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

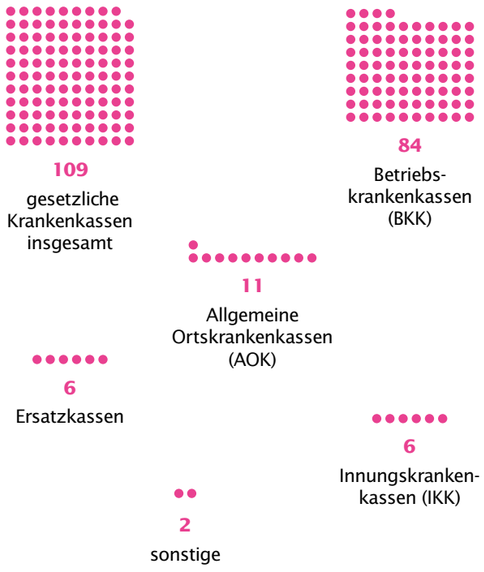
Krankenversicherung in Deutschland

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	189328
Krankenhausfälle bei Versicherten der GKV, 2017	16530843
Krankenhaustage bei Versicherten der GKV, 2017	152195758
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

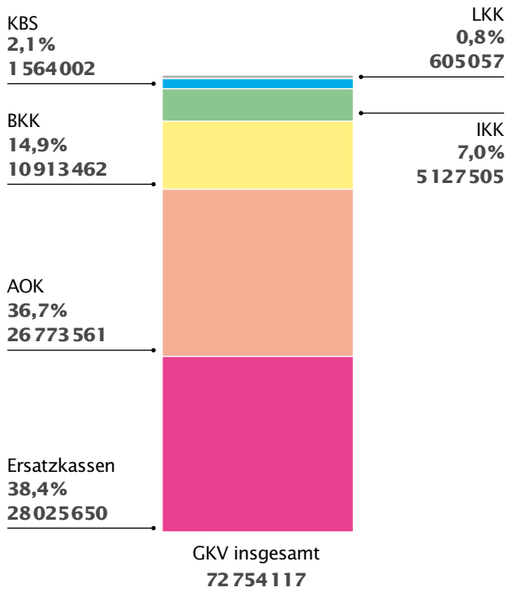
Zahl der gesetzlichen Krankenkassen nach Kassenart; 2019



Quelle: GKV-Spitzenverband

Die Versicherten

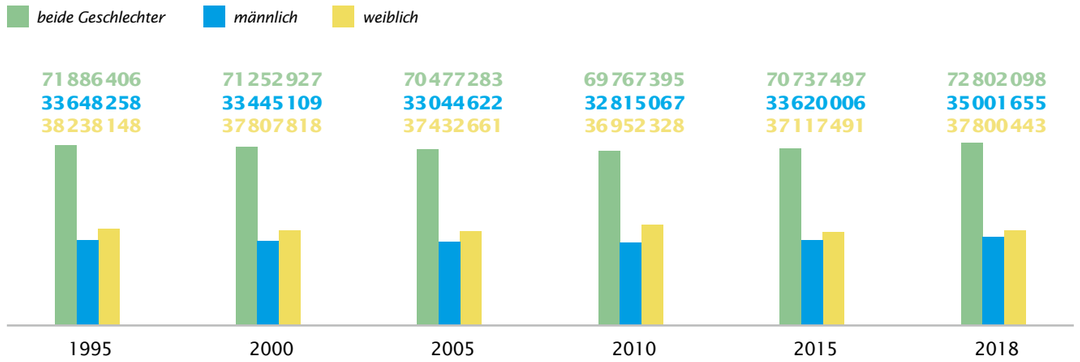
Verteilung der GKV-Versicherten auf die Kassenarten; 1. Juli 2019; in Prozent / Anzahl



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KM 1

Die Versicherten konkret

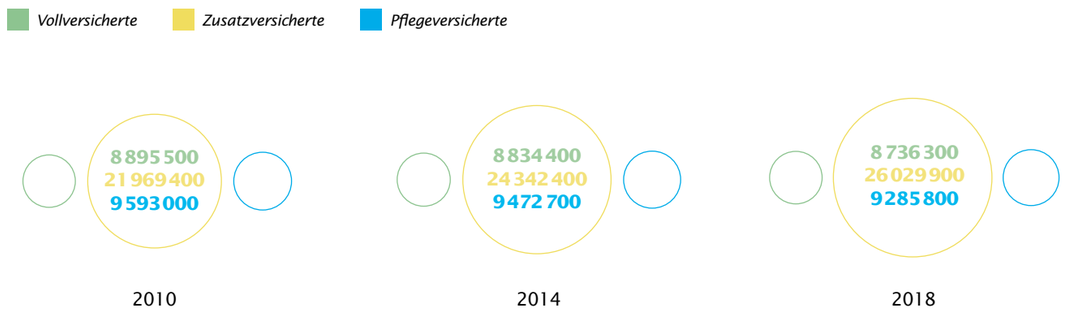
Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahresdurchschnitt nach Geschlecht



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

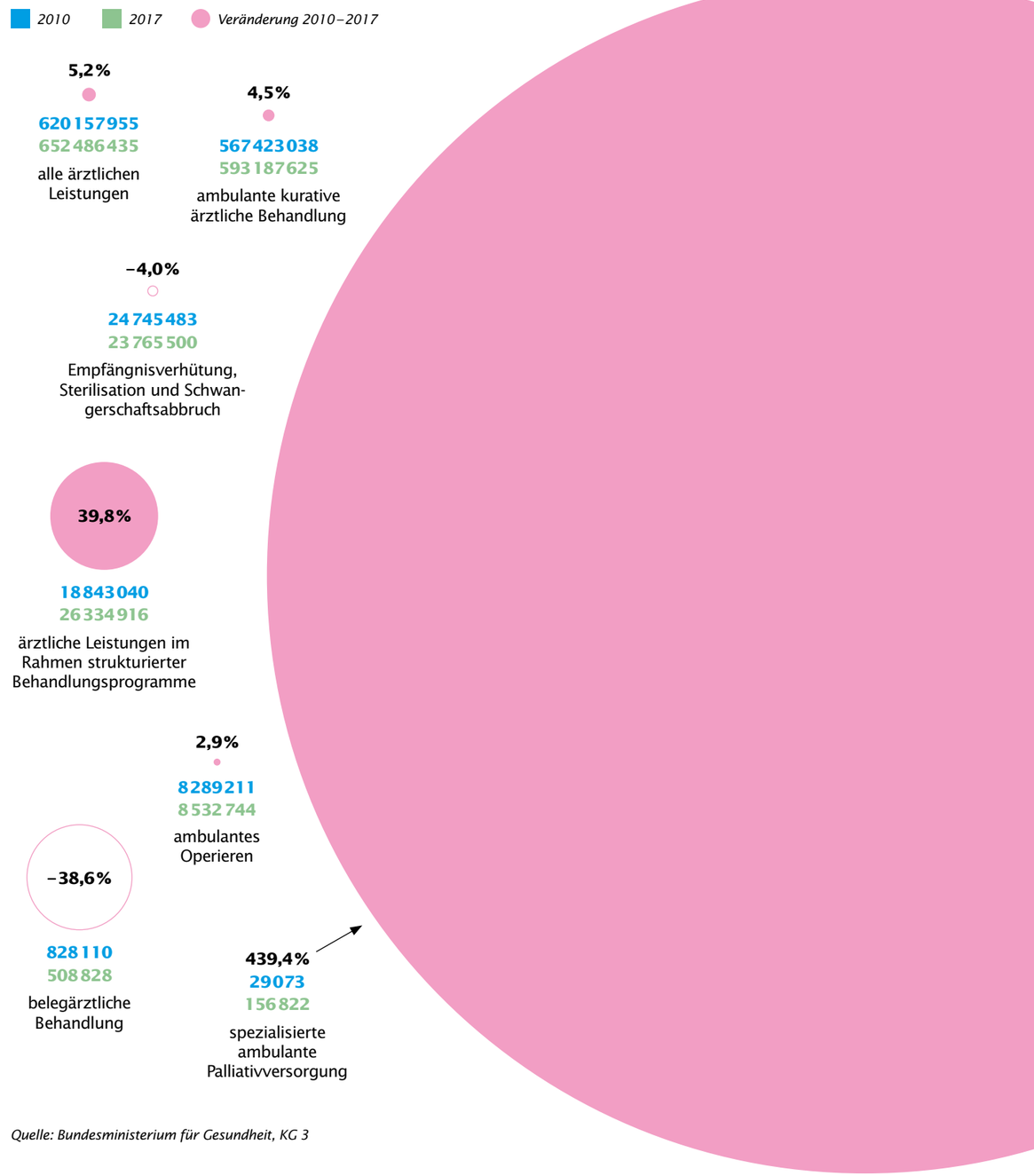
Leistungsfälle und -tage beim Krankengeld für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Rentner nach Geschlecht

	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

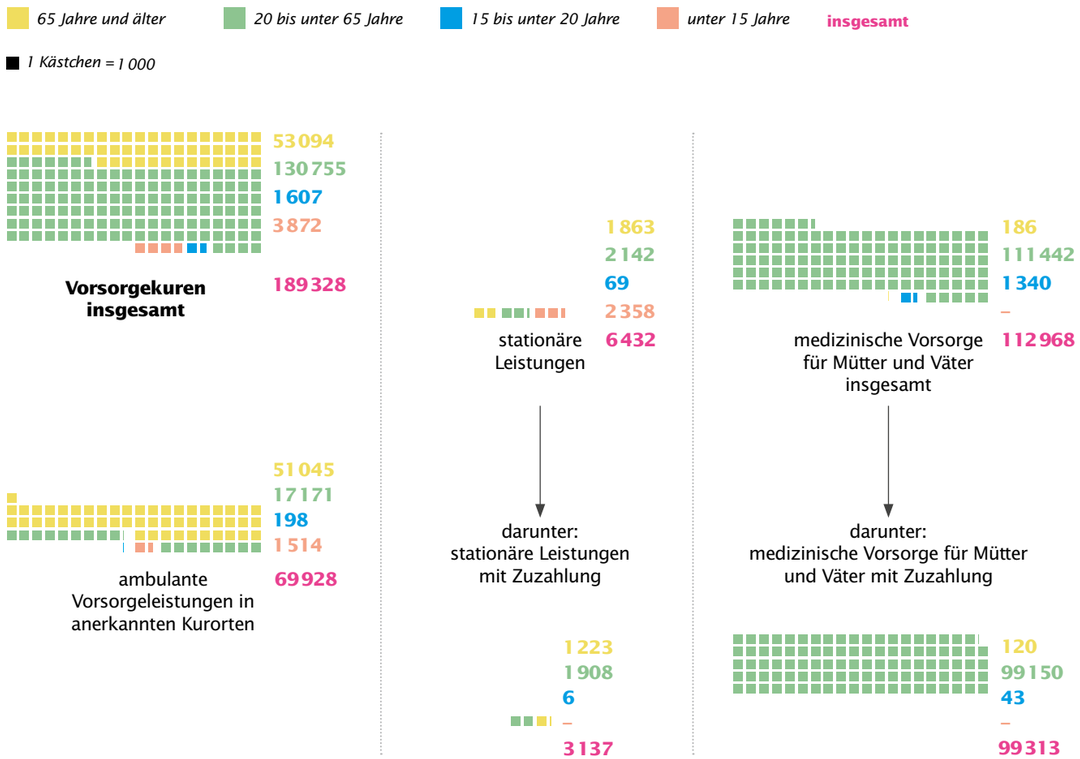
Leistungsfälle bei Rettungsfahrten und Krankentransporten der GKV-Versicherten

	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



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

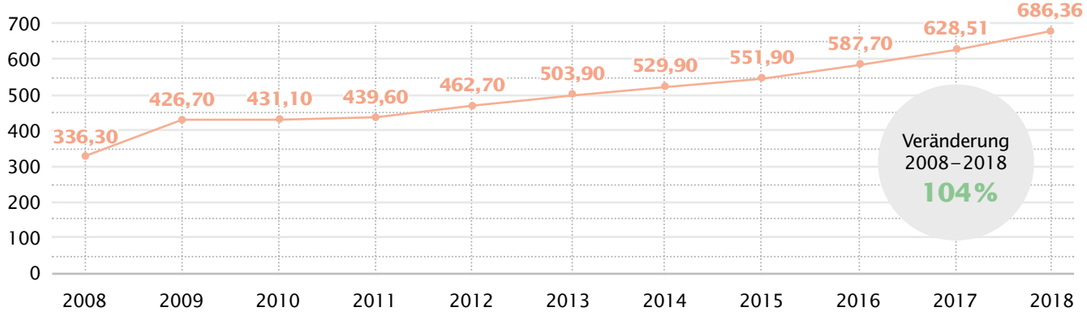
Stationäre Entbindungen bei GKV-Versicherten

	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

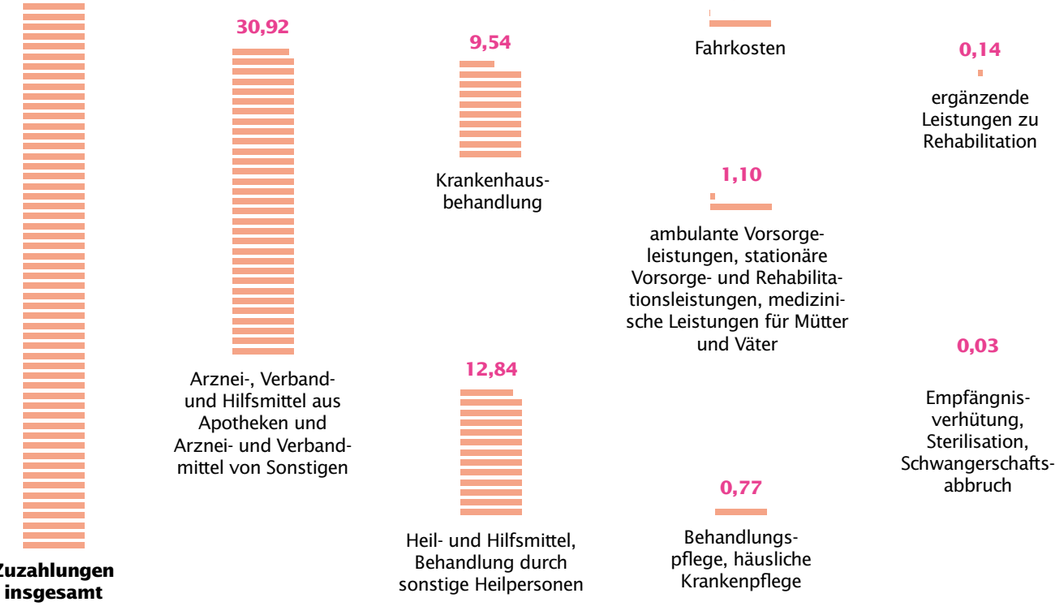
Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung; in Milliarden Euro

	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

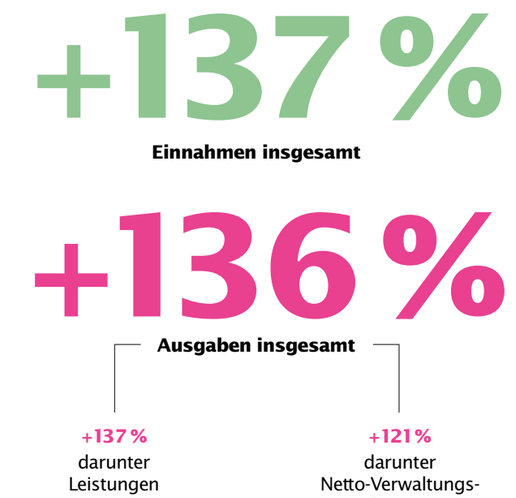
Zuzahlungen der privaten Haushalte in der gesetzlichen Krankenversicherung; 2018; je Versicherten; in Euro



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KV 45

Ausgeglichen

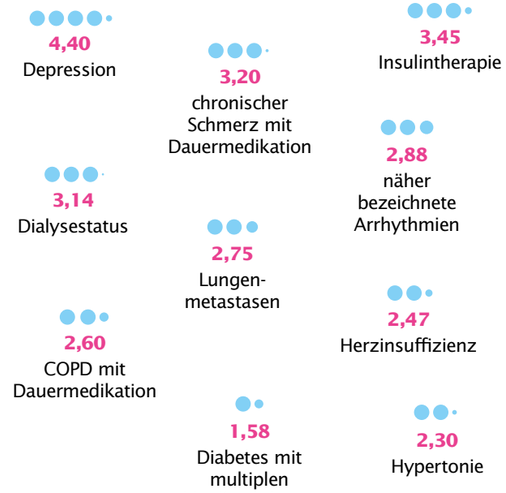
Veränderung der Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von 2010–2018; in Prozent



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KJ 1

Zugewiesen

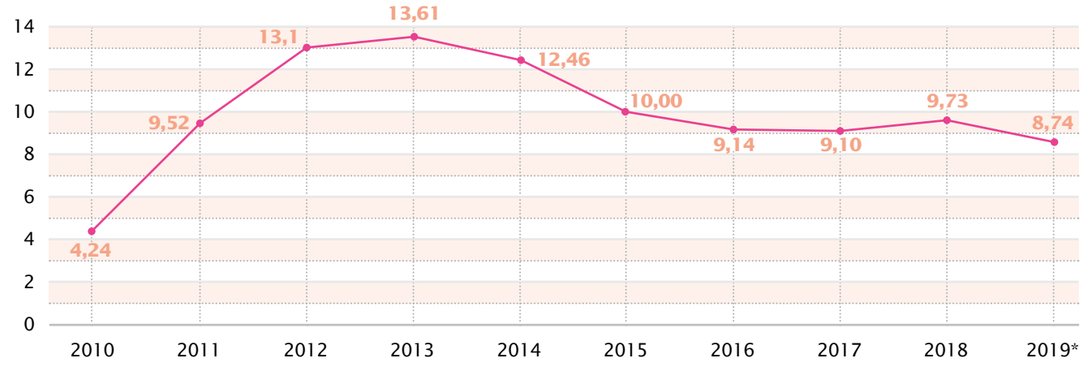
Die größten Zuweisungsvolumina aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nach Krankheitsgruppen; 2017; in Milliarden Euro



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

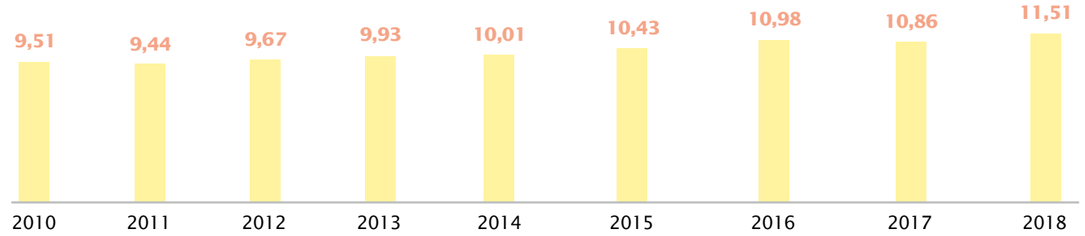
Leistungsausgaben der GKV nach Art der Leistung; 2018; in Milliarden Euro / in Prozent

	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

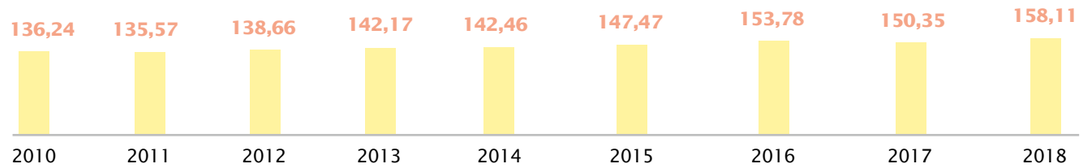
GKV-Netto-Verwaltungskosten; in Milliarden Euro



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

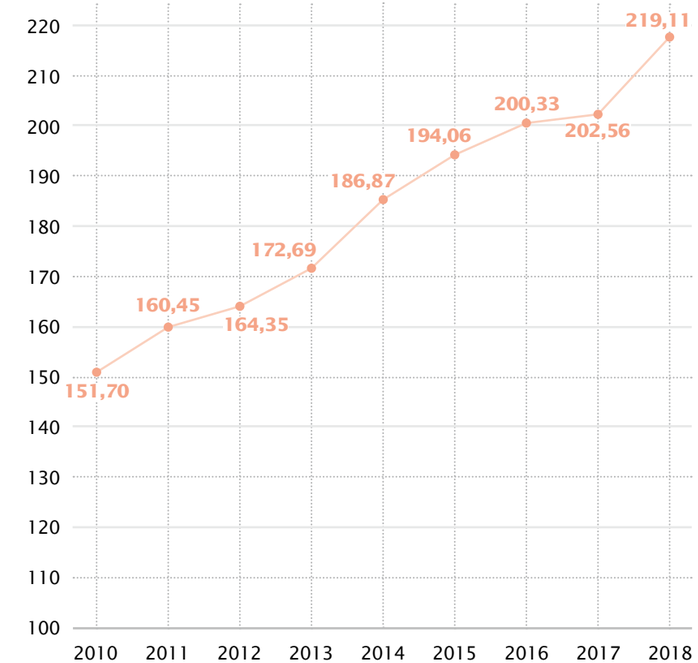
GKV-Ausgaben für Arzneimittel je Versicherten; in Euro

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

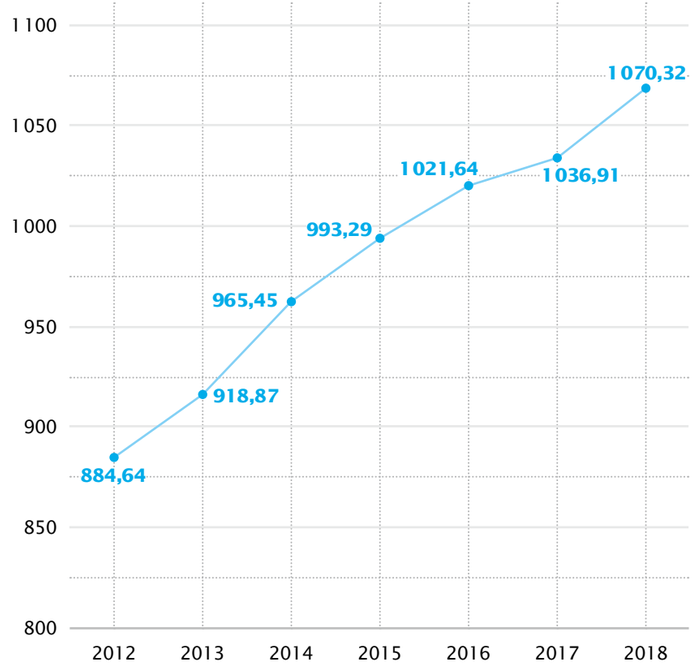
GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung je Versicherten; in Euro

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

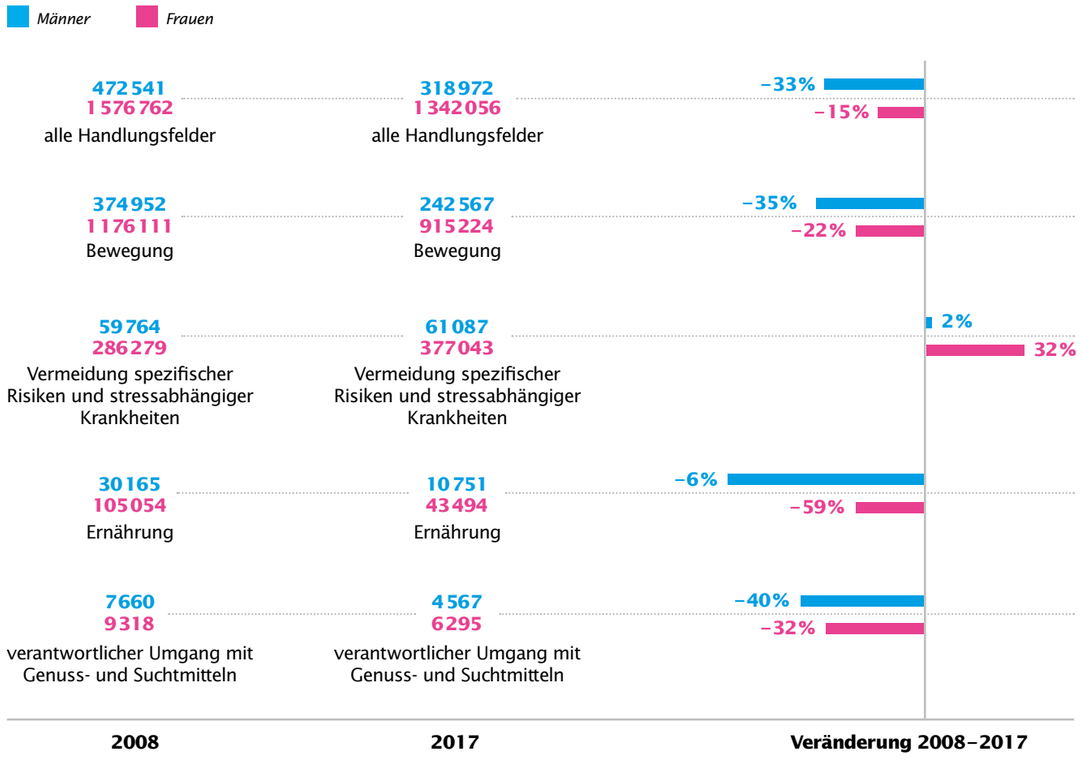
Primärprävention nach dem individuellen Ansatz: Zahl der erreichten Personen bei Aktivitäten zur individuellen Gesundheitsförderung unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen

	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

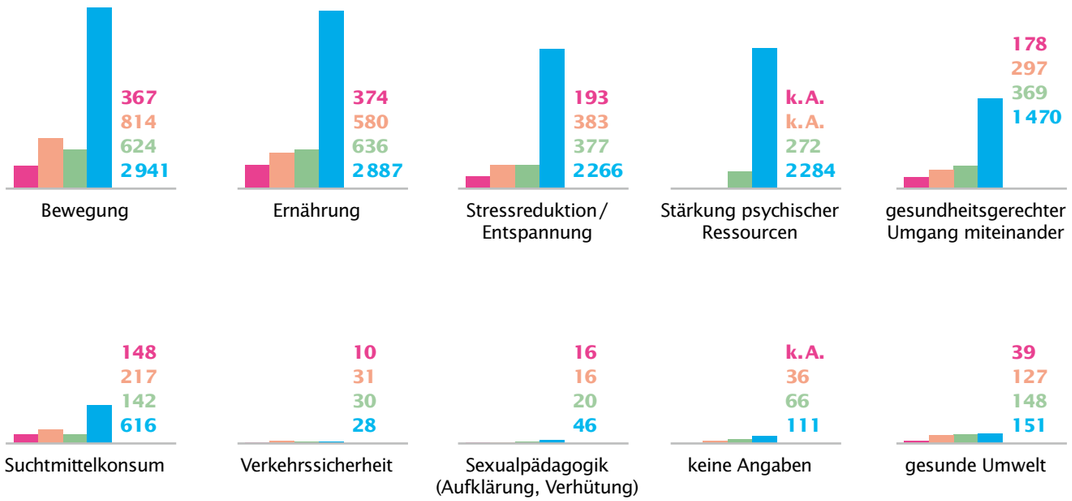
Primärprävention und Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz: Zahl der Aktivitäten in Settings unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen

	2008	2017	Veränderung 2008–2017
insgesamt	22044	39551	79%
Kindergarten / Kindertagesstätte	7025	10833	54%
alle Schulen	10774	25015	132%
Stadtteil / Ort	2176	559	–74%
Hochschule	4	123	2975%
Krankenhaus	5	81	1520%
Institution für spezifische Bevölkerungsgruppen	191	k. A.	k. A.
Altenheim	930	k. A.	k. A.
andere Lebenswelt	939	1621	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

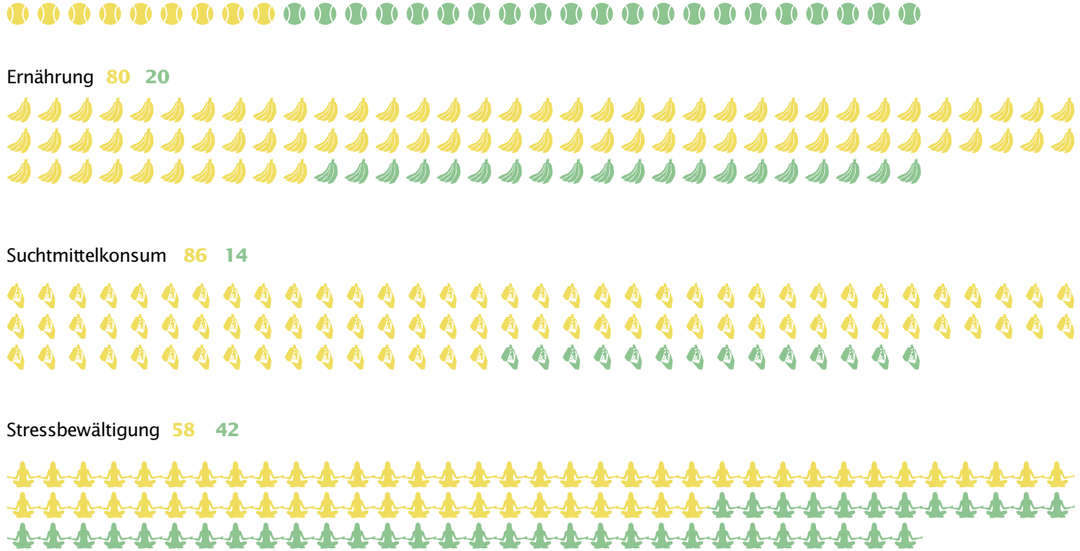
Inanspruchnahme von krankenkassengeförderten Präventionskursen insgesamt; Zahl der Kursteilnahmen

2003	542643
2005	1167618
2007	1858535
2009	2105409
2011	1677853
2013	1476698
2015	1665209
2017	1675008

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
28042759 16,0 23,8	**alle genannten Altersgruppen**	31393547 47,5 17,9
2079805	20 bis unter 25 Jahre	1927039 55,6
2438793	25 bis unter 30 Jahre	2303741 66,5
2409367	30 bis unter 35 Jahre	2327627 66,2
2285093 11,3	35 bis unter 40 Jahre	2308554 62,6 15,6
2037928 13,0	40 bis unter 45 Jahre	2130237 58,6 17,4
2480720 14,0 11,3	45 bis unter 50 Jahre	2656376 56,5 17,8
2920075 15,0 16,7	50 bis unter 55 Jahre	3137393 52,9 18,4
2653427 15,9 20,5	55 bis unter 60 Jahre	2903084 46,1 18,5
2146136 17,3 24,8	60 bis unter 65 Jahre	2440453 42,1 19,2
1838473 19,0 30,0	65 bis unter 70 Jahre	2196498 40,5 20,3
1384254 20,4 34,4	70 bis unter 75 Jahre	1747608 35,9 20,5
1630256 20,8 36,6	75 bis unter 80 Jahre	2185724 29,0 19,3
1738432 17,7 30,8	80 Jahre und älter	3129177 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

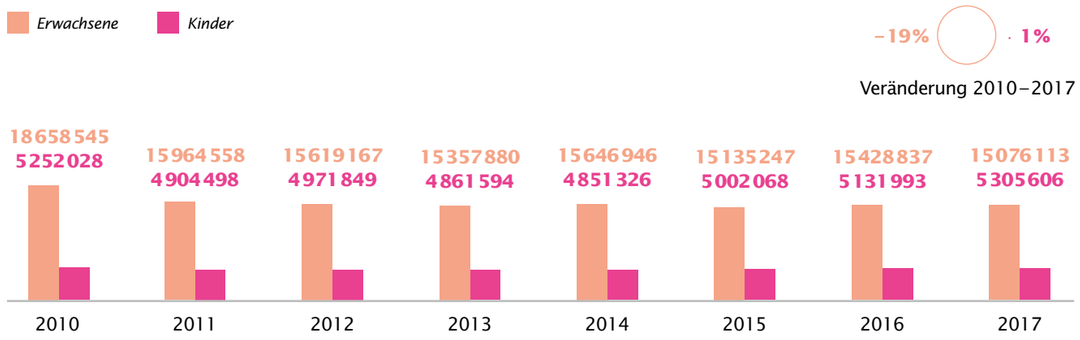
Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen durch Koloskopie; alle GKV-Versicherte; 2017

	Zahl der Anspruchsberechtigten	Teilnehmer in Prozent
Männer	14311053	7,6
Frauen	17739937	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



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KG 3

Ausbaufähig

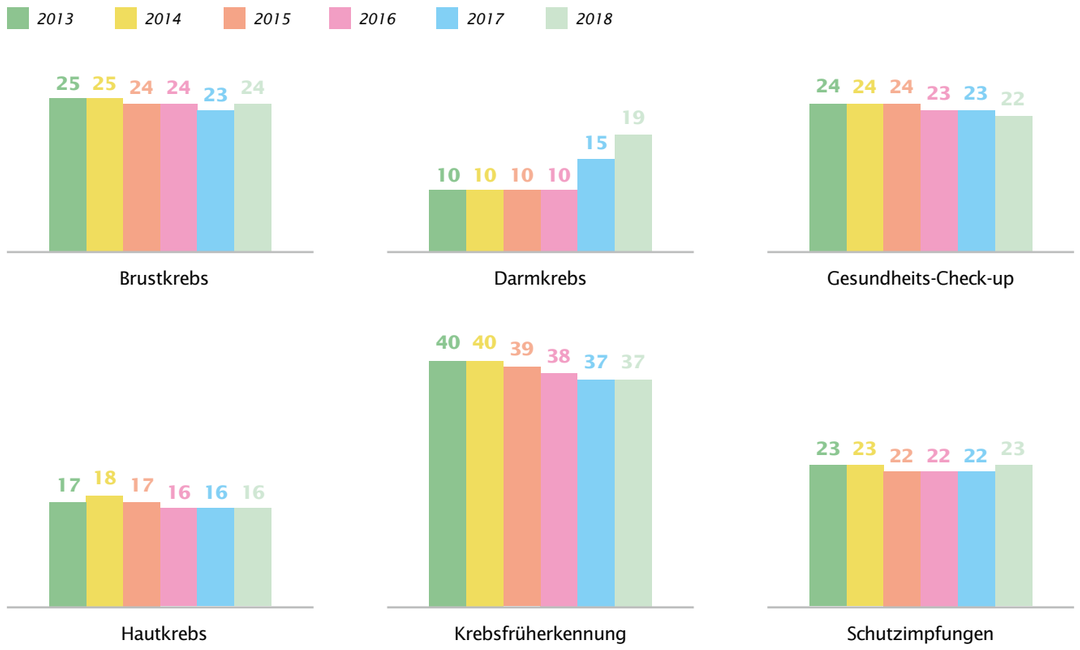
Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up; Zahl der Anspruchsberechtigten / Inanspruchnahme in Prozent

	Anspruchsberechtigte	Inanspruchnahme
2010	44380376	42,04
2011	44388120	35,97
2012	44535751	35,07
2013	44679269	34,37
2014	44972765	34,79
2015	45212358	33,48
2016	45595837	33,84
2017	45949934	32,81
Veränderung 2010–2017 in Prozent	**4**	**–22**

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, KM 6, KG 3

Am meisten genutzt: die Krebsfrüherkennung

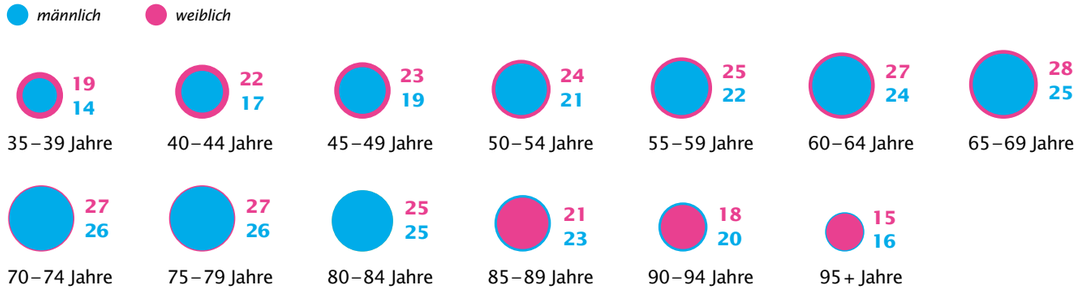
Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen; anspruchsberechtigte Versicherte der IKK classic; in Prozent



Quelle: IKK classic

Am häufigsten genutzt: von 60- bis 79-Jährigen

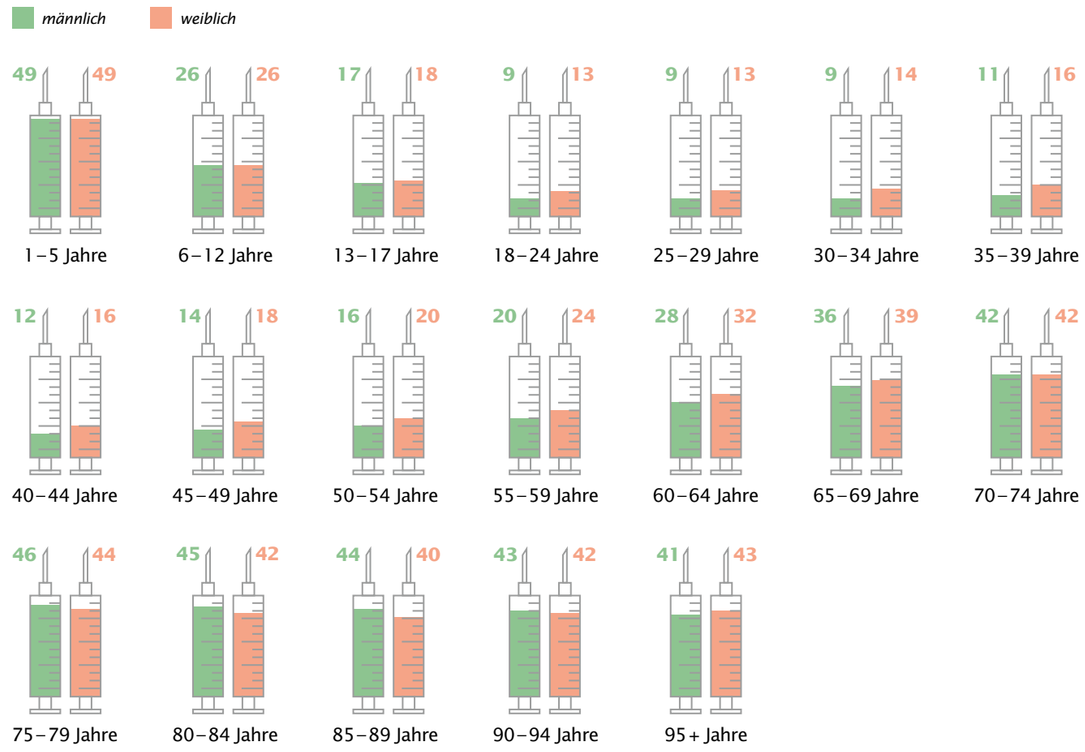
Gesundheits-Check-ups* nach Alter und Geschlecht; anspruchsberechtigte Versicherte der IKK classic; 2018; in Prozent



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

Geimpft

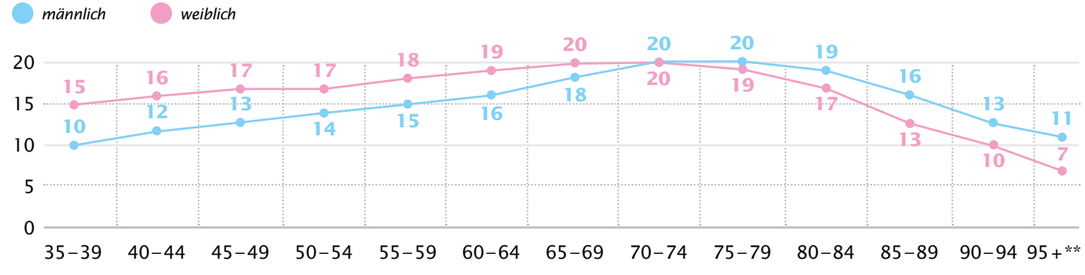
Schutzimpfungen nach Alter und Geschlecht; Versicherte der IKK classic; 2018; in Prozent



Quelle: IKK classic

Gekümmert

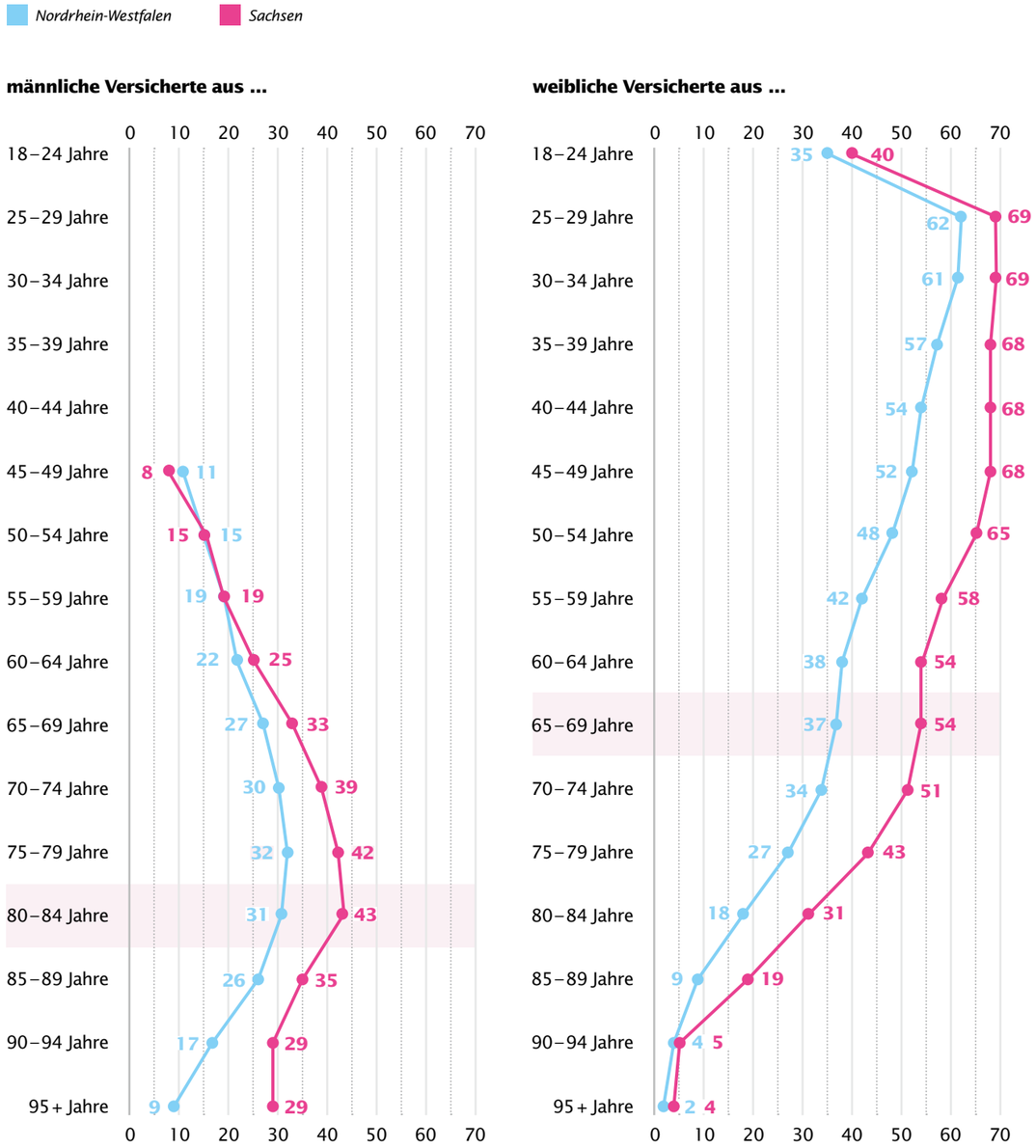
Hautkrebs-Vorsorgemaßnahmen* nach Alter und Geschlecht; Versicherte der IKK classic; 2018; in Prozent



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

Ländersache I

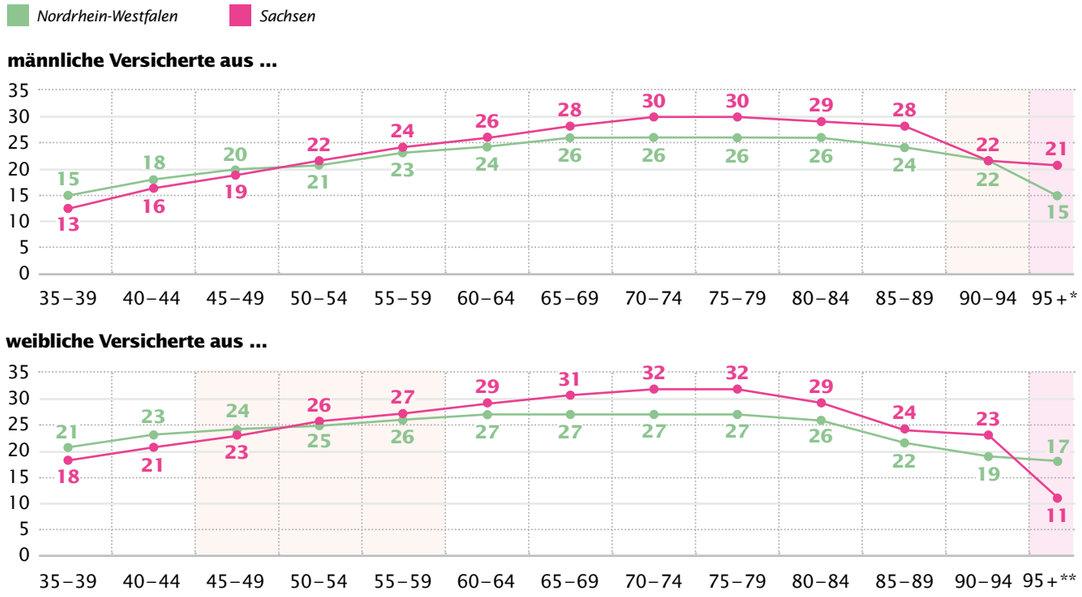
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen* nach Geschlecht und Altersgruppen im Regionalvergleich Nordrhein-Westfalen und Sachsen; anspruchsberechtigte Versicherte der IKK classic; 2018; in Prozent



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

Ländersache II

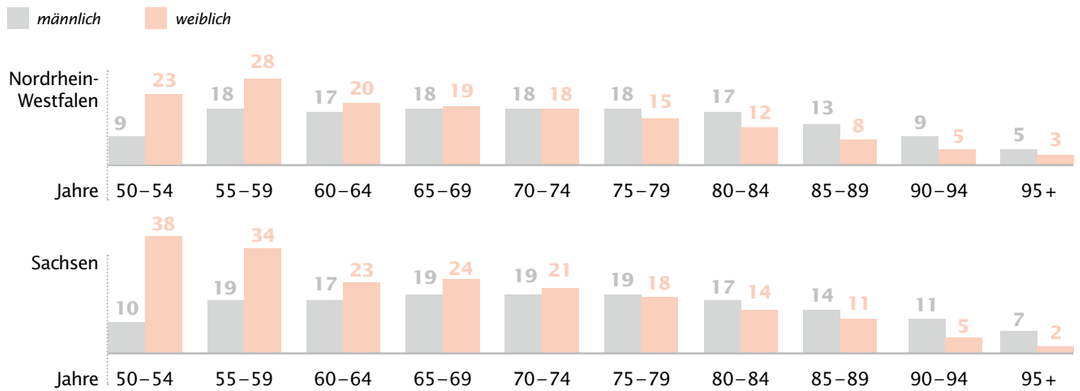
Gesundheits-Check-ups* nach Geschlecht und Altersgruppen im Regionalvergleich Nordrhein-Westfalen und Sachsen; anspruchsberechtigte Versicherte der IKK classic; 2018; in Prozent



*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

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.

