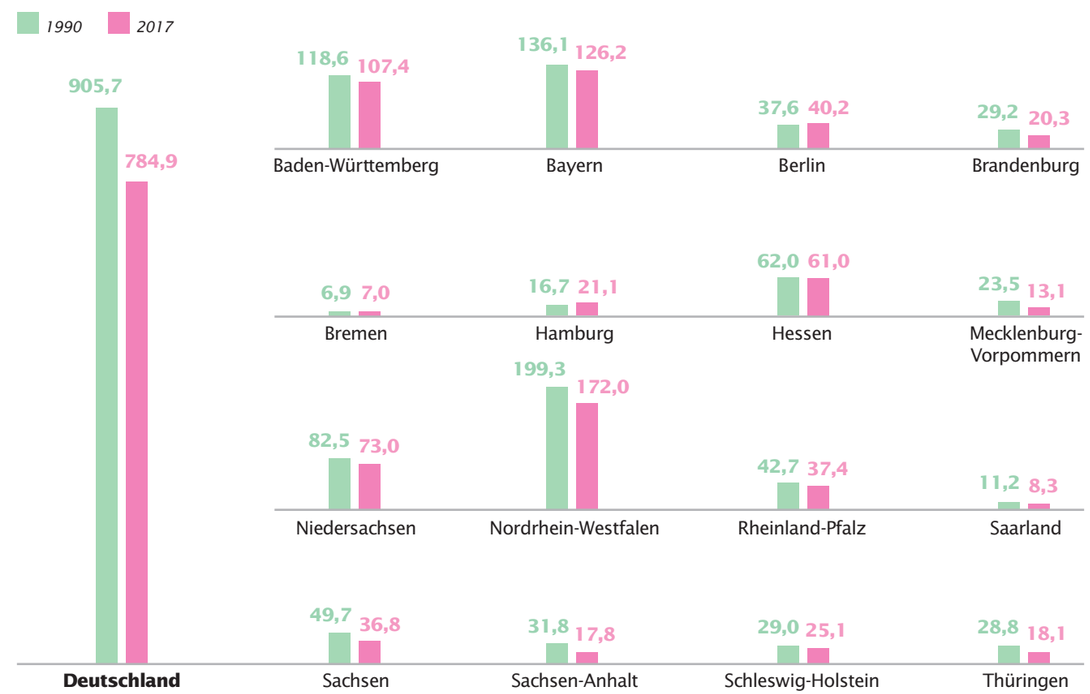
Durchschnittliches Alter der Gestorbenen in Deutschland; in Lebensjahren




*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Wir werden weniger

Zahl der Lebendgeburten pro Jahr in Deutschland; pro Tausend Einwohner




*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Die Weltbevölkerung wächst

Weltbevölkerung; in Tausend

| Region | 1950 | 2019 | Veränderung 1950–2019 in Prozent |
|---|---|---|---|
| **weltweit** | 2 536 431 | 7 713 468 | 204,1 |
| **Afrika** | 227 794 | 1 308 064 | 474,2 |
| Ägypten | 20 452 | 100 388 | 390,8 |
| Äthiopien | 18 128 | 112 079 | 518,3 |
| Elfenbeinküste | 2 630 | 25 717 | 877,8 |
| Kenia | 6 077 | 52 574 | 765,1 |
| Mauritius | 493 | 1 270 | 157,6 |
| Südafrika | 15 533 | 66 630 | 329,0 |
| **Asien** | 1 404 909 | 4 601 371 | 227,5 |
| Afghanistan | 7 752 | 38 042 | 390,7 |
| China | 554 419 | 1 433 784 | 158,6 |
| Indien | 376 325 | 1 366 418 | 263,1 |
| Israel | 1 258 | 8 519 | 577,2 |
| Japan | 82 802 | 126 860 | 53,2 |
| Kasachstan | 6 703 | 18 551 | 176,8 |
| Palästina | 932 | 4 981 | 434,4 |
| Südkorea | 19 211 | 51 225 | 166,6 |
| Thailand | 20 710 | 69 626 | 236,2 |
| Türkei | 21 408 | 83 430 | 289,7 |
| **Europa** | 549 329 | 747 183 | 36,0 |
| Deutschland | 69 966 | 83 517 | 19,4 |
| Finnland | 4 008 | 5 532 | 38,0 |
| Frankreich | 41 834 | 65 130 | 55,7 |
| Griechenland | 7 669 | 10 473 | 36,6 |
| Italien | 46 599 | 60 550 | 29,9 |
| Litauen | 2 567 | 2 760 | 7,5 |
| Luxemburg | 296 | 616 | 108,1 |
| Portugal | 8 417 | 10 226 | 21,5 |
| Russland | 102 799 | 145 872 | 41,9 |
| Ungarn | 9 338 | 9 685 | 3,7 |
| Vereinigtes Königreich | 50 616 | 67 530 | 33,4 |
| **Lateinamerika und die Karibik** | 168 821 | 648 121 | 283,9 |
| Argentinien | 17 038 | 44 781 | 162,8 |
| Brasilien | 53 975 | 211 050 | 291,0 |
| Costa Rica | 946 | 5 048 | 433,6 |
| Jamaika | 1 403 | 2 948 | 110,1 |
| Kuba | 5 920 | 11 333 | 91,4 |
| Mexiko | 27 945 | 127 576 | 356,5 |
| Puerto Rico | 2 218 | 2 933 | 32,2 |
| **Nordamerika** | 172 603 | 366 601 | 112,4 |
| Kanada | 13 733 | 37 411 | 172,4 |
| Vereinigte Staaten | 158 804 | 329 065 | 107,2 |
| **Ozeanien** | 12 976 | 42 128 | 224,7 |
| Australien | 8 177 | 25 203 | 208,2 |

*Quelle: DESA – Department of Economic and Social Affairs of the United Nations*

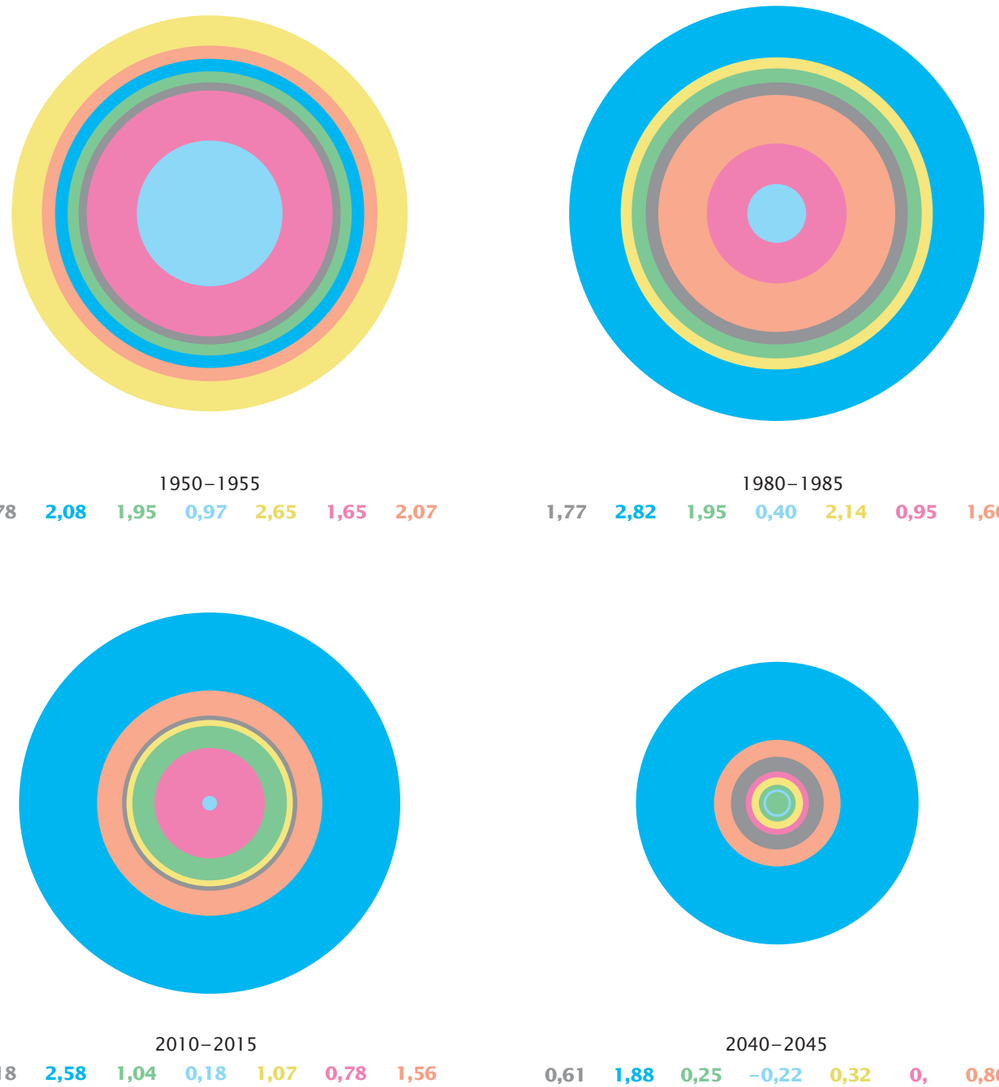




## Das kontinentale Wachstum verschiebt sich

Durchschnittliche jährliche Wachstumsraten der Bevölkerung nach Kontinent; in Prozent

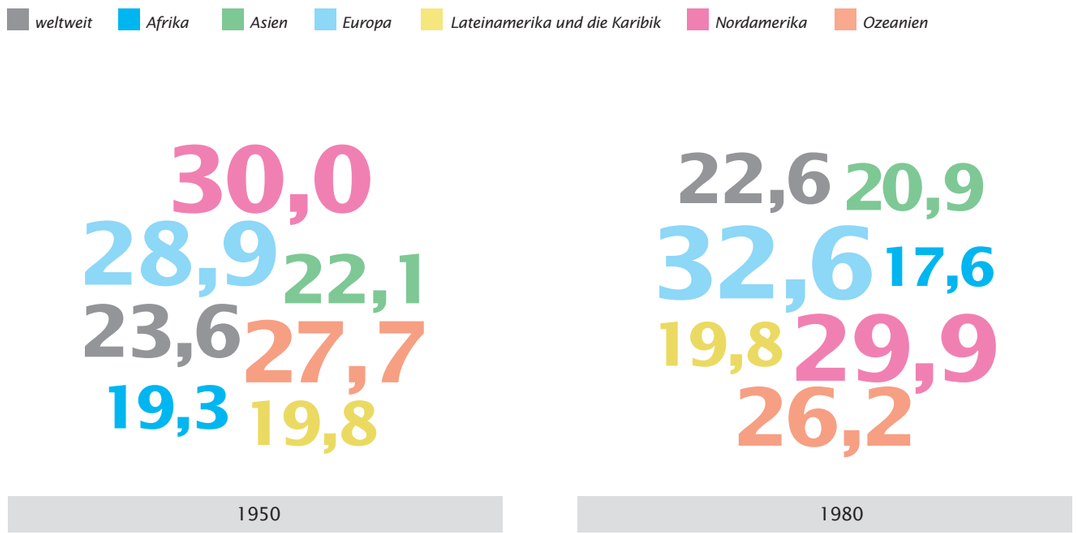
*weltweit* *Afrika* *Asien* *Europa* *Lateinamerika und die Karibik* *Nordamerika* *Ozeanien*




