

5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

E. Nagel (Hrsg.)

Das Gesundheitswesen in Deutschland

Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung



Deutscher
Ärzte-Verlag

E. Nagel (Hrsg.)

Das Gesundheitswesen in Deutschland

E. Nagel (Hrsg.)

Das Gesundheitswesen in Deutschland

Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung

5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Mit 96 Abbildungen und 64 Tabellen

Unter Mitarbeit von Kathrin Alber, Claas Baier, Uwe Bannenberg, Walter Baumann, Birgitta Bayerl, Lydia Bodner, Paul Braasch, Rosemarie Bristrup, Ronny Dittmar, Michael Ebert, Christine Eichhorn †, Gundula Essig, Jürgen Fritze, Claudia Herrmann, Karl Jähn, Holger Jegust, Florian Jeserich, Bettina Kunze, Steffi Lehmann, Julika Loss, Christian Maier, Michael Niechzial, Susanne Oeder, Wiebke Pühler, Frank Pühlhofer, Michael Reiher, Max Schmauß, Stephan Schmitz, Claudia Seibold, Thomas Sitte, Mirjam Thanner, Christa Tischer, Volker Ulrich, Janina Volk, Judith Wohlgemuth, Walter Wohlgemuth, Sebastian Ziller und Janet Zowe

Deutscher Ärzte-Verlag Köln

Prof. Dr. med. Dr. phil.
Dr. theol. h. c.
Eckhard Nagel
Universitätsklinikum Essen
Universität Bayreuth
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth

Mit 96 Abbildungen und 64
Tabellen

ISBN (E-BOOK):
978-3-7691-3595-4

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Wichtiger Hinweis:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung entsprechen können.

Die angegebenen Empfehlungen wurden von Verfassern und Verlag mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und geprüft. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ausgeschlossen werden.

Der Benutzer ist aufgefordert, zur Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

Verfasser und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © 2013 by
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstraße 2, 50859 Köln

Umschlagkonzeption: Hans Peter Willberg und Ursula Steinhoff
Produktmanagement: Gabriele Rode
Titelgrafik: Bettina Beatrice Kulbe
Satz: Plaumann, 47807 Krefeld
Druck/Bindung: Warlich-Druck, 53340 Meckenheim

Herausgeber- und Autorenverzeichnis

Herausgeber



Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel
Geschäftsführender Direktor des Instituts für
Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften
an der Universität Bayreuth
sowie Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des
Universitätsklinikums Essen
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth

Autoren



Dr. rer. pol. Kathrin Alber
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG Gesundheitssystem, Versorgung/Gesundheitsökonomische
Evaluation
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



Dr. med. Claas Baier
Universitätsklinikum Essen
Stabsstelle Medizinische Planung und
strategische Unternehmensentwicklung
Hufelandstraße 55
45147 Essen



Dipl. Kaufmann Uwe Bannenberg, MBA
Leiter GesundheitsWirtschaft
Wolfsburg AG I GesundheitsWirtschaft
Major-Hirst-Straße 11
38442 Wolfsburg



Dr. rer. med. Walter Baumann
Geschäftsführer Wissenschaftliches Institut der
Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH -
WINHO
Vor den Siebenburgen 2
50676 Köln



Dr. rer. pol. Birgitta Bayerl, MPH
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG Gesundheitssystem, Versorgung/Gesundheitsökonomische
Evaluation
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



Dipl.-Ökotrophologin (FH), M. Sc. Lydia Bodner
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG Prävention und Gesundheitsförderung
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



Dipl.-Kaufmann Paul Braasch
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG e-Health & Health Communication
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



Dipl. Päd. Rosemarie Bristrup
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin



Dipl.-Gesundheitsökonom Ronny Dittmar
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG e-Health & Health Communication
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



Dr. phil. Michael Ebert, M.A.
Projektträger im DLR
Gesundheitsforschung
Health Care System Reserach – Health Economics
Südstraße 125
53175 Bonn



Dipl.-Ökotrophologin Dr. rer. pol. Christine Eichhorn
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG Prävention und Gesundheitsförderung
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



Dipl.-Gesundheitsökonomin Gundula Essig
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG Prävention und Gesundheitsförderung
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



Prof. Dr. med. Jürgen Fritze
Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Bayenthalgürtel 26
50968 Köln



Claudia Herrmann, M.A. Sportwissenschaft
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG Gesundheitssystem & Versorgung
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



PD Dr. med. Dr. rer. pol. habil. Karl Jähn
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG e-Health & Health Communication
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



Florian Jeserich, M.A.
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG Medizin & Ethik/Anthropologie
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



Dipl.-Gesundheitsökonomin Bettina Kunze
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG Prävention und Gesundheitsförderung
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



Dipl. Med.-Päd. Steffi Lehmann
Ludwig-Maximilians-Universität München
Medizinische Fakultät
Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin
Abteilung Epidemiologie
Heighofstraße 63
81377 München



Prof. Dr. med. Julika Loss
Universität Regensburg
Medizinische Soziologie
Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg



Dipl.-Kfm. Christian Maier
Universität Bayreuth
Lehrstuhl Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaft
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth



Dr. Michael Niechzial MD, MPH
EPOS Health Management GmbH
Managing Director, Executive Board
Hindenburgring 18
61348 Bad Homburg



Dipl.-Gesundheitsökonomin Susanne Oeder
Universitätsklinikum Essen
Medizinische Planung und strategische
Unternehmensentwicklung
Hufelandstraße 55
45147 Essen



Dr. med. Wiebke Pühler
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin



Dr. rer. medic. Frank Pühlhofer, Dipl.-Sozialwirt
Universitätsklinikum Essen
Medizinische Planung und strategische
Unternehmensentwicklung
Hufelandstr. 55
45147 Essen



Prof. Dr. rer. pol. Michael Reiher
Hochschule Zittau/Görlitz
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
Furtstraße 3
02826 Görlitz



Prof. Dr. med. Max Schmauß
Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Augsburg
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Dr.-Mack-Straße 1
86156 Augsburg



PD Dr. med. Stephan Schmitz
Gemeinschaftspraxis für Onkologie und Hämatologie
Sachsenring 69
50677 Köln



Dr. rer. pol. Claudia Seibold
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG Prävention und Gesundheitsförderung
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



Thomas Sitte
Vorstandsvorsitzender
Deutsche PalliativStiftung
Am Bahnhof 2
36037 Fulda



Dr. rer. pol. Mirjam Thanner
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG Gesundheitssystem, Versorgung/Gesundheitsökonomische
Evaluation
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



Christa Tischer
Pflegedirektorin
Klinikum Augsburg
Stenglinstr. 2
86156 Augsburg

Holger Jegust, MBA
Klinikum Augsburg
Stenglinstr. 2
86156 Augsburg



Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich
Universität Bayreuth
Lehrstuhl Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaft
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth



Dipl.-Gesundheitsökonomin Janina Volk
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG Prävention und Gesundheitsförderung
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth



Dipl.-Gesundheitsökonomin Judith Wohlgemuth
Klinikum Augsburg
Referentin des Vorstands
Stenglinstraße 2
86156 Augsburg



Prof. Dr. med. Dr. habil. rer. pol. Walter Wohlgemuth
Universitätsklinikum Regensburg
Institut für Röntgendiagnostik
Franz-Josef-Strauss-Allee 11
93053 Regensburg



Dr. med. dent. Sebastian Ziller, MPH
Bundeszahnärztekammer
Chausseestraße 13
10115 Berlin



Dipl.-Gesundheitsökonomin Janet Zowe
Universität Bayreuth
Institut für Medizinmanagement und
Gesundheitswissenschaften
AG Gesundheitssystem & Versorgung
Prieserstraße 2
95444 Bayreuth

Vorwort zur 1. Auflage

Das Gesundheitswesen in Deutschland hat eine lange Tradition. Es ist gewachsen, als Ganzes und in seinen einzelnen Teilen. Das Ergebnis ist in Verbindung mit weiteren Teilen der sozialen Sicherung, insbesondere der Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung sowie der Sozialhilfe, ein kompliziertes und oft schwer verständliches Gebilde. Dabei gibt es Interdependenzen und Überschneidungen. Viele Fragen kann oft nur ein Fachmann aus dem jeweiligen Bereich beantworten. Und dennoch ist es ein funktionierendes System, das weltweit Anerkennung und zunehmend mehr Beachtung findet.

Dieses Buch beschreibt das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland und weitere wichtige Teile der sozialen Sicherung in allgemeinverständlicher Form und trotzdem so detailliert, daß eine umfassende Information vermittelt wird. Die meisten Be-

reiche werden mit einer kurzen geschichtlichen Entwicklung eingeleitet. Es folgt eine Darstellung von Strukturen und Leistungen mit Zeitreihen von 1960 bis heute. Für eine Reihe von Bereichen wird abschließend ein Überblick über diskutierte Probleme und Möglichkeiten der Weiterentwicklung gegeben. Die wesentlichen Bestimmungen des am 1. Januar 1993 in Kraft getretenen Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz) sind berücksichtigt. Wir danken der Robert Bosch Stiftung GmbH für die finanzielle Unterstützung bei der Erarbeitung dieses Buches.

Februar 1993

Fritz Beske
Josef Georg Brecht
Andrea-Marina Reinkemeier

Vorwort zur 5. Auflage

Das Buch „Das Gesundheitswesen in Deutschland“ wurde erstmals von Fritz Beske im Jahr 1993 herausgegeben. Es zeigte sich schnell, dass aufgrund des kontinuierlichen Entwicklungsprozesses innerhalb des Gesundheitssystems, die darin abgebildeten Inhalte zügig fortgeschrieben werden müssen. Vielseitige gesellschaftliche, ökonomische und politische Entwicklungen der letzten Jahre im Gesundheitswesen, wie der deutlich erkennbare demographische Wandel, der medizinisch technische Fortschritt, die soziologischen Veränderungen in den Arbeitsverhältnissen, die sich daraus ergebenden Anpassungsnotwendigkeiten der sozialen Sicherungssysteme und der Versuch der Politik diesen Wandel mit neuen gesetzlichen Vorgaben zu begleiten, machten eine vollständige Überarbeitung, Erweiterung und Aktualisierung des Buches notwendig. Mit der 4. Auflage übernahm das Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften (IMG) der Universität Bayreuth diese Aufgabe.

Die inhaltliche Ausgestaltung fokussiert sich nicht nur auf die medizinische Versorgung, sondern umfasst darüber hinaus alle mit dem Gesundheitsbereich assoziierten Systeme der sozialen Sicherung. Die aufgeführten Entwicklungen sowie die veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, sind der Grund dafür, dass die jetzige Auflage erneut über eine rein inhaltliche Aktualisierung hinausgeht und weitere Kapitel integriert. Hierzu gehören die Betrachtungen über die sich wandelnde Rolle des Patienten hin zu einem informierten und selbst entscheidenden Akteur im Gesundheitswesen oder die Erläuterungen zu Strategien der Eva-

luation von Maßnahmen im Gesundheitswesen.

Als Herausgeber freut sich das Team des IMG's darüber, dass namhafte Experten zum Autorenteam hinzugewonnen werden konnten. Wir danken den Kollegen dafür, dass sie mit ihren Erfahrungen den Informationsgehalt dieses Buches wiederum deutlich erweitert haben. Ebenso war es eine spezielle Freude, die Begeisterung und Zuverlässigkeit, mit der alle Autoren auch in dieser Auflage ihre Kenntnisse eingebracht haben, mitzuerleben.

Danken möchte ich Gabriele Rode vom Ärzte-Verlag, die diese Neuauflage konstruktiv und mit Geduld begleitet hat. Die Koordination und inhaltliche Abstimmung unter den Autoren hat mit großem Engagement Dipl. Gesundheitsökonomin Gundula Essig, unterstützt von Dipl. Gesundheitsökonomin Janina Volk, übernommen. Für die umfangreiche Organisation sei besonders Claudia Bayerl und Katrin Reum aus dem IMG gedankt. Die abschließende Korrektur und Plausibilitätsprüfung lag in bewährter Weise bei Herrn Dr. Jürgen Bauch, der als langjähriger Vizepräsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen, als Lehrbeauftragter der Universität Bayreuth sowie als Schöffe beim Bundessozialgericht seine vielfältigen Erfahrungen in die Diskussion zur Weiterentwicklung des Deutschen Gesundheitswesens einfließen ließ. Sein überraschender Tod im Oktober 2011 stimmt mich persönlich sehr traurig. Dieses Buch ist somit zu einem Dokument einer langjährigen, freundschaftlichen Beziehung zwischen mir und Jürgen Bauch geworden.

Trotz aller Neuerungen und Überarbeitungen, die notwendig wurden, bleiben das Fundament der Sozialen Sicherungssysteme in Deutschland Solidarität und Subsidiarität. Es darf nicht unterschätzt werden, welche prägenden Einflüsse diese Orientierung der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitssystementwicklung gegeben hat. Unverändert zählt das Deutsche Gesundheitswesen gerade auch deshalb zu den leistungsstärksten der Welt. Alle diejenigen, die glauben, durch Veränderungen an diesem Fundament etwaige ökonomische Effektivitätsreserven ausschöpfen zu können, sollten sich bewusst sein, dass sie damit mehr als

nur Strukturen in Frage stellen und gefährden. Die nachfolgende Lektüre, des von Prof. Dr. Fritz Beske initiierten Buches, unterstreicht dies.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, interessante, hilfreiche und spannende Einblicke in das Gesundheitswesen und hoffe, dass Sie in diesem Buch Antworten auf Ihre Fragen finden. Für Anregungen und Kritiken sind wir stets offen und dankbar.

