

Das deutsche Gesundheitssystem

Leistungsstark. Sicher. Bewährt.



Bundesministerium
für Gesundheit

Das deutsche Gesundheitssystem

Vorwort



Liebe Leserin, lieber Leser,

alle Menschen machen im Laufe ihres Lebens früher oder später die Erfahrung, wie wichtig eine gute Gesundheitsversorgung ist. Insbesondere die Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie hat uns den unverzichtbaren Stellenwert eines starken Gesundheitssystems vor Augen geführt. Die Beschäftigten im deutschen Gesundheitssystem – das sind immerhin über 5,7 Millionen Menschen in einem Land mit aktuell gut 83 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern – haben eine großartige Leistung während der Pandemie vollbracht. Wir haben es vor allem ihnen und den leistungsstarken Strukturen in unserem Gesundheitswesen zu verdanken, dass Deutschland die Pandemie bisher vergleichsweise gut bewältigt hat.

Das deutsche Gesundheitssystem ist historisch gewachsen und verfügt über einige Besonderheiten. Dazu zählt zum Beispiel das „duale Krankenversicherungssystem“, in dem neben den aktuell knapp 100 gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), in denen mit fast 73 Millionen die überwiegende Mehrheit der Menschen in Deutschland versichert ist, die Angebote der privaten Krankenversicherungen (PKV) bestehen. Charakteristisch für das deutsche Gesundheitssystem ist auch das Prinzip der Selbstverwaltung: Der Staat gibt den gesetzlichen Rahmen vor, innerhalb dessen wesentliche Entscheidungen zwischen den Akteuren der Gesundheitsversorgung – wie zum Beispiel den Krankenversicherungen, Ärztinnen bzw. Ärzten und Krankenhäusern – verhandelt und entschieden werden. Und auch das föderale System, die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern, prägt das deutsche Gesundheitssystem.

Der hohe Standard unserer heutigen Gesundheitsversorgung lässt sich nur halten, wenn wir die Leistungen und Strukturen konsequent weiterentwickeln und noch stärker an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausrichten. Denn ob jung oder alt, psychisch oder körperlich erkrankt, auf dem Land oder in der Stadt lebend – die Anforderungen der Menschen an eine gute Gesundheitsversorgung sind sehr unterschiedlich. Je stärker wir diese Unterschiede berücksichtigen, desto besser werden Gesundheitsversorgung, Pflege und Prävention in Zukunft sein.

Wir wollen daher eine bessere Kooperation von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern erreichen, Prävention und Gesundheitsförderung stärken sowie mehr nützliche digitale Angebote und Innovationen auf den Weg bringen. Auch das sind Lehren, die wir aus der Pandemie gezogen haben. Grundsätzlich gilt: Zu einem guten Gesundheitssystem gehört, dass es sich ständig modernisieren und mit den geänderten Anforderungen Schritt halten muss.

Diese Broschüre möchte Sie mit den Grundlagen und Besonderheiten des – stellenweise durchaus komplexen – deutschen Gesundheitssystems vertraut machen. Sie bietet einen verständlichen Überblick über Strukturen, Leistungen und Akteure und erläutert Zusammenhänge. Zudem enthält sie Hinweise auf unsere weiterführenden Informationsangebote.