*Quelle: DESA – Department of Economic and Social Affairs of the United Nations*

## Die Mittelalten

Mittleres Alter (Median) nach Kontinent; in Jahren



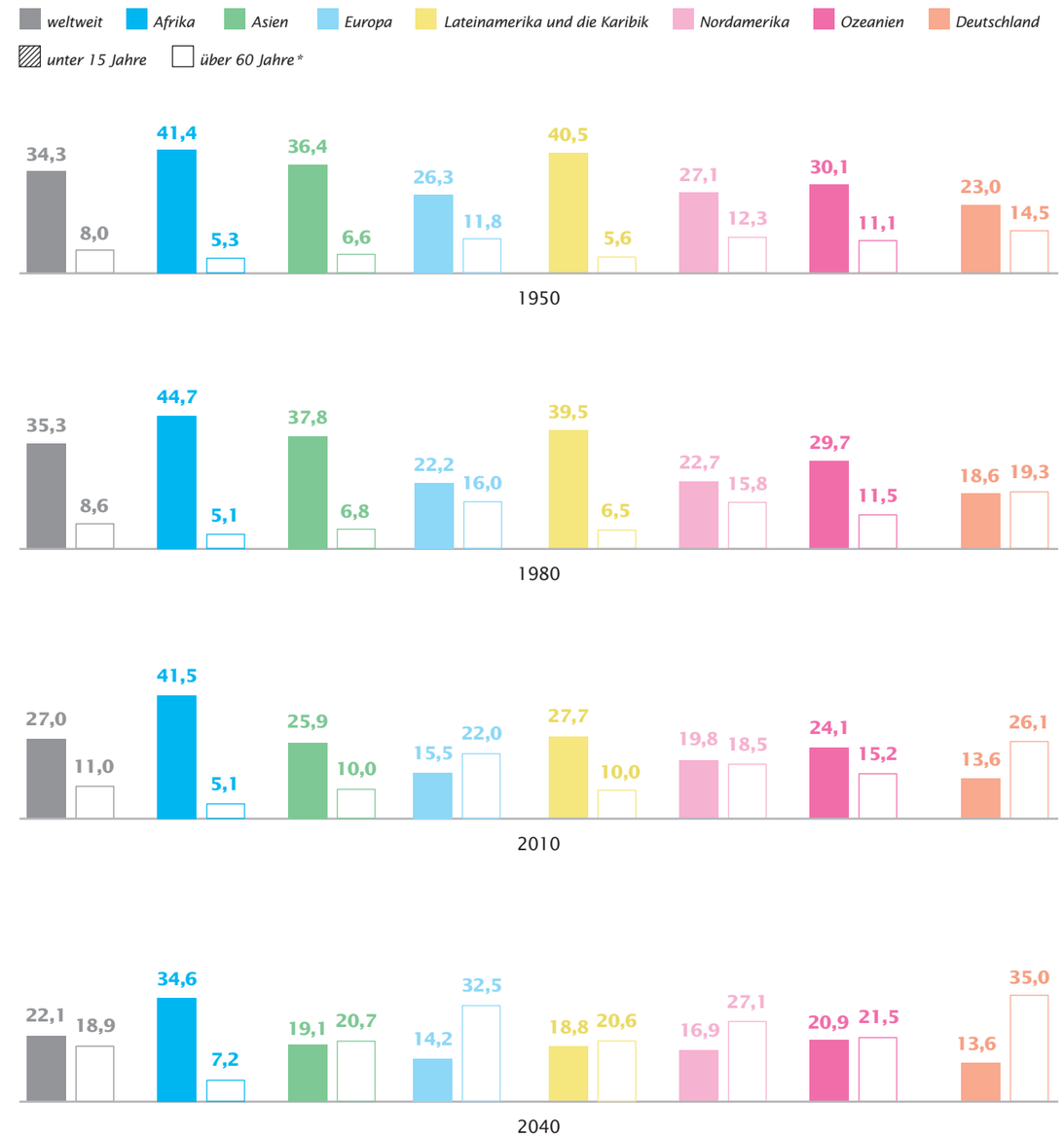

*Quelle: DESA – Department of Economic and Social Affairs of the United Nations*





## Die Jungen und die Alten

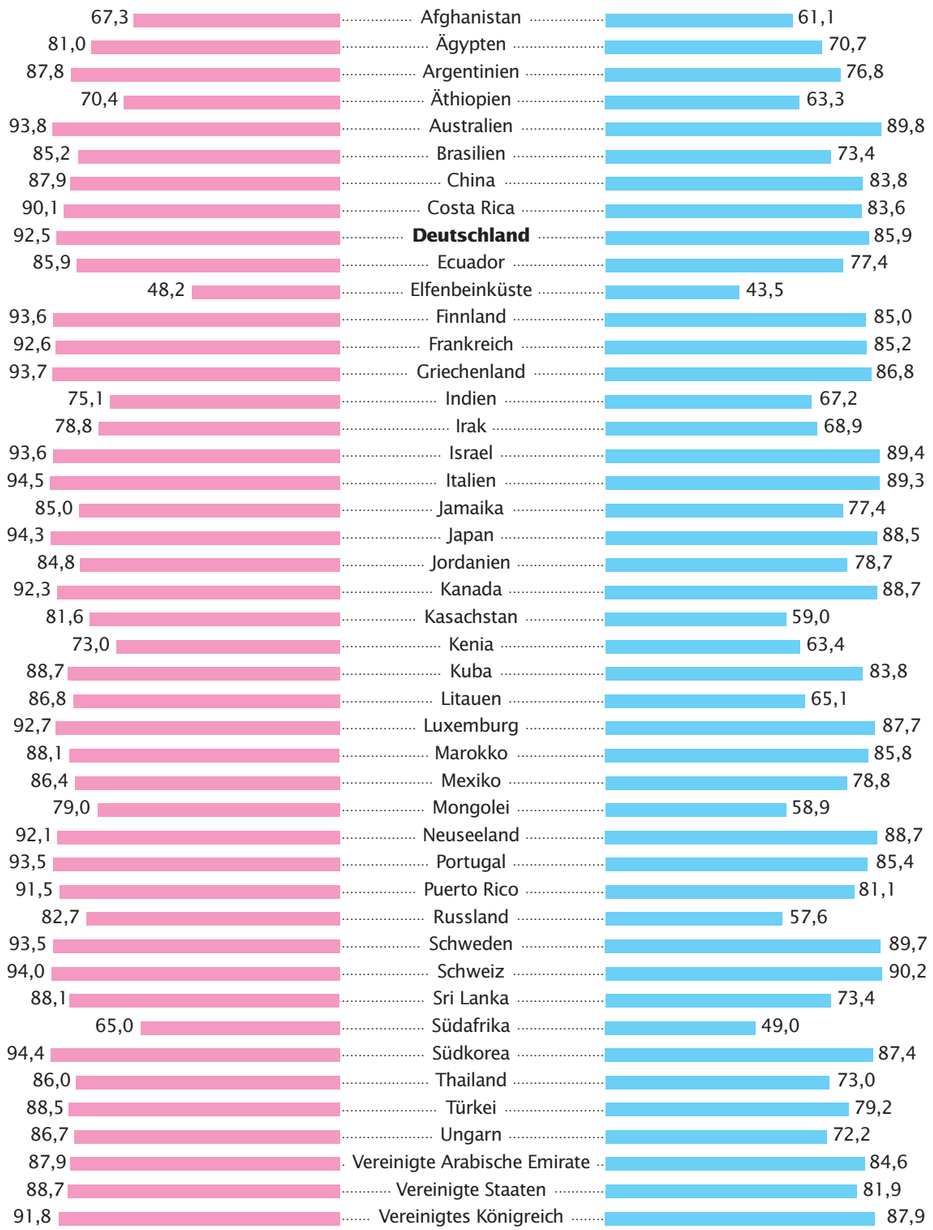
Anteil der unter 15-Jährigen und über 60-Jährigen* im internationalen Vergleich; in Prozent




**inkl. 60-Jähriger. Quelle: DESA – Department of Economic and Social Affairs of the United Nations*

## Die 66 Jahre alten Menschen weltweit

Anteil der Frauen und Männer, die das 66. Lebensjahr erreichen; 2017; in Prozent




*Quelle: The World Bank Group*





# Was unserem Gesundheitssystem fehlt? Mehr Empathie und Zeit für Gespräche.

*Protokoll: Søren Harms*

## Hildegard Jaeger, 79

*Rentnerin und Patientin in Göttingen*

Mein Mann Wulf und ich versuchen, jeden Tag spazieren zu gehen. Die tägliche Bewegung, wenig Alkohol, kein Nikotin und regelmäßig Vorsorge- und Impftermine – dafür fühle ich mich verantwortlich. Dazu eine halbwegs gesunde Ernährung – Fastfood gibt es bei uns nicht. Mit dem Rauchen habe ich 1977 aufgehört: Meine Tochter kam damals aus dem Sachkundeunterricht nach Hause und hat mir einen Vortrag darüber gehalten, wie schädlich Passivrauchen sei. Ich wollte mir von ihr nichts erzählen lassen, aber sie hatte leider recht.

Meine Krankengeschichte ist Gott sei Dank nicht so lang, erst jetzt im Alter habe ich mehr Kontakt zu Ärzten. Das Schlimmste passierte 2006, da haben sie ein Mammakarzinom in meiner linken Brust diagnostiziert. Ich war 66 damals. Brust amputiert, Chemotherapie, Bestrahlung. Die fünf Jahre danach habe ich ein Antikrebsmittel genommen und gedacht: Wenn der Krebs zurückkehrt, möchte ich das nicht noch mal durchmachen, sondern mein Leben zu Ende leben – mit Sterbebegleitung und einer guten Palliativmedizin. Das wäre auch mein Wunsch an unser Gesundheitssystem: dass Ärzte sich trauen zuzugeben, dass eine Krankheit zu weit fortgeschritten ist, statt weiter irgendwas zu versuchen. Wir brauchen keinen Aktionismus, sondern gut ausgebaute Palliativstationen und Hospize. Wir sollten uns überhaupt mehr bewusst sein, dass der Tod Teil unseres Lebens ist. Wulf und ich haben uns jetzt angemeldet für einen „Kurs zur letzten Hilfe“ hier im Hospiz bei uns in der Nähe.

Vor fünf Jahren habe ich eine künstliche Hüfte bekommen, Wulf ebenfalls. Vorher hatten wir heftige Schmerzen. Danach haben wir ein Jahr gebraucht, bis es wieder gut lief, aber dem verdanken wir eine enorm gestiegene Lebensqualität. Das war eine tolle Erfahrung. Was mich allerdings stört, ist die Klassenmedizin. Wir waren immer Kassenpatienten, ich war auch mal im Sieben-Bett-Zimmer – das war nicht so prall, aber erträglich. Trotzdem ist die Einteilung nach Portemonnaie einfach unfair. Und wenn du als Privatpatient noch diese oder jene Diagnose oder Behandlung zusätzlich bekommst, nur weil das gut abzurechnen ist, kann sie sogar schädlich sein – für den Einzelnen wie für das Gesundheitssystem.

Doppelte Untersuchungen sollten immer vermieden werden, finde ich. Da gibt es zu wenige Absprachen unter den Ärzten oder vielleicht auch zu wenig Vertrauen. Eher kommst du noch mal in einen ähnlichen Apparat, ohne dass dir erklärt wird, warum das sein muss oder sinnvoll ist. Überhaupt will ich von einem Arzt wahrgenommen werden. Es gibt immer noch Ärzte, die am Krankenbett über den Kopf des Patienten hinweg miteinander sprechen.

Einmal wollte ich sogar eine Bestrahlung abbrechen, weil ich mich nur als Nummer gefühlt habe. Der Radiologe hat patzig reagiert. Da habe ich gedacht: „Ist ja auch kein Wunder, wo der hier im Souterrain den ganzen Tag bei Kunstlicht arbeiten muss und am laufenden Meter Elendsgestalten wie mich sieht.“ Und habe dann die Behandlung doch fortgesetzt.