Bayreuth, Essen im Januar 2012

Eckhard Nagel

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	3
2	Demographie und Gesundheitszustand	7
2.1	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens – 7	
2.1.1	Bevölkerungsentwicklung – 7	
2.1.2	Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht –	
2.1.3	Bevölkerung und Privathaushalte – 11	
2.1.4	Geburtenentwicklung und Nettofortpflanzungsrate – 13	
2.1.5	Wanderungsbilanz – 14	
2.1.6	Ausländische Bevölkerung – 15	
2.1.7	Bevölkerungsprognose – 16	
2.2	Gesundheitszustand – 17	
2.2.1	Basisdaten – 17	
2.2.2	Todesursachen – 21	
2.2.3	Morbidität – 21	
	Literatur – 23	
3	Öffentliches Gesundheitswesen	27
3.1	Begriff und Geschichte – 27	
3.1.1	Begriffsbestimmung – 27	
3.1.2	Geschichtliche Entwicklung – 29	
3.1.3	Öffentliches Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland – 29	
3.2	Institutionen auf Bundesebene – 30	
3.2.1	Oberste Bundesbehörden – 30	
3.2.2	Bundesoberbehörden – 32	
3.2.3	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – 34	
3.2.4	Der Gemeinsame Bundesausschuss – 35	
3.2.5	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) – 35	
3.3	Institutionen auf Landesebene – 35	
3.3.1	Oberste Landesbehörden – 35	
3.3.2	Spezielle Landesbehörden – 36	
3.3.3	Gemeinschaftseinrichtungen der Länder – 37	
3.3.4	Höhere Landesbehörden – 37	
3.4	Kommunale Gebietskörperschaften im Gesundheitswesen – 37	
	Literatur – 39	

4	Soziale Sicherung	43
4.1	Sozialversicherung im Überblick – 43	
4.2	Übergreifende Probleme und Herausforderungen – 45	
4.3	Arbeitslosenversicherung – 52	
4.4	Rentenversicherung – 53	
4.5	Unfallversicherung – 56	
4.6	Sonstige soziale Leistungen – 57	
4.7	Ausblick – 57	
	Literatur – 58	
5	Gesetzliche Krankenversicherung	61
5.1	Geschichtliche Entwicklung – 61	
5.2	Aufgaben – 67	
5.3	Träger und Organisation – 68	
5.4	Versicherte – 70	
5.5	Leistungen – 73	
5.5.1	Grundsätze/Grundprinzipien – 73	
5.5.2	Leistungen zur Früherkennung und Verhütung von Krankheiten – 77	
5.5.3	Leistungen bei Krankheit – 77	
5.5.4	Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft – 82	
5.5.5	Sonstige Hilfen – 83	
5.5.6	Fahrkosten – 83	
5.6	Finanzierung und Ausgaben – 84	
5.6.1	Einnahmen – 84	
5.6.2	Risikostrukturausgleich und Gesundheitsfonds – 85	
5.6.3	Verwaltung der finanziellen Mittel – 91	
5.6.4	Leistungsausgaben – 91	
5.7	Fallpauschalen – 93	
5.8	Ausblick – 94	
	Literatur – 96	
6	Pflegeversicherung	101
6.1	Geschichtliche Entwicklung – 101	
6.2	Aufgaben – 101	
6.3	Einordnung der Pflegeversicherung in die Sozialversicherung – 102	
6.4	Versicherte – 103	
6.5	Pflegebedürftigkeit – 103	
6.6	Leistungen der Pflegeversicherung – 104	
6.6.1	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung – 104	
6.6.2	Leistungen der privaten Pflegeversicherung – 107	
6.7	Leistungsempfänger – 107	
6.8	Finanzierung – 108	
6.9	Einnahmen und Ausgaben der Pflegeversicherung – 108	
6.10	Ausblick – 109	
	Literatur – 110	
7	Private Krankenversicherung	113
7.1	Geschichtliche Entwicklung – 113	

7.2	Versicherungsunternehmen und Aufsichtsorgane –	113
7.3	Versicherungsberechtigte –	114
7.4	Versicherungsbedingungen –	115
7.4.1	Allgemeine und besondere Versicherungsbedingungen –	115
7.4.2	Versicherungstarife –	116
7.4.3	Versicherungsbeiträge –	116
7.5	Leistungen der privaten Krankenversicherung am Beispiel einer kombinierten Krankheitsvollversicherung –	116
7.6	Private Krankenversicherung versus gesetzliche Krankenversicherung –	117
7.7	Gesundheitsreform – Neuregelung für die PKV ab 01.01.2009 –	117
7.8	Ausblick –	117
	Literatur –	119
8	Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung	123
8.1	Geschichtliche Entwicklung –	123
8.2	Ambulante Versorgung –	126
8.3	Vertragsarzt/Vertragszahnarzt –	128
8.4	Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen –	131
8.5	Steuerung der Versorgung –	133
8.6	Versorgungsstrukturen –	135
8.7	Ausblick –	138
	Literatur –	139
9	Krankenhausversorgung	143
9.1	Geschichtliche Entwicklung –	143
9.2	Aufgaben –	143
9.3	Strukturdaten –	144
9.3.1	Krankenhausträger –	144
9.3.2	Pflegetage, Verweildauer und Bettenauslastung –	147
9.4	Personal und innerbetriebliche Organisation –	151
9.4.1	Ärztlicher Dienst –	152
9.4.2	Pflegepersonal –	152
9.4.3	Versorgungsdienste –	153
9.4.4	Verwaltung –	153
9.4.5	Funktionsbereiche –	154
9.5	Krankenhausplanung –	154
9.6	Kosten und Finanzierung –	155
9.6.1	Kosten –	155
9.6.2	Finanzierung –	158
9.7	Ausblick –	160
	Literatur –	161
10	Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung	165
10.1	Entwicklung –	165
10.2	Volkswirtschaftliche Bedeutung psychischer Störungen –	165
10.3	Derzeitige Versorgungssituation in Deutschland –	169
10.3.1	Stationäre Versorgung –	170
10.3.2	Tageskliniken –	171

10.3.3	Neues Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische stationäre Einrichtungen – 172	
10.3.4	Ambulante Versorgung – 175	
10.3.5	Komplementär rehabilitative Versorgung – 177	
10.4	Berufliche Rehabilitation – 179	
10.5	Sozialrechtliche Defizite – 179	
10.6	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – 179	
10.7	Problembereiche – 181	
10.7.1	Enthospitalisierung – 181	
10.7.2	Soziotherapie – 182	
10.7.3	Integrierte Versorgung – 182	
10.7.4	Rehabilitation – 182	
10.7.5	Migranten-Psychiatrie – 184	
10.8	Ausblick – 185	
	Literatur – 185	
11	Arzneimittelversorgung	191
11.1	Umgang mit Arzneimitteln – 191	
11.1.1	Arzneimittelzulassung – 191	
11.1.2	Arzneimittelherstellung – 192	
11.1.3	Arzneimittelvertrieb – 192	
11.1.4	Staatliche Überwachung der Herstellung und des Vertriebs von Arzneimitteln – 193	
11.1.5	Erfassung und Bewertung von Arzneimittelrisiken – 193	
11.2	Pharmazeutische Industrie – 194	
11.2.1	Struktur – 194	
11.2.2	Arzneimittelproduktion – 195	
11.2.3	Weltpharmamarkt und Außenhandel – 196	
11.3	Pharmazeutischer Großhandel – 196	
11.4	Apotheke – 198	
11.4.1	Rechtliche Grundlagen – 198	
11.4.2	Zahl und Versorgungsdichte der öffentlichen Apotheken – 199	
11.4.3	Arbeitsplätze in öffentlichen Apotheken – 199	
11.4.4	Krankenhausapotheken und krankenhausversorgende Apotheken – 200	
11.5	Ausgaben für Arzneimittel – 201	
11.5.1	Arzneimittelpreise – 201	
11.5.2	Umsatz und Umsatzstruktur der öffentlichen Apotheken – 203	
11.5.3	Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel – 203	
11.6	Ausblick – 203	
	Literatur – 204	
12	Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln	209
	Literatur – 211	
13	Prävention und Gesundheitsförderung	215
13.1	Begriffsbestimmung – 215	
13.1.1	Gesundheitsförderung – 215	

13.1.2	Prävention – 215	
13.1.3	Zielgruppen – 216	
13.2	Themenfelder und Angebote – 216	
13.2.1	Präventivmedizinische und gesundheitsförderliche Themen – 216	
13.2.2	Spektrum präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen – 216	
13.3	Träger – 218	
13.3.1	Gesetzliche Krankenkassen – 219	
13.3.2	Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. – 220	
13.3.3	Landeszentralen für Gesundheit – 222	
13.3.4	Internationale und nationale Netzwerke – 222	
13.3.5	Stiftungen und Vereine mit speziellem Krankheitsbezug – 225	
13.4	Aktuelle Bedeutung – 225	
13.4.1	Ausgaben und Finanzierung – 225	
13.4.2	Stellenwert im deutschen Gesundheitswesen – 226	
	Literatur – 226	
14	Rehabilitation	231
14.1	Aufgaben und Ziele der Rehabilitation im Allgemeinen – 231	
14.2	Träger und deren Leistungen zur Teilhabe – 232	
14.3	Medizinische Rehabilitation – 233	
14.4	Rehabilitationseinrichtungen – 238	
14.5	Grunddaten zu Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen – 240	
14.6	Vergütungssystem in der Rehabilitation im Umbruch? – 241	
	Literatur – 242	
15	Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen	247
15.1	Einführung – 247	
15.2	Gegenstand, Konzepte, Prinzipien und Definitionen – 247	
15.3	Ziele und Aufgaben des Qualitätsmanagements – 250	
15.4	Gesetzliche Grundlagen – 250	
15.5	Institutionen – 251	
15.5.1	Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – 251	
15.5.2	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) – 253	
15.5.3	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) – 253	
15.6	Qualitätssysteme und -modelle – 254	
15.7	Qualitätsmanagement in der klinischen Versorgung – 255	
15.7.1	Definition eines Leitbildes und Festlegung von Qualitätszielen – 255	
15.7.2	Ausarbeitung eines Qualitätsentwicklungsplanes – 255	
15.7.3	Entwicklung von Leitlinien und Clinical Pathways – 256	
15.7.4	Definition und Messung von Qualitätsindikatoren – 256	
15.7.5	Qualitätsberichterstattung – 257	
15.7.6	Diskussion der Ergebnisse und Umsetzung von Verbesserungen – 257	
15.8	Zertifizierung – 258	
15.9	Zusammenfassende Anmerkungen und Ausblick – 258	
	Literatur – 259	
16	Evaluation im Gesundheitswesen	263
16.1	Instrumente der Bewertung medizinischer Maßnahmen – 263	

16.1.1	Evidenzbasierte Medizin – 263	
16.1.2	Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung – 264	
16.1.3	Health Technology Assessment – 265	
16.2	Relevante Institutionen zur Bewertung medizinischer Maßnahmen – 266	
16.2.1	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) – 266	
16.2.2	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) – 267	
	Literatur – 268	
17	Disease-Management-Programme (DMP)	273
17.1	Disease Management: Das Konzept – 273	
17.2	Strukturelle Rahmenbedingungen – Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) – 275	
17.3	Stand der Umsetzung – 276	
17.4	Ausblick – 277	
	Literatur – 278	
18	Integrierte Versorgung	281
18.1	Ausgangslage und Begriffsbestimmung – 281	
18.2	Entwicklung und gesetzliche Grundlagen – 282	
18.3	Aktueller Umsetzungsstand – 283	
18.4	Herausforderungen und Perspektiven – 285	
18.5	Die Zukunft der Integrierten Versorgung – 286	
	Literatur – 286	
19	E-Health	291
19.1	Der Einfluss der Informations- und Kommunikationstechnologien – 291	
19.2	E-Health im Überblick – 291	
19.3	Telemedizin – 292	
19.3.1	Teleconsulting und andere Teleservices – 292	
19.3.2	Telemonitoring – 292	
19.3.3	Mobile Health und körpernahe Sensorik – 292	
19.3.4	Virtuelle Therapie – 293	
19.4	Fachrecherche und Entscheidungsunterstützung – 293	
19.4.1	Fachrecherche für Professionals – 293	
19.4.2	Entscheidungsunterstützende Systeme – 293	
19.5	Health Communication – 293	
19.5.1	Gesundheitsinformation im World Wide Web – 293	
19.5.2	Gesundheitskommunikation online – 294	
19.5.3	Patienten-Communities – 294	
19.6	Medizinische Dokumentation – 294	
19.6.1	Elektronische Gesundheitskarte – „Pflichtteil“ – 294	
19.6.2	Elektronische Gesundheitskarte – „freiwilliger Teil“ – 295	
19.6.3	Elektronische Patientenakte – 295	
19.6.4	Entwicklungsstufen der Elektronischen Gesundheitsdokumentation – 295	
19.7	Perspektiven von E-Health – 296	
	Literatur – 297	