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 herunterspritze 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

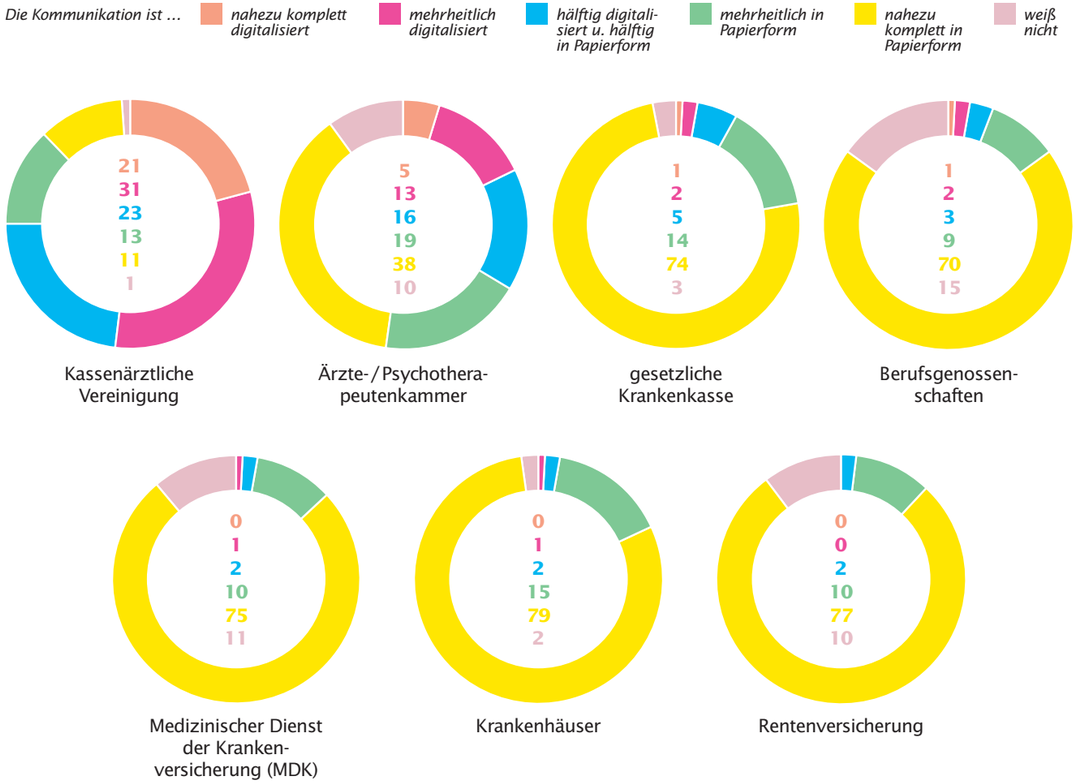
Anteil der Deutschen, die bereits einmal eine Videosprechstunde haben durchführen lassen, 2019, in Prozent 2
Anteil der Deutschen, die nicht wissen, ob ihr Arzt das anbietet, aber grundsätzlich Interesse hätten, 2019, in Prozent 38
Anteil der Deutschen, die daran generell kein Interesse haben, 2019,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

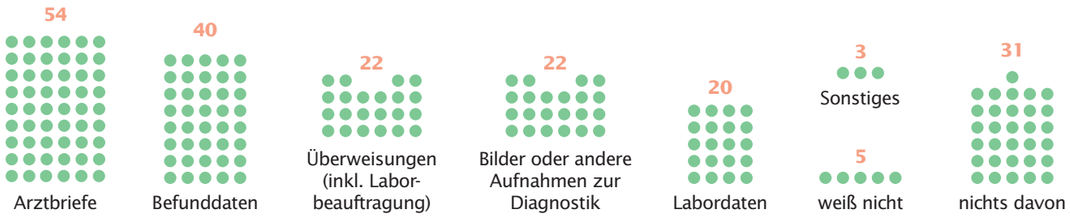
17 versorgungsebenenübergreifend

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

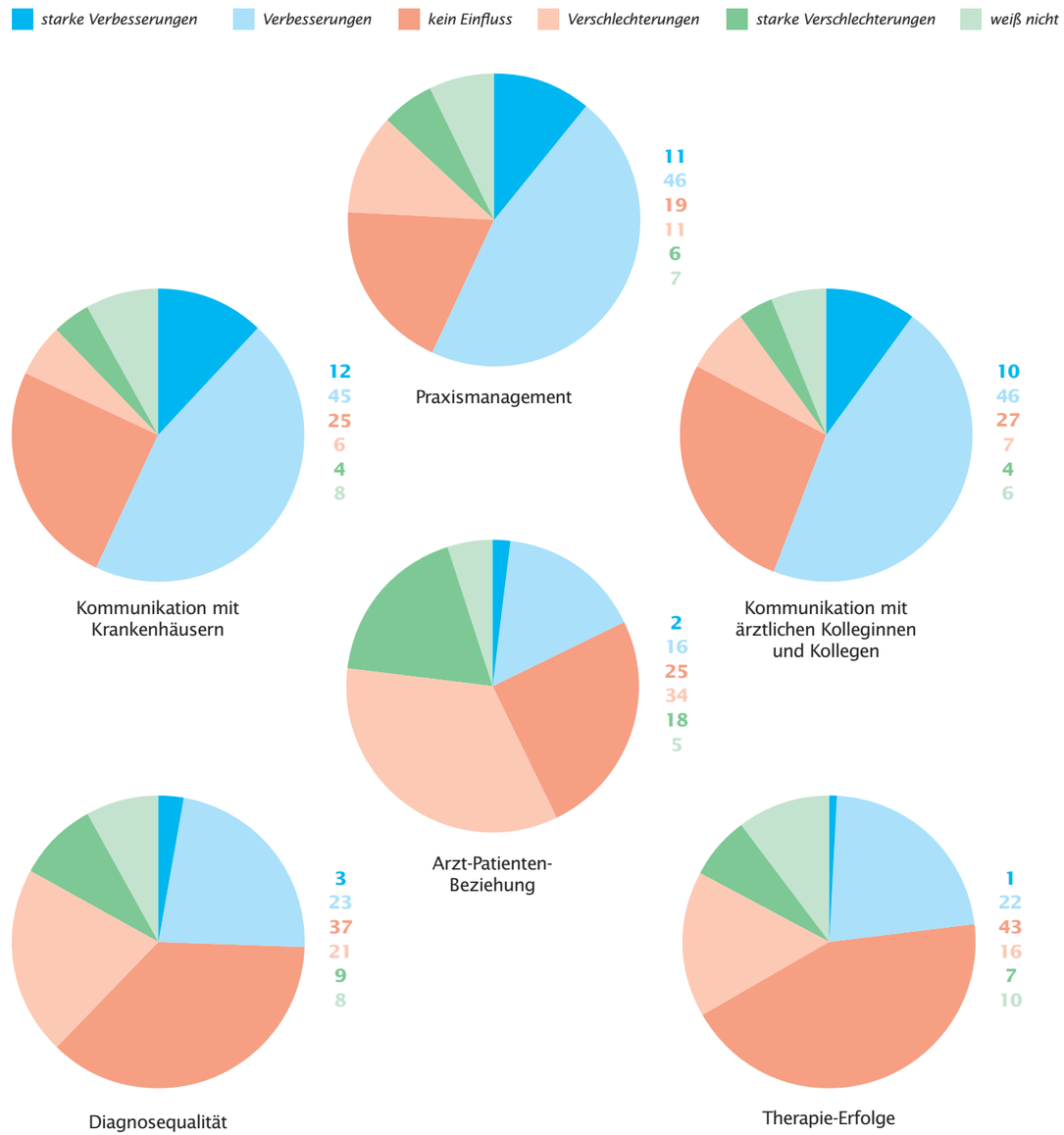
Empfang und Versand digital übermittelter Daten von anderen Praxen bzw. ambulanten Einrichtungen*; vertragsärztliche Praxen; Deutschland; 2018; in Prozent

	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

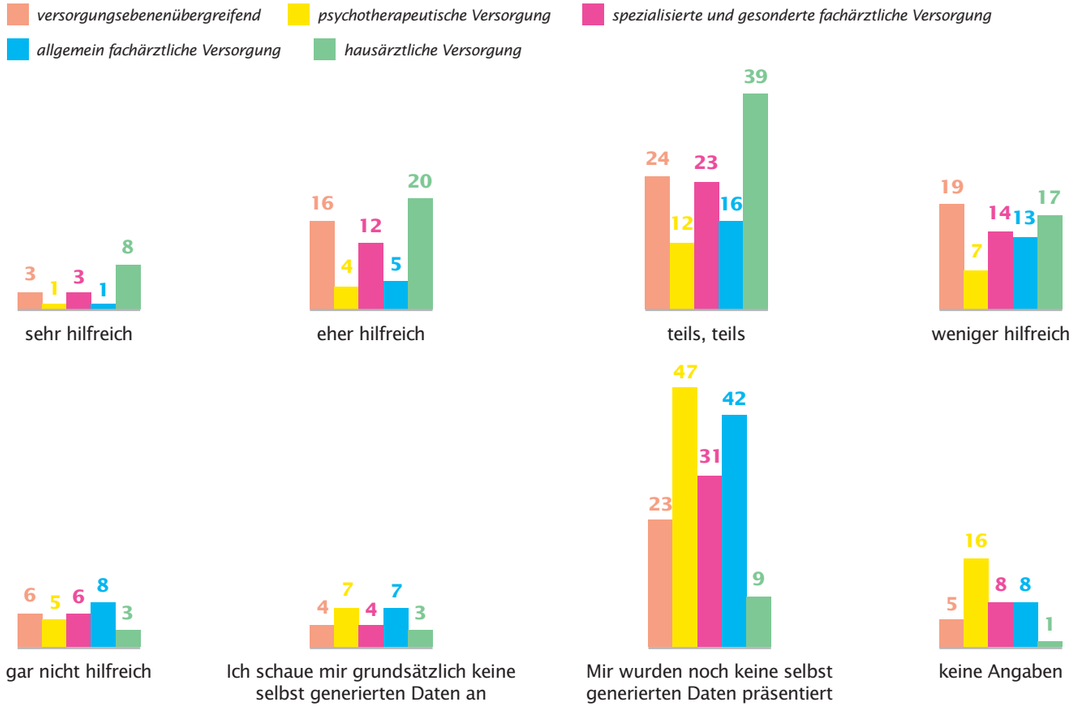
Einschätzung des Einflusses der Digitalisierung auf verschiedene Aspekte von ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Tätigkeiten; vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxen; Deutschland; 2018; in Prozent*



**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

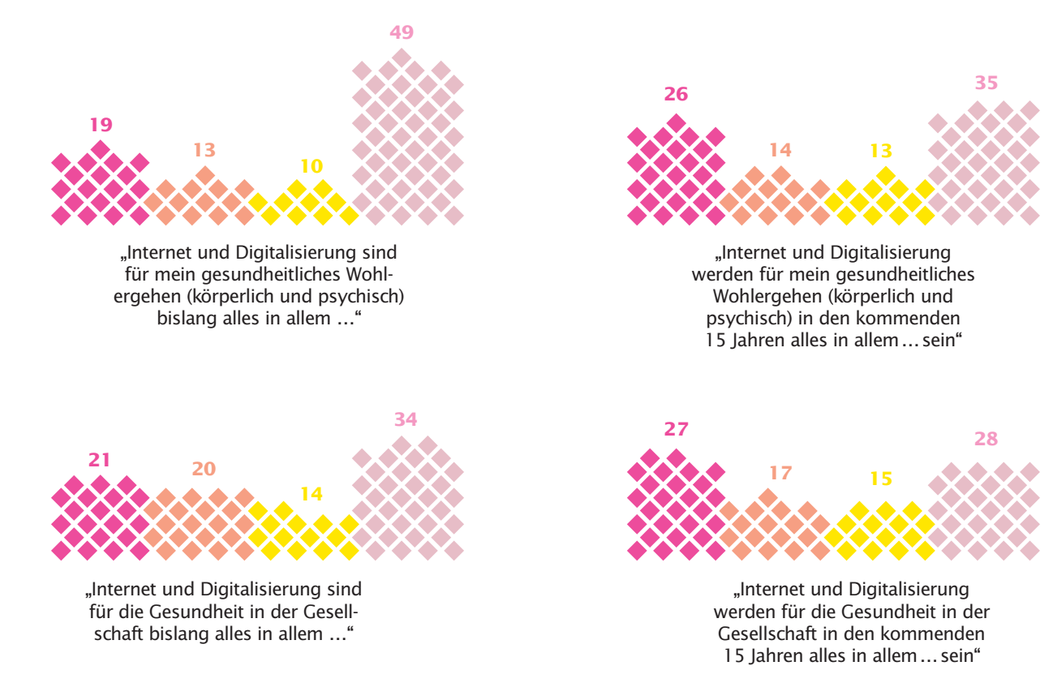
Gedanken und Wünsche zur Digitalisierung im Gesundheitswesen; Deutschland; 2018; in Prozent*

	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

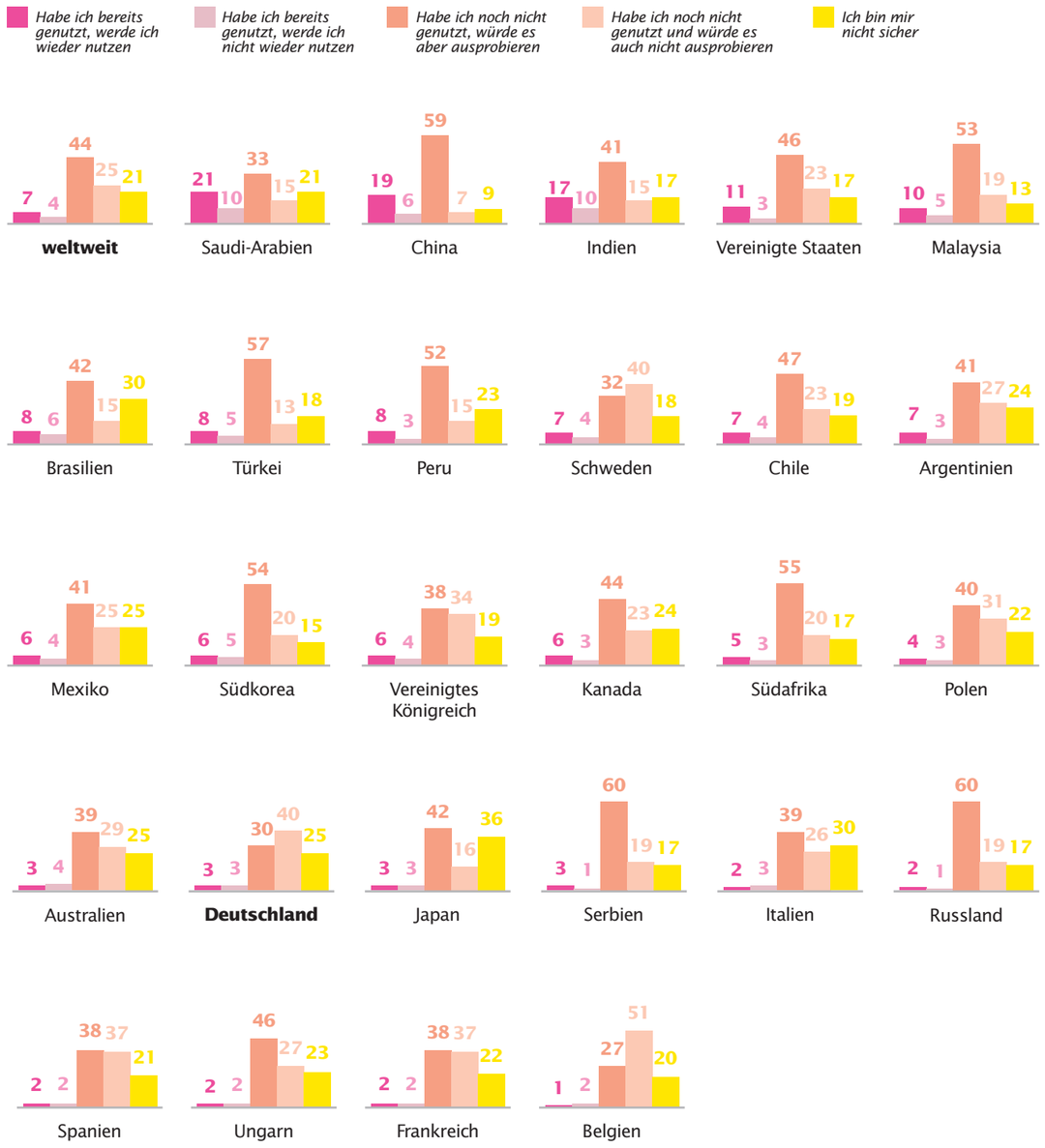
Einschätzung der Auswirkungen der Digitalisierung auf den Gesundheitsbereich; Bevölkerung ab 14 Jahren; Deutschland; 2018/2019; in Prozent*



*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

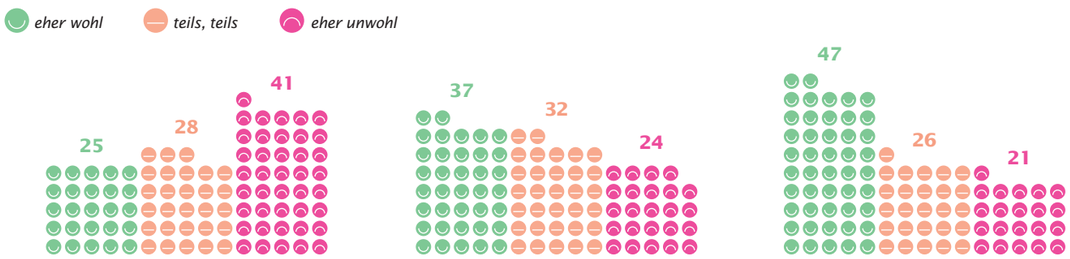
Quelle: Ipsos MORI

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?“

eher wohl *teils, teils* *eher unwohl*



**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*

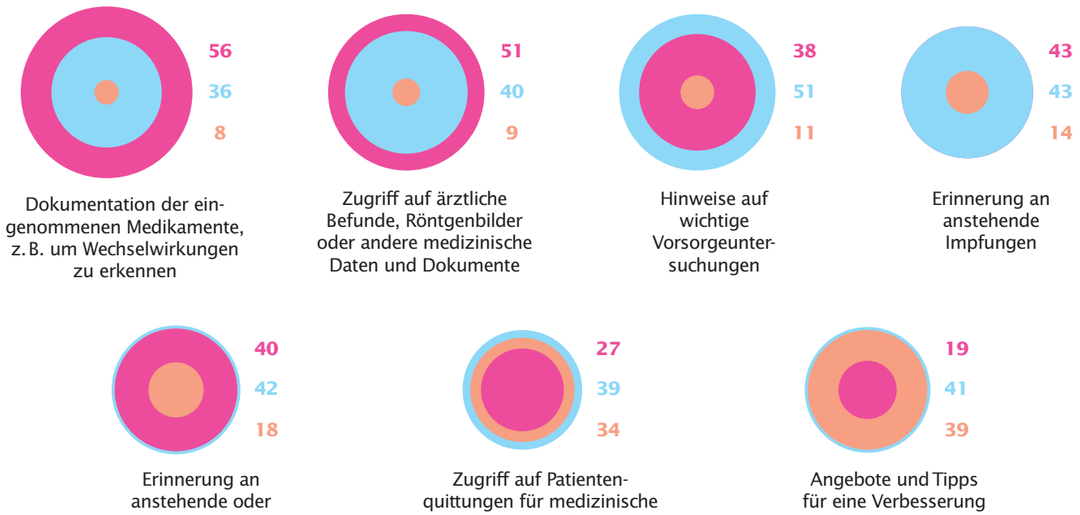
	Männer	Frauen
Fitness-App	17	13
Fitness-Uhr bzw. Wearables	13	12
Ernährungs-App	5	14
Gesundheits-App	8	5
nichts davon	67	70

**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*

sehr wichtig *wichtig* *weniger bzw. gar nicht wichtig*



**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?

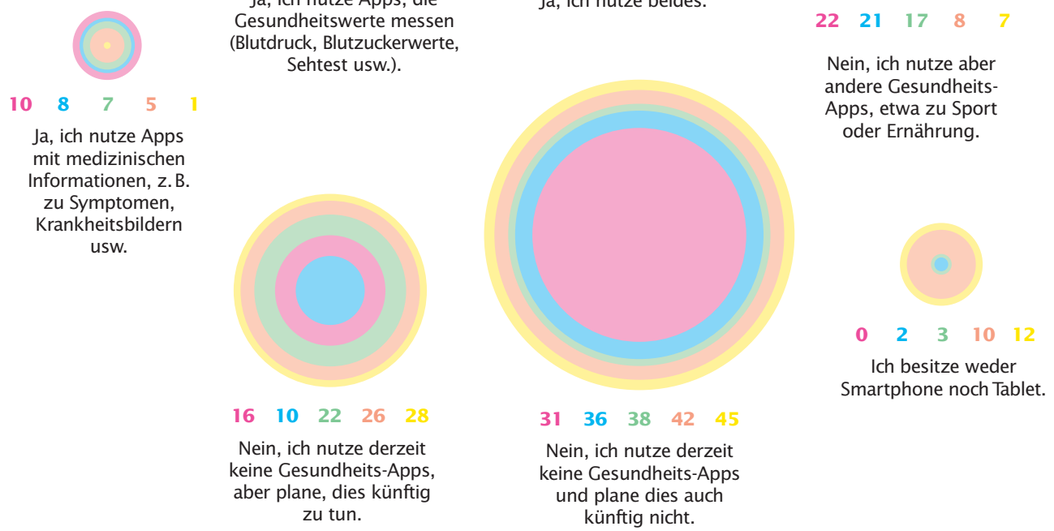
Ja, ich nutze Apps mit medizinischen Informationen, z. B. zu Symptomen, Krankheitsbildern usw.	5
Ja, ich nutze Apps, die Gesundheitswerte messen (Blutdruck, Blutzuckerwerte, Sehtest usw.).	7
Ja, ich nutze beides.	5
Nein, ich nutze aber andere Gesundheits-Apps, etwa zu Sport oder Ernährung.	14
Nein, ich 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

18–29 Jahre *30–39 Jahre* *40–49 Jahre* *50–59 Jahre* *60+ Jahre*

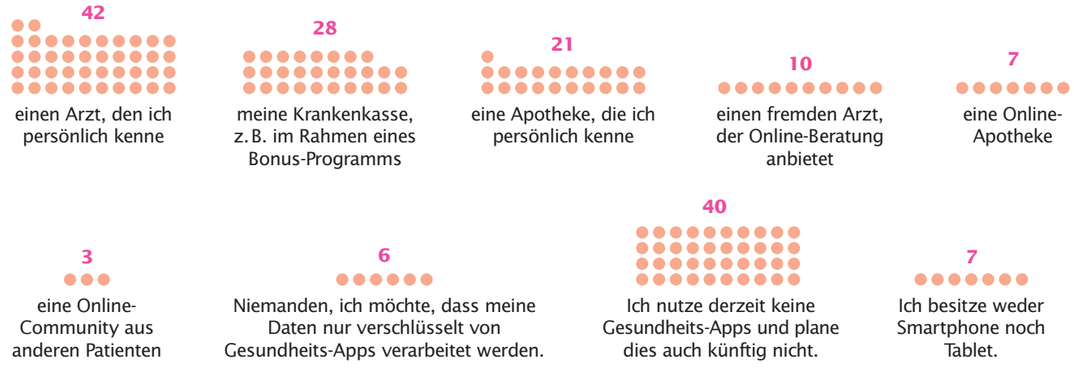


Quelle: IKK classic

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?