Aber ohne Mitgefühl wird man nun mal viel schlechter gesund! Ärzte und Pflegepersonal sollten deshalb mehr Zeit für Gespräche bekommen und dafür auch besser ausgebildet werden. Hier in Göttingen gibt es dafür STÄPS – das Studentische Trainingszentrum Ärztlicher Praxis und Simulation: Simulanten spielen dort Kranke, die sich nicht gut ausdrücken und antworten, was Patienten eben so antworten. Und Medizin-Studierende müssen herausfinden, was sie haben.

Ich würde mir wünschen, dass die Kassen gesundheitsbewusstes Verhalten noch stärker unterstützen. Nach meiner Krebs-Erkrankungen hat die Kasse für die Reha bezahlt, inzwischen bezahle ich den Sportkurs selber, aber das kann sich ja nicht jeder leisten.

## Die Mortalitätsrate sinkt – fast überall

Sterblichkeitsrate im internationalen Vergleich; pro Tausend Einwohner

| Land | 1960 | 2017 | Veränderung 1960–2017 |
|---|---|---|---|
| Litauen | 7,8 | 14,2 | 82,1 % |
| Ungarn | 10,2 | 13,5 | 32,4 % |
| Russland | 8,3 | 12,9 | 55,3 % |
| Elfenbeinküste | 28,1 | 11,9 | –57,6 % |
| Griechenland | 7,3 | 11,6 | 58,9 % |
| **Deutschland** | 12,0 | 11,3 | –5,8 % |
| Japan | 7,6 | 10,8 | 42,1 % |
| Italien | 9,6 | 10,7 | 11,5 % |
| Portugal | 10,7 | 10,6 | –0,9 % |
| Finnland | 9,0 | 9,8 | 8,9 % |
| Südafrika | 14,8 | 9,6 | –35,3 % |
| Vereinigtes Königreich | 11,5 | 9,2 | –20,0 % |
| Schweden | 10,0 | 9,1 | –9,0 % |
| Frankreich | 11,4 | 9,0 | –21,1 % |
| Puerto Rico | 6,7 | 8,9 | 32,8 % |
| Vereinigte Staaten | 9,5 | 8,5 | –10,5 % |
| Kuba | 8,8 | 8,1 | –8,2 % |
| Mauritius | 9,8 | 8,0 | –18,5 % |
| Thailand | 13,2 | 8,0 | –39,3 % |
| Schweiz | 9,8 | 7,9 | –19,4 % |
| Argentinien | 8,6 | 7,6 | –12,5 % |
| Kanada | 7,8 | 7,5 | –3,8 % |
| Indien | 22,4 | 7,3 | –67,3 % |
| Fiji | 11,5 | 7,2 | –37,7 % |
| Kasachstan | 12,3 | 7,2 | –41,9 % |
| China | 25,4 | 7,1 | –72,0 % |



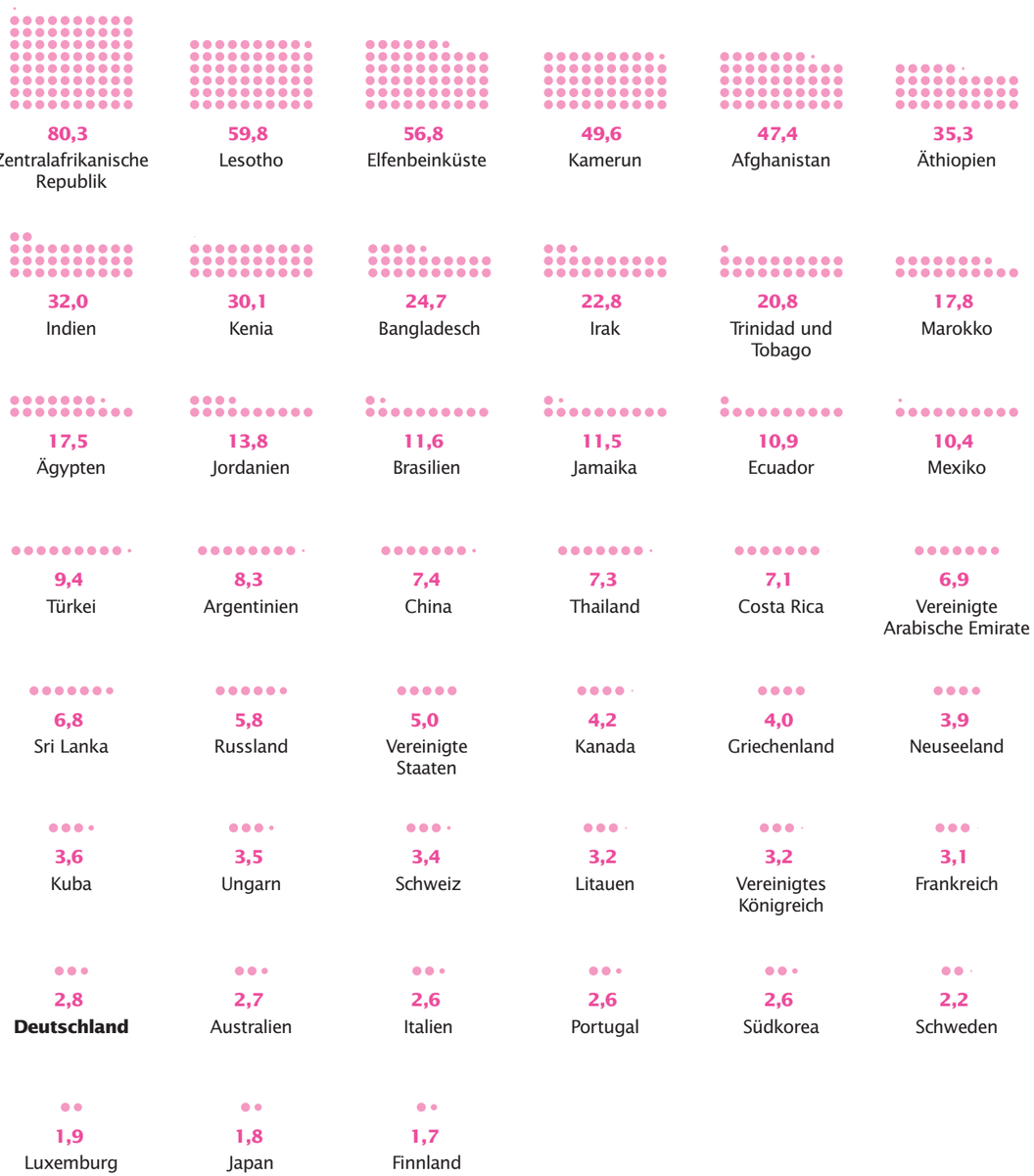


| Land | 1960 | 2017 | Veränderung 1960–2017 |
|---|---|---|---|
| Luxemburg | 11,8 | 7,1 | –39,8 % |
| Jamaika | 9,0 | 7,0 | –22,1 % |
| Sri Lanka | 11,8 | 7,0 | –40,9 % |
| Neuseeland | 8,8 | 7,0 | –21,0 % |
| Äthiopien | 25,0 | 6,7 | –73,3 % |
| Afghanistan | 32,4 | 6,6 | –79,7 % |
| Australien | 8,6 | 6,5 | –24,4 % |
| Mongolei | 19,9 | 6,3 | –68,1 % |
| Brasilien | 13,3 | 6,2 | –53,1 % |
| Ägypten | 19,5 | 5,9 | –69,9 % |
| Türkei | 20,3 | 5,8 | –71,3 % |
| Aserbaidschan | 12,8 | 5,8 | –54,8 % |
| Kenia | 20,2 | 5,7 | –72,0 % |
| Südkorea | 14,0 | 5,6 | –60,0 % |
| Ecuador | 15,6 | 5,1 | –67,1 % |
| Marokko | 18,5 | 5,1 | –72,3 % |
| Israel | 5,7 | 5,1 | –10,5 % |
| Costa Rica | 10,0 | 5,0 | –50,2 % |
| Samoa | 14,6 | 5,0 | –65,9 % |
| Irak | 17,5 | 5,0 | –71,8 % |
| Mexiko | 12,3 | 4,9 | –60,3 % |
| Jordanien | 15,8 | 3,8 | –75,8 % |
| Vereinigte Arabische Emirate | 15,2 | 1,6 | –89,2 % |

*Quelle: The World Bank Group*

## Noch vor dem ersten Geburtstag gestorbene Mädchen

Säuglingssterblichkeitsrate von Mädchen im internationalen Vergleich; 2017; pro Tausend Lebendgeburten



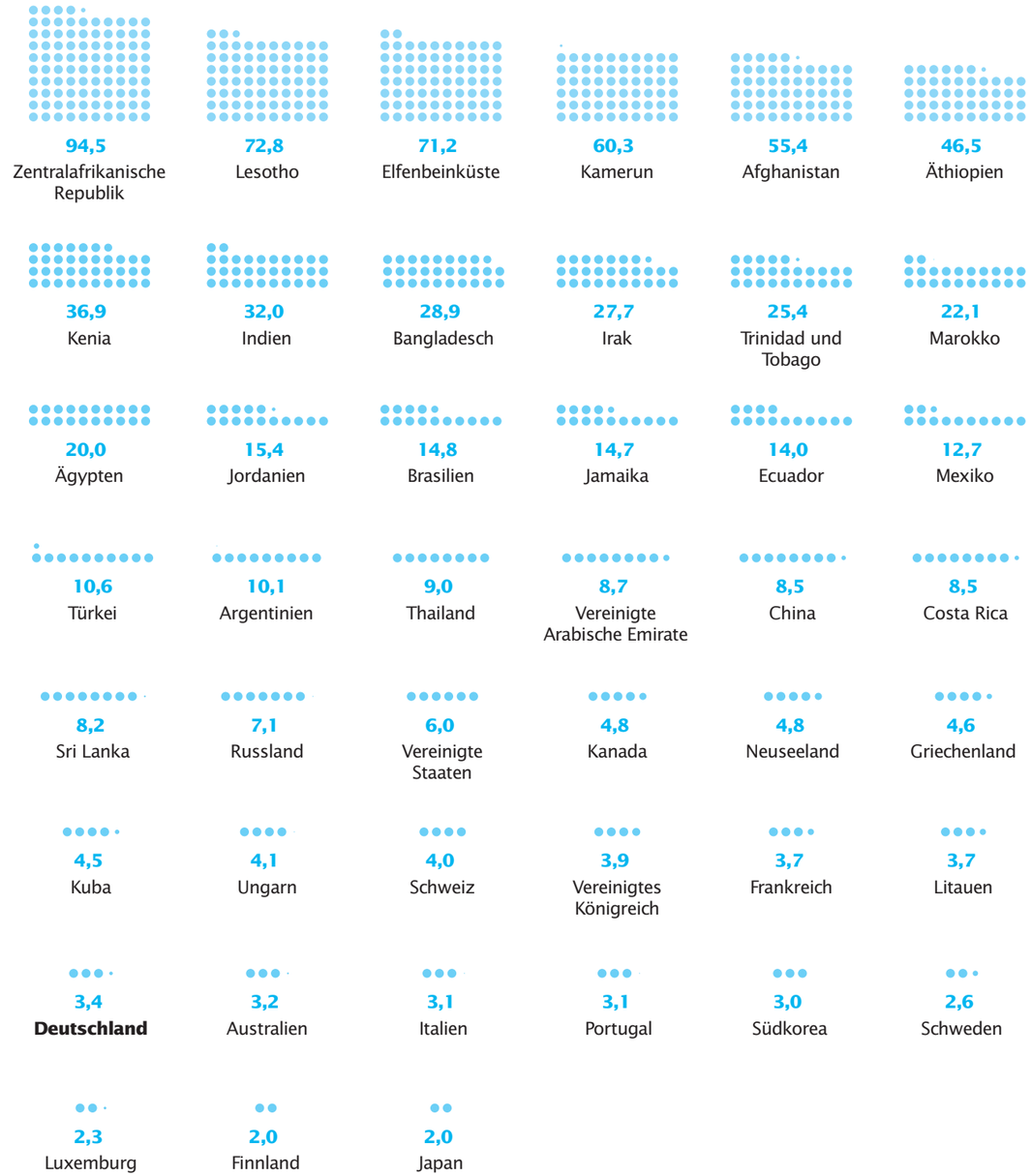

*Quelle: The World Bank Group*





## Noch vor dem ersten Geburtstag gestorbene Jungen

Säuglingssterblichkeitsrate von Jungen im internationalen Vergleich; 2017; pro Tausend Lebendgeburten