20	Medizinische Informationssysteme	301
20.1	Begriff, Ziele und Aufgaben –	301
20.2	IT-Architektur –	302
20.3	Integration, Interoperabilität, Standards –	303
20.4	IT-Infrastruktur –	304
20.5	Anwendungen –	304
20.6	Strategische Aspekte –	309
	Literatur –	310
21	Gesundheitlicher Umweltschutz	313
21.1	Einleitung –	313
21.2	Bedeutung des Umweltschutzes –	313
21.3	Prinzipien, Funktionen und Bereiche des Umweltrechts –	314
21.4	Institutionen –	316
21.5	Ausblick –	317
	Literatur –	318
22	Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin und Betriebliches Gesundheitsmanagement	323
22.1	Einleitung –	323
22.2	Zahlen, Daten, Fakten –	324
22.3	Arbeitsschutz –	327
22.3.1	Grundlagen des Arbeitsschutzes –	327
22.3.2	Allgemeiner Arbeitsschutz –	328
22.3.3	Sozialer Arbeitsschutz –	330
22.3.4	Organisation des Arbeitsschutzes –	332
22.4	Arbeitsmedizin –	332
22.4.1	Allgemeine arbeitsmedizinische Maßnahmen –	332
22.4.2	Spezielle arbeitsmedizinische Maßnahmen –	333
22.4.3	Organisation der Arbeitsmedizin –	333
22.5	Betriebliches Gesundheitsmanagement –	334
22.5.1	Die Grundlagen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements –	334
22.5.2	Vorgehen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements –	335
22.5.3	Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements –	336
22.5.4	Organisation des Betrieblichen Gesundheitsmanagements –	336
22.6	Institutionen für Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin und Betriebliches Gesundheitsmanagement –	336
22.7	Ausblick –	337
	Literatur –	338
23	Pflege	341
23.1	Einleitung –	341
23.2	Geschichte –	341
23.3	Berufsbild –	342
23.4	Ausbildung, Weiterbildung, Studienangebote –	344
23.4.1	Ausbildung –	344
23.4.2	Weiterbildungen –	345
23.4.3	Studium –	346
23.5	Strukturdaten im Pflegedienst –	346

23.6	Versorgungssituation – 346	
23.6.1	Pflege im Krankenhaus – 346	
23.6.2	Ambulante Pflege – 348	
23.6.3	Stationäre Pflege – 348	
23.7	Verbände und Arbeitsgemeinschaften – 349	
23.8	Pflegequalität – 350	
23.9	Ausblick – 351	
	Literatur – 352	
24	Palliativversorgung	355
24.1	Ausgangslage und Begriffsbestimmung – 355	
24.1.1	Palliation ist Prävention – 355	
24.1.2	Entwicklung in Deutschland – 356	
24.1.3	Verschiedene Ebenen der Palliativversorgung – 356	
24.2	Rechtsanspruch – 357	
24.2.1	Rechtliche Probleme – 357	
24.3	Zielgruppe, Krankheitsbilder, Versorgungszahlen – 358	
24.4	SAPV als vertragliche Regelung – 359	
24.4.1	Kennzeichen von SAPV – 359	
24.4.2	Umsetzungsstand (17. April 2012) – 359	
24.5	Verbände – 361	
24.6	Zukunftsperspektiven – 362	
	Literatur – 363	
25	Rettungswesen	367
25.1	Einleitung – 367	
25.2	Aufgabe des Rettungsdienstes – 368	
25.3	Rettungsleitstellen und Rettungswachen – 369	
25.4	Ausstattung des Rettungsdienstes – 369	
25.4.1	Personelle Ausstattung – 369	
25.4.2	Technische Ausstattung – 370	
25.5	Laienausbildung – 371	
	Literatur – 371	
26	Berufe im Gesundheitswesen	375
26.1	Überblick – 375	
26.2	Arzt – 375	
26.2.1	Geschichtliche Entwicklung – 375	
26.2.2	Aus-, Weiter- und Fortbildung – 375	
26.2.3	Berufsbild – 378	
26.2.4	Verbände und Organe der ärztlichen Selbstverwaltung – 380	
26.2.5	Ausblick – 385	
26.3	Zahnarzt – 385	
26.3.1	Geschichtliche Entwicklung – 385	
26.3.2	Aus-, Weiter- und Fortbildung – 385	
26.3.3	Berufsbild – 387	
26.3.4	Verbände – 388	

26.4	Apotheker – 388	
26.4.1	Geschichtliche Entwicklung – 388	
26.4.2	Aus-, Weiter- und Fortbildung – 389	
26.4.3	Berufsbild – 390	
26.4.4	Standesvertretungen und Einrichtungen der Apothekerschaft – 391	
26.4.5	Ausblick – 392	
26.5	Heilpraktiker – 392	
26.5.1	Geschichtliche Entwicklung – 392	
26.5.2	Ausbildung und Berufsbild – 393	
26.6	Krankenpflegeberufe – 393	
26.6.1	Geschichtliche Entwicklung – 393	
26.6.2	Aus-, Weiter- und Fortbildung – 393	
26.6.3	Berufsbild – 395	
26.6.4	Verbände und Arbeitsgemeinschaften – 395	
26.6.5	Situation der Krankenpflegeberufe – 399	
26.6.6	Ausblick – 399	
26.7	Weitere Berufe im Gesundheitswesen – 400	
26.7.1	Einleitung – 400	
26.7.2	Altenpflegerin – 400	
26.7.3	Pharmazeutisch-kaufmännischer Angestellter – 400	
26.7.4	Medizinische Fachangestellte – 401	
26.7.5	Zahnmedizinische Fachangestellte – 401	
26.7.6	Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut – 403	
26.7.7	Ergotherapeut – 403	
26.7.8	Diätassistentin – 403	
26.7.9	Hebamme und Entbindungspfleger – 403	
26.7.10	Krankengymnast/Physiotherapeut – 404	
26.7.11	Logopäde – 404	
26.7.12	Masseur und medizinischer Bademeister – 404	
26.7.13	Medizinisch-technischer Assistent – 405	
26.7.14	Pharmazeutisch-technischer Assistent – 405	
26.7.15	Psychologischer Psychotherapeut – 405	
	Literatur – 406	
27	Freie Wohlfahrtspflege	411
27.1	Begriffsbestimmung – 411	
27.2	Arbeitsbereiche und Entwicklungen – 412	
27.3	Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege – 417	
27.4	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege – 419	
	Literatur – 419	
28	Der Patient im Gesundheitswesen	423
28.1	Begriffsbestimmung – 423	
28.2	Patientenrolle – 423	
28.3	Patienten-Arzt-Beziehung – 425	
28.3.1	Modelle der Patienten-Arzt-Beziehung – 425	
28.3.2	Partizipative Entscheidungsfindung – 426	

28.3.3	Umsetzungsprobleme in der Praxis – 427	
28.4	Patiententypologien – 429	
28.4.1	Beziehungsmodelle und Patiententypologien – 429	
28.4.2	Patiententypen mit hohem Informationsbedürfnis – 429	
28.4.3	Gesundheitspolitische Präferenzen verschiedener Patiententypen – 430	
28.5	Patienteninteressen – 431	
28.5.1	Heterogenität der Interessenlagen – 431	
28.5.2	Vertretung von Patienteninteressen – 431	
28.6	Patientenrechte – 432	
28.6.1	Charta der Patientenrechte – 432	
28.6.2	Patientenrechtegesetz – 433	
28.6.3	Patientenverfügung – 434	
28.7	Das Gesundheitswesen aus Sicht der Patienten – 435	
	Literatur – 436	
29	Selbsthilfe im Gesundheitsbereich	441
29.1	Begriffsbestimmung – 441	
29.2	Strukturen der Selbsthilfe in Deutschland – 442	
29.3	Beitrag der Selbsthilfe zum deutschen Gesundheitswesen – 445	
	Literatur – 446	
30	Gesundheitsberichterstattung	449
30.1	Allgemeines – 449	
30.2	Entwicklungshistorischer Abriss – 449	
30.3	Ziele und Funktionen der GBE – 450	
30.4	Themen – 450	
	Literatur – 451	
31	Internationale Aktivitäten	455
31.1	Einführung – 455	
31.2	Multilaterale Aktivitäten – 456	
31.3	Bilaterale Aktivitäten – 458	
	Literatur – 459	
32	Transplantationsgesetz	463
32.1	Bundesweite Versorgungsaufgabe – 465	
32.1.1	Dreiteilung der Organtransplantation – 465	
32.1.2	Organisation der Organspende – 466	
32.1.3	Vermittlung der Organe – 466	
32.1.4	Organisation der Gewebemedizin – 467	
32.2	Medizinische Kriterien für Empfänger und Spender – 468	
32.3	Meldepflicht und Arzt-/ Patienten-Verhältnis – 469	
32.4	Voraussetzung für eine Organ- oder Gewebeentnahme – 470	
32.4.1	Todesfeststellung – 470	
32.4.2	Juristische Zulässigkeit – 473	
32.4.3	Medizinische Eignung – 474	
32.5	Ausblick – 480	
	Literatur – 480	

Anhang	483
Wesentliche Veränderungen durch das GKV-WSG	485
Informationsquellen	491
Abkürzungsverzeichnis	493
Stichwortverzeichnis	499

1 Einführung

1 Einführung

Das vorliegende Buch soll für alle Interessierten einen Überblick über die vielfältigen Strukturen und Facetten des deutschen Gesundheitswesens geben, die oft historisch gewachsen, bisweilen nur im geschichtlichen Kontext verständlich sind, aber immer auch ein Abbild der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklung darstellen. Dabei richten sich die Inhalte sowohl an diejenigen, die im Gesundheitswesen tätig sind, wie auch an alle interessierten Bürgerinnen und Bürger, die als Partizipierende, z.B. als Patienten, ebenfalls in diesen Strukturen eine wichtige Rolle einnehmen. Der Aufbau des Buches macht es möglich, sich von Grund auf zu informieren und einzuarbeiten. Deshalb werden die grundlegenden Pfeiler der Sozialen Sicherung zuerst besprochen. Die sich jeweils auf einzelne Bereiche der Versorgung beziehende Kapitel sind so konzipiert, dass sie aus sich selbst heraus verständlich werden, um den nur an einzelnen Aspekten interessierten Leser, ebenfalls die gewünschte Information im Sinne eines Nachschlagwerkes zu geben. Genauso ist es auch denen, die schon mit dem Gesundheitswesen vertraut sind, möglich, einzelne Aspekte selektiv nachzuvollziehen, da die Kapitel nicht zwingend aufeinander aufbauen und die Kapitel ab Nummer 10 einzelne Bereiche der Versorgung oder Themen besonders hervorheben.

Die 5. Auflage ist erweitert worden um einen Themenkomplex, der sich beschäftigt mit der Evaluation und Bewertung im Gesundheitswesen. Der Grund dafür sind die aktuellen Diskussionen um Kosten-Nutzen-Kalkulationen und einen effizienten Mittel-

eininsatz. In der Gesundheitsökonomie etablierte Verfahren, die im Zusammenhang mit dem Aufbau des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin und der aktuellen Gesundheitsgesetzgebung immer mehr in den Blickpunkt geraten, werden in Kapitel 16 ausführlich behandelt. Nicht zuletzt der aktuellen Diskussion geschuldet ist die Aufnahme eines eigenständigen Kapitels über Verfügungs- und Patientenrechte.

Die Bezüge zu den gesetzlichen Grundlagen des Gesundheitswesens in diesem Buch beziehen sich auf den Herbst 2010 bzw. Frühjahr 2012. Es gehört zu den Besonderheiten der Materie, dass die permanenten politischen Entwicklungsprozesse zu Detailveränderungen führen, die in Buchform nicht ständig aktualisiert werden können. Dies hat allerdings keinen Einfluss auf die generellen Betrachtungen und Ausführungen zum Thema.

Um diese „Reise“ durch das gesamte Gesundheitswesen in einem Band abbilden zu können, haben wir an mancher Stelle auf Detaildiskussionen verzichtet zugunsten des größeren Zusammenhangs. Zur besseren Lesbarkeit ist im Fließtext auf die präzisen Angaben zu Gesetzen, Verordnungen und Ähnlichem verzichtet worden. Stattdessen finden sich in der 5. Auflage verstärkt über das Internet abrufbare Literaturhinweise. Dies unterstützt die Fragen zu aktuellen Informationen und eventuellen Detaildiskussionen.

Auf geschlechterspezifische Doppelbezeichnungen wird in diesem Buch verzichtet. Beide Bezeichnungen sind in der Erwähnung jeweils gleichberechtigt zu verstehen.

2 Demographie und Gesundheitszustand

- 2.1 Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens – 7
 - 2.1.1 Bevölkerungsentwicklung – 7
 - 2.1.2 Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht – 9
 - 2.1.3 Bevölkerung und Privathaushalte – 11
 - 2.1.4 Geburtenentwicklung und Nettofortpflanzungsrate – 13
 - 2.1.5 Wanderungsbilanz – 14
 - 2.1.6 Ausländische Bevölkerung – 15
 - 2.1.7 Bevölkerungsprognose – 16
- 2.2 Gesundheitszustand – 17
 - 2.2.1 Basisdaten – 17
 - 2.2.2 Todesursachen – 21
 - 2.2.3 Morbidität – 21
- Literatur – 23

2 Demographie und Gesundheitszustand

überarb. v. L. Bodner

2.1 Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens

2.1.1 Bevölkerungsentwicklung

Deutschland hat 81,8 Millionen Einwohner (Stand: 31.12.2010). Die Bevölkerung verteilt sich auf 16 Bundesländer einschließlich der drei Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin. Die Bevölkerungszahl in den einzelnen Bundesländern liegt zwischen 661 000 Einwohnern in Bremen und 17,9 Millionen Einwohnern in Nordrhein-Westfalen (Tab. 2.1).