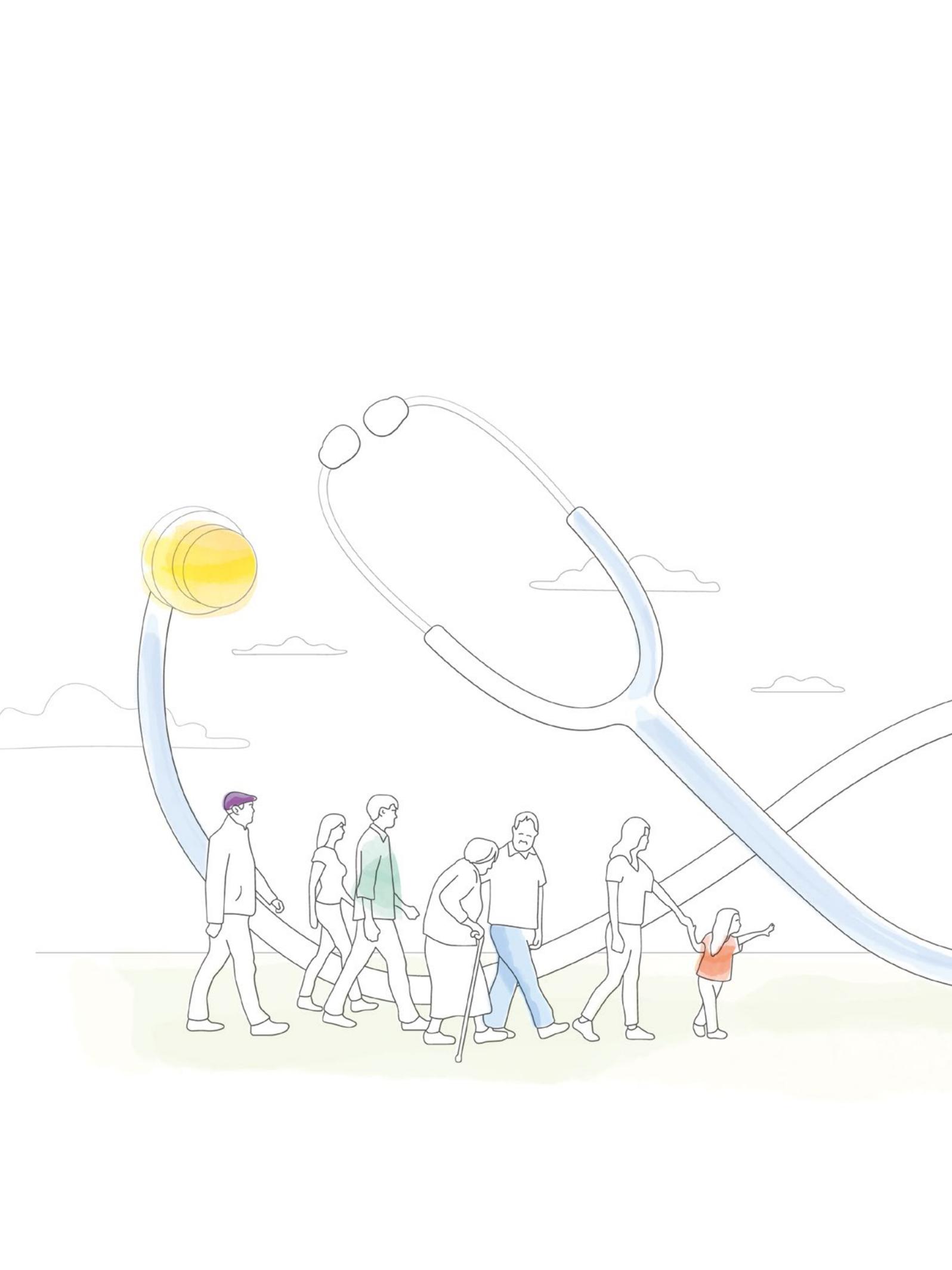
Ich wünsche Ihnen eine gute Lektüre und viele nützliche Informationen!



Prof. Dr. Karl Lauterbach
Bundesminister für Gesundheit

Inhalt

Historisch verwurzelt: die Grundprinzipien des Gesundheitssystems	8
Vielschichtig vernetzt: die Akteure des Gesundheitssystems	16
Zuverlässig geschützt: die gesetzliche Krankenversicherung	24
Umfassend betreut: Gesundheitsversorgung und Pflege	30
Dynamisch ausgerichtet: Herausforderungen und Chancen	42
Zahlen zur deutschen Gesundheitsversorgung	54
Die Bundesgesundheitsministerinnen und Bundesgesundheitsminister von 1961 bis heute	56
Glossar	57
Quellenverzeichnis	60
Informationsangebote des Bundesgesundheitsministeriums	62
Impressum	67



Historisch verwurzelt:

die Grundprinzipien des
Gesundheitssystems



Die Aufgabe ist gewaltig: Rund 83 Millionen Bürgerinnen und Bürger werden in Deutschland medizinisch versorgt. Dafür steht ihnen ein Netzwerk unter anderem aus mehr als 1.900 Krankenhäusern¹, rund 152.000 Ärztinnen und Ärzten² und circa 31.300 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten³, die in der ambulanten Versorgung tätig sind, sowie fast 18.800 Apotheken⁴ zur Verfügung. Die Kosten dieses Versorgungssystems sind hoch: Über 440 Milliarden Euro⁵ wurden im Jahr 2020 – so die aktuellsten Zahlen des Statistischen Bundesamtes – für Gesundheit in Deutschland ausgegeben. Das ist mehr als eine Milliarde Euro pro Tag. Damit geht mehr als jeder zehnte Euro des deutschen Bruttoinlandsprodukts ins Gesundheitswesen.