*Quelle: The World Bank Group*

## Deutlich geschrumpft

Fertilitätsrate im internationalen Vergleich; Zahl der Kinder pro Frau

| | 1960 | 2017 |
|---|---|---|
| Elfenbeinküste | 7,7 | 4,8 |
| Afghanistan | 7,5 | 4,5 |
| Irak | 6,3 | 4,3 |
| Äthiopien | 6,9 | 4,1 |
| Kenia | 7,9 | 3,8 |
| Jordanien | 7,7 | 3,3 |
| Ägypten | 6,7 | 3,2 |
| Israel | 3,9 | 3,1 |
| Mongolei | 7,0 | 2,7 |
| Ecuador | 6,7 | 2,5 |
| Marokko | 7,0 | 2,5 |
| Südafrika | 6,0 | 2,4 |
| Indien | 5,9 | 2,3 |
| Argentinien | 3,1 | 2,3 |
| Mexiko | 6,8 | 2,2 |
| Türkei | 6,4 | 2,0 |
| Sri Lanka | 5,5 | 2,0 |
| Jamaika | 5,4 | 2,0 |
| Frankreich | 2,9 | 1,9 |
| Schweden | 2,2 | 1,9 |
| Neuseeland | 4,0 | 1,8 |
| Vereinigtes Königreich | 2,7 | 1,8 |
| Costa Rica | 6,5 | 1,8 |
| Vereinigte Staaten | 3,7 | 1,8 |
| Australien | 3,5 | 1,8 |
| Russland | 2,5 | 1,8 |
| Vereinigte Arabische Emirate | 6,9 | 1,7 |
| Kuba | 4,2 | 1,7 |
| Brasilien | 6,1 | 1,7 |
| Litauen | 2,6 | 1,7 |
| China | 5,7 | 1,6 |
| **Deutschland** | **2,4** | **1,6** |
| Finnland | 2,7 | 1,6 |
| Schweiz | 2,4 | 1,5 |
| Ungarn | 2,0 | 1,5 |
| Kanada | 3,8 | 1,5 |
| Thailand | 6,1 | 1,5 |
| Japan | 2,0 | 1,4 |
| Luxemburg | 2,3 | 1,4 |
| Griechenland | 2,2 | 1,4 |
| Portugal | 3,2 | 1,4 |
| Italien | 2,4 | 1,3 |
| Puerto Rico | 4,7 | 1,1 |
| Südkorea | 6,1 | 1,1 |

*Quelle: The World Bank Group*





## Deutlich gestiegen

Lebenserwartung im internationalen Vergleich; OECD-Mitgliedsstaaten; in Jahren

*Quelle: OECD*

## Woran wir leiden

Häufigste Diagnosen in Krankenhäusern; Deutschland; 2017; in Prozent

| | Rang | Anteil der Diagnosen |
|---|---|---|
| Herzinsuffizienz | 1 | 9,9 |
| psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | 2 | 6,7 |
| Vorhofflattern und Vorhofflimmern | 3 | 6,7 |
| intrakranielle Verletzung | 4 | 6,0 |
| Hirninfarkt | 5 | 5,5 |
| sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit | 6 | 5,4 |
| Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 7 | 5,0 |
| Angina pectoris | 8 | 5,0 |
| Cholelithiasis | 9 | 4,9 |
| akuter Myokardinfarkt | 10 | 4,6 |
| essentielle (primäre) Hypertonie | 11 | 4,6 |
| Rückenschmerzen | 12 | 4,5 |
| Atherosklerose | 13 | 4,2 |
| bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge | 14 | 4,1 |
| chronische ischämische Herzkrankheit | 15 | 4,1 |
| Fraktur des Femurs | 16 | 4,0 |
| Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes) | 17 | 4,0 |
| Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes) | 18 | 3,8 |
| Hernia inguinalis | 19 | 3,6 |
| nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) | 20 | 3,4 |

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Woran wir sterben

Die zehn häufigsten Todesursachen nach Geschlecht; Deutschland; 2017

| | ingesamt | Männer | Frauen |
|---|---|---|---|
| chronische ischämische Herzkrankheit | 76 929 | 40 804 | 36 125 |
| akuter Myokardinfarkt | 46 966 | 27 130 | 19 836 |
| bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge | 45 033 | 28 664 | 16 369 |
| nicht näher bezeichnete Demenz | 39 459 | 12 600 | 26 859 |
| Herzinsuffizienz | 38 187 | 14 069 | 24 118 |
| sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit | 32 104 | 17 407 | 14 697 |
| hypertensive Herzkrankheit | 24 553 | 7 125 | 17 428 |
| Vorhofflattern und Vorhofflimmern | 20 982 | 7 349 | 13 633 |
| Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 19 113 | 9 438 | 9 675 |
| bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] | 18 593 | 192 | 18 401 |

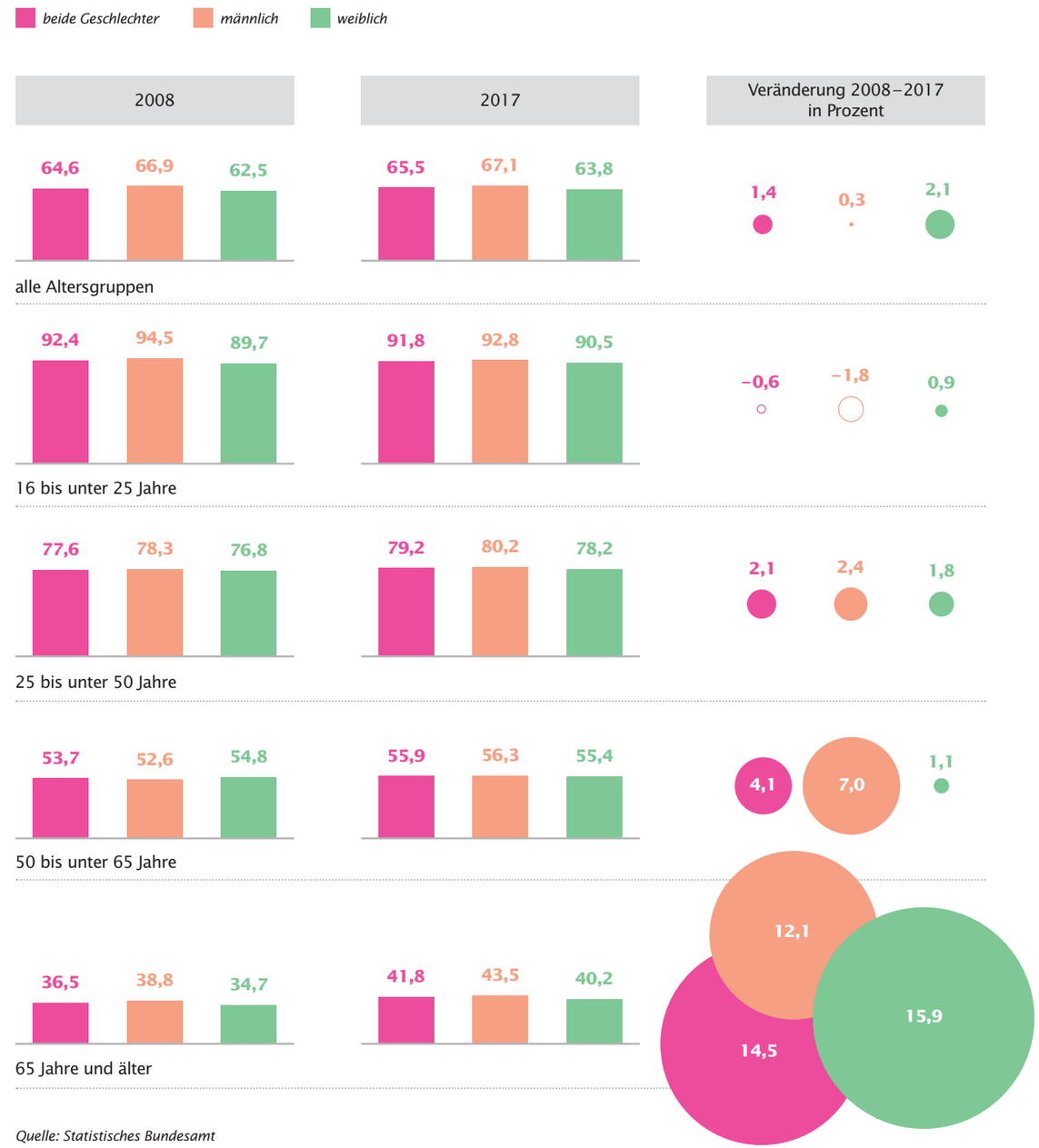
*Quelle: Statistisches Bundesamt*





## Wie wir uns fühlen

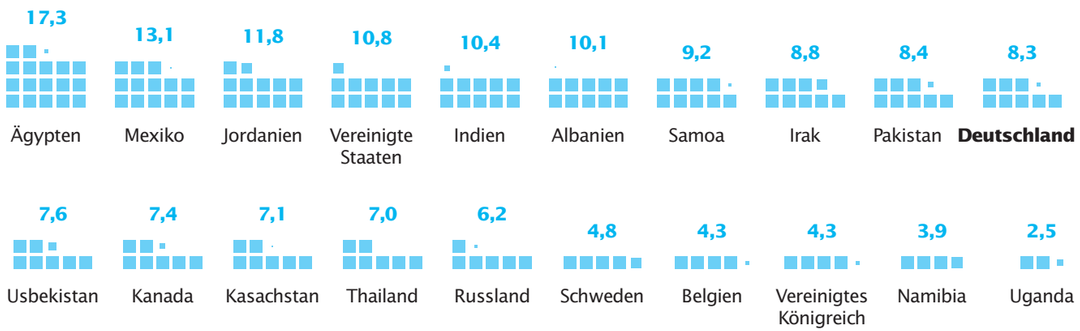
Gesundheitliche Selbstwahrnehmung nach Alter und Geschlecht: „Der Gesundheitszustand ist sehr gut/gut"; Deutschland; in Prozent




*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Chronisch

Anteil der Personen zwischen 20 und 79 Jahren, die an Typ-1- oder Typ-2-Diabetes erkrankt sind; weltweit; 2017; in Prozent




*Quelle: The World Bank Group*

## Meldepflichtig

Zahl der übermittelten Fälle meldepflichtiger Infektionskrankheiten; Deutschland; 2018

| | |
|---|---|
| Influenza | 273 565 |
| Hepatitis E | 3 386 |
| Clostridium-difficile-Erkrankung, schwere Verlaufsform | 2 788 |
| Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA), invasive Infektion | 2 344 |
| Legionellose | 1 436 |
| Haemophilus influenzae, invasive Infektion | 843 |
| Listeriose | 698 |
| Adenovirus-Konjunktivitis | 667 |
| Denguefieber | 598 |
| FSME | 584 |
| Hantavirus-Erkrankung | 203 |
| Leptospirose | 114 |
| Q-Fieber | 91 |
| Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) | 67 |
| Typhus abdominalis | 57 |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit* | 52 |
| Hepatitis D | 46 |
| Tularämie | 40 |
| Brucellose | 34 |
| Paratyphus | 28 |
| Chikungunyavirus-Erkrankung | 24 |
| Ornithose | 9 |