Die Bevölkerungsdichte ist in Mecklenburg-Vorpommern mit 71 Bewohnern je Quadratkilometer Fläche am geringsten. Die höchsten Bevölkerungsdichten weisen die Stadtstaaten Berlin mit 3861, Hamburg mit 2349 und Bremen mit 1637 Bewohnern je Quadratkilometer Fläche auf. Mit 528 Bewohnern je Quadratkilometer Fläche ist Nordrhein-Westfalen das am dichtesten besiedelte Bundesland (Abb. 2.1).

Die Bevölkerungsentwicklung zwischen 1950 und 2008 ist in Abbildung 2.2 dargestellt. Die Bevölkerung im früheren Bundesgebiet wuchs seit 1950 von 50 Millionen Einwohnern kontinuierlich auf 62,1 Millionen Einwohner im Jahr 1973. Nach diesem Höchststand sank die Bevölkerung abgesehen von geringfügigen Schwankungen bis 1985 auf 60,9 Millionen ab. Seit 1986 nimmt das Bevölkerungswachstum wieder stetig zu.

Die Bevölkerung in der ehemaligen DDR nahm seit 1950 von 18,4 Millionen Einwohnern bis auf geringfügige Schwankungen in

den 60er Jahren kontinuierlich auf 16,4 Millionen Einwohner im Jahr 1989 ab. Seit der Wiedervereinigung Deutschlands im Jahr 1990 überkompensierte der steigende Trend in den alten Bundesländern den fallenden Trend in den neuen Bundesländern: Die Bevölkerung stieg von 79,8 Millionen im Jahr 1990 auf 82,5 Millionen im Jahr 2004 und ist seitdem wieder abnehmend (Abb. 2.2).

Tab. 2.1: Bevölkerung in Deutschland am 31.12.2010 nach Bundesländern
[Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2011]

Bundesland	Bevölkerung in Tausend
Baden-Württemberg	10 754
Bayern	12 539
Berlin	3 461
Brandenburg	2 503
Bremen	661
Hamburg	1 736
Hessen	6 067
Mecklenburg-Vorpommern	1 642
Niedersachsen	7 918
Nordrhein-Westfalen	17 845
Rheinland-Pfalz	4 004
Saarland	1 018
Sachsen	4 149
Sachsen-Anhalt	2 335
Schleswig-Holstein	2 834
Thüringen	2 235
Gesamt	81 752

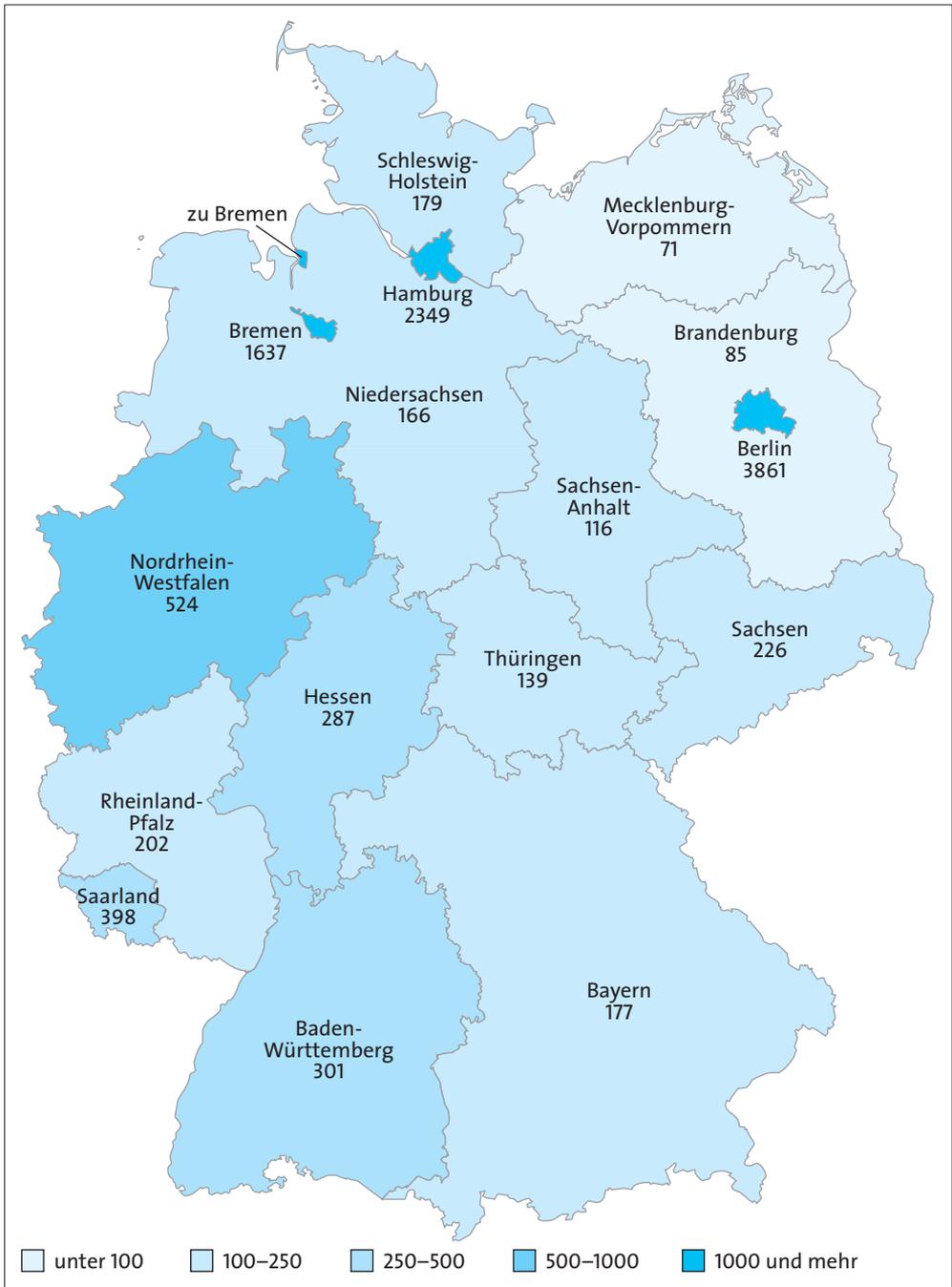


Abb. 2.1: Bevölkerungsdichte am 31.12.2009 [Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2011]

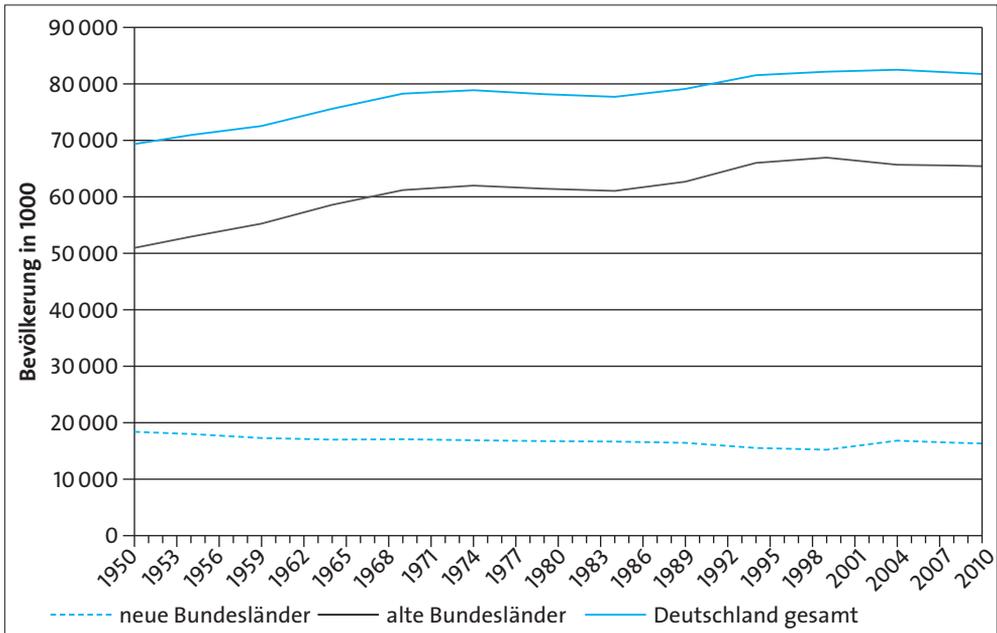


Abb. 2.2: Bevölkerungsentwicklung von 1950–2010 [Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2011]

2.1.2 Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht

Einen Überblick über die Zusammensetzung der Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht am 31.12.2009 gibt Tabelle 2.2. In der gesamten Bundesrepublik waren im Jahr 2009 ca. 14% der Einwohner unter 15 Jahre alt. Etwa 30% waren zwischen 15 und 40 und ca. 36% waren zwischen 40 und 65 Jahre alt. Die größten Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur der letzten Jahre sind aber in der Gruppe der über 65-Jährigen zu

verzeichnen. Während 1995 in dieser Gruppe noch nahezu doppelt so viele Frauen wie Männer vertreten waren, hat sich das Geschlechter-Verhältnis im Jahr 2009 deutlich angeglichen. 57% der älteren Bevölkerung sind demnach weiblich und 43% männlich. Insgesamt beträgt der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung 20,7%, was im Vergleich zu 1995 (15,6%) einen Anstieg um 5,1 Prozentpunkte bedeutet.

Den Wandel im Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands zeigt Abbildung 2.3.

Tab. 2.2: Bevölkerung in Deutschland am 31.12.2009 nach Altersgruppen und Geschlecht [Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2011]

Altersgruppe	Bevölkerung männlich		Bevölkerung weiblich		Gesamt	
	Absolut in 1000	Anteil in %	Absolut in 1000	Anteil in %	Absolut in 1000	Anteil in %
Unter 15	5654,4	14,1	5368,3	12,9	11 023	13,5
15–40	12 309,2	30,7	11 896,1	28,5	24 205	29,6
40–65	14 940,2	37,3	14 732,4	35,3	29 673	36,3
65 und älter	7199,9	18,0	9701,8	23,3	16 902	20,7
Gesamt	40 103,6	100	41 698,7	100	81 802	100

Der pyramidale Altersaufbau vor dem Ersten Weltkrieg war insbesondere auf die damals hohen Geburtenziffern und die relativ geringe Lebenserwartung zurückzuführen. Geburtenausfälle während der beiden Weltkriege und während der Wirtschaftskrise sowie die Gefallenen insbesondere des Zweiten Weltkrieges haben deutliche Einschnitte im Altersaufbau verursacht. Veränderungen im generativen Verhalten und eine kontinuierlich gestiegene Lebenserwartung haben da-

rüber hinaus den Altersaufbau der Bevölkerung beeinflusst.

Abbildung 2.4 zeigt die Entwicklung des Anteils älterer Menschen an der Wohnbevölkerung im Zeitverlauf von 1950–2007. Insgesamt kann festgehalten werden, dass der Anteil dieser Gruppe im Laufe der Zeit stetig zugenommen hat. 1950 betrug der Anteil der 60-Jährigen und Älteren an der Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik 14%, in der ehemaligen DDR 16,2%. Der Anteil dieser

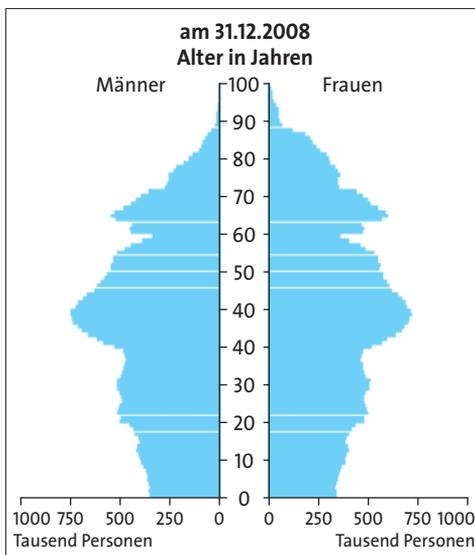
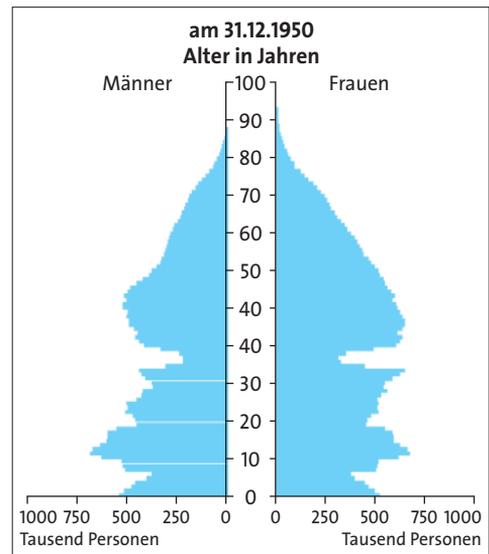
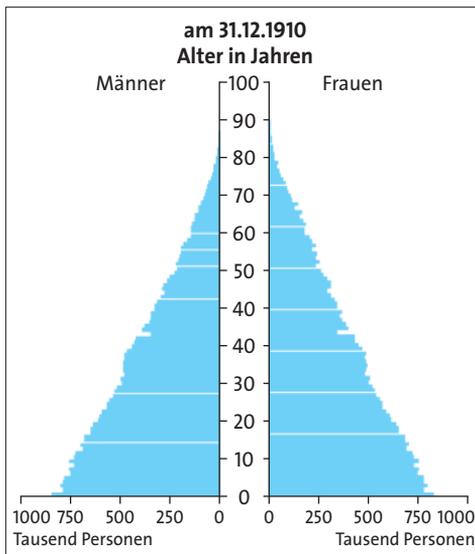


Abb. 2.3: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland [Quelle: Statistisches Bundesamt 2009]