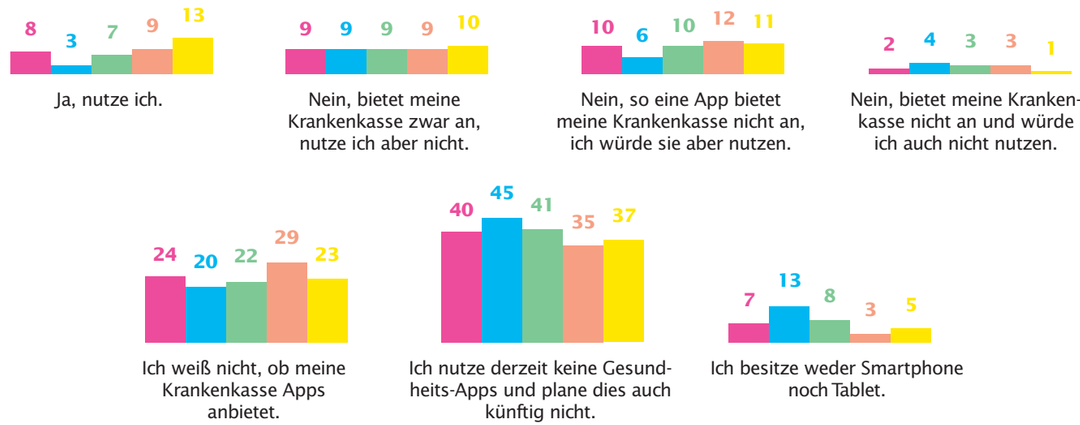
**Mehrfachnennungen möglich. Quelle: IKK classic*

Bildungsübergreifend

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

insgesamt *keiner/Volks-/Hauptschule* *mittlere Reife* *Abitur/FH-Reife* *Studium abgeschlossen*

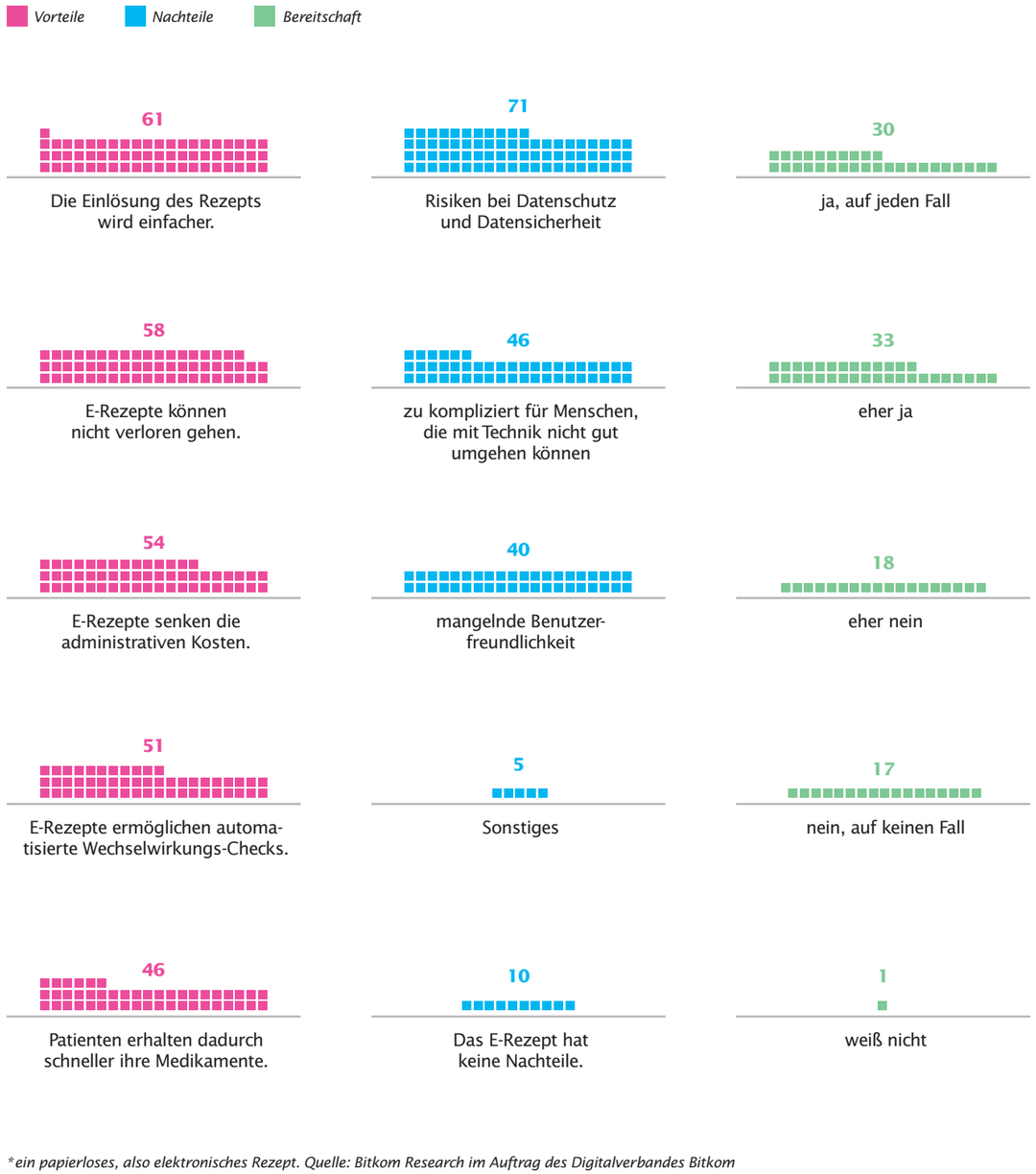
„Nutzen Sie derzeit eine oder mehrere Gesundheits-Apps Ihrer Krankenkasse?“



**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



*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*

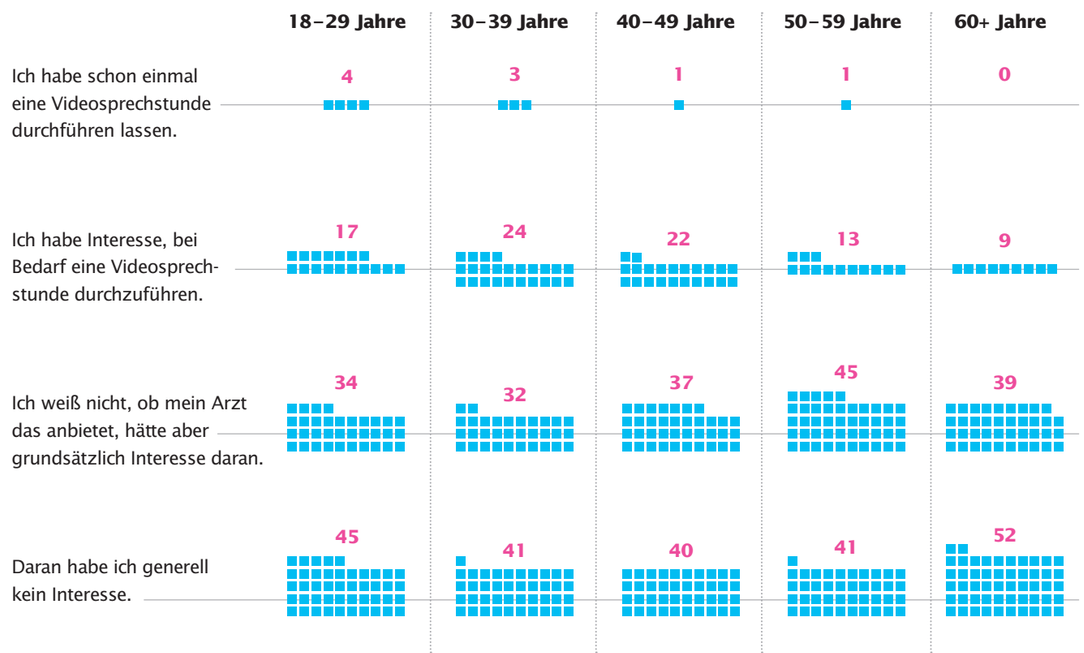
Aus welchen Gründen würden Sie auf Videosprechstunden zurückgreifen, statt in die Arztpraxis zu gehen?

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

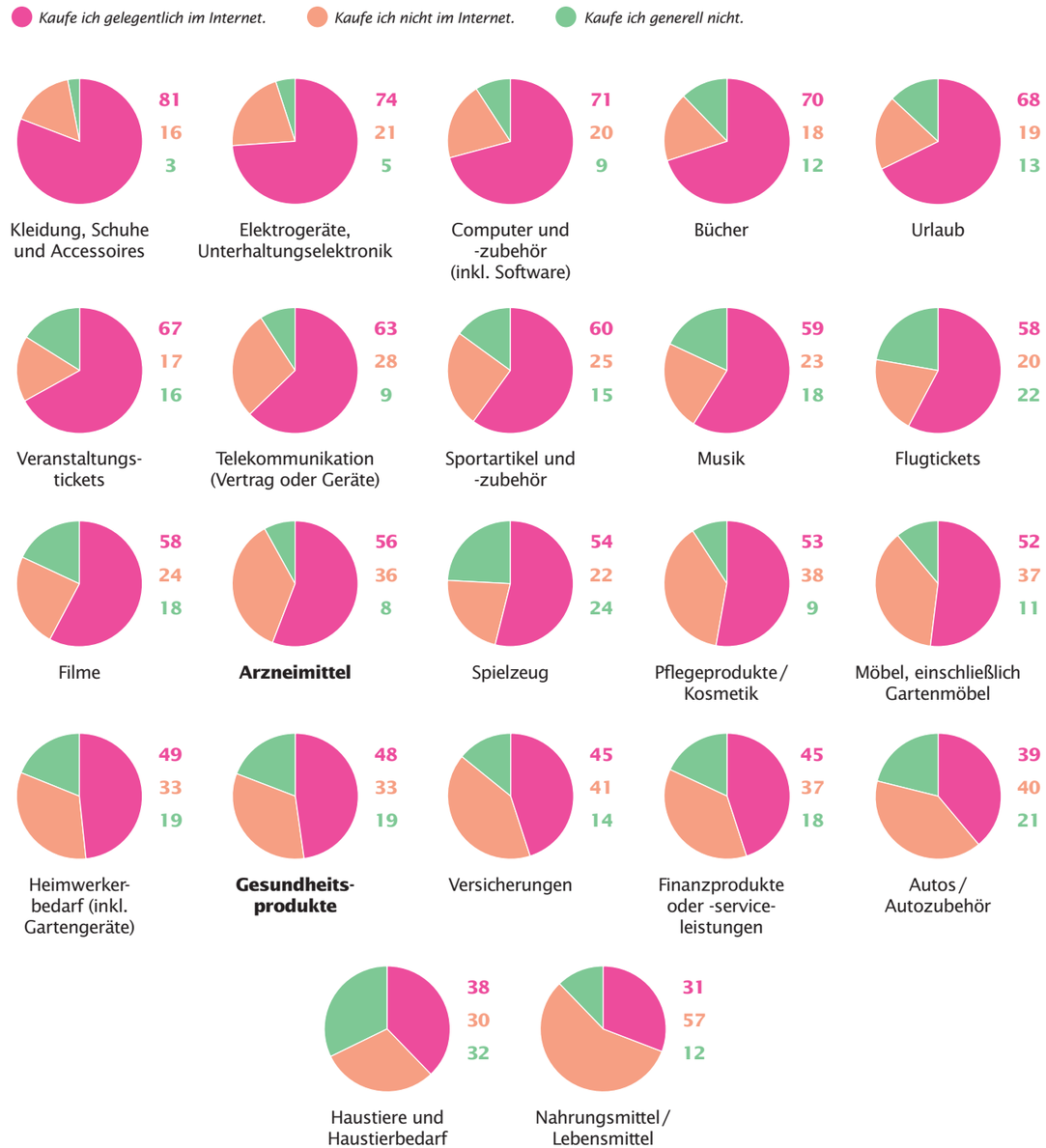
Bewertung der Informationen für Gesundheitsthemen im Internet; Deutschland; 2017; in Prozent*

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

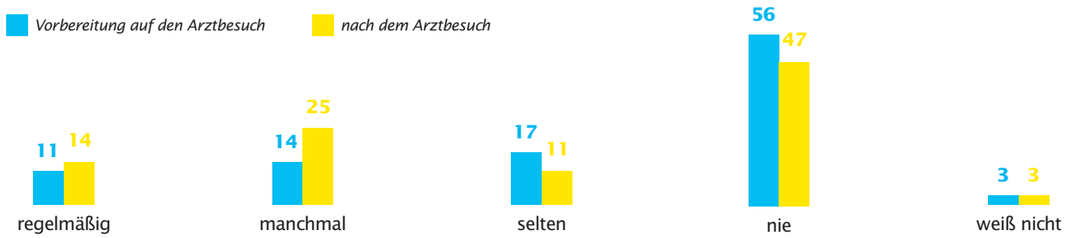
Kauf von Produkten und Services im Internet; Personen von 14 bis 69 Jahren, die in den vergangenen drei Monaten mindestens einmal das Internet genutzt haben; Deutschland; 2017; in Prozent*



**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

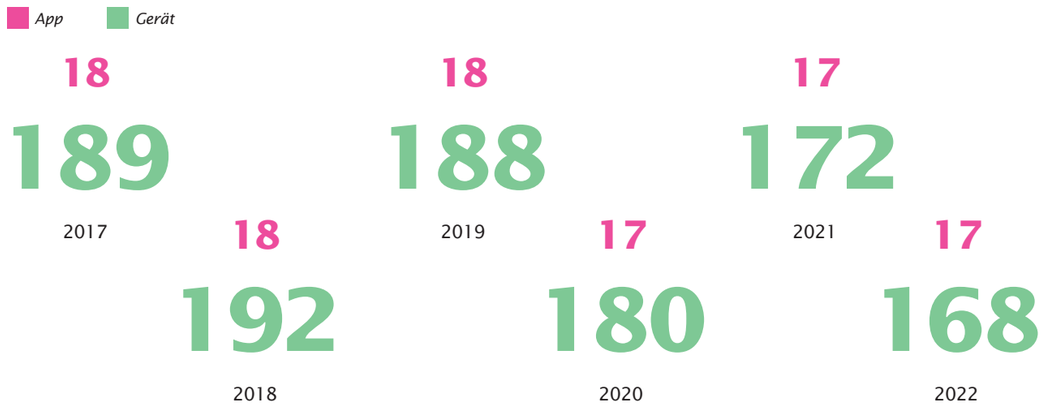
Gründe für die Internet-Nutzung nach dem Arztbesuch; Internet-Nutzer ab 16 Jahren; Deutschland; 2019; in Prozent

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

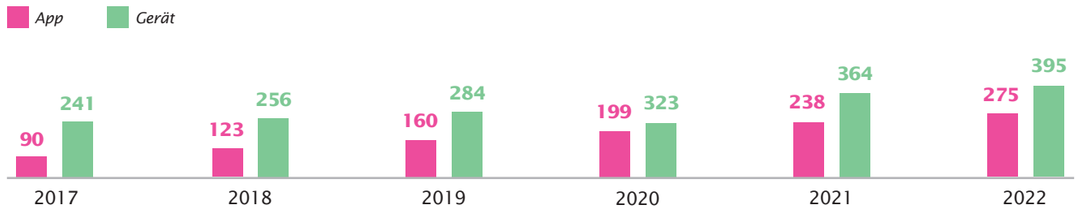
Durchschnittlicher Pro-Kopf-Umsatz von Apps und Geräten für Herzinsuffizienzen; Deutschland; in Euro*



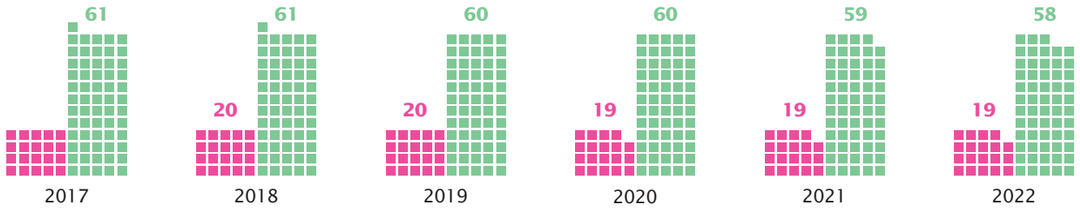
*Prognose. Quelle: Statista – Digital Market Outlook 2018

Geräte auf dem Vormarsch

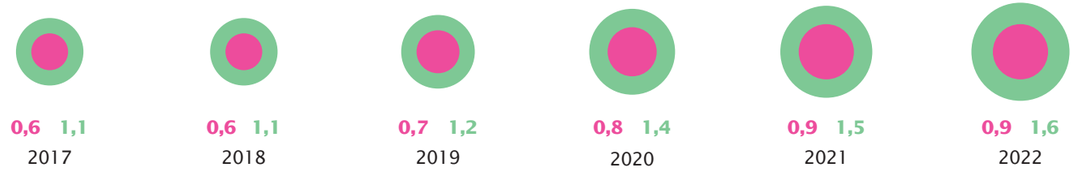
Marktgröße und -entwicklung von Apps und Geräten für Diabetes; Deutschland; Zahl der Nutzer in Tausend*



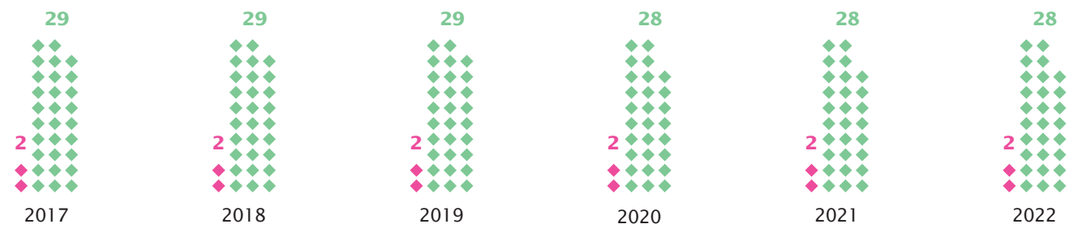
Durchschnittlicher Pro-Kopf-Umsatz von Apps und Geräten für Diabetes; Deutschland; in Euro*



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

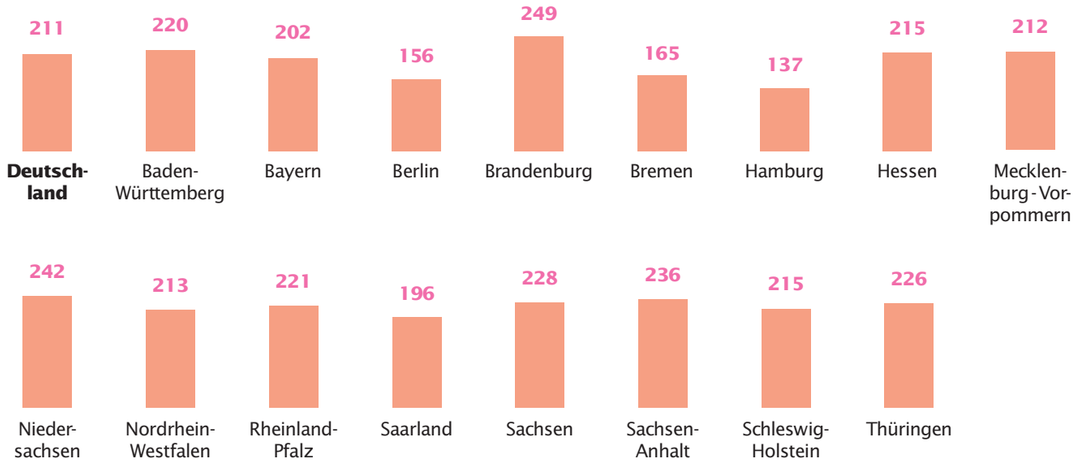
Berufstätige Ärzte und Ärztinnen nach Bundesländern; Deutschland; 2018

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



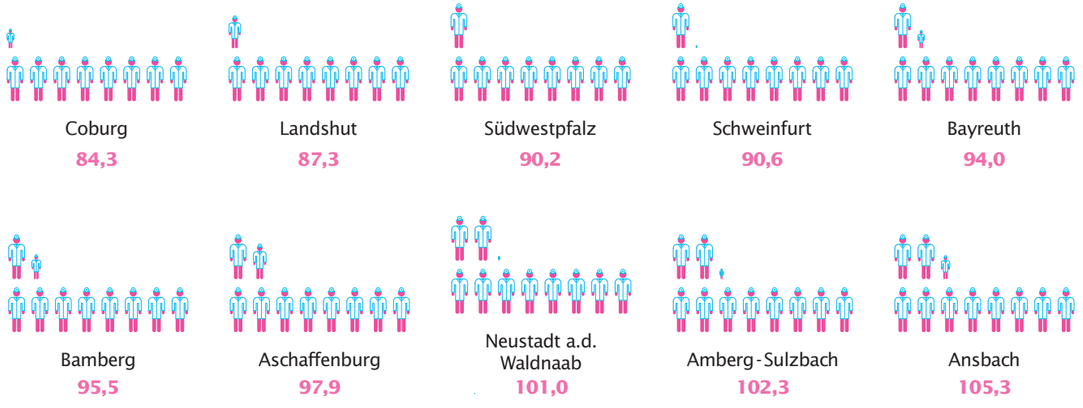
Quelle: Bundesärztekammer

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

7392
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

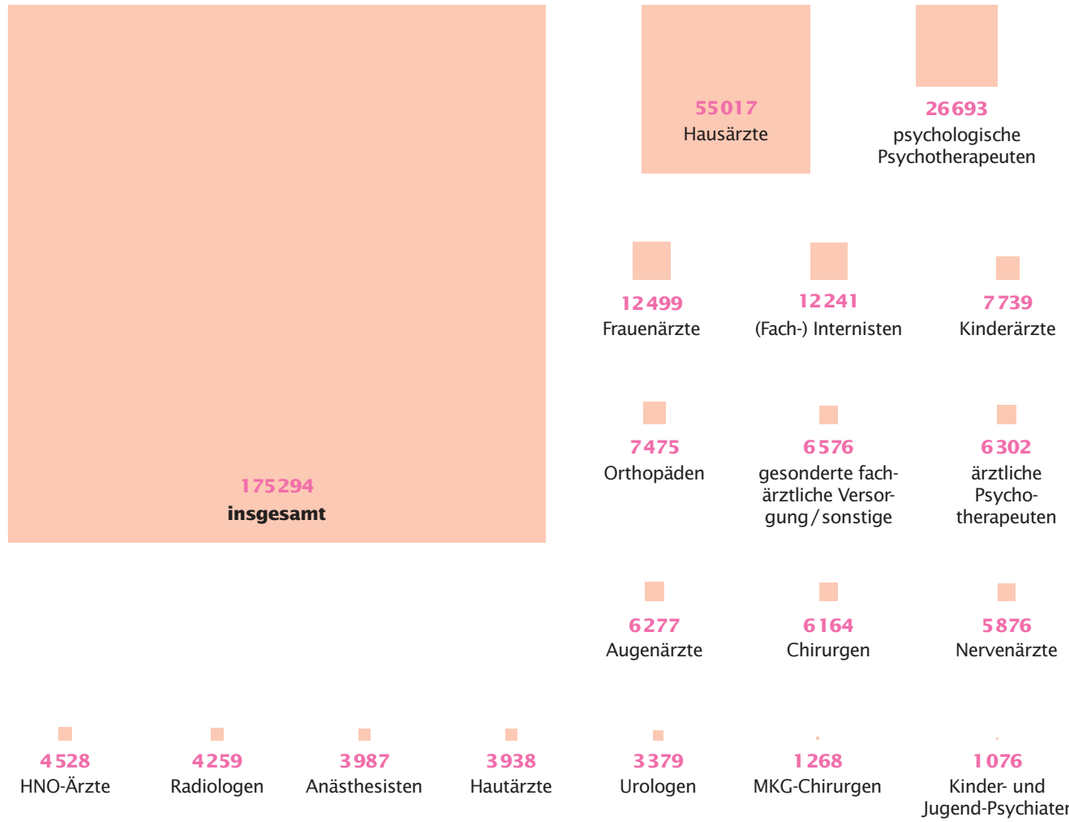
Aus dem Ausland stammende praktizierende Ärzte nach Herkunftsregion; Deutschland

	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 100000 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