**Übermittelte Fälle insgesamt, bisher kein Fall einer Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK). Quelle: Robert Koch-Institut*





## Verortbar

Zahl diagnostizierter Diabetes-Fälle nach Typ und Wohnsitz; 2017

| | insgesamt | Typ-1-Diabetes | Typ-2-Diabetes | sonstiger Diabetes |
|---|---|---|---|---|
| **Deutschland** | **204 656** | **41 037** | **158 121** | **5 498** |
| Baden-Württemberg | 22 485 | 4 943 | 16 882 | 660 |
| Bayern | 29 455 | 5 495 | 23 254 | 706 |
| Berlin | 8 100 | 1 501 | 6 315 | 284 |
| Brandenburg | 8 303 | 1 302 | 6 776 | 225 |
| Bremen | 1 334 | 343 | 951 | 40 |
| Hamburg | 3 472 | 899 | 2 389 | 184 |
| Hessen | 16 108 | 3 399 | 12 312 | 397 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 7 158 | 1 399 | 5 504 | 255 |
| Niedersachsen | 17 522 | 4 519 | 12 538 | 465 |
| Nordrhein-Westfalen | 44 859 | 9 754 | 34 065 | 1 040 |
| Rheinland-Pfalz | 8 614 | 1 611 | 6 848 | 155 |
| Saarland | 2 581 | 371 | 2 172 | 38 |
| Sachsen | 12 671 | 1 613 | 10 762 | 296 |
| Sachsen-Anhalt | 8 319 | 1 193 | 6 909 | 217 |
| Schleswig-Holstein | 6 264 | 1 706 | 4 246 | 312 |
| Thüringen | 7 411 | 989 | 6 198 | 224 |

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Vermeidbar

Zahl der übermittelten Fälle meldepflichtiger impfpräventabler Krankheiten nach Bundesland; 2018

| | Masern | Mumps | Röteln | Keuchhusten | Windpocken |
|---|---|---|---|---|---|
| **Deutschland** | **542** | **534** | **14** | **12 789** | **20 361** |
| Baden-Württemberg | 89 | 54 | 0 | 1 066 | 3 604 |
| Bayern | 108 | 139 | 2 | 2 726 | 4 448 |
| Berlin | 30 | 14 | 1 | 504 | 1 273 |
| Brandenburg | 12 | 5 | 0 | 580 | 360 |
| Bremen | 2 | 5 | 0 | 89 | 252 |
| Hamburg | 14 | 18 | 0 | 364 | 400 |
| Hessen | 25 | 45 | 0 | 750 | 1 028 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 1 | 6 | 0 | 259 | 156 |
| Niedersachsen | 18 | 54 | 0 | 683 | 1 311 |
| Nordrhein-Westfalen | 210 | 104 | 7 | 2 241 | 3 615 |
| Rheinland-Pfalz | 9 | 32 | 0 | 540 | 663 |
| Saarland | 0 | 7 | 0 | 116 | 100 |
| Sachsen | 8 | 7 | 2 | 869 | 1 763 |
| Sachsen-Anhalt | 10 | 7 | 0 | 820 | 300 |
| Schleswig-Holstein | 5 | 30 | 2 | 406 | 633 |
| Thüringen | 1 | 7 | 0 | 774 | 450 |

*Quelle: Robert Koch-Institut*

## Bedrückend

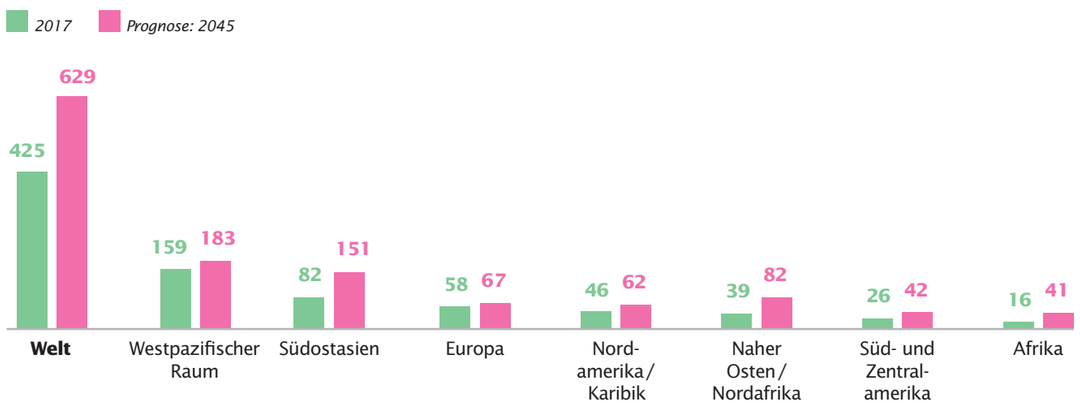
Zahl diagnostizierter Typ-2-Diabetes-Fälle nach Wohnsitz und nach Geschlecht

| | 2000 | 2017 | Veränderung 2000–2017 in Prozent |
|---|---|---|---|
| **Deutschland** | **102 072** | **158 121** | **54,9** |
| Baden-Württemberg | 10 094 | 16 882 | 67,2 |
| Bayern | 11 291 | 23 254 | 106,0 |
| Berlin | 2 638 | 6 315 | 139,4 |
| Brandenburg | 4 114 | 6 776 | 64,7 |
| Bremen | 747 | 951 | 27,3 |
| Hamburg | 1 443 | 2 389 | 65,6 |
| Hessen | 6 798 | 12 312 | 81,1 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 3 737 | 5 504 | 47,3 |
| Niedersachsen | 9 216 | 12 538 | 36,0 |
| Nordrhein-Westfalen | 25 401 | 34 065 | 34,1 |
| Rheinland-Pfalz | 3 846 | 6 848 | 78,1 |
| Saarland | 1 046 | 2 172 | 107,6 |
| Sachsen | 8 663 | 10 762 | 24,2 |
| Sachsen-Anhalt | 5 769 | 6 909 | 19,8 |
| Schleswig-Holstein | 3 062 | 4 246 | 38,7 |
| Thüringen | 4 206 | 6 198 | 47,4 |
| Männer | 44 205 | 94 278 | 113,3 |
| Frauen | 57 867 | 63 843 | 10,3 |

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Alarmierend

Zahl diabeteserkrankter Personen zwischen 20 und 79 Jahren; in Millionen




*Quelle: International Diabetes Federation*





## Helfend

Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden; Deutschland

| 2011 | 2013 | 2015 | 2017 |
|---|---|---|---|
| 1 758 321 | 1 861 775 | 2 076 877 | 2 594 862 |

**47,6**

Veränderung 2011–2017 in Prozent

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Einordnend

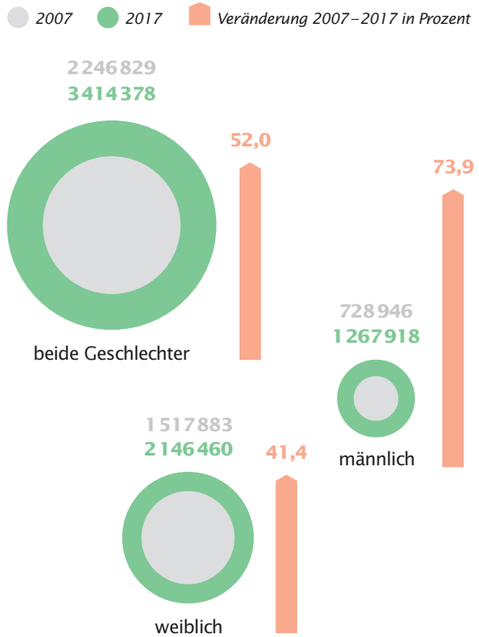
Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung; nach Bundesländern; 2017; in Prozent

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

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Steigend

Zahl der Pflegebedürftigen; nach Geschlecht; Deutschland




*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Koronare Herzkrankheit

Zahl der Todesfälle durch eine koronare Herzkrankheit; 2017; pro 100 000 Einwohner

| | |
|---|---|
| Ukraine | 692,8 |
| Litauen | 539,6 |
| Russland | 385,1 |
| Ungarn | 351,2 |
| Aserbaidschan | 266,7 |
| Griechenland | 247,3 |
| **Deutschland** | **231,5** |
| Finnland | 225,3 |
| Kasachstan | 215,3 |
| Kuba | 186,7 |
| Schweden | 182,3 |
| Ägypten | 164,6 |
| Vereinigte Staaten | 164,1 |
| Italien | 159,2 |
| Mauritius | 136,7 |
| Kanada | 134,5 |
| Vereinigtes Königreich | 130,6 |
| Portugal | 128,8 |
| China | 123,9 |
| Puerto Rico | 122,5 |
| Argentinien | 121,8 |
| Nordkorea | 118,5 |
| Japan | 117,7 |
| Australien | 115,7 |
| Indien | 111,6 |
| Sri Lanka | 108,4 |
| Türkei | 105,0 |
| Frankreich | 104,0 |
| Afghanistan | 102,5 |
| Seychellen | 92,3 |
| Costa Rica | 83,0 |
| Brasilien | 83,0 |
| Mexiko | 80,1 |
| Jamaika | 78,5 |
| Israel | 67,6 |
| Zentralafrikanische Republik | 67,1 |
| Thailand | 63,3 |
| Saudi-Arabien | 61,0 |
| Südafrika | 58,0 |
| Irak | 57,8 |
| Ecuador | 55,6 |

*Quelle: IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation (Global Burden of Disease)*

## Schlaganfall

Zahl der Todesfälle durch einen Schlaganfall; 2017; pro 100 000 Einwohner

| | |
|---|---|
| Russland | 217,2 |
| Ukraine | 195,6 |
| Nordkorea | 192,2 |
| Litauen | 172,9 |
| Griechenland | 162,1 |
| China | 149,4 |
| Portugal | 148,1 |
| Ungarn | 121,0 |
| Kasachstan | 109,4 |
| Japan | 109,1 |
| Jamaika | 99,7 |
| Italien | 97,9 |
| Aserbaidschan | 95,0 |
| Kuba | 86,8 |
| Finnland | 82,9 |
| Mauritius | 78,9 |
| **Deutschland** | **78,7** |
| Schweden | 75,9 |
| Vereinigtes Königreich | 70,6 |
| Thailand | 61,0 |
| Frankreich | 59,0 |
| Südkorea | 58,2 |
| Brasilien | 58,0 |
| Zentralafrikanische Republik | 56,2 |
| Seychellen | 54,5 |
| Sri Lanka | 54,2 |
| Argentinien | 53,7 |
| Vereinigte Staaten | 53,0 |
| Ägypten | 52,7 |
| Indien | 52,6 |
| Australien | 52,2 |
| Puerto Rico | 51,0 |
| Kanada | 50,2 |
| Afghanistan | 47,5 |
| Türkei | 47,2 |
| Südafrika | 45,6 |
| Elfenbeinküste | 36,2 |
| Israel | 34,0 |
| Ecuador | 33,7 |
| Costa Rica | 32,4 |
| Irak | 30,5 |

*Quelle: IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation (Global Burden of Disease)*