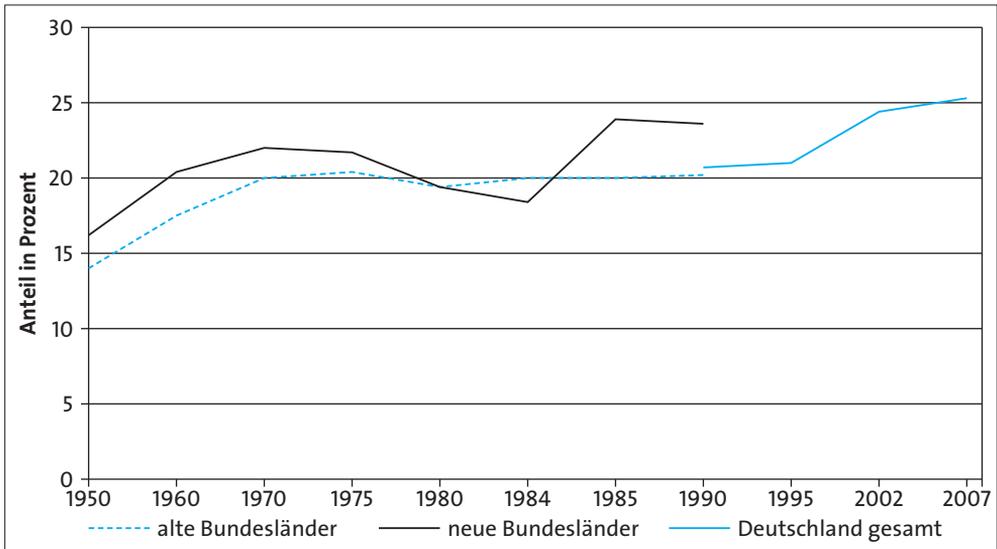


Abb. 2.4: Anteil der Personen in Deutschland im Alter von 60 Jahren und darüber 1950–2007
[Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2009]

Bevölkerungsgruppe ist seitdem angestiegen und betrug 1995 21% und 2002 24,4%. Der sprunghafte prozentuale Anstieg der älteren Bevölkerungsgruppe in der DDR zwischen 1984 und 1985 von 18,4% auf fast 24% ist zwar statistisch belegt, kann jedoch inhaltlich nicht plausibel erklärt werden.

2.1.3 Bevölkerung und Privathaushalte

Im Jahr 2010 wurden mit den Daten des Mikrozensus ca. 40,3 Millionen Haushalte erfasst, wovon sich der Löwenanteil von 32,3 Millionen im Gebiet der ehemaligen Bundesrepublik befindet. In den neuen Bundesländern einschließlich Berlin sind insgesamt 8,6 Millionen private Haushalte zu verzeichnen.

Aufgrund der sich wandelnden Lebensformen und -umstände hat sich die Zusammensetzung der Privathaushalte in den letzten 100 Jahren in Deutschland gravierend verändert, wie die Abbildung 2.5 belegt. Am deutlichsten sind diese Veränderungen an den Ein- sowie Fünf- und mehr Personenhaushalten ablesbar. Während 2010 lediglich in 3,4% der Haushalte fünf und mehr

Personen lebten, lag diese Zahl 1900 im damaligen Reichsgebiet mit 44,4% noch zwölfmal höher. Die umgekehrte Tendenz zeigt sich in der Entwicklung der Einpersonenhaushalte. Während im Jahr 1900 lediglich in 7,1% der Haushalte nicht mehr als eine Person lebte, war dies 2008 in 40,2% der Fall. Der Einpersonenhaushalt hat sich im Laufe von etwas über 100 Jahren zur am weitest verbreiteten Haushaltsform in Deutschland entwickelt und ist somit auch als eigenständige Alternative zum Familienleben zu sehen. Die Abbildung macht aber auch deutlich, dass sich andere moderne Lebensformen, wie etwa kinderlose Ehen oder Kleinfamilien mit einem Kind, bereits 1950 deutlich manifestierten und schon 1925 in Ansätzen herauskristallisierten. So waren prozentual betrachtet die Zwei- und Dreipersonenhaushalte 1950 mit 25,3% bzw. 23% die am meist vertretenen Haushaltsgrößen. Die Ursache für den in den letzten 100 Jahren spürbaren Trend zur abnehmenden Haushaltsgröße liegt sicherlich auch in Deutschlands Entwicklung von einer Agrar- über eine Industrie-, hin zu einer Dienstleistungsgesellschaft. Damit korrespondiert die

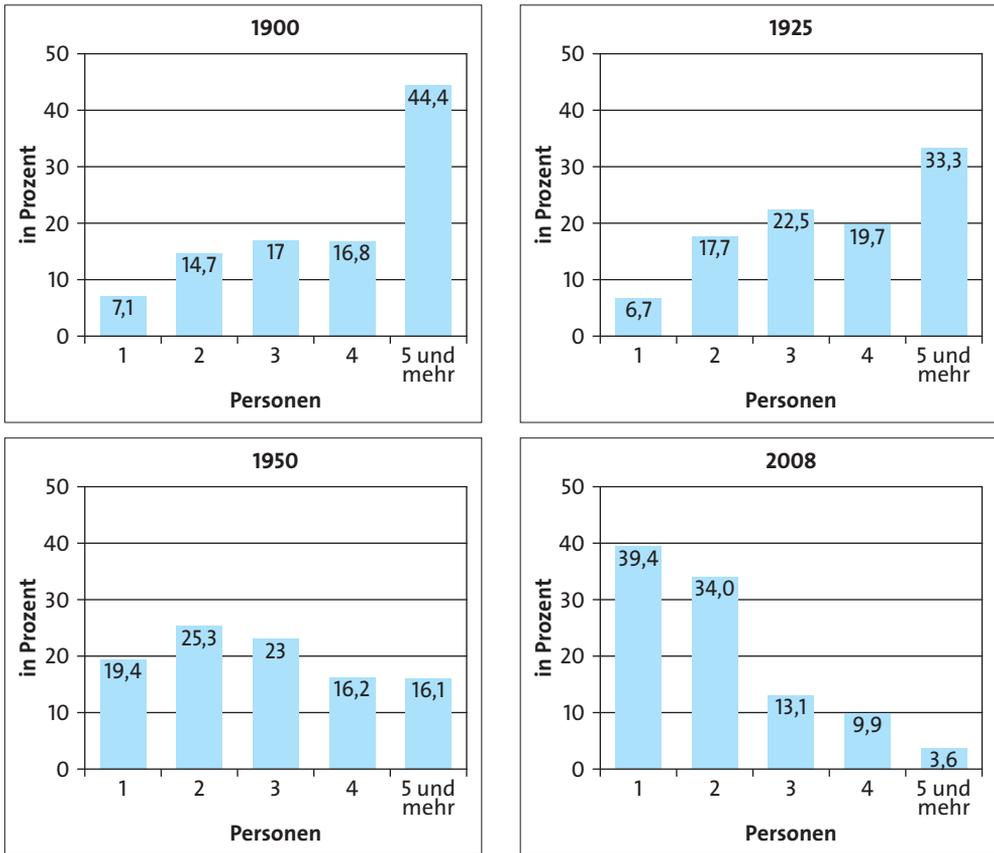


Abb. 2.5: Privathaushalte nach Zahl der Personen in der Bundesrepublik 1900–2008 [Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2009]

zunehmende Anzahl städtischer Haushalte, die im Durchschnitt kleiner als Haushalte in ländlichen Gemeinden sind. So sind im Jahr 2008 etwas mehr als die Hälfte (50,96%) aller Haushalte in Großstädten über 500 000 Einwohnern Einpersonenhaushalte. In ländlichen Gemeinden unter 100 000 Einwohnern sind 44% aller Haushalte Einpersonenhaushalte.

In 12,1 Millionen Haushalten, dies entspricht 49,8% aller Mehrpersonenhaushalte, lebten im Jahr 2008 Kinder. In 6,3 Millionen Haushalten, also etwa der Hälfte aller Haushalte mit Kindern, lebte ein Kind, in 36,3% der Mehrpersonenhaushalte zwei Kinder und in 11,8% drei Kinder und mehr. Ein Ost-/Westvergleich zeigt Schwankungen in den

Anteilen der Haushalte. Haushaltsformen mit einem Kind waren 2008 im neuen Bundesgebiet stärker vertreten (63,6% gegenüber 49,1%), während im alten Bundesgebiet jeweils die Haushaltsformen mit 2 sowie 3 oder mehr Kindern häufiger vorlagen (37,9% gegenüber 29,6% bei Haushalten mit zwei Kindern sowie 13,0% gegenüber 6,8% bei Haushalten mit drei oder mehr Kindern).

Die Personenzahl je Haushalt schwankt regional. In den drei Stadtstaaten beträgt 2008 die durchschnittliche Personenzahl je Haushalt zwischen 1,74 (Berlin), 1,83 (Hamburg) und 1,85 (Bremen). In den übrigen Bundesländern liegt die durchschnittliche Haushaltsgröße zwischen 1,91 (Sachsen) und 2,17 (Baden-Württemberg) Personen.

2.1.4 Geburtenentwicklung und Nettoreproduktionsrate

Die Geburtenentwicklung zeigt seit 1950 sowohl in der Bundesrepublik als auch in der ehemaligen DDR einen negativen Trend (Abb. 2.6). Die Zahl der Lebendgeborenen auf 1000 Einwohner in der damaligen Bundesrepublik wuchs in der Zeit von 1950–1965 zunächst von 16,3 auf 17,8. Nach 1965 nahm sie bis auf geringe Schwankungen bis 1985 kontinuierlich ab. Nach dem Tiefstand von 9,6 im Jahr 1985 stieg die Zahl der Lebendgeborenen auf 11,0 im Jahr 1989. In der ehemaligen DDR reduzierte sich die Zahl der Lebendgeborenen je 1000 Einwohner nach dem Höchststand von 16,5 im Jahr 1950 auf 10,6 im Jahr 1974. Nach einem erneuten Anstieg bis auf 14,6 im Jahr 1980 kamen nach kontinuierlichem Rückgang der Zahl der Lebendgeborenen in den folgenden Jahren 1989 auf 1000 Einwohner nur noch 12 Lebendgeborene.

Im wiedervereinigten Deutschland betrug 1990 die Zahl der Lebendgeborenen 11,4 je 1000 Einwohner und sank bis 1995 weiter auf 9,3 Lebendgeborene je 1000 Ein-

wohner. 1996 erhöhte sich die Zahl auf 9,7 Lebendgeborene, was allerdings keine Trendwende eingeläutet hat. Schon im Jahr 2000 reduzierte sich die Zahl der Lebendgeborenen wieder auf 9,3 je 1000 Einwohner und sank von da an stetig weiter auf 8,1 im Jahr 2009. Der Rückgang der Geburtenzahlen war besonders deutlich in den neuen Bundesländern zu erkennen. Von 11,1 im Jahr 1990 fiel die Geburtenrate nahezu stetig auf 5,6 je 1000 Einwohner im Jahr 2002.

Seit 1990 wandelte sich die Geburtenhäufigkeit in den verschiedenen Altersstufen. Insbesondere bei Frauen Anfang dreißig ist eine konstante Zunahme der Geburtenzahl zu beobachten, inzwischen allerdings nur noch abgeschwächt. Das Durchschnittsgebäralter in den alten Ländern nahm bis 2008 um 1,9 Jahre auf 30,2 Jahre zu. In den neuen Ländern betrug die Erhöhung des Durchschnittsalters bis zum Jahr 2008 4 Jahre, blieb aber mit 29,1 Jahren unter dem Gebäralter westdeutscher Frauen. Die zusammengefasste Geburtenziffer stieg in Deutschland minimal auf 1,4 Kinder je Frau an. Dies geht vorrangig auf die Geburtenentwicklung in den neuen Ländern zurück. Hier stieg die Ge-

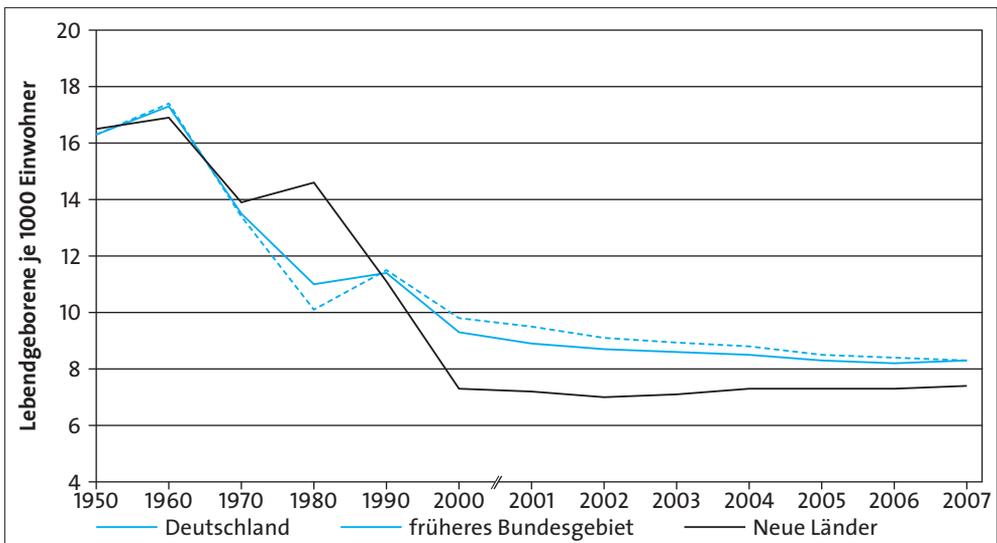


Abb. 2.6: Zahl der Lebendgeborenen je 1000 Einwohner in der alten Bundesrepublik und in der DDR 1950–1990 und in Deutschland 1990–2007 [Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2009]

burtenzahl nach raschem Abfall zwischen 1990 und 1995 kontinuierlich auf 1,4 bis zum Jahr 2008 an und erreichte damit sein höchstes Niveau seit 1990. In den alten Ländern ging die Zahl auf 1,4 Kinder pro Frau leicht zurück.