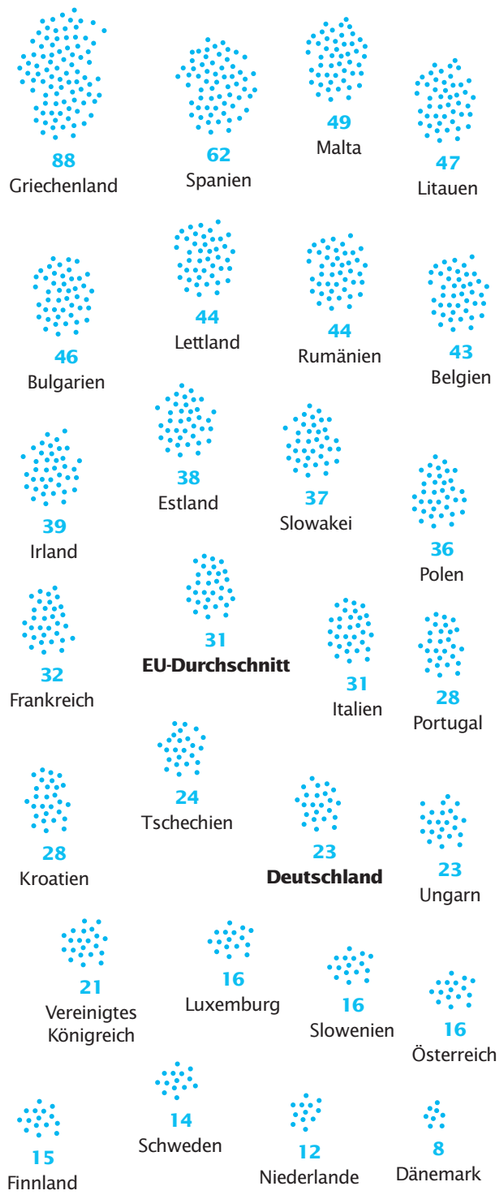
Apothekendichte nach Bundesland; 2018; pro 100000 Einwohner

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

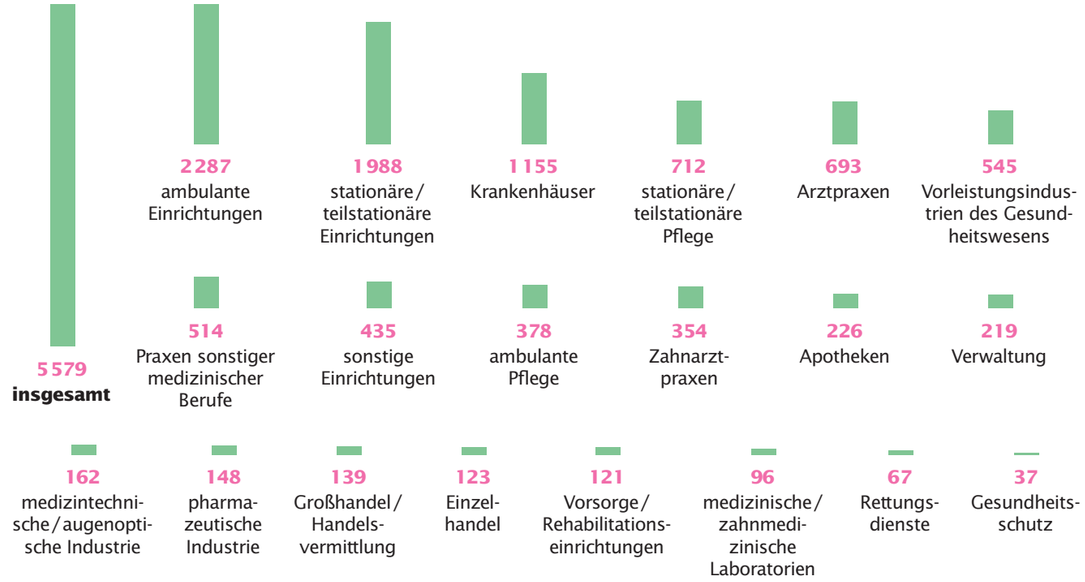
Apothekendichte im internationalen Vergleich; 2018; pro 100000 Einwohner



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	**5579**
Gesundheits-/Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe	1083
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	1653

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

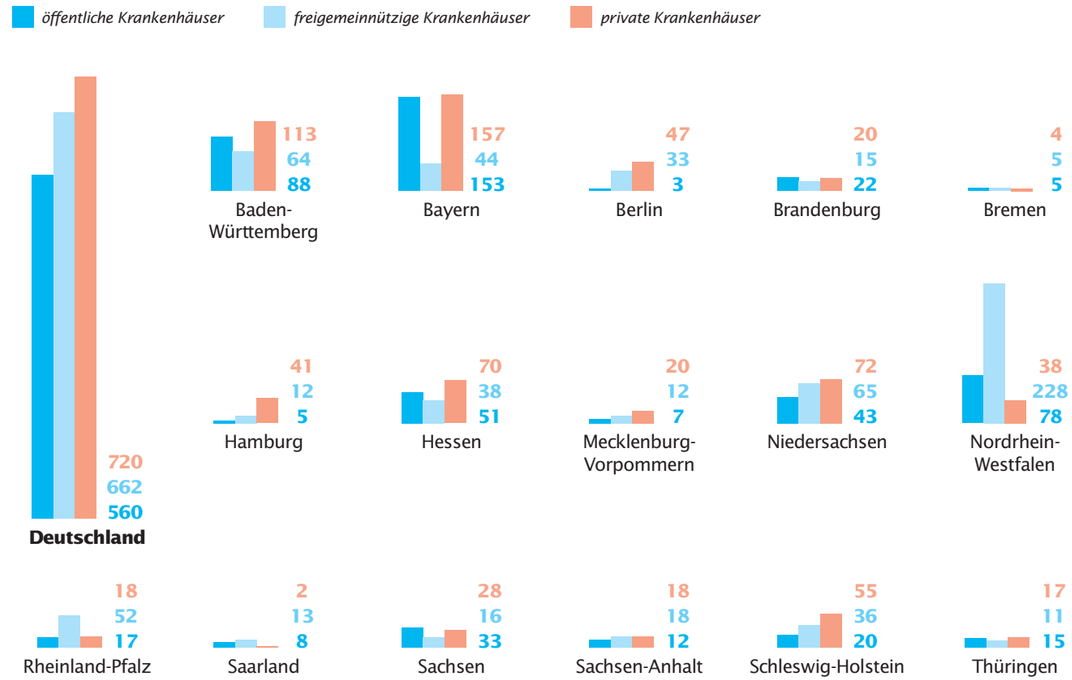
Zahl der Betten in Krankenhäusern je 100000 Einwohner nach Bundesland; 2017



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

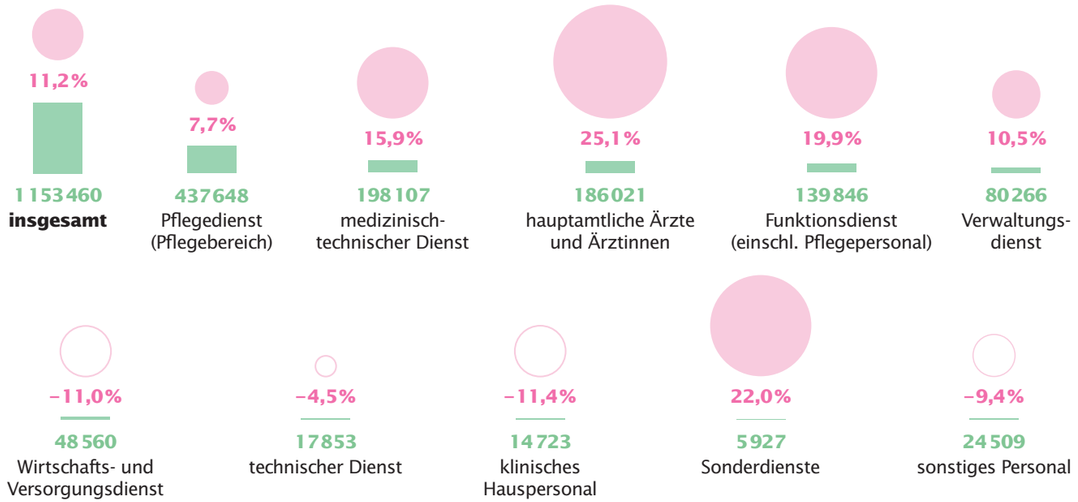
Durchschnittliche Bettenauslastung nach Bundesland; 2017; in Prozent

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

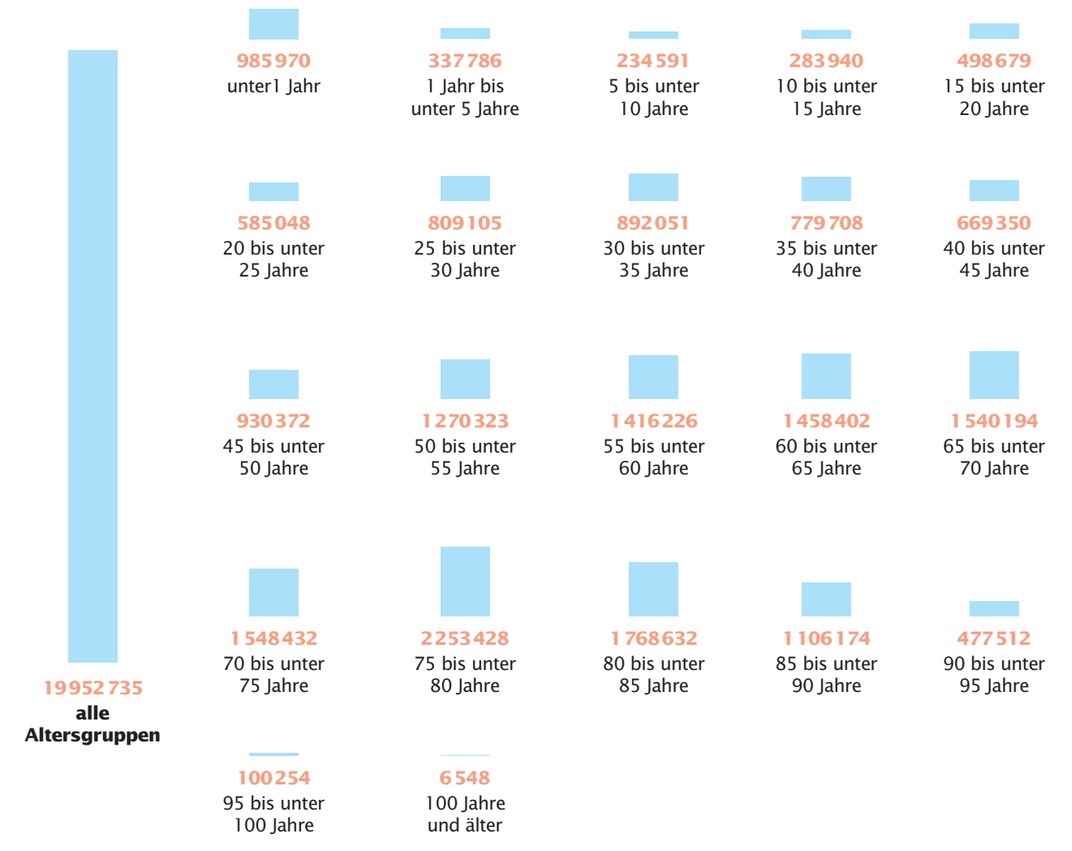
Ärztliches und nicht ärztliches Personal in Krankenhäusern; Deutschland; 2017; Zahl/Veränderung in Prozent

	Zahl	Veränderung 2000–2017
insgesamt	**1237646**	**12,47%**
ärztlicher Dienst	186021	52,40%
nicht ärztlicher Dienst	1051625	7,48%
darunter: Schüler/Auszubildende	84186	3,92%

Quelle: Statistisches Bundesamt

Altersmäßig

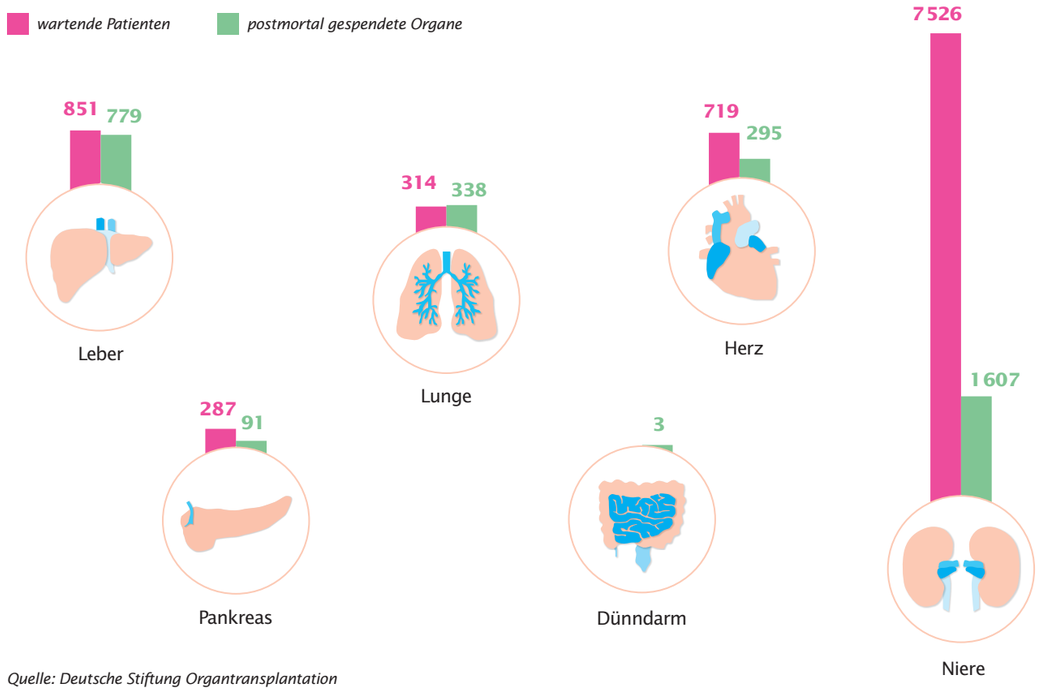
Fallzahlen von Patienten in Krankenhäusern nach Alter; Deutschland; 2017



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	4205	1296
2011	3917	1200
2012	3511	1046
2013	3035	876
2014	2989	864
2015	2901	877
2016	2867	857
2017	2564	797
2018	3113	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

46,9 Spanien	34,0 Portugal	33,6 Belgien	33,0 Kroatien
28,5 Italien	26,8 Frankreich	25,5 Tschechien	24,7 Österreich
23,1 Vereinigtes Königreich	22,1 Norwegen	21,8 Irland	21,4 Finnland
20,9 Slowenien	19,0 Schweden	17,2 Schweiz	16,5 Dänemark
16,2 Ungarn	15,9 Luxemburg	15,8 Slowakei	14,6 Polen
14,4 Niederlande	9,7 **Deutschland**		

Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation

Dankbar in Deutschland

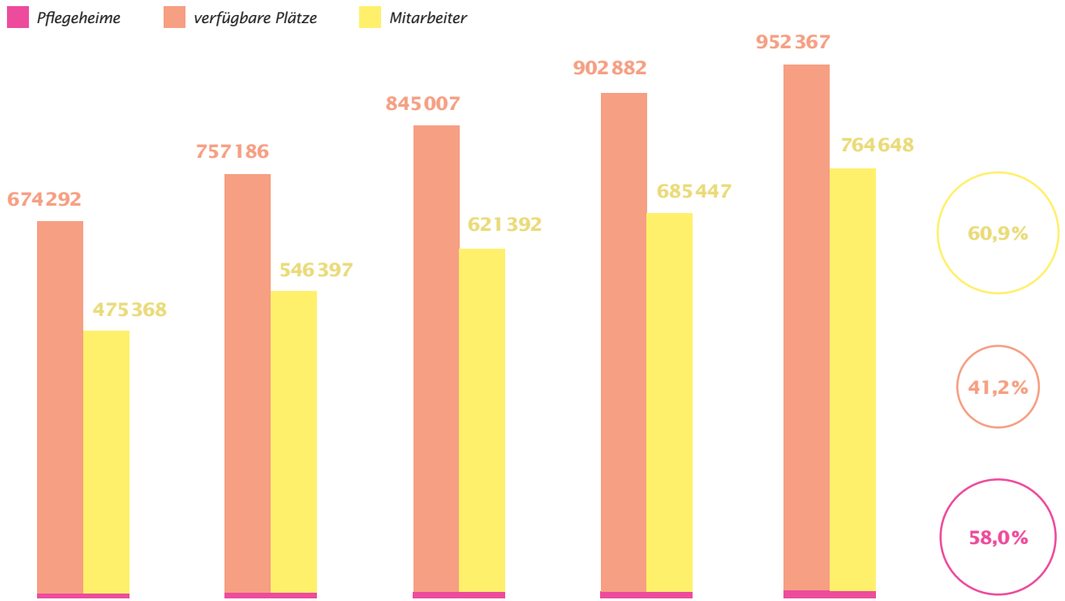
Transplantierte Organe aus dem Eurotransplantraum nach Art der Spende; Deutschland; 2018; Zahl/in Prozent

transplantierte Organe nach Lebendspende	690	17,4%
transplantierte Organe nach Dominospende*	5	0,1%
transplantierte Organe nach postmortaler Spende	3264	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

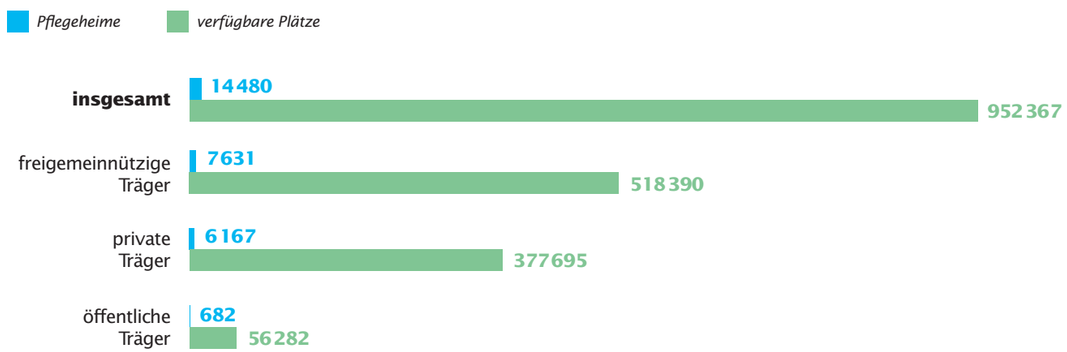
Zahl der Pflegeheime, der verfügbaren Plätze und der Mitarbeiter in Deutschland



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

14050 **insgesamt**

9243 private Träger

4615 freigemeinnützige Träger

192 öffentliche Träger

Quelle: Statistisches Bundesamt

Wer uns zu Hause versorgt

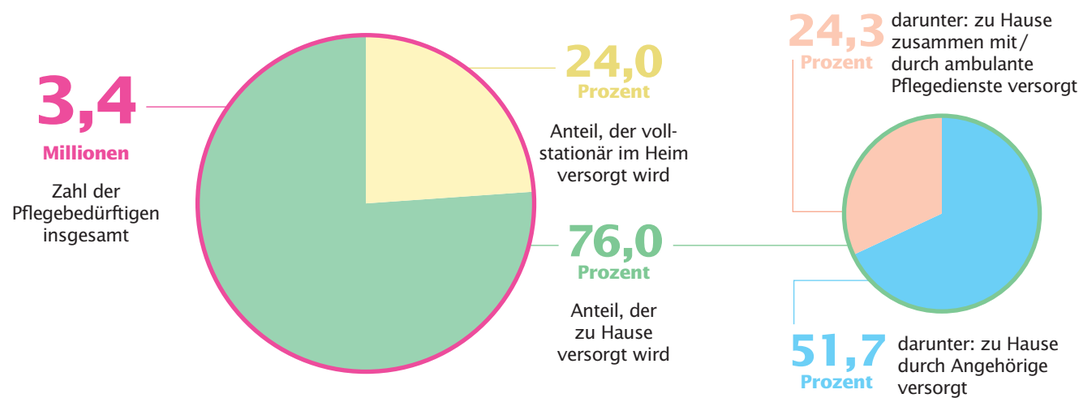
In ambulanten Pflegediensten beschäftigte Personen nach Art des Personals; Deutschland

	2011	2017	Veränderung 2011–2017 in %
Grundpflege	204795	267849	30,8
häusliche Betreuung	k. A.	14898	k. A.
hauswirtschaftliche Versorgung	38092	49518	30,0
Pflegedienstleitung	16671	19819	18,9
Verwaltung, Geschäftsführung	14144	18154	28,4
sonstiger Bereich	17012	20084	18,1
Tätigkeitsbereich insgesamt	290714	390322	34,3

Quelle: Statistisches Bundesamt

Wo und von wem wir uns pflegen lassen

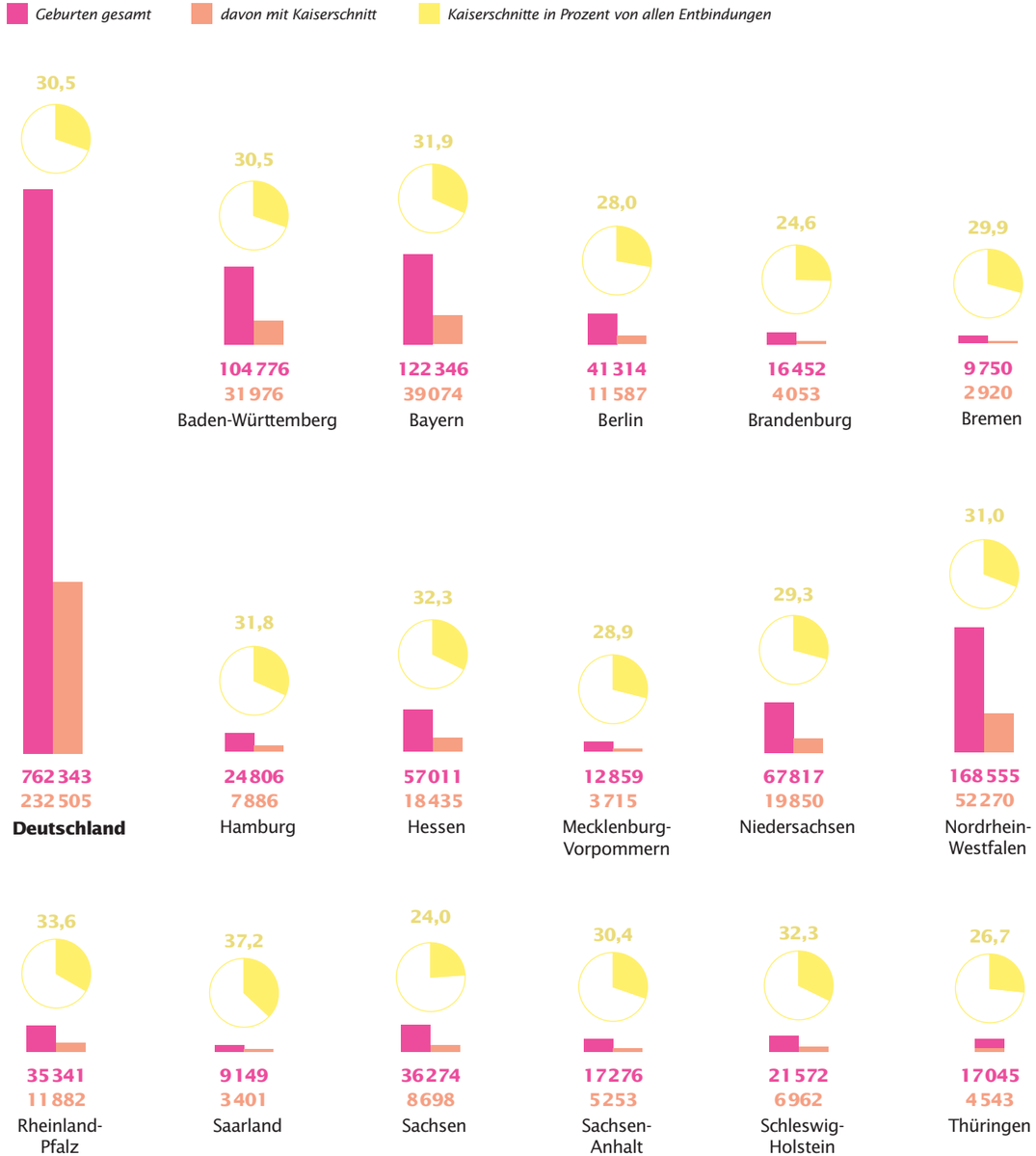
Pflegebedürftige nach Versorgungsart; Deutschland; 2017



Quelle: Statistisches Bundesamt

Auf die Welt gebracht

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



Quelle: Statistisches Bundesamt

Für die Gesundheit ausgegeben

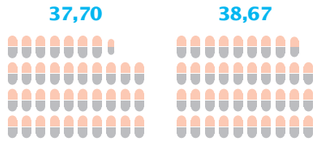
Gesundheitsausgaben in Deutschland; in Millionen Euro/als Anteil am BIP in Prozent/in Euro je Einwohner

	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

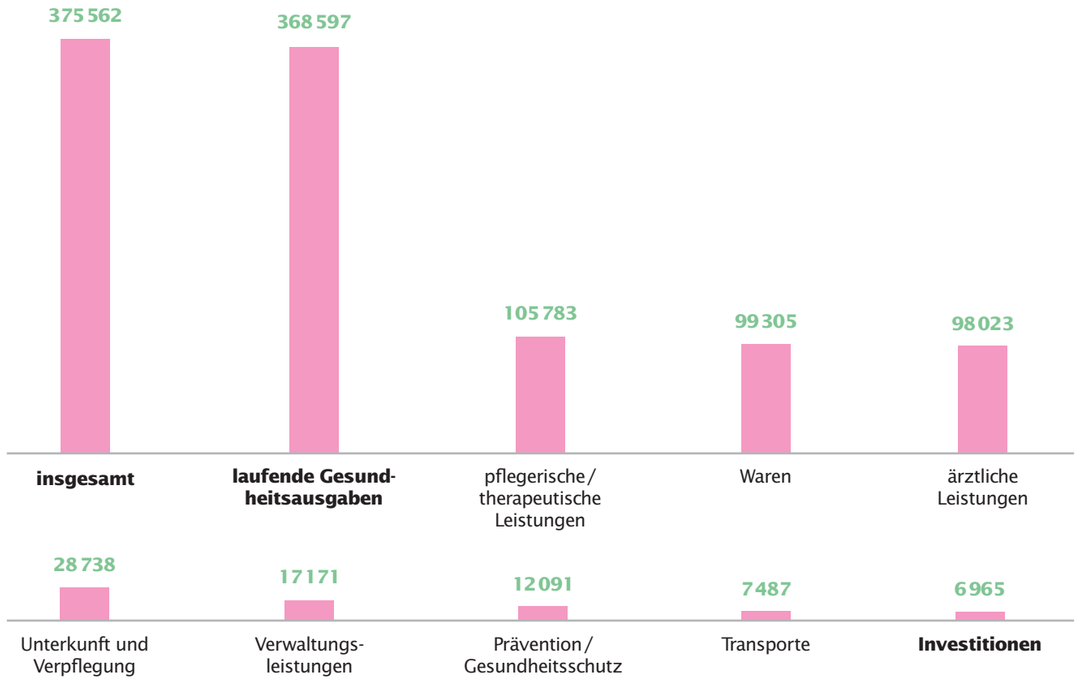
Arzneimittelumsatz in Apotheken, Drogerie- und Verbrauchermärkten; Deutschland; in Milliarden Euro*

	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?