## Chronische Lungenerkrankung

Zahl der Todesfälle durch chronisch obstruktive Lungenerkrankungen; 2017; pro 100 000 Einwohner

| | |
|---|---|
| Nordkorea | 161,3 |
| Indien | 69,4 |
| China | 68,4 |
| Vereinigtes Königreich | 59,6 |
| Portugal | 54,4 |
| Griechenland | 54,2 |
| Ungarn | 52,4 |
| Vereinigte Staaten | 52,1 |
| **Deutschland** | **49,4** |
| Italien | 42,3 |
| Schweden | 38,3 |
| Kanada | 37,7 |
| Australien | 37,4 |
| Puerto Rico | 36,1 |
| Argentinien | 36,1 |
| Kuba | 34,8 |
| Türkei | 33,5 |
| Brasilien | 30,8 |
| Japan | 27,4 |
| Kasachstan | 26,6 |
| Frankreich | 25,5 |
| Finnland | 25,3 |
| Litauen | 25,1 |
| Costa Rica | 24,2 |
| Russland | 23,5 |
| Südafrika | 23,4 |
| Ukraine | 23,3 |
| Mexiko | 22,9 |
| Mauritius | 22,6 |
| Thailand | 22,5 |
| Sri Lanka | 22,1 |
| Seychellen | 20,6 |
| Jamaika | 20,0 |
| Aserbaidschan | 18,7 |
| Südkorea | 18,3 |
| Israel | 17,0 |
| Zentralafrikanische Republik | 15,4 |
| Ecuador | 15,2 |
| Ägypten | 12,9 |
| Kenia | 10,0 |
| Afghanistan | 9,7 |

*Quelle: IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation (Global Burden of Disease)*

## Tuberkulose

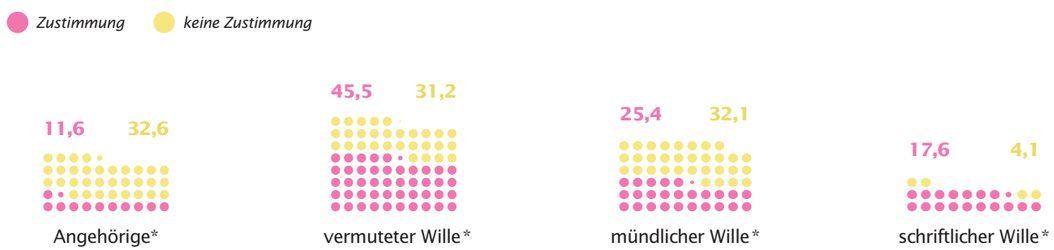
Zahl der Todesfälle durch Tuberkulose; 2017; pro 100 000 Einwohner

| | |
|---|---|
| Zentralafrikanische Republik | 145,6 |
| Südafrika | 35,7 |
| Äthiopien | 34,6 |
| Elfenbeinküste | 33,7 |
| Indien | 32,6 |
| Kenia | 30,8 |
| Afghanistan | 11,1 |
| Nordkorea | 10,6 |
| Thailand | 8,8 |
| Ukraine | 8,4 |
| Russland | 7,2 |
| Aserbaidschan | 6,8 |
| Litauen | 6,5 |
| Südkorea | 5,6 |
| Kasachstan | 4,9 |
| Ecuador | 4,0 |
| Sri Lanka | 3,6 |
| Japan | 3,0 |
| China | 2,8 |
| Brasilien | 2,6 |
| Portugal | 2,1 |
| Mexiko | 2,1 |
| Saudi-Arabien | 2,0 |
| Seychellen | 1,7 |
| Irak | 1,6 |
| Frankreich | 1,5 |
| Argentinien | 1,5 |
| Griechenland | 1,4 |
| Costa Rica | 1,2 |
| Mauritius | 1,2 |
| Ägypten | 1,1 |
| Finnland | 1,0 |
| Türkei | 0,9 |
| Schweden | 0,8 |
| Ungarn | 0,7 |
| Italien | 0,6 |
| Vereinigtes Königreich | 0,6 |
| **Deutschland** | **0,6** |
| Puerto Rico | 0,5 |
| Jamaika | 0,5 |
| Kuba | 0,4 |

*Quelle: IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation (Global Burden of Disease)*

## Organspende – ja oder nein?

Zustimmung oder keine Zustimmung zu Organspenden; Deutschland; 2018; in Prozent




**Ist der Wille des Verstorbenen nicht bekannt, entscheiden stellvertretend die Angehörigen seinem mutmaßlichen Willen folgend. Haben sie keine Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen, werden sie gebeten, nach ihrem eigenen Ermessen zu entscheiden.*

*Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation*

## Ablehnungsgründe

Gründe von Angehörigen einer möglichen Organspende nicht zuzustimmen*; Deutschland; 2018; Zahl der Fälle

| | |
|---|---|
| ablehnende Einstellung des Verstorbenen bekannt | 136 |
| Einstellung des Verstorbenen unbekannt | 71 |
| Angehörige sind uneinig | 23 |
| religiöse Gründe | 22 |
| keine Akzeptanz des Todes | 18 |
| Verletzung der Körperintegrität | 11 |
| Unzufriedenheit mit Behandlung im Krankenhaus | 4 |
| kein Vertrauen in Todesfeststellung | 1 |
| Missbrauchsbefürchtung (Organhandel) | 1 |
| sonstiger Grund | 26 |
| kein Ablehngrund erfasst | 49 |

**Auf Basis eines Gesprächs bei Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms.*

*Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation*

## Zustimmungsgründe

Gründe von Angehörigen einer möglichen Organspende zuzustimmen*; Deutschland; 2018; Zahl der Fälle

| | |
|---|---|
| positive Einstellung des Verstorbenen bekannt | 423 |
| altruistische Motive (Mitgefühl) | 225 |
| Sinngebung des plötzlichen Todes des Angehörigen | 223 |
| Betroffene im Bekanntenkreis (Warteliste, Transplantation) | 19 |
| sonstiger Grund | 54 |
| kein Zustimmungsgrund erfasst | 49 |

**Auf Basis eines Gesprächs bei Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms.*

*Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation*





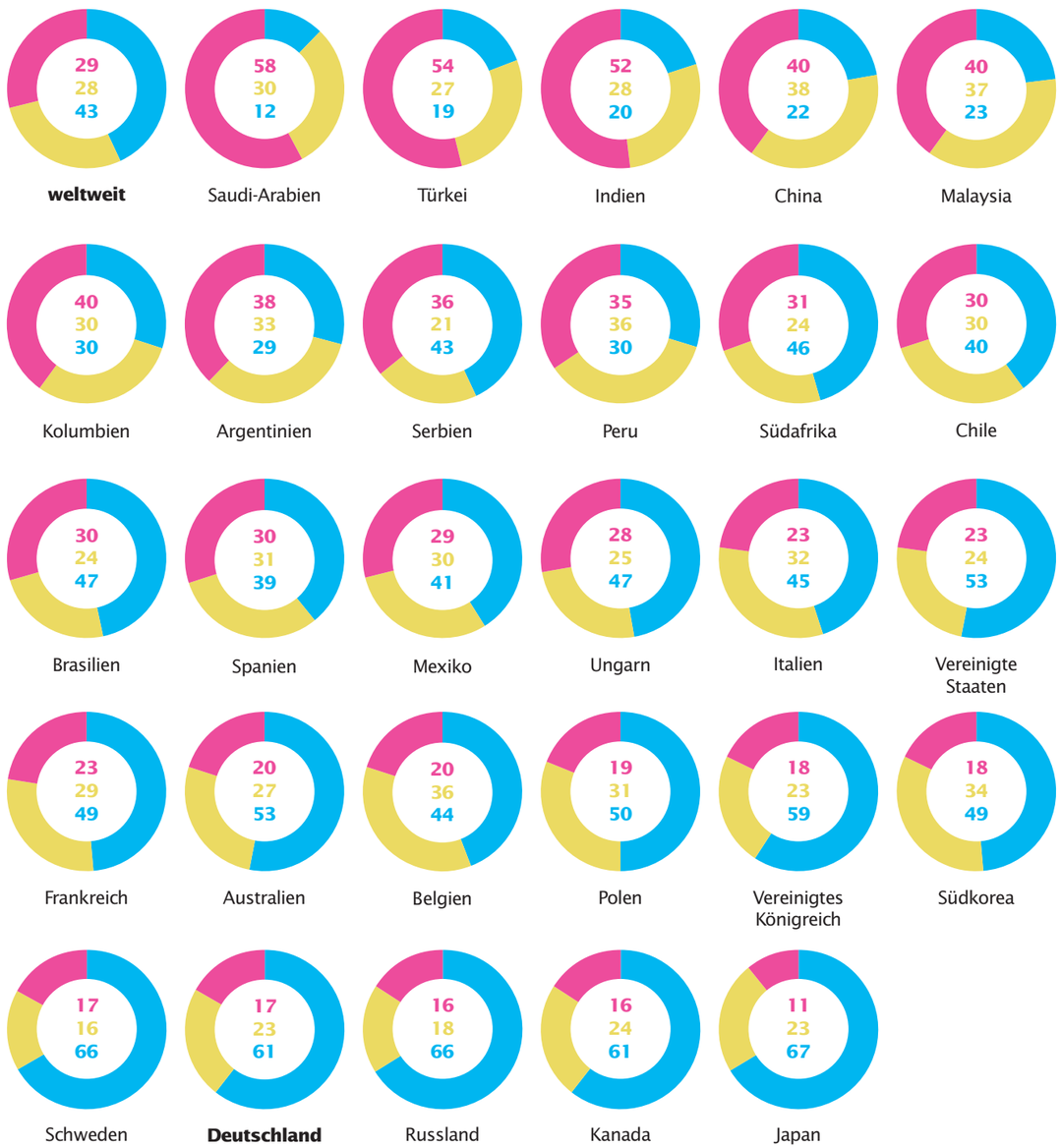
## Kulturelle Unterschiede

Anteil der Personen, die angeben, im Falle ihres plötzlichen Todes einer Organspende zuzustimmen; 2018; in Prozent*

**Abweichungen in den Summen entstehen durch Runden der Zahlen. Quelle: Ipsos MORI*

## Gemischt

Anteil der Personen, die angeben, regelmäßig Blut zu spenden; 2018; in Prozent*




*Abweichungen in den Summen entstehen durch Runden der Zahlen. Quelle: Ipsos MORI





## Gespendet

Zahl der Blutspenden; Deutschland; pro Tausend Einwohner

| | |
|---|---|
| 2000 | 64 |
| 2002 | 82 |
| 2004 | 79 |
| 2006 | 79 |
| 2008 | 88 |
| 2010 | 92 |
| 2012 | 93 |
| 2014 | 90 |
| 2016 | 82 |
| 2018 | 78 |