Die Nettoreproduktionsrate gibt das Maß für den Ersatz einer Frauengeneration durch die von diesen Frauen geborenen Töchter wieder. In den alten Bundesländern ist sie von 0,93 im Jahr 1950 über den Höchststand von 1,17 im Jahr 1965 auf einen Tiefstand von 0,63 im Jahr 1985 gefallen (Angabe für Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahre). 1989 betrug die Nettoreproduktionsrate 0,67. Für Gesamtdeutschland ergibt sich eine Nettoreproduktionsrate von 0,59 im Jahr 1995. In den alten Bundesländern hat sie im Jahr 1995 mit 0,64 den Tiefstand von 1985 erreicht. In den neuen Bundesländern beträgt sie nur 0,4. Bis zum Jahr 2010 haben sich alte und neue Bundesländer auf eine Nettoreproduktionsrate von 0,67 einander angeglichen.

2.1.5 Wanderungsbilanz

Der Bevölkerungsbestand unterliegt aber nicht nur der bisher diskutierten natürlichen Bevölkerungsbewegung (Geburts- und Sterbeverhältnis), sondern darüber hinaus auch räumlichen Bevölkerungsbewegungen, die auch als Wanderungen bezeichnet werden. Grundsätzlich wird zwischen Binnenwanderung (Wohnortwechsel innerhalb des Bundesgebietes) und Außenwanderung (über die Grenzen Deutschlands hinaus) unterschieden.

Während die Binnenwanderung naturgemäß keinen direkten Einfluss auf den gesamten Bevölkerungsbestand ausübt, wirkt sich das Verhältnis von Zu- und Fortwanderung direkt auf die Bevölkerungsentwicklung aus. Es ist grundsätzlich zwischen Wanderungen von Deutschen und Ausländern zu unterscheiden. Abbildung 2.7 zeigt, dass in den letzten 47 Jahren die Zuwanderungen zumeist stärker ausgeprägt waren als die Fortwanderungen. Im Schnitt liegt dieser Außenwanderungssaldo in den vergangenen 50 Jahren bei knapp 200 000, wovon 150 000 auf Ausländerinnen und Ausländer fallen.

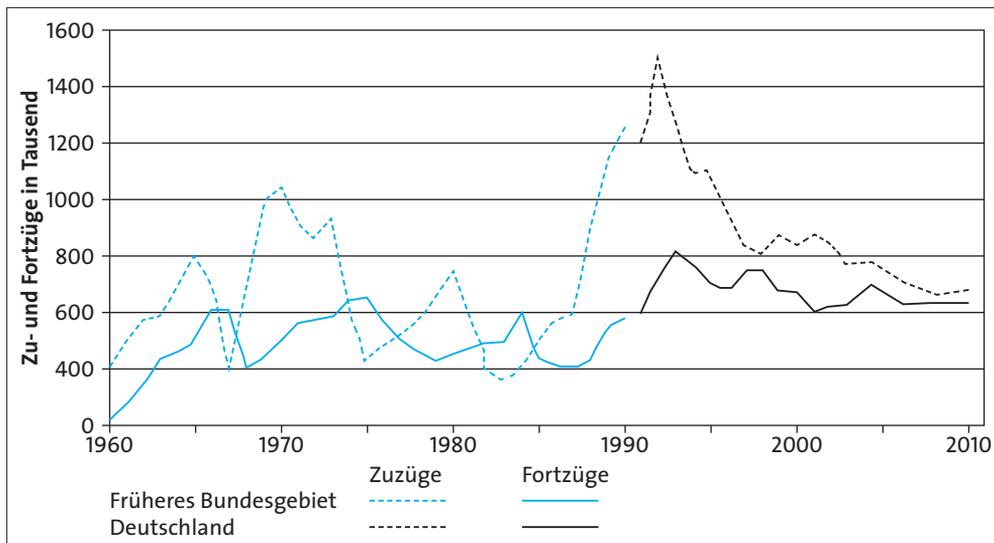


Abb. 2.7: Zu- und Fortzüge in der Bundesrepublik Deutschland 1960–2010 [Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2011]

Die Gründe für den teilweise extrem heterogenen Verlauf der Kurve sind sehr unterschiedlich. So lässt sich der erste größere Zuwanderungsüberschuss Ende der 60er Jahre durch konjunkturbedingte Faktoren erklären. Ab etwa Mitte der 70er Jahre bestimmten im Wesentlichen konjunkturunabhängige Ursachen das Wanderungsverhalten ausländischer Menschen in der BRD. Hierzu zählen auch steuerpolitische Maßnahmen der Bundesregierung, die den Außenwanderungssaldo wechselweise positiv und negativ haben schwanken lassen. So führten beispielsweise der 1973 erlassene Anwerbestopp sowie das Rückkehrhilfegesetz von 1983 zu einem teilweise deutlichen Überschuss der Fortzüge. Andererseits führten Familiennachzüge, Asylgesuche sowie die politische und soziale Lage in vielen Herkunftsländern zu einer verstärkten Einreise in die BRD, insbesondere zwischen 1985 und 1992. Seitdem ist kein einheitlicher Trend im Wanderungsverhalten Deutschlands mehr zu erkennen. Abgeschwächten Zuwanderungsbilanzen bei Ausländern standen zumeist auch geringe Fortwanderungszahlen gegenüber. Im Zeitraum von 1997–1998 kam es erstmals wieder zu einem Anstieg der Fortzugszahlen, bei einer gleichzeitig niedrigen Zuwanderungsrate. Dieser Trend kehrte sich aber in den nachfolgenden Jahren wieder um, da die Fortwanderungsraten bis heute wieder rückläufig sind.

2.1.6 Ausländische Bevölkerung

Der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Wohnbevölkerung des früheren Bundesgebietes ist in den letzten 30 Jahren kontinuierlich gestiegen. Zum Zeitpunkt der Volkszählung 1961 lebten in der Bundesrepublik Deutschland 686 200 Ausländer. Dies entspricht 1,2% der Bevölkerung. Am 31.12.1989 spiegelten 4,9 Millionen Ausländer 7,7% der Bevölkerung wider. Nach der Wiedervereini-

gung hat sich die Zahl der Ausländer auf 7,3 Millionen im Jahr 1996 erhöht und verringerte sich seitdem leicht auf 6,8 Millionen im Jahr 2009. Dies entspricht einem Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung von 8,3%.

Nicht nur der Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung hat sich in dieser Zeit verändert, sondern auch ihre Zusammensetzung. 1961 war beinahe jeder dritte Ausländer ein Italiener (28,7% der ausländischen Bevölkerung). Österreicher stellten mit einem Anteil von 8,4% die zweitstärkste Gruppe. Auch 1970 waren Italiener mit 20,3% die stärkste Ausländergruppe, gefolgt von Türken und Jugoslawen mit 16,5% bzw. 15,8%. Bei der Volkszählung 1987 stellten die Türken mit 34,4% den größten Ausländeranteil. Der Anteil der Jugoslawen betrug noch 13,2%, der der Italiener nur noch 12%. Mit der Zunahme der türkischen Ausländer verringerte sich auch der prozentuale Anteil der EG-Ausländer von ehemals 56,9% im Jahr 1961 auf 27,4% am 31.12.1989.

Bis zum Jahr 2002 hat sich die Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung in Deutschland nochmals weiter verändert. Zwar bilden die Türken nach wie vor die zahlenmäßig größte Gruppe unter den Ausländern, jedoch ist ihr Anteil auf inzwischen 24,1% gesunken (Stand: 31.12.2009). Ebenso gesunken ist der Anteil der Italiener an der ausländischen Wohnbevölkerung auf mittlerweile 7,7%, der Anteil der Bürger aus den einzelnen Teilstaaten des ehemaligen Jugoslawiens auf 11,5%. Der Anteil der Ausländer aus EU-Staaten betrug am 31.12.2009 36,2%. Dies bedeutet, dass etwa die Hälfte der in Deutschland lebenden ausländischen Wohnbevölkerung eine heterogene Mischung aus Menschen verschiedener Nationalitäten darstellt, die von keiner einzelnen Nation spürbar dominiert wird.

2.1.7 Bevölkerungsprognose

Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung des Gesundheitswesens ist die Bevölkerungsentwicklung. Die Bevölkerungsvorberechnung erlaubt eine Prognose langfristiger Veränderungen im Altersaufbau und der Bevölkerungsgröße unter dem Einfluss der demographischen Größen Geburtenhäufigkeit, Sterblichkeit und Wanderungen. Die 12. koordinierte Bevölkerungsvorberechnung zwischen dem Statistischen Bundesamt und den Statistischen Ämtern der Länder zeigt Annahmen der Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2060. Der Prognose liegt der Bevölkerungsbestand vom 31.12.2008 zugrunde: Die berechnete Prognose umfasst zwölf Varianten aus der Kombination getroffener Annahmen zur Geburtenhäufigkeit, zur Sterblichkeit sowie zum Saldo der Zu- und Fortzüge nach bzw. aus Deutschland. Schwerpunktartig werden folgende Szenarien unterstellt.

- ▲ Für die „mittlere“ Bevölkerungsvariante (Ober- und Untergrenze) wurde davon ausgegangen, dass die seit etwa 30 Jahren relativ konstante Geburtenhäufigkeit

(Geburtenziffer: 1,4 je Frau) weitgehend unverändert bleibt. Die Variante einer „relativ jungen“ Bevölkerung unterstelle einen leichten Anstieg auf 1,6 Kinder je Frau, die einer „relativ alten“ Bevölkerung einen langfristigen Rückgang auf 1,2 Kinder je Frau.

- ▲ Die Annahmen zur Lebenserwartung (bei Geburten in 2060) gehen bei der „mittleren“ und „relativ jungen“ Bevölkerung von einem Anstieg von 8 Jahren bei Jungen und 7 Jahren bei Mädchen aus. Bei der „relativ alten“ Bevölkerung wird ein starker Anstieg von 11 Jahren bei Jungen und 9 Jahren bei Mädchen vorausgesetzt.
- ▲ Der Wanderungssaldo (Personen im Jahr) wird für die Untergrenze der „mittleren“ sowie für die „relativ alte“ Bevölkerung mit 100 000 Personen ab 2014 angenommen. Für die Obergrenze der „mittleren“ sowie für die „relativ junge“ Bevölkerung würde sich der Wanderungssaldo bei 200 000 Personen bewegen.

Seit 2003 ist ein Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen, der sich ausgehend von einer niedrigen bis sinkenden Geburten- sowie zu-

Tab. 2.3: Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands von 1950 bis 2060¹⁾
[Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2009]

Jahr	Insgesamt am Jahresende	Davon im Alter von ... bis ... Jahren			
		Unter 20	20–59	60 und älter	
	Insgesamt			80 und älter	
	Millionen	In %			
1950	69,3	30,4	55,0	14,6	1,0
1970	78,1	30,0	50,1	19,9	2,0
1990	79,8	21,7	57,9	20,4	3,8
2001	82,4	20,9	55,0	24,1	3,9
2010	83,1	18,7	55,7	25,6	5,0
2030	81,2	17,1	48,5	34,4	7,3
2060	64,7	15,6	43,9	40,5	13,9

1) Ab dem Jahr 2020 Schätzwerte der 12. koordinierten Bevölkerungsvorberechnung (Untergrenze: „mittlere“ Bevölkerung, mittlere Wanderungsannahme (jährlicher Saldo 200 000 Personen) und mittlere Lebenserwartungsannahme (durchschnittliche Lebenserwartung 2060 bei 85 bzw. 89 Jahren).

nehmenden Sterbezahl in den kommenden Jahren verstärken wird. Laut den Modellrechnungen werden im Jahr 2060 zwischen 65 Millionen Menschen (Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung, bei jährlicher Zuwanderung von 100 000 Personen) und 70 Millionen Menschen (Obergrenze der „mittleren“ Bevölkerung, bei jährlicher Zuwanderung von 200 000 Personen) in Deutschland leben.

Entscheidend sind hierbei Verschiebungen in der Relation der einzelnen Altersgruppen (Tab. 2.3). Die Zahl der unter 65-Jährigen sinkt. So nimmt beispielsweise der Anteil der unter 20-Jährigen von ca. 16 Millionen im Jahr 2008 auf ca. 10 Millionen im Jahr 2060 (Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung) ab. Die Altersgruppen zwischen 20 und 30 Jahren sowie zwischen 30 und 50 Jahren werden jeweils um etwa 38% bzw. 40% schrumpfen. Gravierend ist die Zunahme der Zahl Hochbetagter. So steigt bis 2060 die Zahl der 80-Jährigen und Älteren von ca. 4 auf 9 Millionen Menschen. In 50 Jahren werden 16% der unter 20-Jährigen einem fast so großen Anteil von 14% der über 80-Jährigen gegenüberstehen. Betrachtet man das Verhältnis

der Gruppe potenziell Erwerbstätiger (20- bis unter 65-Jährige) zum Verhältnis der Gruppe potenzieller Empfänger von Leistungen aus Altersversicherungssystemen (wie z.B. der gesetzlichen Rentenversicherung, 65 Jahre und älter), spricht man vom so genannten Altenquotienten. Abbildung 2.8 zeigt, dass der Altenquotient im Jahr 2010 bei 33,8 lag, was bedeutet, dass 100 potenziell erwerbstätige Personen 34 potenziellen Rentenempfängern gegenüberstehen. Bis zum Jahre 2060 steigt der Altenquotient auf 67,4. Mit der Heraufsetzung des Rentenalters auf 67 Jahre wird erwartet, dass der Altenquotient auf 59 (Untergrenze „mittlere“ Bevölkerung) sinkt, was dennoch insgesamt einen enormen Anstieg des Altenquotienten bedeuten würde.