Das Gesundheitswesen wird zum großen Teil über die gesetzliche und die private Krankenversicherung finanziert. Das heutige System ist historisch gewachsen. So entstanden die ersten Vorformen der solidarischen Krankenversicherung schon im Mittelalter. Zünfte und auch einige Unternehmen kümmerten sich um die ärztliche und pflegerische Versorgung ihrer Mitglieder und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die verschiedenen Formen der sozialen Absicherung, die sich daraus über die Jahrhunderte entwickelten, wurden während des 19. Jahrhunderts vereinheitlicht. Ein

Meilenstein war die weltweit erste gesetzliche Sozialversicherung, die der deutsche Reichskanzler Otto von Bismarck im Jahr 1883 einführte. Sie legte den Grundstein für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland, in der die meisten Bürgerinnen und Bürger versichert sind.

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland basiert auf fünf Grundprinzipien

Versicherungspflicht

Mit Einführung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum 1. April 2007 und in der privaten Krankenversicherung (PKV) zum 1. Januar 2009 besteht für alle Bürgerinnen und Bürger die Verpflichtung, einen Krankenversicherungsschutz abzuschließen, wenn sie ihren Wohnort oder ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland haben. Insbesondere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind in der GKV pflichtversichert, wenn ihr Einkommen eine bestimmte Grenze nicht überschreitet (2022 liegt die Versicherungspflichtgrenze bei 5.362,50 Euro monatlich). Übersteigt das monatliche Einkommen diese Grenze, können die Versicherten als freiwillig versicherte Mitglieder in der GKV bleiben oder eine private Krankenversicherung wählen. Einige Personengruppen unterliegen generell nicht der Versicherungspflicht in der GKV, auch wenn ihr Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Dazu zählen zum Beispiel Beamtinnen und Beamte sowie Selbstständige.

Ein Netzwerk

unter anderem aus rund 1.900 Krankenhäusern, rund 152.000 Ärztinnen und Ärzten und circa 31.300 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in der ambulanten Versorgung tätig sind, sowie fast 18.800 Apotheken versorgt rund 83 Millionen Bürgerinnen und Bürger in Deutschland.

Beitragsfinanzierung

GKV und PKV finanzieren sich über die Beiträge beziehungsweise Prämien ihrer Mitglieder. Während die Prämie in der PKV nach dem Gesundheitszustand, dem Eintrittsalter und dem individuellen Krankheitsrisiko berechnet wird und die Leistungen sowie mögliche Selbstbeteiligungen individuell vertraglich vereinbart werden, richten sich die Beiträge in der GKV nach dem Einkommen des Mitglieds. Alle Versicherten erhalten die gleichen Leistungen. Wer mehr verdient, zahlt auch mehr ein. Das macht das solidarische Gesundheitssystem in der GKV aus. Der allgemeine Beitragssatz in der GKV liegt bei 14,6 Prozent, von dem die Arbeitgeber beziehungsweise die Rentenversicherungsträger die Hälfte

zahlen. Jede Krankenkasse erhebt noch einen Zusatzbeitrag. Dieser liegt zurzeit im Durchschnitt bei circa 1,3 Prozent und wird ebenfalls zur Hälfte vom Arbeitgeber beziehungsweise Rentenversicherungsträger getragen. Privatversicherte können gleichfalls einen Zuschuss von ihrem Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger erhalten. Anders als in der PKV sind Kinder und Ehepartnerinnen und Ehepartner von GKV-Mitgliedern, die kein oder nur ein geringes eigenes Einkommen haben, in der GKV als Familienmitglieder mitversichert und brauchen keinen eigenständigen Beitrag zu zahlen. Die Beiträge von Arbeitslosengeld- sowie Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern übernimmt in der Regel der zuständige Sozialleistungsträger. >>

83,4 Jahre

beträgt aktuell die
Lebenserwartung für
neugeborene Mädchen.⁵

78,6 Jahre

beträgt aktuell die
Lebenserwartung für
neugeborene Jungen.⁶



30 %

der Bürgerinnen und Bürger gehen
drei- bis fünfmal pro Jahr zur Ärztin
oder zum Arzt.⁷

Solidaritätsprinzip

Das deutsche Gesundheitssystem wird durch die Solidargemeinschaft finanziert. Das heißt: Alle gesetzlich Versicherten tragen gemeinsam die Kosten, die durch Krankheiten der einzelnen Mitglieder entstehen. Jede und jeder gesetzlich Versicherte hat den gleichen Anspruch auf medizinische Versorgung – egal, wie hoch ihr oder sein Einkommen ist und damit ihre oder seine Beiträge für die Krankenversicherung sind. Gesunde stehen also für Kranke ein, Reiche für Arme und Singles für Familien. Zu dieser Solidarität gehört es auch, dass Berufstätige bei einer Erkrankung weiter ihren Lohn bekommen. Die ersten sechs Wochen zahlt der Arbeitgeber diesen in voller Höhe weiter. Wer länger krank ist, erhält von seiner Krankenkasse ein sogenanntes Krankengeld, das 70 Prozent des Bruttolohnes entspricht.