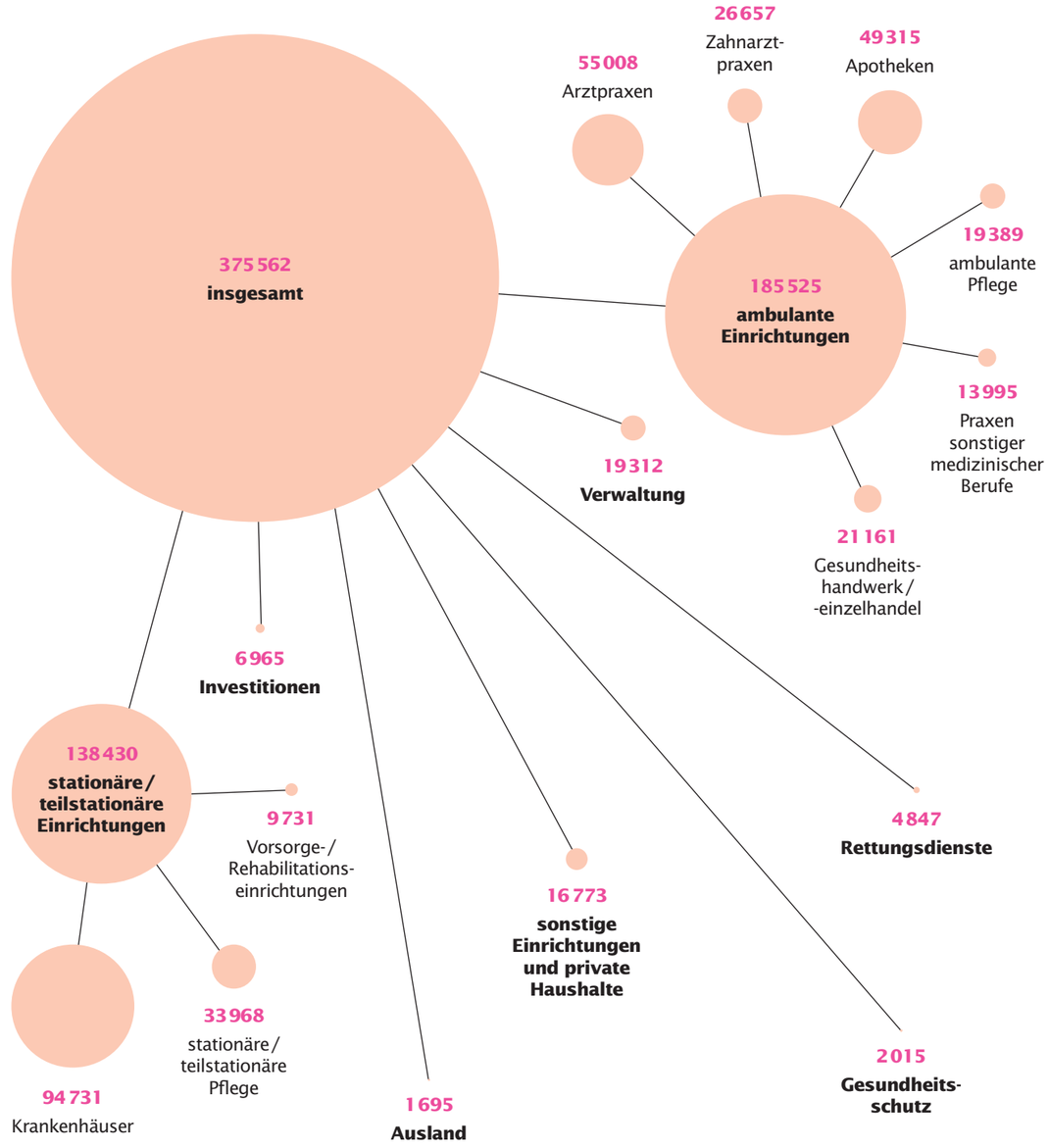
Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger; Deutschland; in Millionen Euro

	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

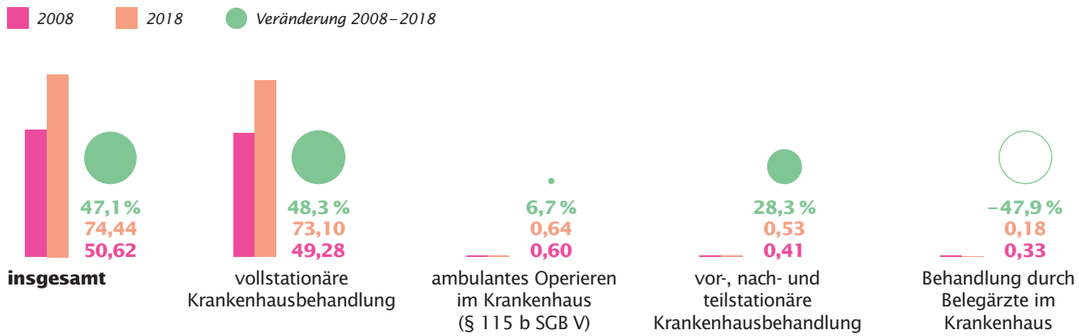
Krankenhauskosten nach Ausgabenposition; Deutschland; in Tausend Euro

	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

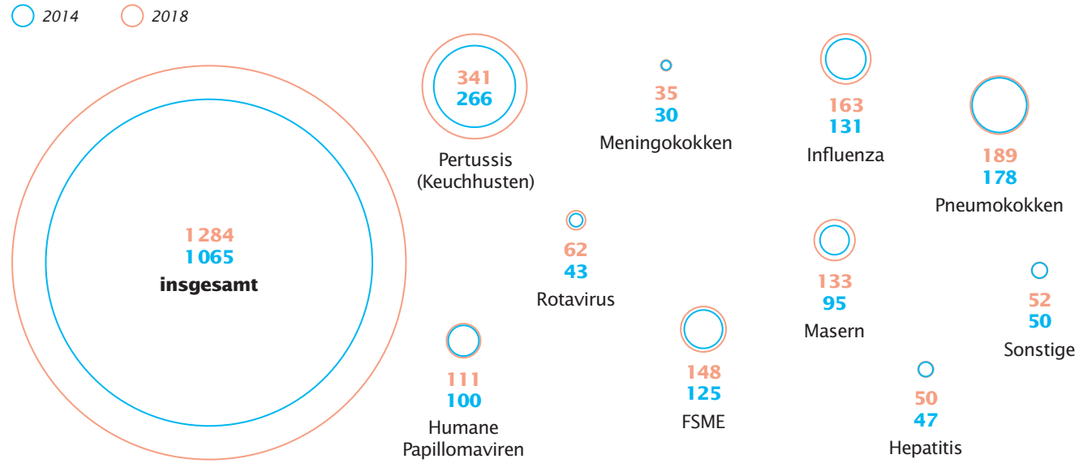
Krankenhauskosten der gesetzlichen Krankenversicherung nach Ausgabenposition; Deutschland; in Milliarden Euro



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

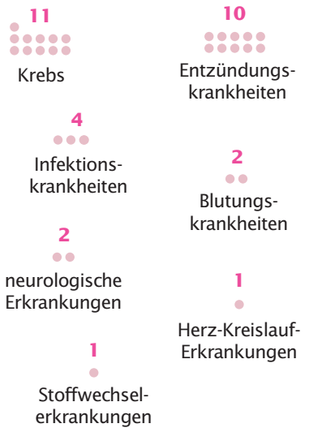
Zahl der zulasten der GKV abgegebenen Impfdosen*; Deutschland; 2018; pro Tausend GKV-Versicherte

	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

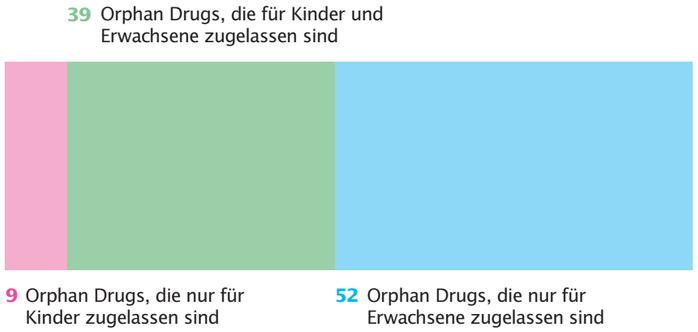
2006	28
2007	30
2008	28
2009	36
2010	26
2011	27
2012	24
2013	27
2014	49
2015	36
2016	31
2017	31

*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

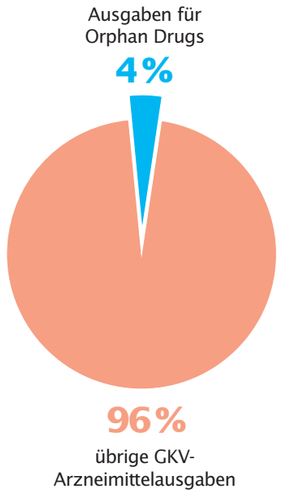


*Basis: 158 Wirkstoffe, die zwischen April 2000 und Dezember 2018 als Orphan Drug zugelassen wurden. Als Orphan Drugs bezeichnet man Medikamenten gegen schwere oder lebensbedrohliche Krankheiten, an denen nur relativ wenige Menschen erkranken.

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.

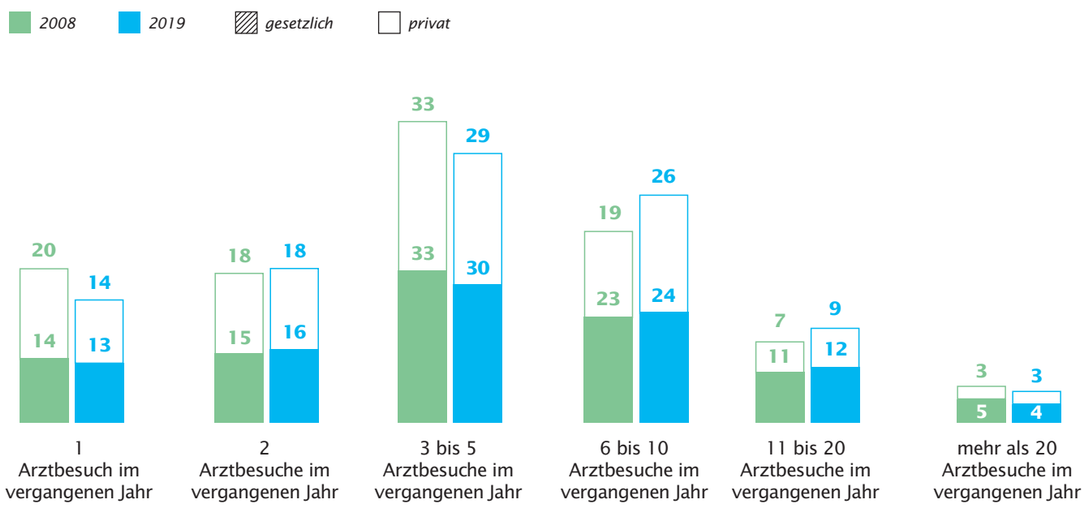
Deswegen interessiere ich mich für alles, was dazu beiträgt, das große Schiff Medizin und Gesundheitswesen umzusteuern. Ich würde die privaten Krankenversicherungen abschaffen, damit sich die, denen es wirtschaftlich am besten geht, nicht länger aus dem Solidarsystem verabschieden können. Die Zahl der 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

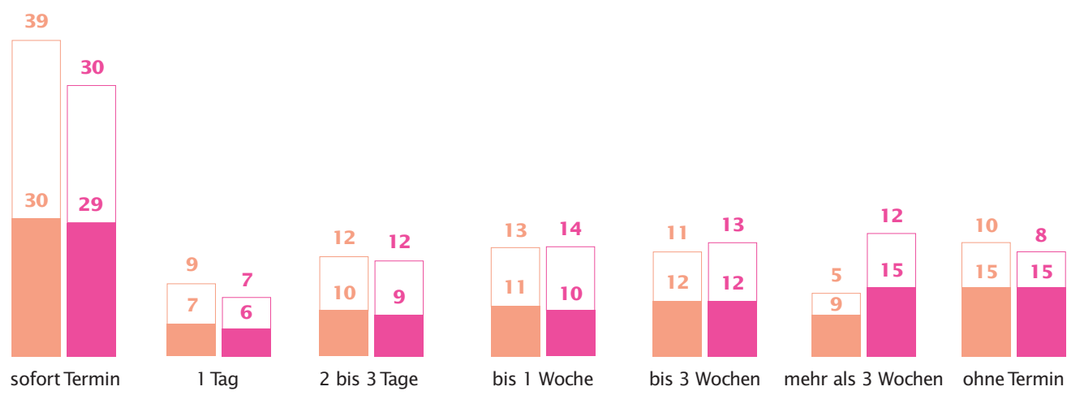
Anteile der Bevölkerung nach Häufigkeit ihrer Arztbesuche und Versicherungsart; Deutschland; in Prozent



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.“

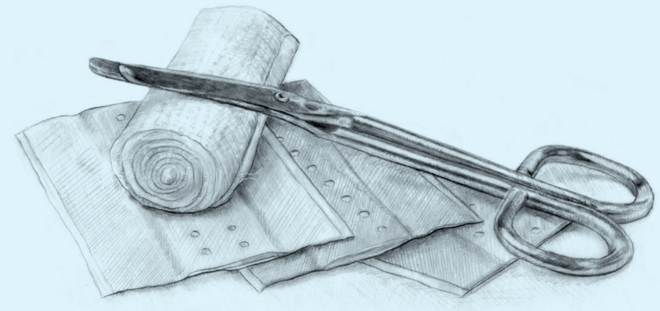
Was Eike Rode anbietet, unterstütze das Kollegium sehr, sagt Schulleiterin Kirsten Nissen. „Wir arbeiten heute an Schulen zumeist multiprofessionell. Frau Rode passt da sehr gut in unser Team, sie ist ein großer Mehrwert für uns. Denn die Lehrkräfte können sich so stärker auf ihren Unterricht konzentrieren 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

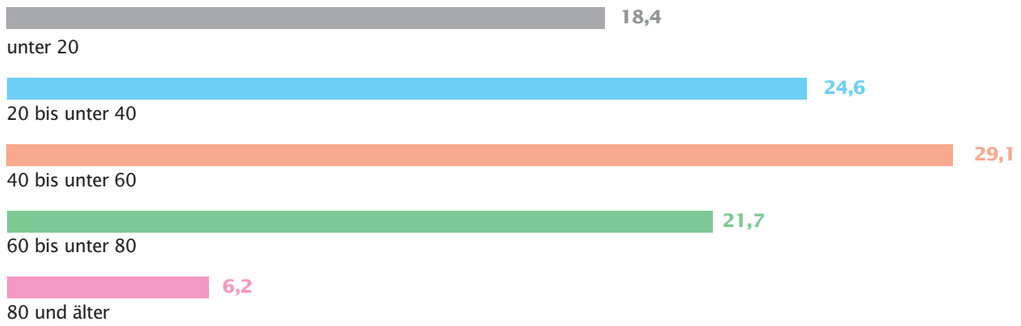
Anteil der Personen in Deutschland, die angeben, sich gesund zu ernähren, 2018, in Prozent 52
Anteil der Personen in Deutschland, die angeben, sich ausreichend zu bewegen, 2018, in Prozent 54

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

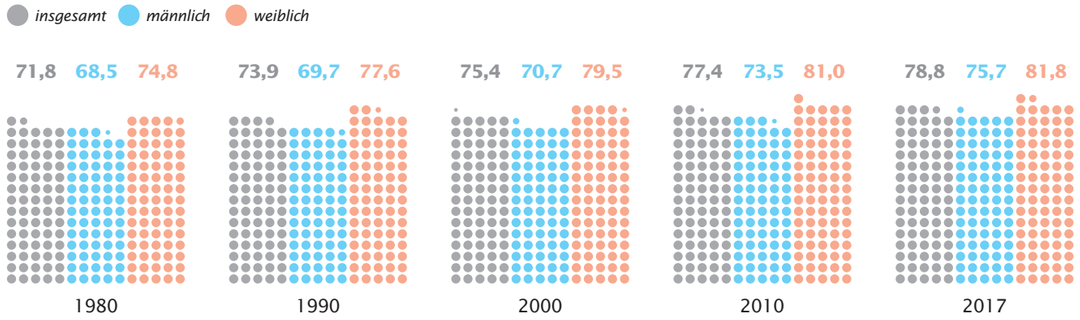
Altersgruppe	gesund	krank oder unfallverletzt
alle Altersgruppen	**84,7**	**15,3**
unter 5 Jahre	86,5	13,5
5 bis unter 10 Jahre	90,8	9,2
10 bis unter 15 Jahre	91,9	8,1
15 bis unter 20 Jahre	91,4	8,6
20 bis unter 25 Jahre	88,8	11,2
25 bis unter 30 Jahre	86,9	13,1
30 bis unter 35 Jahre	86,4	13,6
35 bis 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

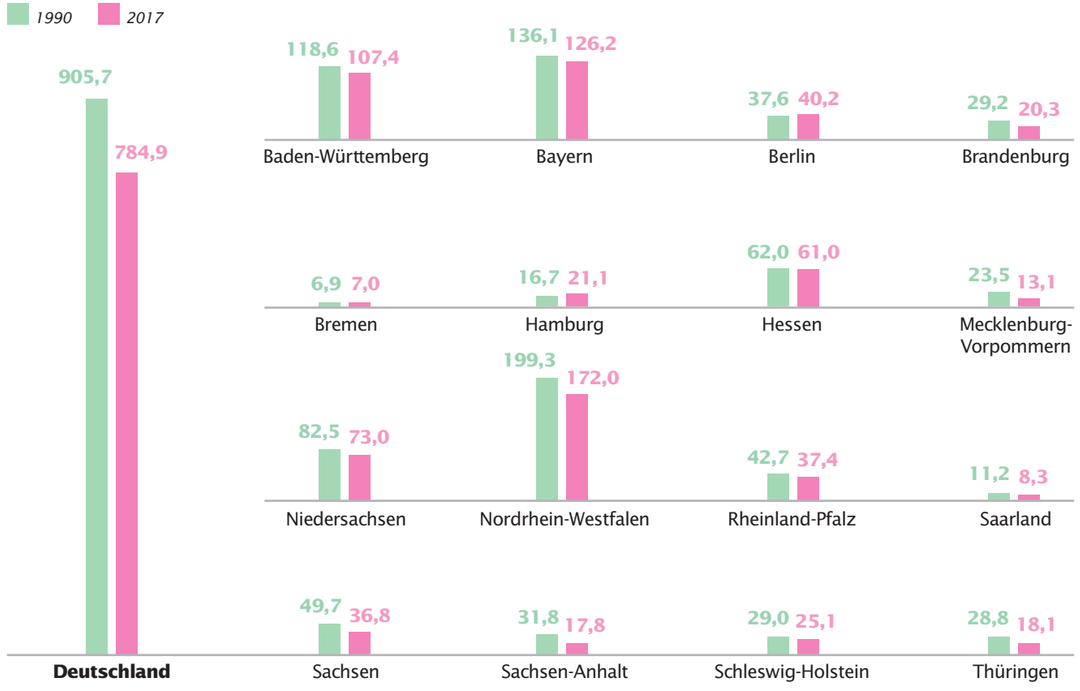
Durchschnittliches Alter der Gestorbenen in Deutschland; in Lebensjahren