2.2 Gesundheitszustand

2.2.1 Basisdaten

Allgemeine Sterblichkeit. Insgesamt war in der Bundesrepublik eine geringere allgemeine Sterblichkeit als in der ehemaligen DDR zu be-

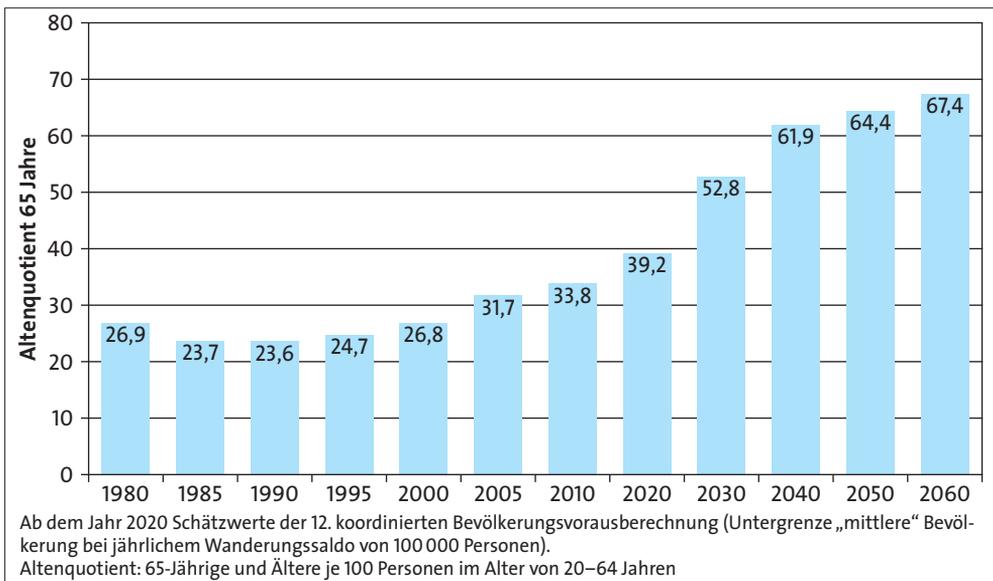


Abb. 2.8: Altenquotient für die deutsche Bevölkerung 1980–2060 [Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2009]

Tab. 2.4: Allgemeine Sterblichkeit in Deutschland 1990 bis 2009 [Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2009]

Jahr	Absolut	je 1000 Einwohner
1990	921445	11,6
1991	911245	11,4
1992	885443	11,0
1993	897270	11,0
1994	884659	10,9
1995	884588	10,8
1996	882843	10,8
1997	860389	10,5
1998	852382	10,4
1999	846330	10,3
2000	838797	10,2
2001	828541	10,1
2002	841686	10,2
2003	853946	10,3
2004	818271	9,9
2005	830227	10,1
2006	821627	10,0
2007	827155	10,1
2009	854544	10,4

obachten. Die Zahl der Verstorbenen hat in der ehemaligen DDR, sowohl absolut als auch auf 1000 Einwohner (Sterbeziffer) bezogen, erst in den letzten 10 Jahren vor der Wiedervereinigung kontinuierlich abgenommen, von 14,2 im Jahr 1980 auf 12,4 im Jahr 1989. Im gleichen Zeitraum sank die Sterblichkeit in der Bundesrepublik von 11,6 auf 11,2 Gestorbene je 1000 Einwohner. Nach der Wiedervereinigung ging die Zahl der Gestorbenen je 1000 Einwohner von 11,6 im Jahr 1990 auf 9,9 im Jahr 2004 zurück. Im Jahr 2005 stieg die Sterbeziffer wieder leicht auf 10,1 und blieb bis zum Jahr 2007 nahezu konstant (Tab. 2.4).

Säuglingssterblichkeit und Müttersterblichkeit. Die Säuglingssterblichkeit je 1000 Lebendgeborener ist sowohl in der ehemaligen

Bundesrepublik als auch in der DDR zwischen 1960 und 1998 gesunken (Abb. 2.9). 1960 starben im ersten Lebensjahr von 1000 Lebendgeborenen in der Bundesrepublik 33,8 und in der DDR 38,8 Säuglinge. Bis 1975 reduzierte sich diese Zahl auf 19,4 in der Bundesrepublik und auf 15,9 in der DDR. Im Jahr 1989 lag die Säuglingssterblichkeit bei 7,4 bzw. 7,6 je 1000 Lebendgeborener. Seit der Wiedervereinigung nahm die Säuglingssterblichkeit in Deutschland weiter ab. Sie ging von 7,0 je 1000 Lebendgeborener im Jahr 1990 auf 5,3 im Jahr 1995 und schließlich auf 3,5 in 2009 zurück.

Ebenso nahm die Müttersterblichkeit im Laufe der Jahre immer weiter ab. Im Jahr 1990 starben in der Bundesrepublik aufgrund von Komplikationen während der Schwangerschaft, bei der Entbindung und im Wochenbett 9,0 Mütter auf 100 000 Lebendgeborene. Bis 1995 reduzierte sich diese Zahl auf 5,3. Deutschland gehört seit den achtziger Jahren zu den Ländern mit den geringsten Fällen von Müttersterblichkeit.

Lebenserwartung. In dem Maße, wie die Säuglingssterblichkeit abnahm, stieg die Lebenserwartung. Zu Beginn des letzten Jahrhunderts hatte in Deutschland ein männlicher Säugling eine durchschnittliche Lebenserwartung (Lebenserwartung ab Geburt) von 44,8 Jahren und ein weiblicher Säugling von 48,3 Jahren. Zu Beginn der 50er-Jahre betrug die durchschnittliche Lebenserwartung eines männlichen Säuglings in der Bundesrepublik 65,0 Jahre und in der ehemaligen DDR 64,6 Jahre, die eines weiblichen Säuglings in der Bundesrepublik 68,5 Jahre und in der ehemaligen DDR 69,0 Jahre. Seit der Wiedervereinigung vergrößerte sich allerdings der Sterblichkeitsgradient zwischen den alten und den neuen Bundesländern (inkl. Berlin-Ost).

Ein Blick auf die Lebenserwartungen der Jungen macht deutlich, dass nach wie vor Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern bestehen, obwohl die Lebenserwartung insgesamt in beiden Teilen

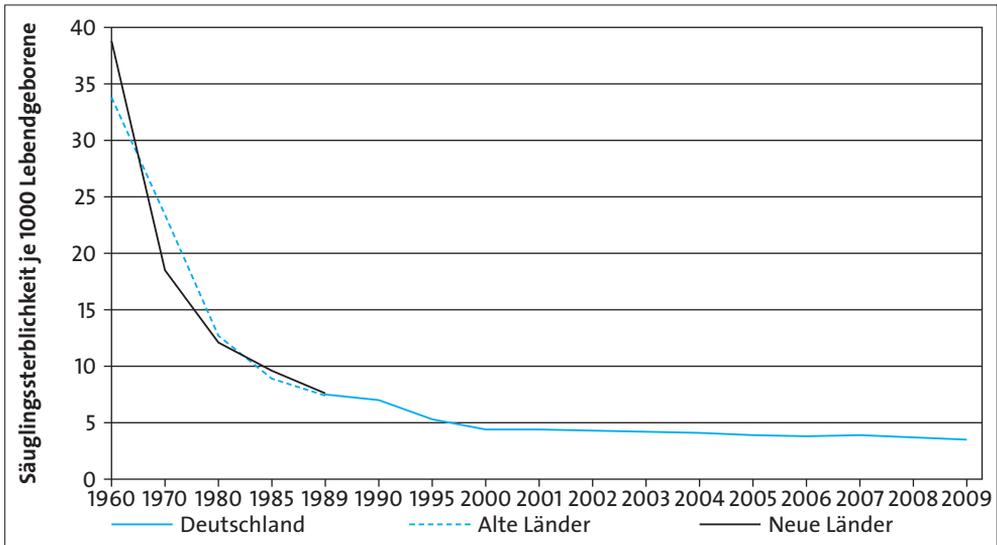


Abb. 2.9: Säuglingssterblichkeit in der alten Bundesrepublik 1960–1990 und in Deutschland 1990–2009 [Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2010]

Deutschlands nach der Wiedervereinigung bis zum Jahr 2008 angestiegen ist (Abb. 2.10). Diese Unterschiede werden allerdings geringer und betragen im Jahr 2009 nur noch 1,3 Jahre (77,6 in den alten Bundesländern ohne Berlin-West gegenüber 76,3 Jahren in den neuen Bundesländern ohne Berlin-Ost). Bei den Mädchen ist die Lebenserwartung um einiges höher, die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland allerdings geringer. Bis zum Jahr 2007 verminderten sich bei den Mädchen die Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern auf nur noch 0,2 Jahre (82,6 Jahre altes, 82,4 Jahre neues Bundesgebiet).

Bis zum Jahr 2060 wird mit einem verlangsamen Anstieg der Lebenserwartung gerechnet. Der Anstieg wird vor allem durch die höheren Altersstufen bestimmt, da in den niedrigeren Altersstufen das Sterberisiko sehr gering ist und sich verbessernde Verhältnisse nur noch relativ wenig auf die Entwicklung der Gesamtlebenserwartung auswirken. Für die Vorausberechnung der durchschnittlichen Lebenserwartung bis 2060 wurde das Sterberisiko für Männer und Frauen in jeder Altersstufe untersucht. Aus-

gehend vom untersuchten Sterberisiko seit 1970 wird für das Jahr 2060 eine Lebenserwartung (bei Geburt) von 87,7 Jahre bei Männern und 91,2 Jahre bei Frauen angenommen. Dies ist ein Anstieg um 10,2 Jahre bei Männern und 8,6 Jahre bei Frauen verglichen mit der Berichtsperiode 2008/2010. Die Differenz zwischen Männern und Frauen sinkt.

So wie die Lebenserwartung eines Säuglings hat auch die Lebenserwartung älterer Menschen (fernere Lebenserwartung) in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Anfang des 19. Jahrhunderts hatte ein 60-jähriger Mann eine fernere Lebenserwartung von durchschnittlich 13,1 Jahren und eine gleichaltrige Frau von durchschnittlich 14,2 Jahren. Die fernere Lebenserwartung eines 60-jährigen Mannes betrug Ende der 80er-Jahre in der Bundesrepublik 17,6 und in der ehemaligen DDR 16,1 Jahre, einer 60-jährigen Frau in der Bundesrepublik 22 Jahre und in der DDR 19,6 Jahre. Nach der aktuellen Sterbetafel für 2008/2010 beträgt die weitere Lebenserwartung einer 60-jährigen Frau in Deutschland 24,9 Jahre und die eines 60-jährigen Mannes 21,5 Jahre.

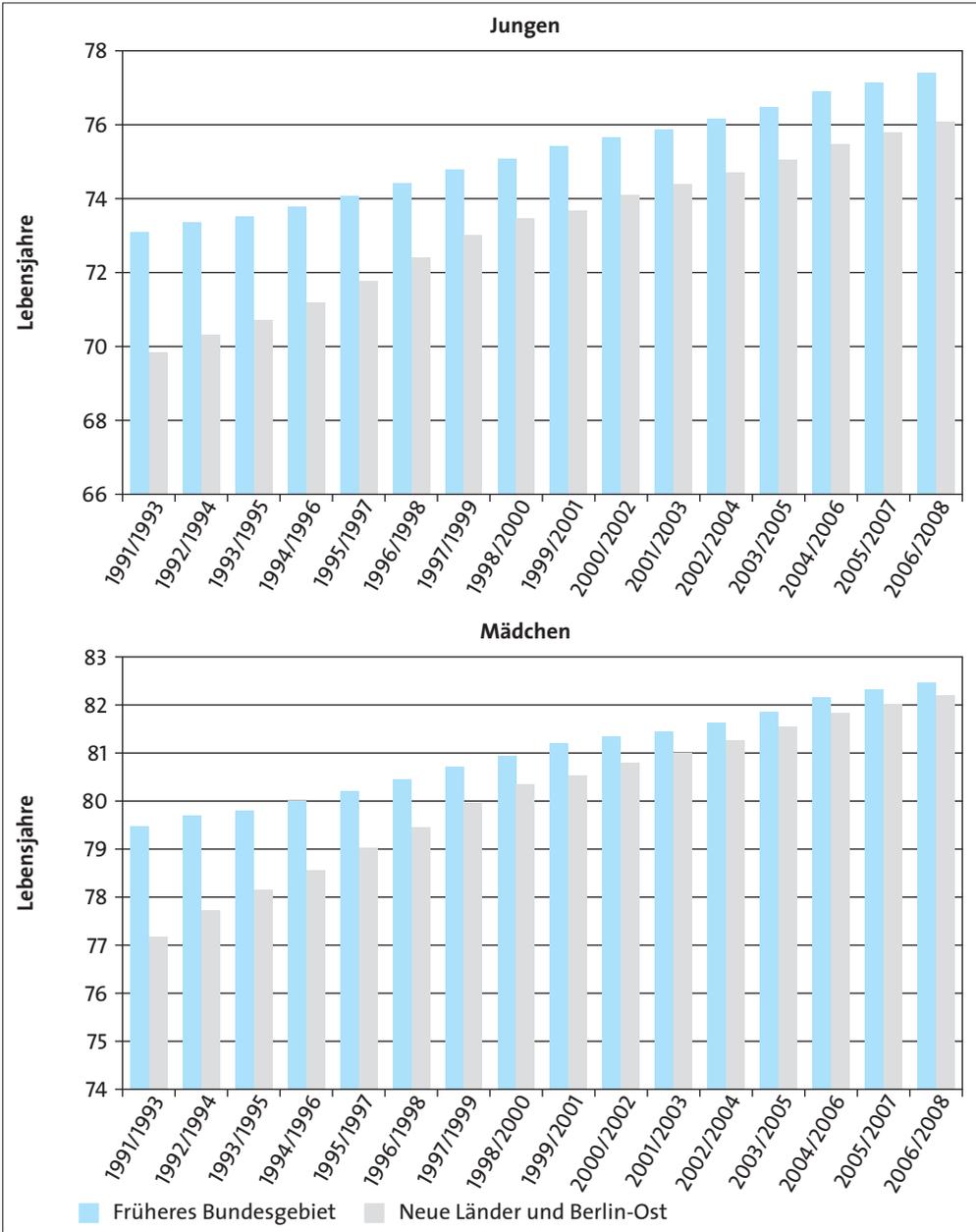


Abb. 2.10: Lebenserwartung Neugeborener im früheren Bundesgebiet und in den neuen Ländern [Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2009]