Sachleistungsprinzip

Gesetzlich Versicherte werden ärztlich behandelt, ohne dass sie dafür in finanzielle Vorleistung gehen müssen. Die Ärztinnen und Ärzte, Kliniken und Apotheken rechnen die Therapien und Arzneimittel direkt mit den Krankenkassen ab. Die Versicherten haben damit – abgesehen von einzelnen gesetzlichen Eigenleistungen und Zuzahlungen – Anspruch auf eine kostenfreie Behandlung.

Selbstverwaltungsprinzip

Das Gesundheitssystem ist komplex. Immer wieder stehen sich Interessen gegenüber, die miteinander in Einklang gebracht werden müssen: Die Patientinnen und Patienten wünschen sich eine optimale Behandlung, die Ärztinnen und Ärzte eine moderne Technik und die Krankenkassen müssen dafür sorgen, dass sie das alles mit den Versichertenbeiträgen finanzieren können. Wer soll das regeln? Macht's der Staat? Entscheidet der Markt? Oder die Beteiligten selbst?

Deutschland hat sich für die letzte Variante entschieden: das Selbstverwaltungsprinzip. Das bedeutet: Der Staat gibt zwar die Rahmenbedingungen und Aufgaben für die medizinische Versorgung vor. Er erlässt Gesetze und Verordnungen dafür. Wie die Versorgung dann aber genau organisiert und ausgestaltet wird und vor allem welche medizinischen Behandlungen, Operationen, Therapien und Arzneimittel von den Krankenkassen finanziert werden und welche nicht, wird innerhalb des Gesundheitswesens entschieden. Diese gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen übernehmen die Vertreterinnen und Vertreter der Ärzte-, Zahnärzte- und Psychotherapeutenchaft, der Krankenhäuser, Krankenkassen und Versicherten gemeinsam. Ihr oberstes Gremium ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen haben ein Antrags- und Mitberatungsrecht im G-BA. Der G-BA konkretisiert in verbindlichen Richtlinien den Leistungsanspruch der Versicherten in der Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung, zum Beispiel welche Behandlungen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Neue Arzneimittel werden dabei regelhaft erstattet.

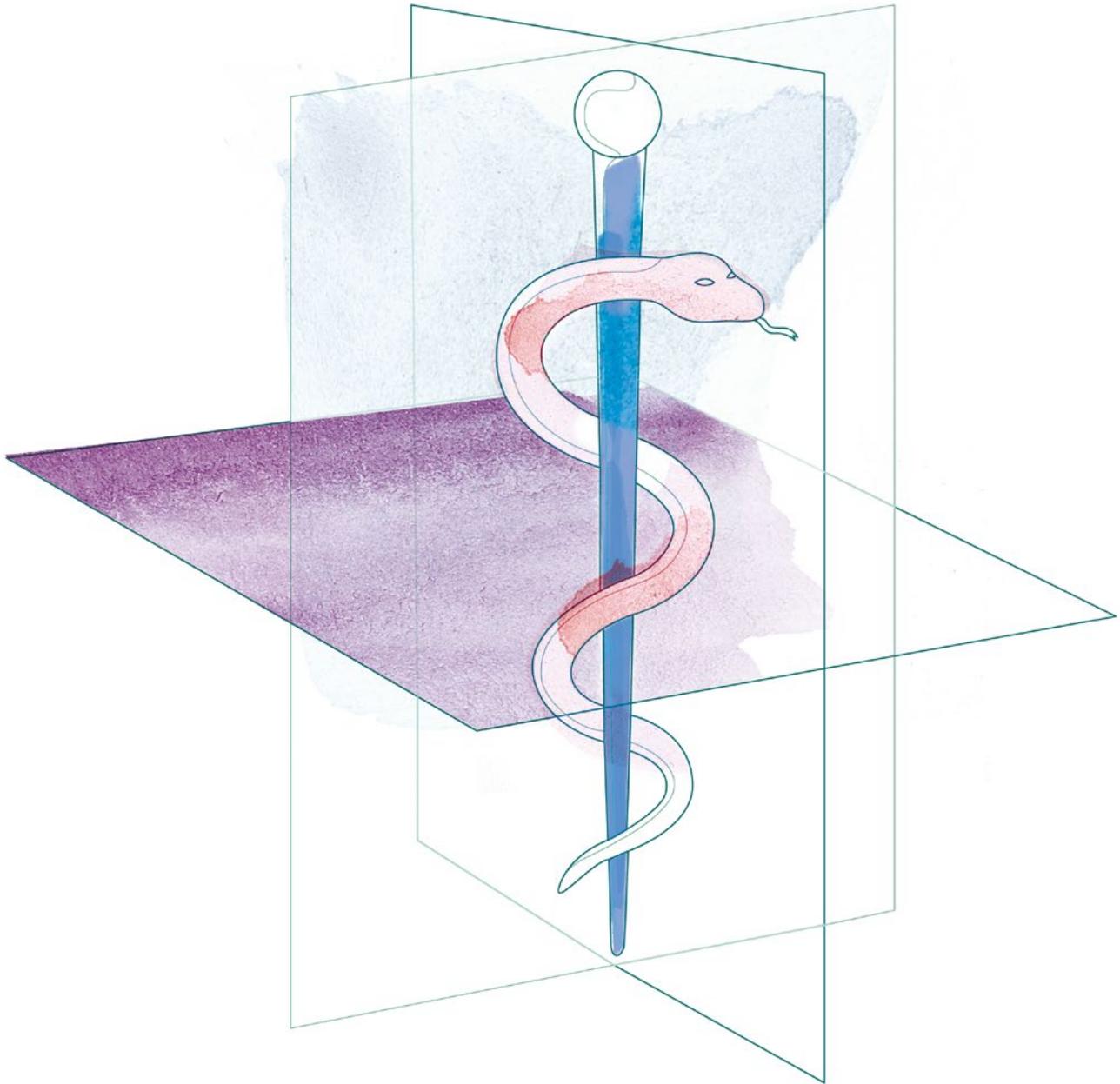
Einordnung des deutschen Gesundheitssystems