*Quelle: Paul-Ehrlich-Institut*

## Gestiegen

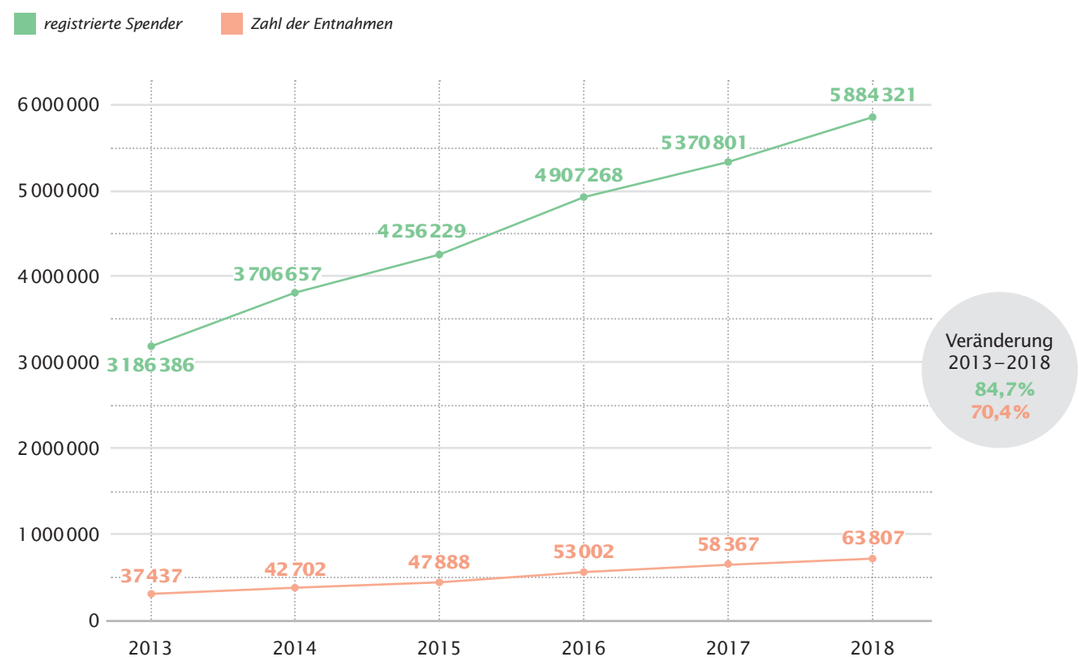
Zahl der Blutspenden; Deutschland

| | |
|---|---|
| 2000 | 5 263 839 |
| 2002 | 6 753 702 |
| 2004 | 6 530 946 |
| 2006 | 6 501 675 |
| 2008 | 7 187 562 |
| 2010 | 7 532 809 |
| 2012 | 7 464 324 |
| 2014 | 7 308 130 |
| 2016 | 6 762 110 |
| 2018 | 6 478 250 |

*Quelle: Paul-Ehrlich-Institut*

## Registriert und transplantiert

Zahl der registrierten Stammzellspender und Zahl der Entnahmen; Deutschland




*Quelle: DKMS*

## Rückläufig

Quote der Schwangerschaftsabbrüche nach Bundesland; pro Tausend Geborene*

| | 2010 | 2018* | Veränderung 2010–2018 in Prozent |
|---|---|---|---|
| **Deutschland** | 160,9 | 126,8 | –21,2 |
| Baden-Württemberg | 130,0 | 92,2 | –29,1 |
| Bayern | 110,7 | 93,7 | –15,4 |
| Berlin | 293,2 | 236,2 | –19,4 |
| Brandenburg | 202,6 | 167,1 | –17,5 |
| Bremen | 284,7 | 207,1 | –27,3 |
| Hamburg | 246,8 | 159,0 | –35,6 |
| Hessen | 167,0 | 136,7 | –18,1 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 233,1 | 182,2 | –21,8 |
| Niedersachsen | 143,5 | 113,3 | –21,0 |
| Nordrhein-Westfalen | 154,8 | 123,8 | –20,0 |
| Rheinland-Pfalz | 135,1 | 99,2 | –26,6 |
| Saarland | 186,6 | 144,0 | –22,8 |
| Sachsen | 167,0 | 142,0 | –15,0 |
| Sachsen-Anhalt | 234,9 | 184,4 | –21,5 |
| Schleswig-Holstein | 160,5 | 132,3 | –17,6 |
| Thüringen | 212,5 | 168,8 | –20,6 |

**Vorläufig. Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Vielfältig

Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nach rechtlicher Begründung und Dauer der Schwangerschaft; Deutschland; 2018

| | |
|---|---|
| **Schwangerschaftsabbrüche insgesamt** | 100 986 |
| **rechtliche Begründung** | |
| Beratungsregelung | 97 151 |
| medizinische Indikation | 3 815 |
| kriminologische Indikation | 20 |
| **Dauer der Schwangerschaft** | |
| 5 Wochen bis unter 7 Wochen | 30 679 |
| 7 Wochen bis unter 9 Wochen | 35 487 |
| 9 Wochen bis unter 12 Wochen | 23 797 |
| 12 Wochen bis unter 16 Wochen | 1 032 |
| 16 Wochen bis unter 19 Wochen | 668 |
| 19 Wochen bis unter 22 Wochen | 463 |
| 22 Wochen und mehr | 655 |

*Quelle: Statistisches Bundesamt*





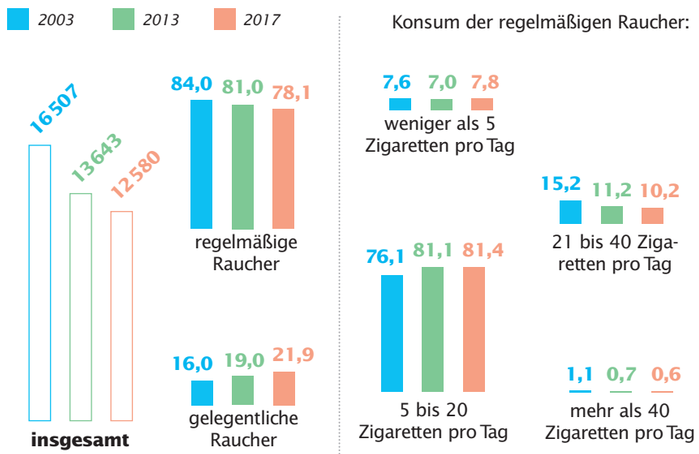
## Anteilig

Raucheranteil nach Bundesland; 2017; in Prozent

*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Zwiespältig

Zigarettenkonsum von Rauchern; Deutschland; Bevölkerung ab 15 Jahren; in Tausend / in Prozent




*Quelle: Statistisches Bundesamt*

## Eindeutig

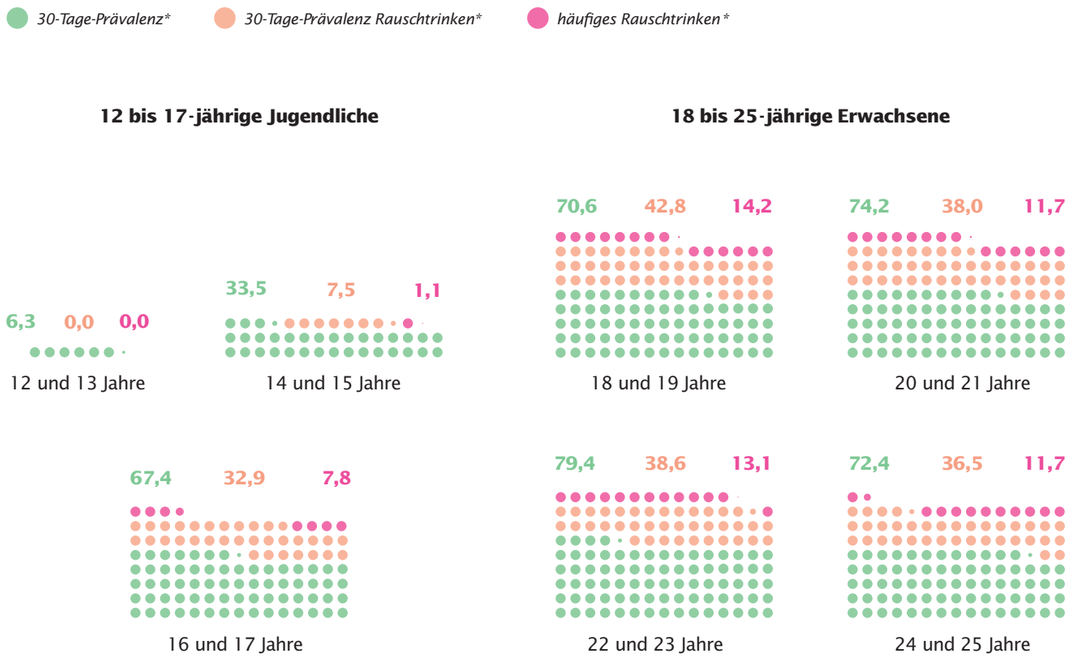
Prävalenz mütterlichen Rauchens in der Schwangerschaft; Deutschland; 2014–2017; in Prozent

| | |
|---|---|
| **insgesamt** | 10,9 |
| **nach Alter** | |
| unter 25 Jahre | 22,5 |
| 25 bis 29 Jahre | 12,7 |
| 30 bis 34 Jahre | 7,4 |
| 35 Jahre und älter | 7,6 |
| **nach sozioökonomischem Status** | |
| niedrig | 27,2 |
| mittel | 9,2 |
| hoch | 1,6 |

*Quelle: Robert Koch-Institut (KiGGS Studie)*

## Bedenklich

Arten des Alkoholkonsums nach Alter bei Jugendlichen und Erwachsenen; Deutschland; 12- bis 25-jährige Befragte des Alkohol-Surveys; 2018; in Prozent




**Die 30-Tage-Prävalenz bezeichnet die prozentualen Anteile derjenigen, die in 30 Tagen vor der Befragung mindestens einmal Alkohol konsumiert haben. Die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens ist der prozentuale Anteil derjenigen, die in 30 Tagen vor der Befragung an mindestens einem Tag Rauschtrinken praktiziert haben. Rauschtrinken ist der Konsum größerer Mengen Alkohol bei einer Gelegenheit. Größere Mengen bedeuten mindestens vier (bei Frauen) bzw. fünf (bei Männern) Gläser Alkohol. Häufiges Rauschtrinken = mindestens viermaliges Rauschtrinken in den vergangenen 30 Tagen.*

*Quelle: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*

## Jugendlich

Alter des ersten Alkoholkonsums und des ersten Alkoholrauschs nach Geschlecht; Deutschland; 12- bis 25-jährige Befragte des Alkohol-Surveys; durchschnittliches Alter in Jahren

**Alter des ersten Alkoholkonsums**

| | 2010 | 2014 | 2018 |
|---|---|---|---|
| **insgesamt** | **14,6** | **14,8** | **15,0** |
| männlich | 14,5 | 14,7 | 14,9 |
| weiblich | 14,6 | 14,9 | 15,2 |

**Alter des ersten Alkoholrauschs**

| | 2010 | 2014 | 2018 |
|---|---|---|---|
| **insgesamt** | **15,9** | **16,2** | **16,3** |
| männlich | 15,8 | 16,1 | 16,2 |
| weiblich | 15,9 | 16,4 | 16,4 |

*Quelle: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*





## Schädlich

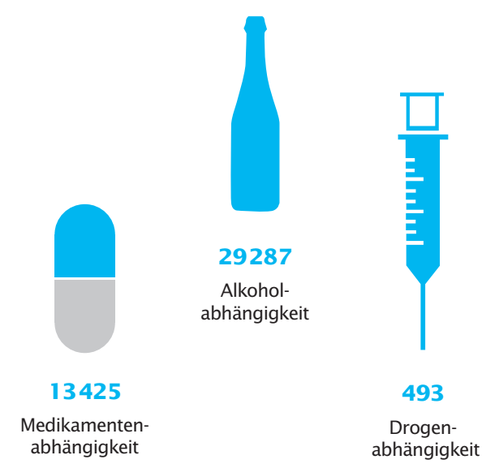
Regelmäßiger Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener (12- bis 25-Jährige des Alkohol-Surveys); Deutschland; 2018; in Prozent

| | |
|---|---|
| **gesamt** | |
| **12 bis 25 Jahre** | **23,8** |
| 12 bis 17 Jahre | 8,7 |
| 18 bis 25 Jahre | 33,4 |
| **Frauen** | |
| **12 bis 25 Jahre** | **16,1** |
| 12 bis 17 Jahre | 4,6 |
| 18 bis 25 Jahre | 23,6 |
| **Männer** | |
| **12 bis 25 Jahre** | **30,9** |
| 12 bis 17 Jahre | 12,6 |
| 18 bis 25 Jahre | 42,4 |