2.2.2 Todesursachen

Im Jahr 2010 starben in Deutschland 858 768 Einwohner. 41,1% aller Todesursachen betrafen mit 352 689 Sterbefällen Krankheiten des Herz-/Kreislaufsystems. Die chronische ischämische Herzkrankheit ist hierbei mit 72 683 Verstorbenen die häufigste Todesursache. Nach den Krankheiten des Kreislaufsystems sind bösartige Neubildungen mit 225 141 Fällen (26,2% aller Sterbefälle) die zweithäufigste Todesursache. Bei den Frauen sind bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane sowie der Brustdrüse die häufigsten Todesursachen. Bei den verstorbenen Männern haben bösartige Neubildungen der Verdauungs- und Atmungsorgane die größte Bedeutung. Die so genannten nichtnatürlichen Todesfälle betrafen 33 312 Sterbefälle, dieses entspricht 3,7%. Innerhalb dieser Gruppe verstarben 30% an vorsätzlicher Selbstbeschädigung (Suizid).

Innerhalb der verschiedenen Todesursachen sind unterschiedliche Tendenzen erkennbar. Während Krankheiten der Atmungsorgane und Krankheiten der Verdauungsorgane sowie Unfälle als Todesursachen in den letzten 30 Jahren abgenommen haben, sterben zunehmend mehr Menschen an bösartigen Neubildungen sowie an Krankheiten des Herz-/Kreislaufsystems.

2.2.3 Morbidität

Inzidenz ausgewählter Krebsarten. Zuverlässige Angaben über die Neuerkrankung (Inzidenz) an bösartigen Neubildungen können nur aus Krebsregistern gewonnen werden. Sie sind nicht nur eine wichtige Datenquelle zur Einschätzung von Trends und regionalen Unterschieden von Krebskrankheiten, sondern auch Basis für die epidemiologische Ursachenforschung. Inzwischen existieren in 13 Bundesländern und einem Regierungsbezirk (Münster, Nordrhein-Westfalen) bevöl-

kerungsbezogene Krebsregister. Da die Krebsregister auf Landesebene organisiert sind, wurde Anfang 1996 eine „Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland“ gegründet, die für eine methodische Vereinheitlichung der Datenerhebung und damit für eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse sorgen sollte. Diese wurde im April 2004 in die „Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID)“ überführt. Daneben existiert das „Zentrum für Krebsregisterdaten“ im Robert Koch-Institut (RKI), das am 18.08.2009 nach Inkrafttreten des Bundeskrebregisterdatengesetzes aus der „Dachdokumentation Krebs“ hervorgegangen ist. Es prüft die erhobenen Daten länderübergreifend, führt diese zusammen und wertet sie aus. Weiterhin verfügt das „Deutsche Kinderkrebsregister“ der Universität Mainz über Krebsregisterdaten.

Da nach wie vor keine vollzählige und flächendeckende Krebsregistrierung in Deutschland existiert, können die Inzidenzraten nur geschätzt werden. Die zurzeit aktuellste Schätzung bezieht sich auf das Jahr 2008 (Stand: 2012). Nach Angaben der „Dachdokumentation Krebs“ wird die Gesamtzahl der neu an Krebs Erkrankten für das Jahr 2008 auf 469 800 geschätzt. Mit 63 440 geschätzten Neumeldungen bei Männern sind Tumore an der Prostata die häufigsten Neuerkrankungen, gefolgt vom Darm (35 350), der Lunge (33 960) sowie der Harnblase (11 460) und dem Magen (9210).

Die häufigsten Lokalisationen bei Frauen sind die Brustdrüse (71 660), der Darm (30 040), die Lunge (15 570) sowie die Harnblase (4510).

Im Vergleich mit früheren Inzidenzschätzungen fallen diese Zahlen zum Teil niedriger aus, was allerdings nicht unbedingt auf einen Rückgang der Erkrankungen hinweist, sondern auf einer verbesserten Schätzung aufgrund einer verbreiterten Datenbasis beruht. Die Krebsregistrierung in Deutschland verbessert sich zunehmend und die Krebsre-

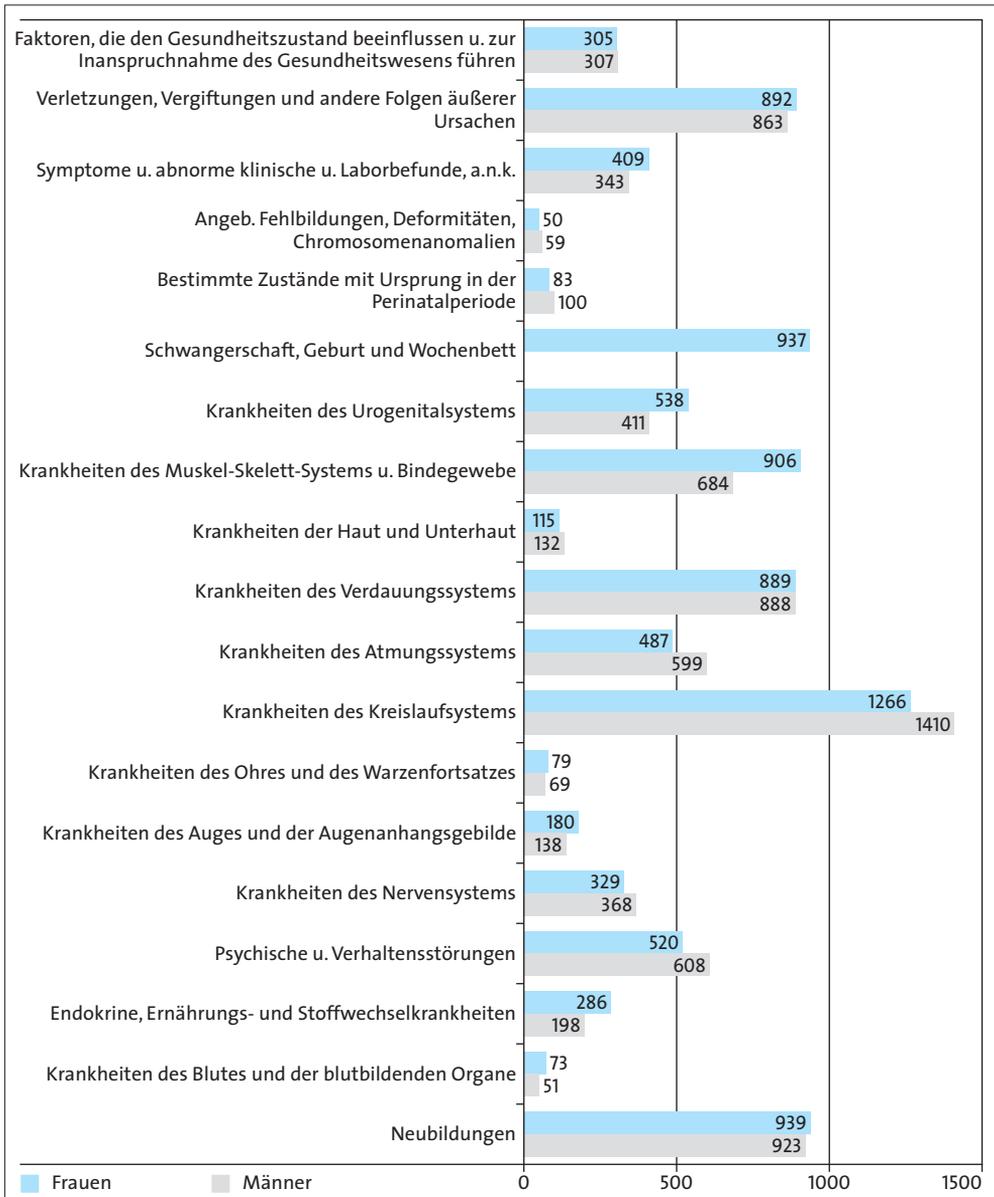


Abb. 2.11: Patienten und Patientinnen nach ICD-10 Diagnosekapitel und Geschlecht 2008 bei insgesamt 9545 weiblichen und 8392 männlichen Fällen [Quelle: eigene Darstellung nach Statistischem Bundesamt 2009]

gister liefern verstärkt hinreichend vollzähligte Daten.

Inzidenz von AIDS und HIV-Infektion. Die Zahl der diagnostizierten AIDS-Fälle ist in Deutschland in den Jahren zwischen 1985 und 1994 von 311 auf 2068, bezogen auf eine Million Einwohner, gestiegen. Ab 1995 trat aber eine Trendwende mit zunächst nur noch 1927 neu diagnostizierten AIDS-Fällen ein. Dieser Abwärtstrend setzte sich dann fort bis zum Jahr 2002 auf nunmehr 655 neu diagnostizierte Fälle. Im Jahr 2002 betrug der Anteil der Männer dieser neu diagnostizierten AIDS-Fälle 79,5%. Seit 1990 unterliegt das Geschlechterverhältnis bei den Neudiagnosen eher geringeren Variationen, da der Anteil der infizierten Männer immer deutlich überwogen hat. Zurzeit leben in Deutschland nach Angaben des RKIs 67 000 Menschen mit HIV/AIDS (Stand: Ende 2009). Bei den an AIDS Erkrankten handelt es sich um 31 400 Männer und 5100 Frauen.

Krankenhausfälle. Die Zahl der Personen, die stationär behandelt wurden (Krankenhausfälle), hat sich in den alten Bundesländern zwischen 1970 und 1989 nahezu verdoppelt. 1989 wurden 13,4 Millionen Personen stationär behandelt. In der ehemaligen DDR stieg die Zahl der Krankenhausfälle zwischen 1970 und 1989 von 2,31 Millionen auf 2,54 Millionen.

2008 wurden in Deutschland 17,9 Millionen Krankenhausfälle registriert. Diese umfassen auch Sterbe- und Stundenfälle. Die häufigsten Diagnosen stellen mit 2,7 Millionen Fällen (15% aller Patienten) Krankheiten des Kreislaufsystems und mit 1,9 Millionen Patienten Neubildungen dar. Bei den Frauen stehen Schwangerschaften und Entbindungen an dritter Stelle. Die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern betrug 8,1 Tage, die durchschnittliche Bettenauslastung lag bei 77,4%.

Verordnete Arbeitsunfähigkeit und Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Die Anzahl der Fälle von Arbeitsunfähigkeit zeigt eine steigende Tendenz. Im Vergleich zum Vorjahr erhöhte sie sich um 6,4 Fälle auf 109,7 Fälle je 1000 Versicherte im Jahr 2008 (siehe auch Kapitel 22.2). Parallel sind im Jahr 2010 182 678 Rentenzugänge wegen teilweiser oder vollständiger Erwerbsminderung in der gesetzlichen Krankenversicherung registriert worden. Die häufigsten Ursachen der Rentengewährung waren bei Männern wie Frauen psychische und Verhaltensstörungen, gefolgt von Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, Neubildungen sowie Krankheiten des Kreislaufsystems.

Literatur

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2008. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Dortmund, Berlin, Dresden.
- Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung (Hrsg.) (1990) Das Gesundheitswesen. Jahresbericht 1989 für das Gebiet der ehemaligen DDR. 25. Jg. Ärztebuch, Berlin.
- Korbanka C (1990) Das Gesundheitswesen in der DDR. Darstellung und Effizienzanalyse. Müller Botermann, Köln (Volkswirtschaftliche Schriftenreihe; 7).
- Rehfeld UG, Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006) Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 30. Berlin.
- Robert Koch-Institut (2009) Epidemiologische Kurzinformationen des Robert Koch-Instituts, Stand: Ende 2009: HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten, Berlin.
- Robert Koch-Institut (2008) Epidemiologisches Bulletin. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. 2. Mai 2008, Sonderausgabe A. Berlin.
- Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.) (2012), 8. Auflage. Krebs in Deutschland 2007/2008. Berlin.