Quelle: Statistisches Bundesamt

Wir werden weniger

Zahl der Lebendgeburten pro Jahr in Deutschland; pro Tausend Einwohner



Quelle: Statistisches Bundesamt

Die Weltbevölkerung wächst

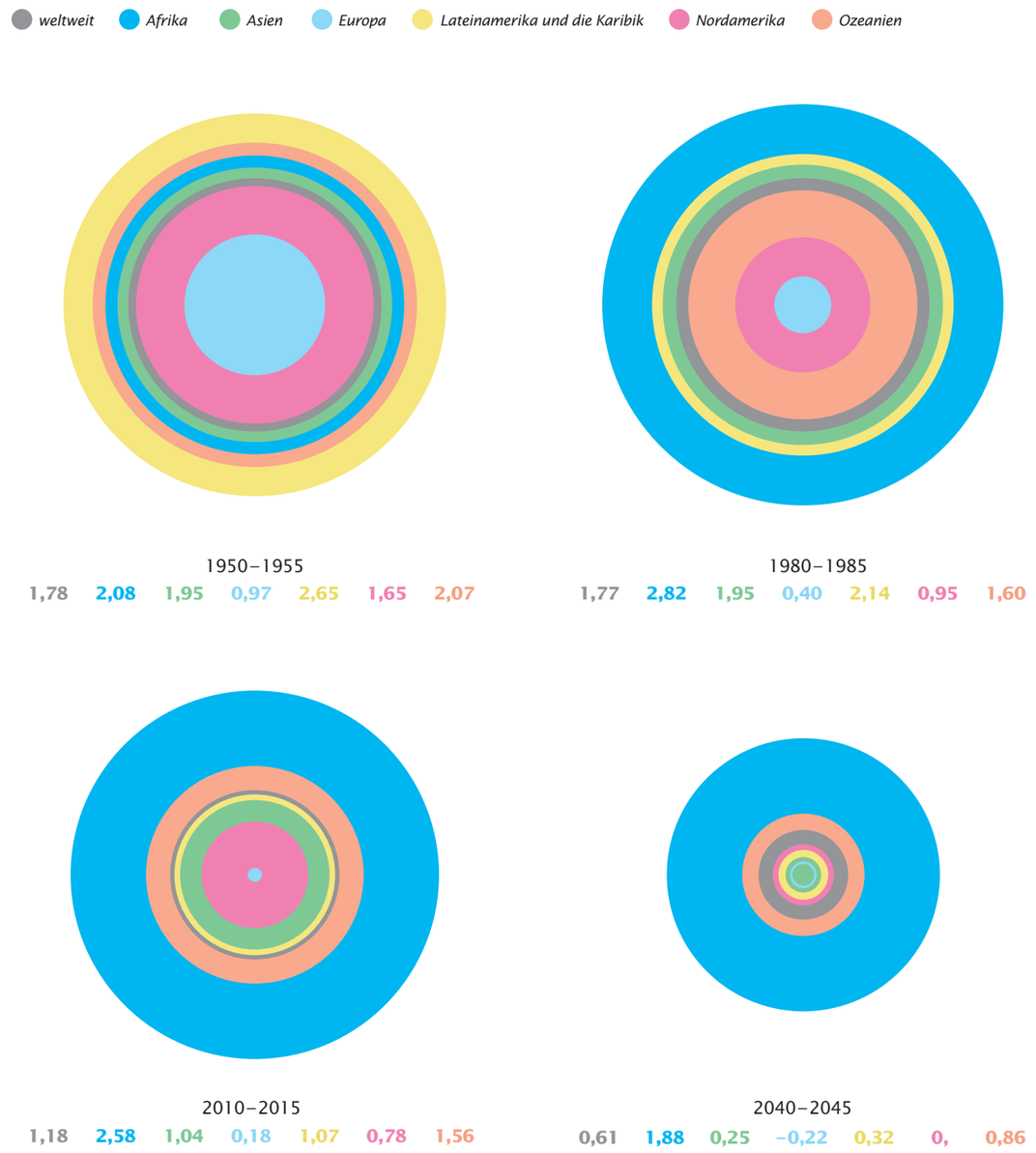
Weltbevölkerung; in Tausend

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

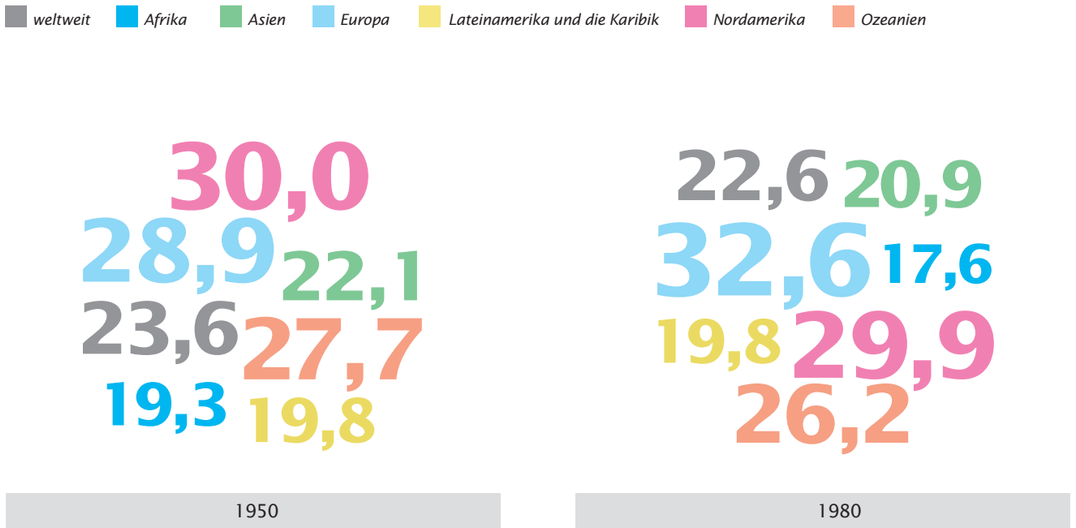
Durchschnittliche jährliche Wachstumsraten der Bevölkerung nach Kontinent; in Prozent



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

Die Mittelalten

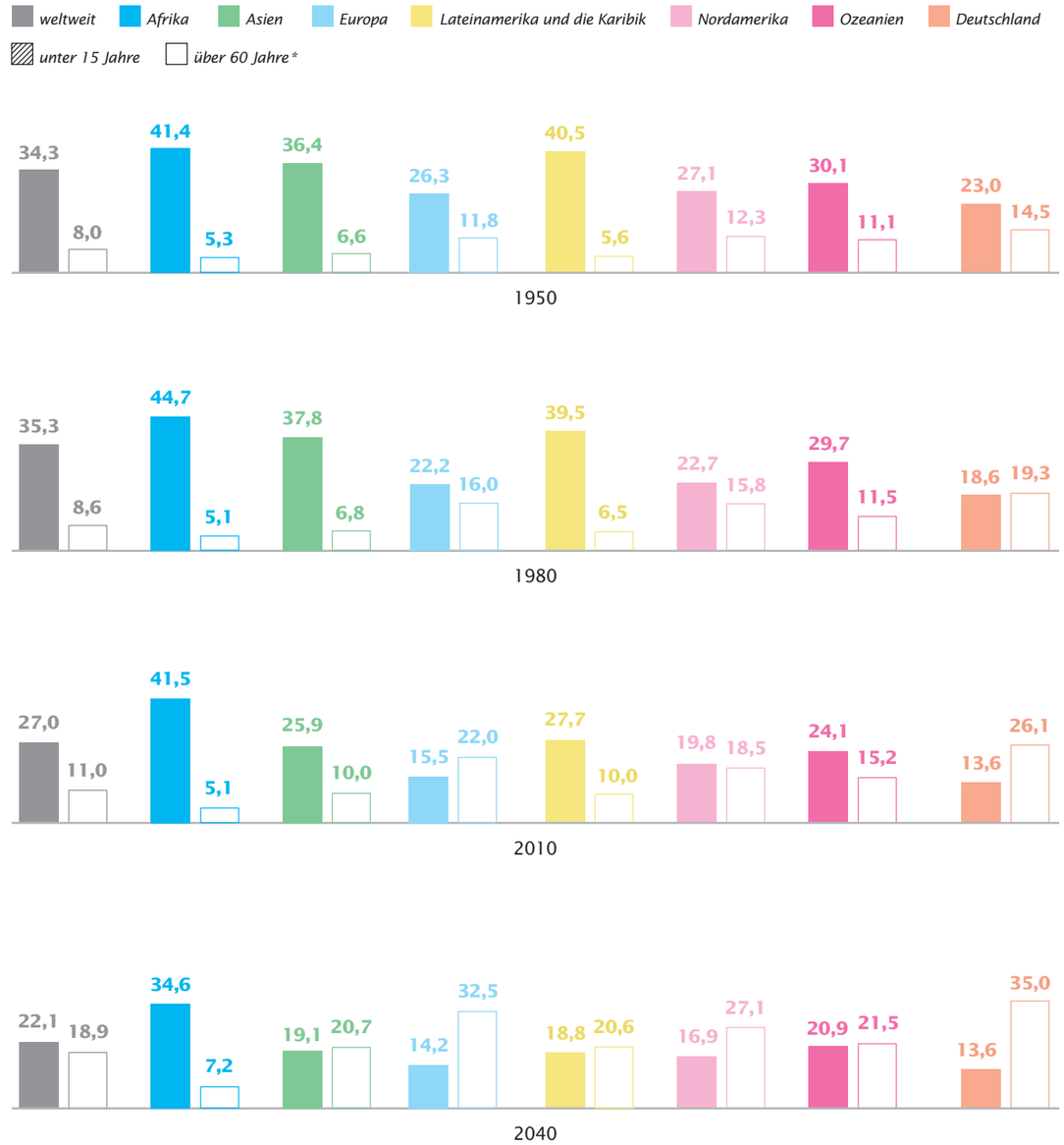
Mittleres Alter (Median) nach Kontinent; in Jahren



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

Die Jungen und die Alten

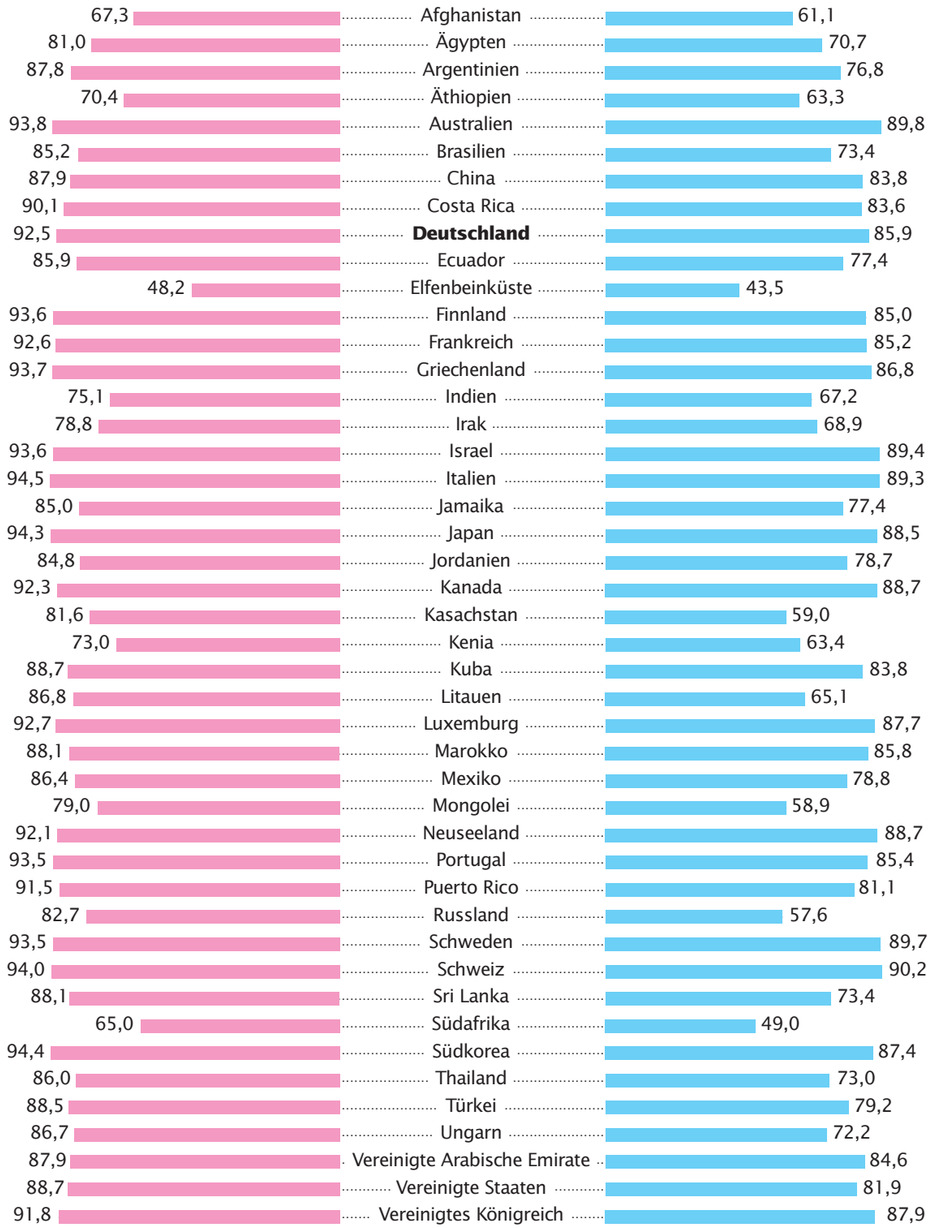
Anteil der unter 15-Jährigen und über 60-Jährigen* im internationalen Vergleich; in Prozent



**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

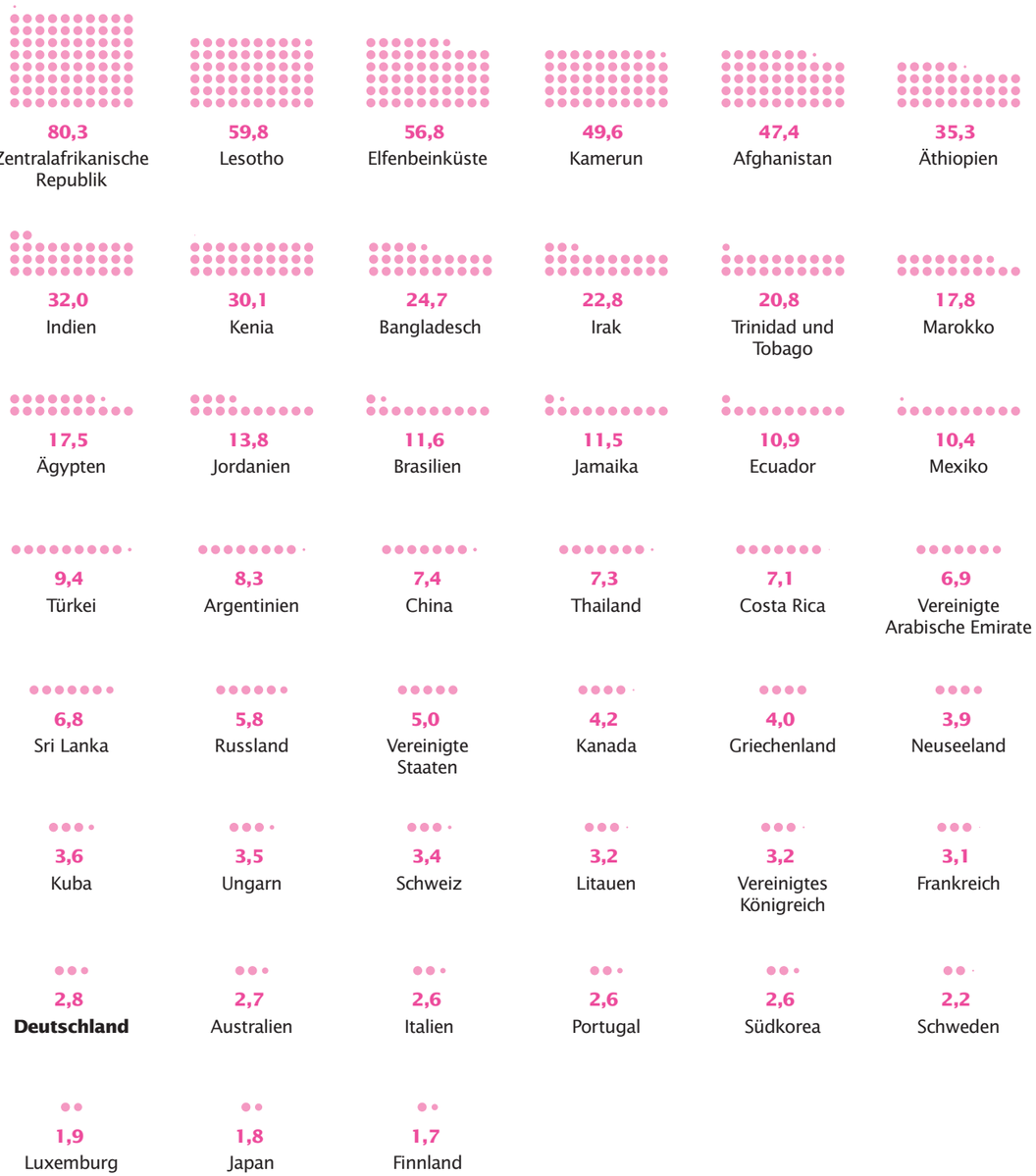
Sterblichkeitsrate im internationalen Vergleich; pro Tausend Einwohner

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%
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

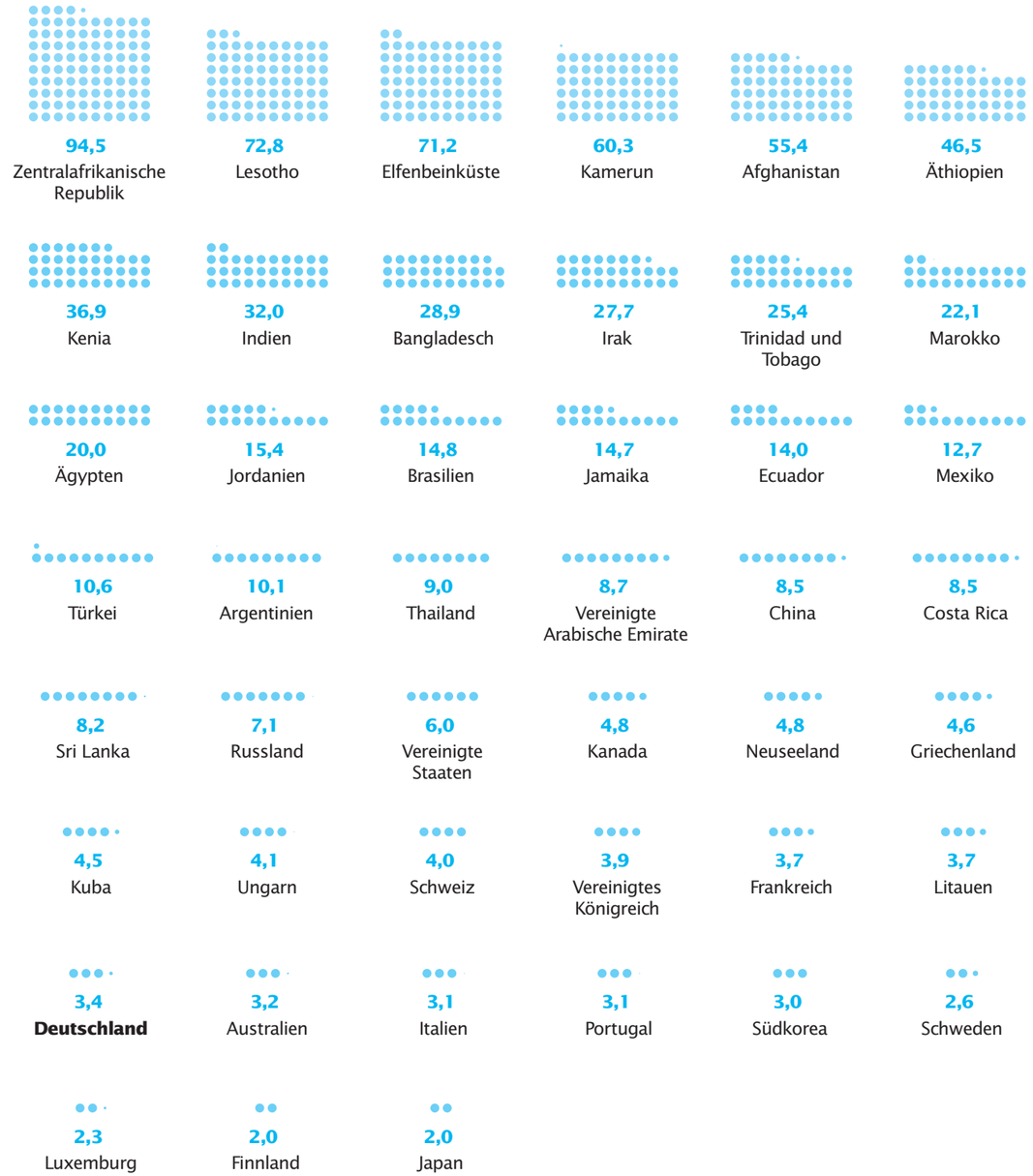
Säuglingssterblichkeitsrate von Mädchen im internationalen Vergleich; 2017; pro Tausend Lebendgeburten



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

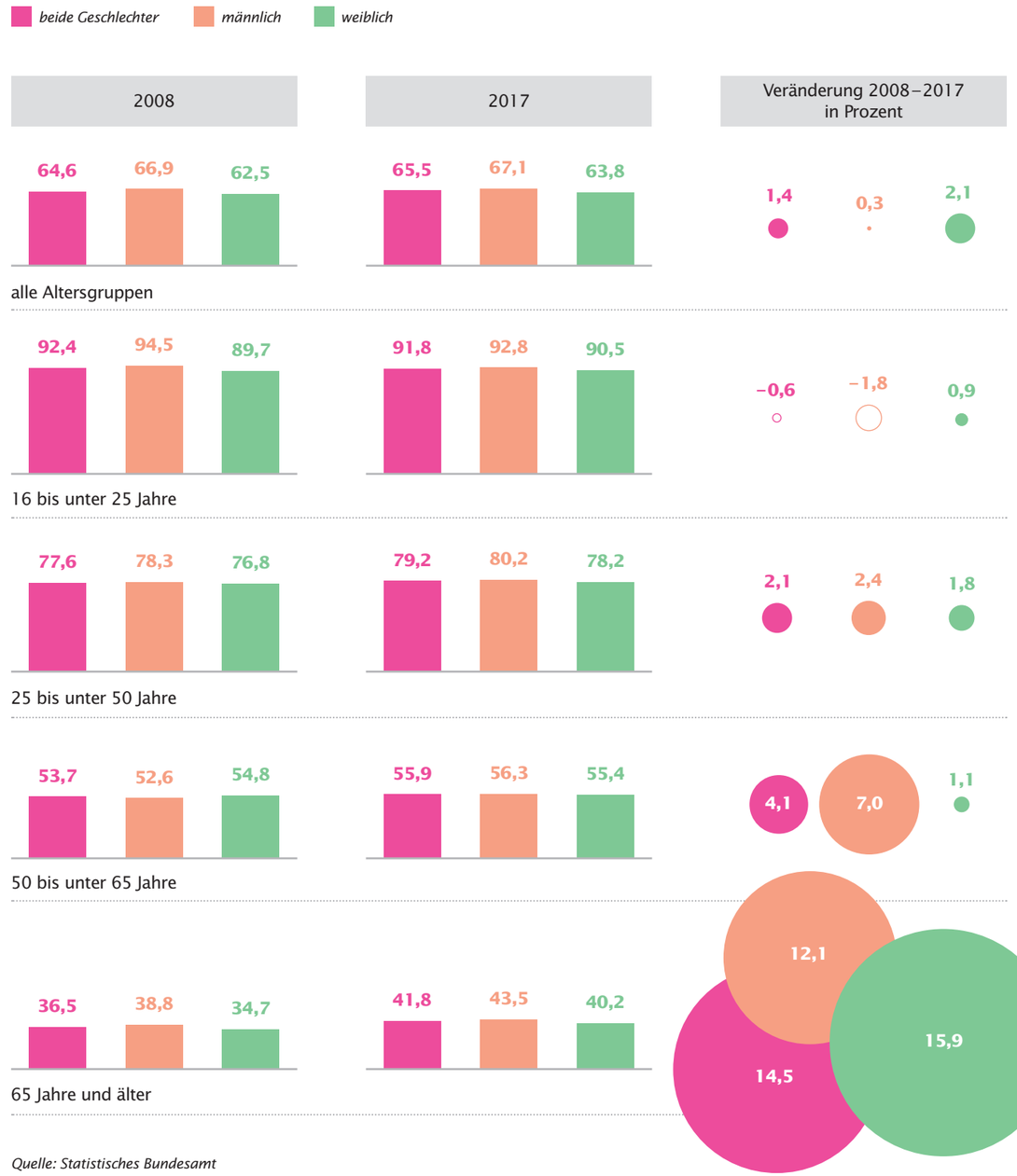
Die zehn häufigsten Todesursachen nach Geschlecht; Deutschland; 2017

	ingesamt	Männer	Frauen
chronische ischämische Herzkrankheit	76929	40804	36125
akuter Myokardinfarkt	46966	27130	19836
bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	45033	28664	16369
nicht näher bezeichnete Demenz	39459	12600	26859
Herzinsuffizienz	38187	14069	24118
sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	32104	17407	14697
hypertensive Herzkrankheit	24553	7125	17428
Vorhofflattern und Vorhofflimmern	20982	7349	13633
Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	19113	9438	9675
bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	18593	192	18401

Quelle: Statistisches Bundesamt

Wie wir uns fühlen

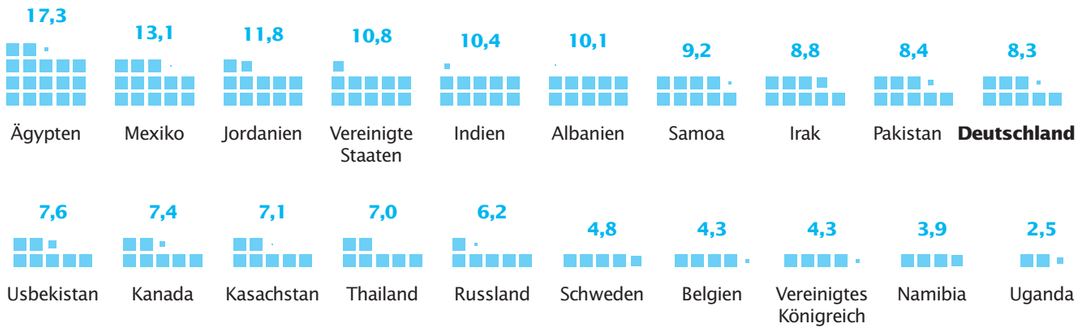
Gesundheitliche Selbstwahrnehmung nach Alter und Geschlecht: „Der Gesundheitszustand ist sehr gut/gut"; Deutschland; in Prozent