*Quelle: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*

## Zuversichtlich

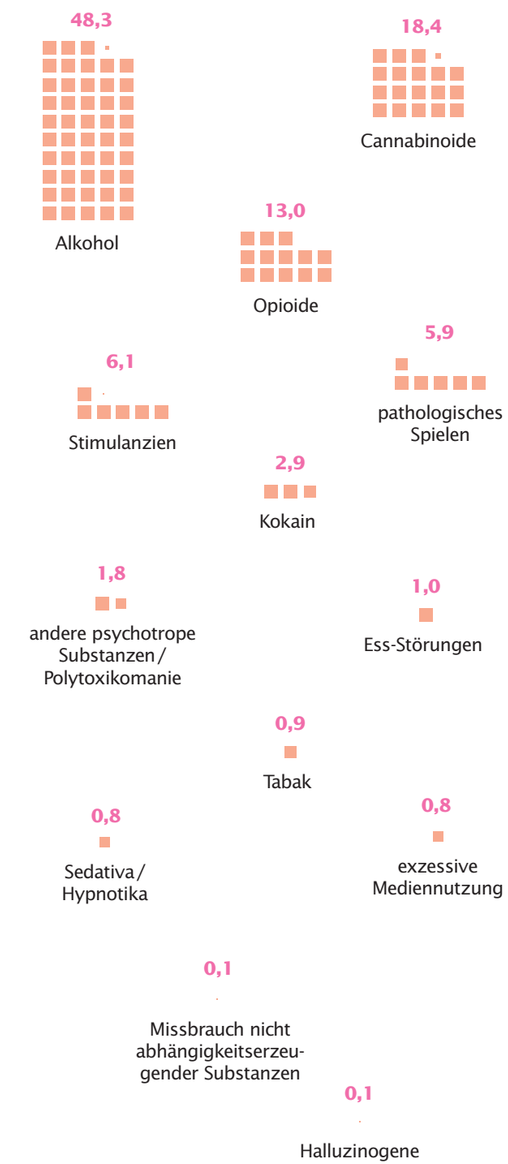
Zahl der Entwöhnungsbehandlungen für Suchtkranke nach Maßnahmeart; Versicherte der Deutschen Rentenversicherung; 2018




*Quelle: Deutsche Rentenversicherung*

## Gefährlich

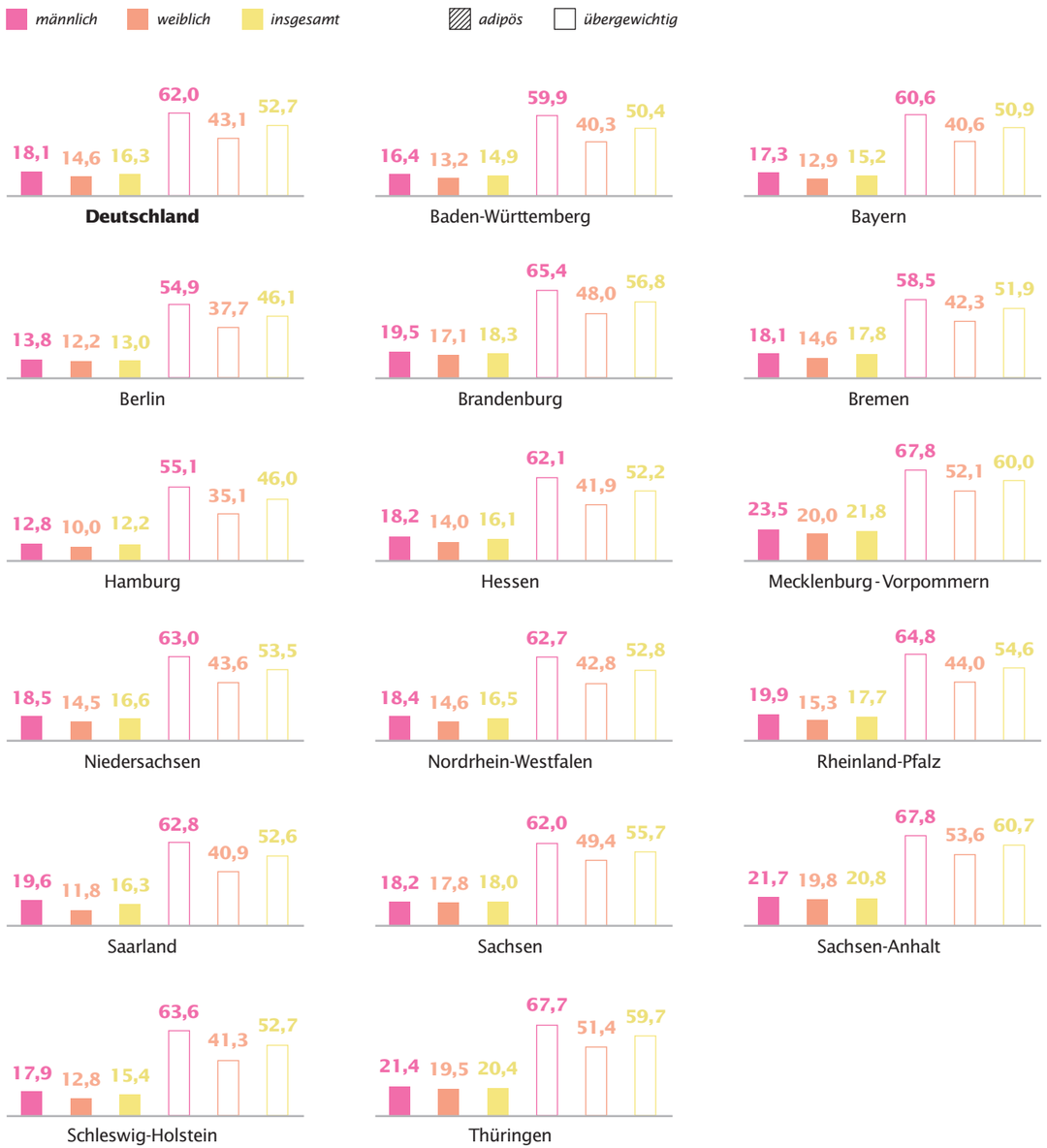
Hauptdiagnosen in ambulanten Suchtberatungsstellen; Deutschland; 2017; in Prozent




*Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik*

## Zu dick

Anteil erwachsener Personen (18+) die adipös* oder übergewichtig** sind; Deutschland; 2017; in Prozent




**Personen mit einem Body Mass Index (BMI) größer oder gleich 30 kg/m². **Personen mit einem Body Mass Index (BMI) größer oder gleich 25 kg/m².*

*Quelle Statistisches Bundesamt*





## Ernährt

Anteil der Personen, die angeben, sich gesund zu ernähren; 2018; in Prozent

| | |
|---|---|
| **weltweit** | **48** |
| Indien | 68 |
| China | 65 |
| Vereinigte Staaten | 57 |
| Belgien | 55 |
| Vereinigtes Königreich | 55 |
| Schweden | 54 |
| Malaysia | 53 |
| Australien | 53 |
| Saudi-Arabien | 52 |
| Frankreich | 52 |
| **Deutschland** | **52** |
| Kanada | 51 |
| Spanien | 50 |
| Türkei | 49 |
| Argentinien | 49 |
| Serbien | 49 |
| Südafrika | 48 |
| Polen | 48 |
| Italien | 43 |
| Chile | 41 |
| Mexiko | 41 |
| Ungarn | 40 |
| Brasilien | 39 |
| Peru | 35 |
| Russland | 35 |
| Südkorea | 33 |
| Japan | 25 |

*Quelle: Ipsos MORI*

## Trainiert

Anteil der Personen, die angeben, sich ausreichend zu bewegen; 2018; in Prozent

| | |
|---|---|
| **weltweit** | **40** |
| Indien | 62 |
| Saudi-Arabien | 55 |
| **Deutschland** | **54** |
| China | 49 |
| Vereinigte Staaten | 47 |
| Vereinigtes Königreich | 46 |
| Belgien | 44 |
| Australien | 44 |
| Türkei | 44 |
| Argentinien | 44 |
| Kanada | 43 |
| Schweden | 42 |
| Russland | 42 |
| Südafrika | 40 |
| Malaysia | 38 |
| Mexiko | 38 |
| Frankreich | 37 |
| Italien | 37 |
| Peru | 36 |
| Spanien | 35 |
| Brasilien | 33 |
| Serbien | 32 |
| Chile | 31 |
| Polen | 29 |
| Ungarn | 27 |
| Südkorea | 24 |
| Japan | 17 |

*Quelle: Ipsos MORI*

## Erholt

Anteil der Personen, die angeben, genügend Schlaf zu bekommen; 2018; in Prozent

| | |
|---|---|
| **weltweit** | **49** |
| Indien | 68 |
| Saudi-Arabien | 61 |
| Serbien | 60 |
| China | 57 |
| Vereinigte Staaten | 54 |
| Argentinien | 54 |
| Russland | 53 |
| **Deutschland** | **52** |
| Schweden | 50 |
| Polen | 50 |
| Türkei | 49 |
| Kanada | 49 |
| Südafrika | 49 |
| Mexiko | 49 |
| Italien | 49 |
| Spanien | 49 |
| Frankreich | 48 |
| Malaysia | 47 |
| Vereinigtes Königreich | 46 |
| Belgien | 46 |
| Brasilien | 45 |
| Australien | 44 |
| Ungarn | 43 |
| Chile | 42 |
| Peru | 41 |
| Japan | 36 |
| Südkorea | 35 |

*Quelle: Ipsos MORI*

## An Gesundheit interessiert

Interesse der Bevölkerung an gesunder Ernährung und gesunder Lebensweise; Deutschland; in Millionen

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| besonders Interessierte | 25,2 | 25,4 | 24,7 | 24,5 | 25,1 | 25,0 | 24,5 |
| mäßig Interessierte | 34,9 | 34,6 | 34,0 | 34,0 | 33,6 | 34,0 | 33,7 |
| kaum oder gar nicht Interessierte | 10,2 | 10,5 | 10,5 | 11,1 | 11,3 | 11,5 | 12,4 |

*Quelle: IfD Allensbach (AWA)*

## QUELLENVERZEICHNIS

Bitkom Research im Auftrag des Digitalverbandes Bitkom
Bundesärztekammer
Bundesministerium für Gesundheit
Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V.
Bundesverband Digitale Wirtschaft (BVDW)
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.
Bundesversicherungsamt
Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V.
BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DESA – Department of Economic and Social Affairs of the United Nations
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Deutsche Rentenversicherung
Deutsche Stiftung Organtransplantation
Deutsche Suchthilfestatistik
DKMS
Forsa Politik- und Sozialforschung GmbH
Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GKV-Spitzenverband
IfD Allensbach (AWA)
IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation (Global Burden of Disease)
IKK classic
International Diabetes Federation
Ipsos MORI
Kantar Emnid
Kantar TNS im Auftrag der Initiative D21
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
OECD
Paul-Ehrlich-Institut
PwC – PricewaterhouseCoopers
Robert Koch-Institut
Statista
Statistisches Bundesamt
The World Bank Group
Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
vfa – Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

## IMPRESSUM

**Herausgeber:** IKK classic
**Chefredaktion:** Susanne Risch
**Artdirektion und Grafik:** Britta Max, Deborah Tyllack
**Chefin vom Dienst:** Michaela Streimelweger
**Redaktion:** Gesine Braun (Leitung),
Renate Hensel, Peter Lau, Kathrin Lilienthal
**Recherche, Daten und Quellen:**
Wenke Krützfeldt, Eike Röver, Niels Terfehr,
Maike Tischer, Michaela Zitterich
**Datenstand:** 30. August 2019
**Konzept:** brand eins Wissen, statista.com
© brand eins Wissen, Hamburg 2019