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

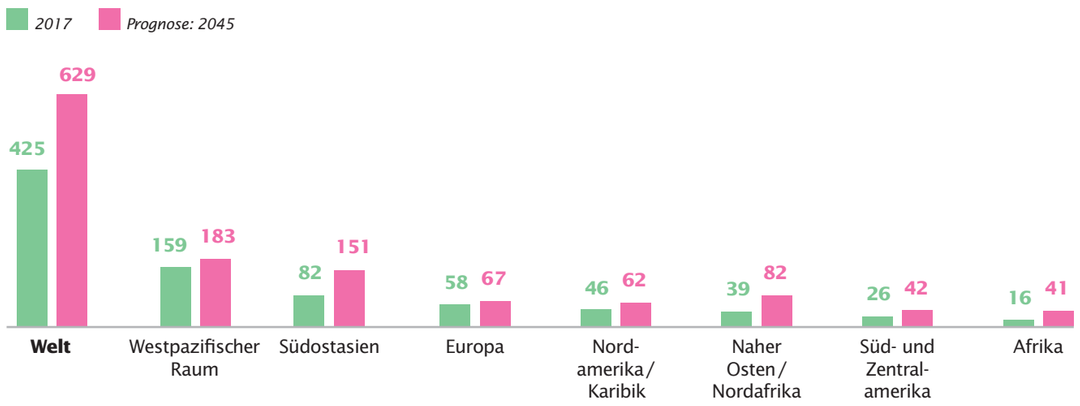
Zahl diagnostizierter Typ-2-Diabetes-Fälle nach Wohnsitz und nach Geschlecht

	2000	2017	Veränderung 2000–2017 in Prozent
Deutschland	**102072**	**158121**	**54,9**
Baden-Württemberg	10094	16882	67,2
Bayern	11291	23254	106,0
Berlin	2638	6315	139,4
Brandenburg	4114	6776	64,7
Bremen	747	951	27,3
Hamburg	1443	2389	65,6
Hessen	6798	12312	81,1
Mecklenburg-Vorpommern	3737	5504	47,3
Niedersachsen	9216	12538	36,0
Nordrhein-Westfalen	25401	34065	34,1
Rheinland-Pfalz	3846	6848	78,1
Saarland	1046	2172	107,6
Sachsen	8663	10762	24,2
Sachsen-Anhalt	5769	6909	19,8
Schleswig-Holstein	3062	4246	38,7
Thüringen	4206	6198	47,4
Männer	44205	94278	113,3
Frauen	57867	63843	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

1758321 (2011) · 1861775 (2013) · 2076877 (2015) · 2594862 (2017)

47,6

Veränderung 2011–2017 in Prozent

Quelle: Statistisches Bundesamt

Einordnend

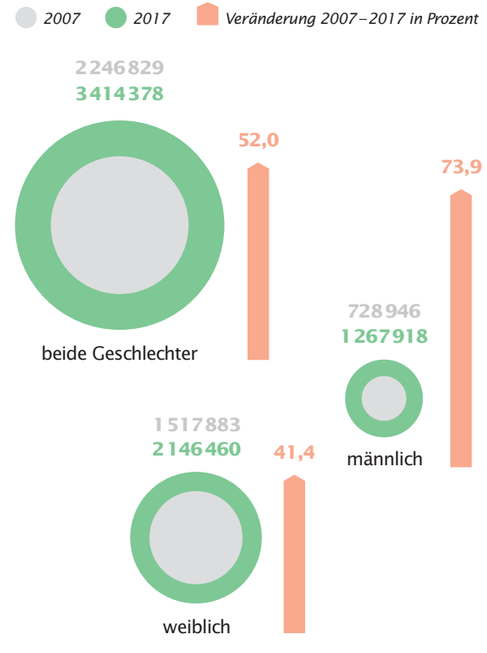
Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung; nach Bundesländern; 2017; in Prozent

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

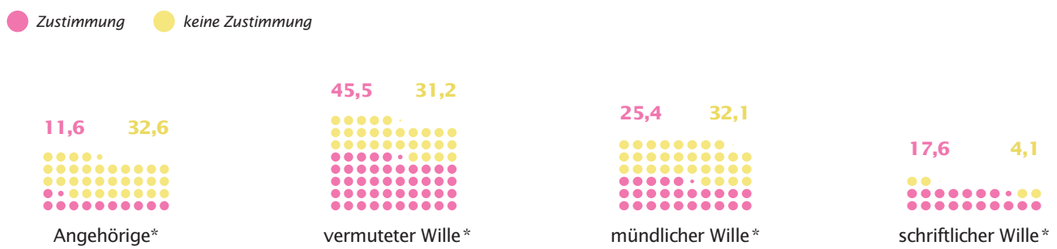
Zahl der Todesfälle durch Tuberkulose; 2017; pro 100 000 Einwohner

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*

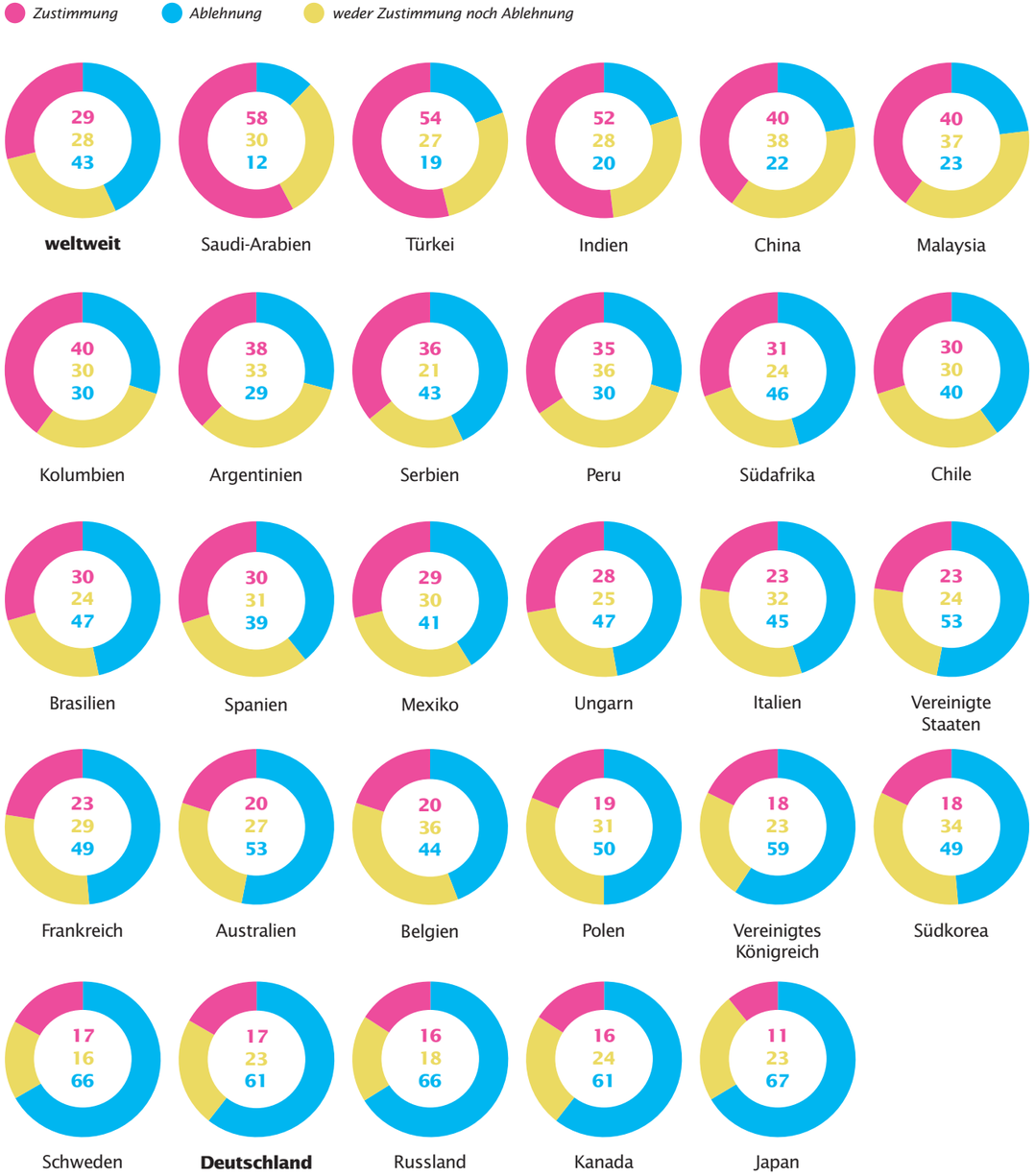


**Abweichungen in den Summen entstehen durch Runden der Zahlen. Quelle: Ipsos MORI*

Gemischt

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

Zustimmung *Ablehnung* *weder Zustimmung noch Ablehnung*



**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

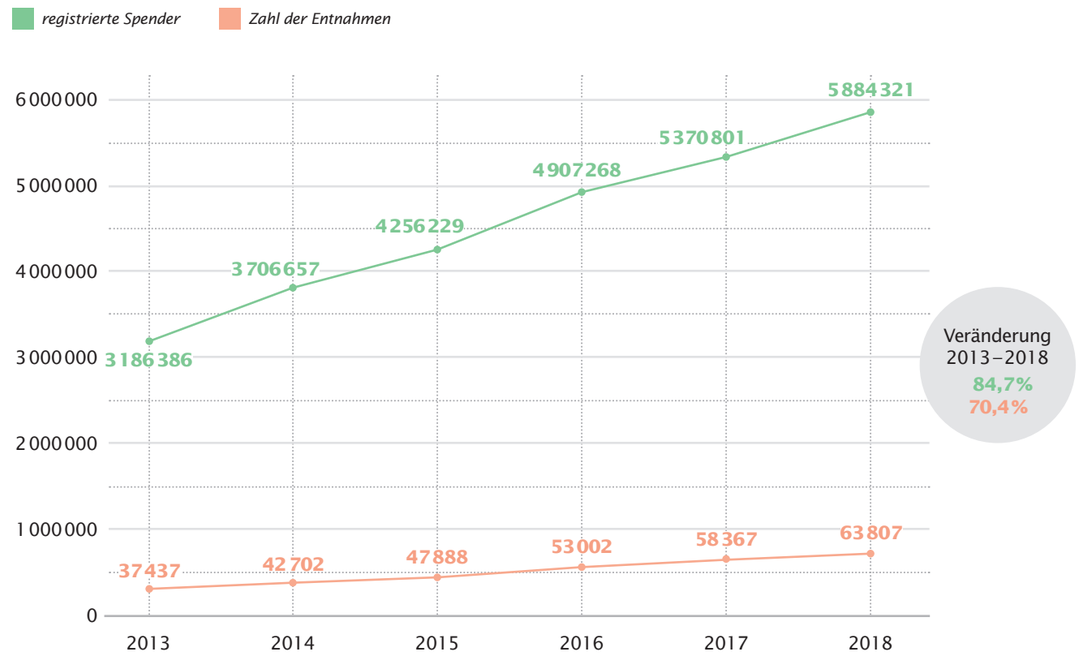
Zahl der Blutspenden; Deutschland

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

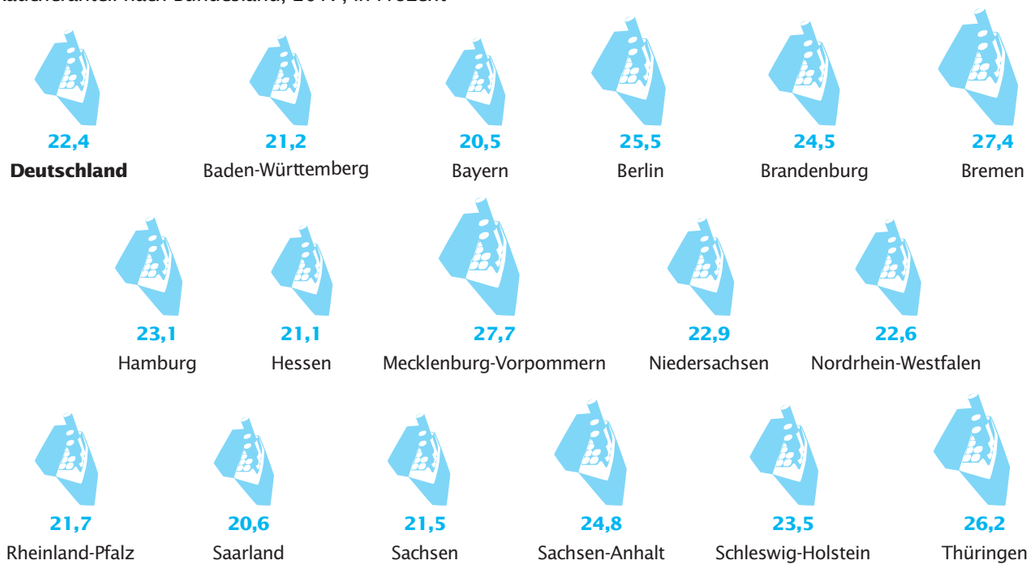
Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nach rechtlicher Begründung und Dauer der Schwangerschaft; Deutschland; 2018

Schwangerschaftsabbrüche insgesamt	100986
rechtliche Begründung	
Beratungsregelung	97151
medizinische Indikation	3815
kriminologische Indikation	20
Dauer der Schwangerschaft	
5 Wochen bis unter 7 Wochen	30679
7 Wochen bis unter 9 Wochen	35487
9 Wochen bis unter 12 Wochen	23797
12 Wochen bis unter 16 Wochen	1032
16 Wochen bis unter 19 Wochen	668
19 Wochen bis unter 22 Wochen	463
22 Wochen und mehr	655

Quelle: Statistisches Bundesamt

Anteilig

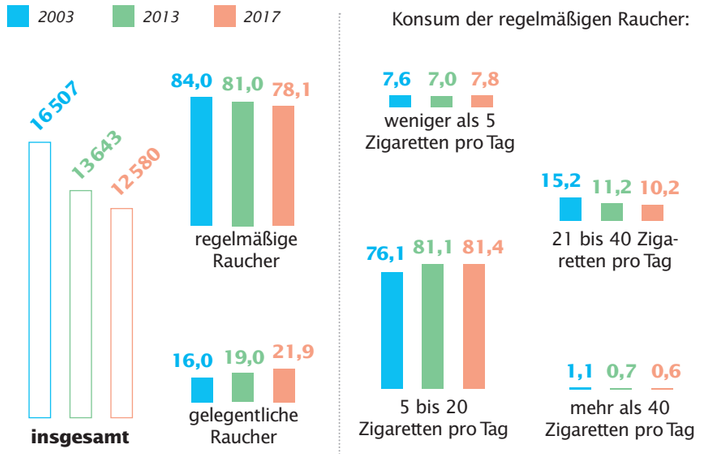
Raucheranteil nach Bundesland; 2017; in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt

Zwiespältig

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



Quelle: Statistisches Bundesamt

Eindeutig

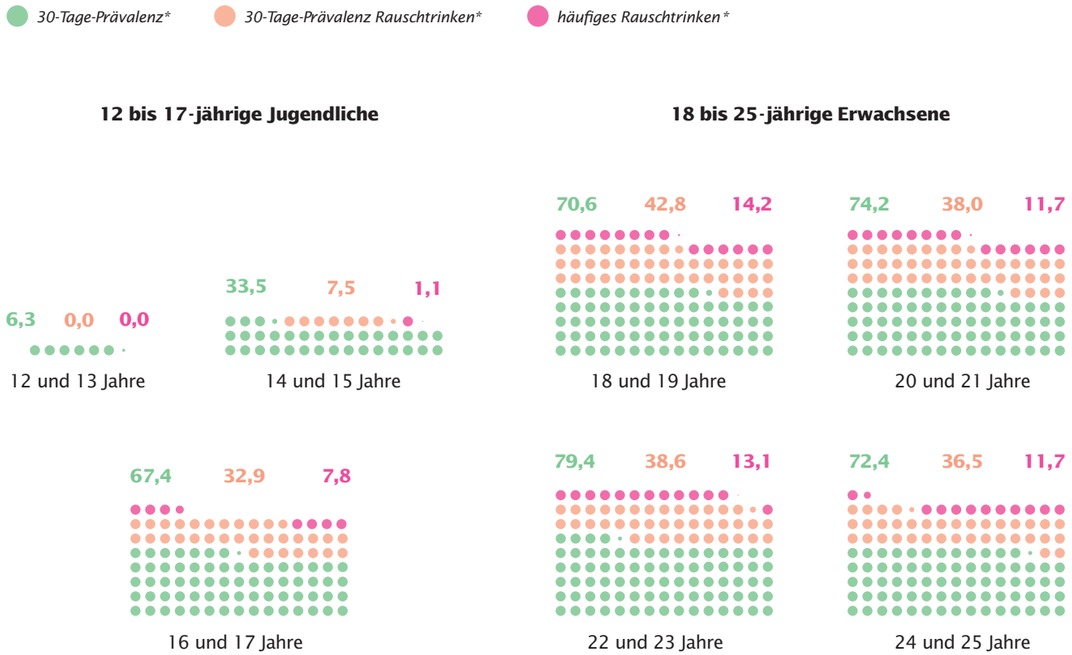
Prävalenz mütterlichen Rauchens in der Schwangerschaft; Deutschland; 2014–2017; in Prozent

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

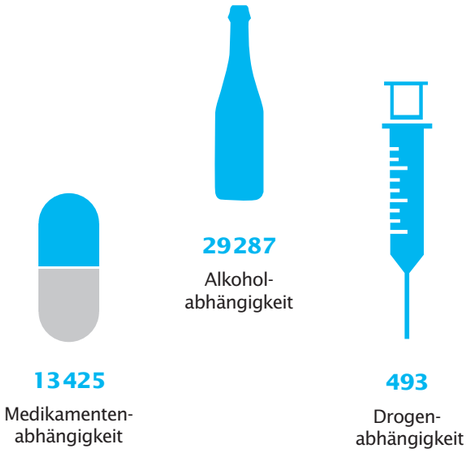
Frauen
12 bis 25 Jahre **16,1**
12 bis 17 Jahre 4,6
18 bis 25 Jahre 23,6

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

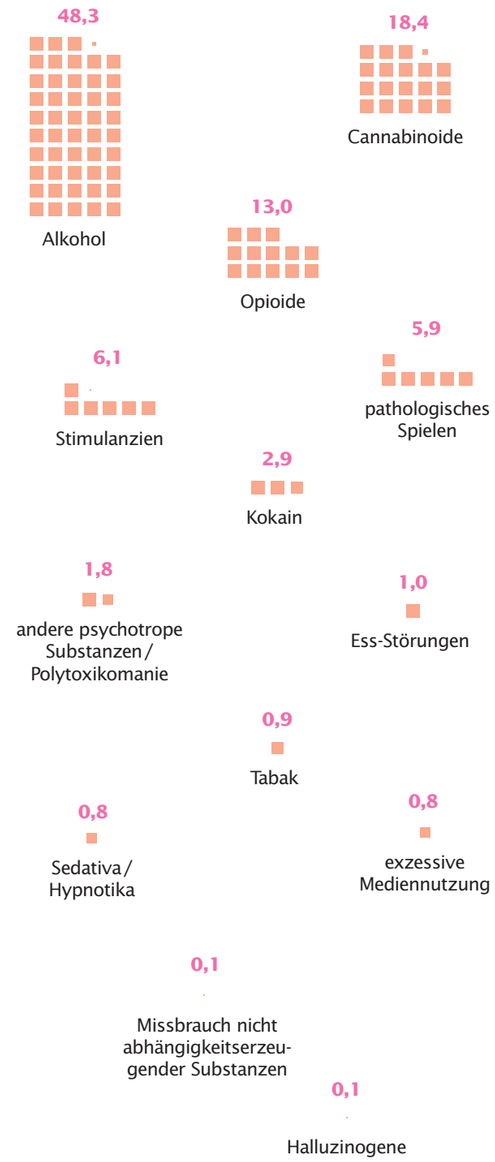
Zahl der Entwöhnungsbehandlungen für Suchtkranke nach Maßnahmeart; Versicherte der Deutschen Rentenversicherung; 2018



Quelle: Deutsche Rentenversicherung

Gefährlich

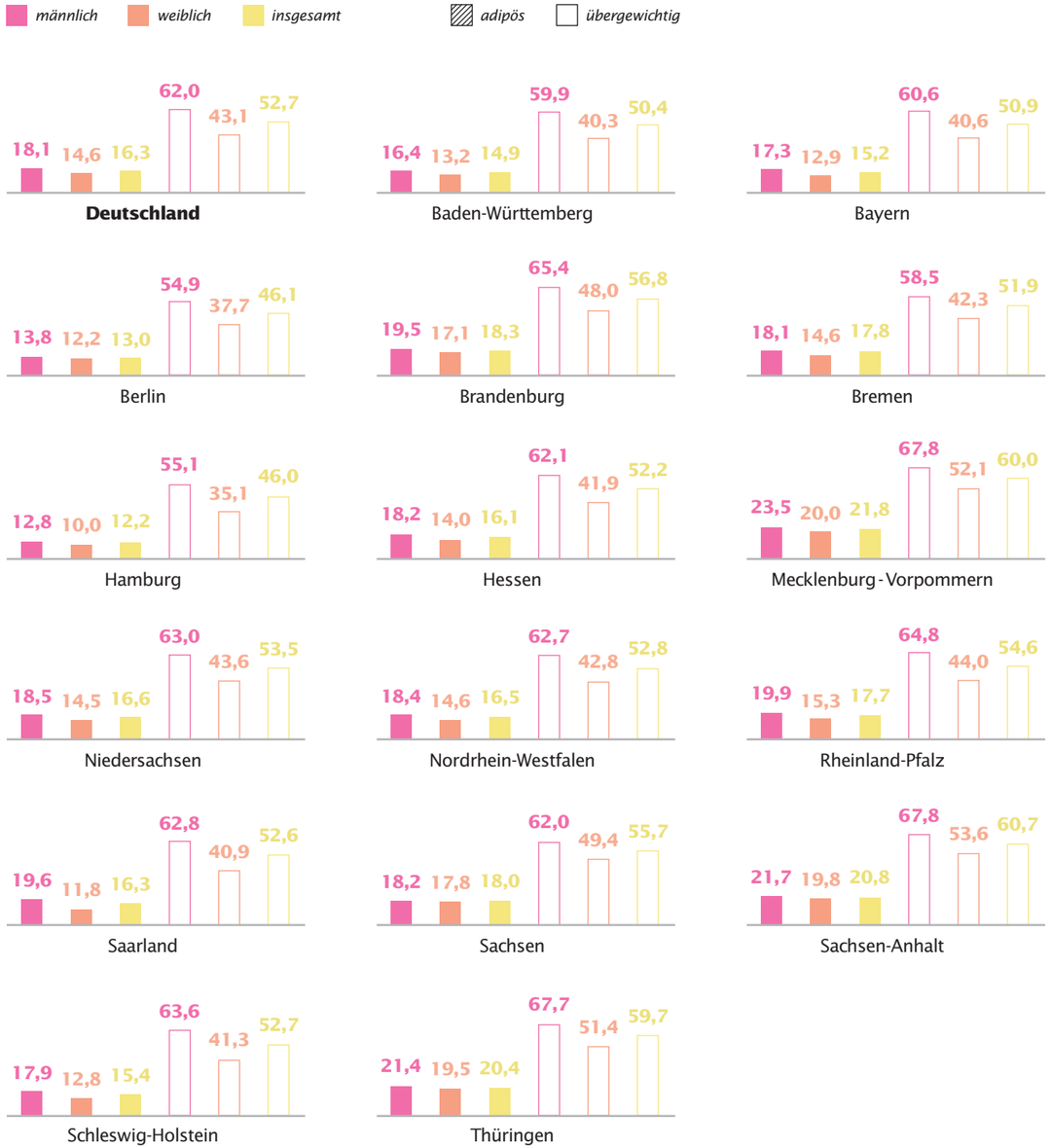
Hauptdiagnosen in ambulanten Suchtberatungsstellen; Deutschland; 2017; in Prozent



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