Sieht man sich die Gesundheitssysteme verschiedener Länder an, stellt man fest, dass sie sich grob in drei Kategorien einteilen lassen:

- Es gibt staatliche Gesundheitssysteme, die vom Staat organisiert und über Steuergelder finanziert werden. In Großbritannien und Schweden ist es beispielsweise so. In diesen Ländern werden alle Operationen, Therapien und Arzneimittel aus dem Staatshaushalt bezahlt. Es gibt lediglich Zuzahlungen zu manchen Behandlungen. Der Staat organisiert in diesen Ländern auch die Versorgung mit Krankenhäusern und Gesundheitszentren.
- In anderen Ländern gibt es Sozialversicherungssysteme. In diesen finanzieren weitgehend Sozialversicherungen, also Krankenkassen, die medizinische Versorgung. Dafür zahlen Unternehmen und Beschäftigte in die Krankenkassen ein – so wie es beispielsweise in Deutschland ist. Anders als in den staatlich organisierten Gesundheitssystemen sind private und öffentliche Anbieter nebeneinander tätig. In einem gesetzlich abgesteckten Rahmen organisieren sie die Gesundheitsversorgung selbst. Das ist das sogenannte Selbstverwaltungsprinzip.
- Als Drittes gibt es marktwirtschaftlich orientierte Systeme: In ihnen spielt der Staat eine nachgeordnete Rolle. Organisation und Steuerung des Gesundheitssektors sind Aufgaben der privaten Akteure. Auch finanziert wird fast alles privat: Es gibt privatwirtschaftliche Versicherungsunternehmen, oder die Bürgerinnen und Bürger bezahlen ihre Arztbehandlung direkt selbst. Sie müssen auch selbst für ihren Lebensunterhalt sorgen, wenn sie wegen einer Krankheit längere Zeit im Job ausfallen – Lohnfortzahlung gibt es dann nicht. So ist es etwa in den USA.

Circa 5,7 Mio.

Menschen sind im Gesundheitswesen beschäftigt – von den Arztpraxen über die Verwaltung bis hin zur pharmazeutischen Industrie.⁸



Das föderale System Deutschlands

Als das Coronavirus Deutschland erreicht hatte, konnte man beobachten, dass der Kampf gegen den Erreger auf zwei Ebenen erfolgte: Die Bundesregierung hat empfohlen, dass die sozialen Kontakte aller Bürgerinnen und Bürger reduziert werden sollten, um Infektionen mit dem Coronavirus zu vermeiden. Die einzelnen Bundesländer haben dann unter anderem festgelegt, ob und wann sie beispielsweise Schulen, Museen und Restaurants zum Schutz vor Infektionen schließen.

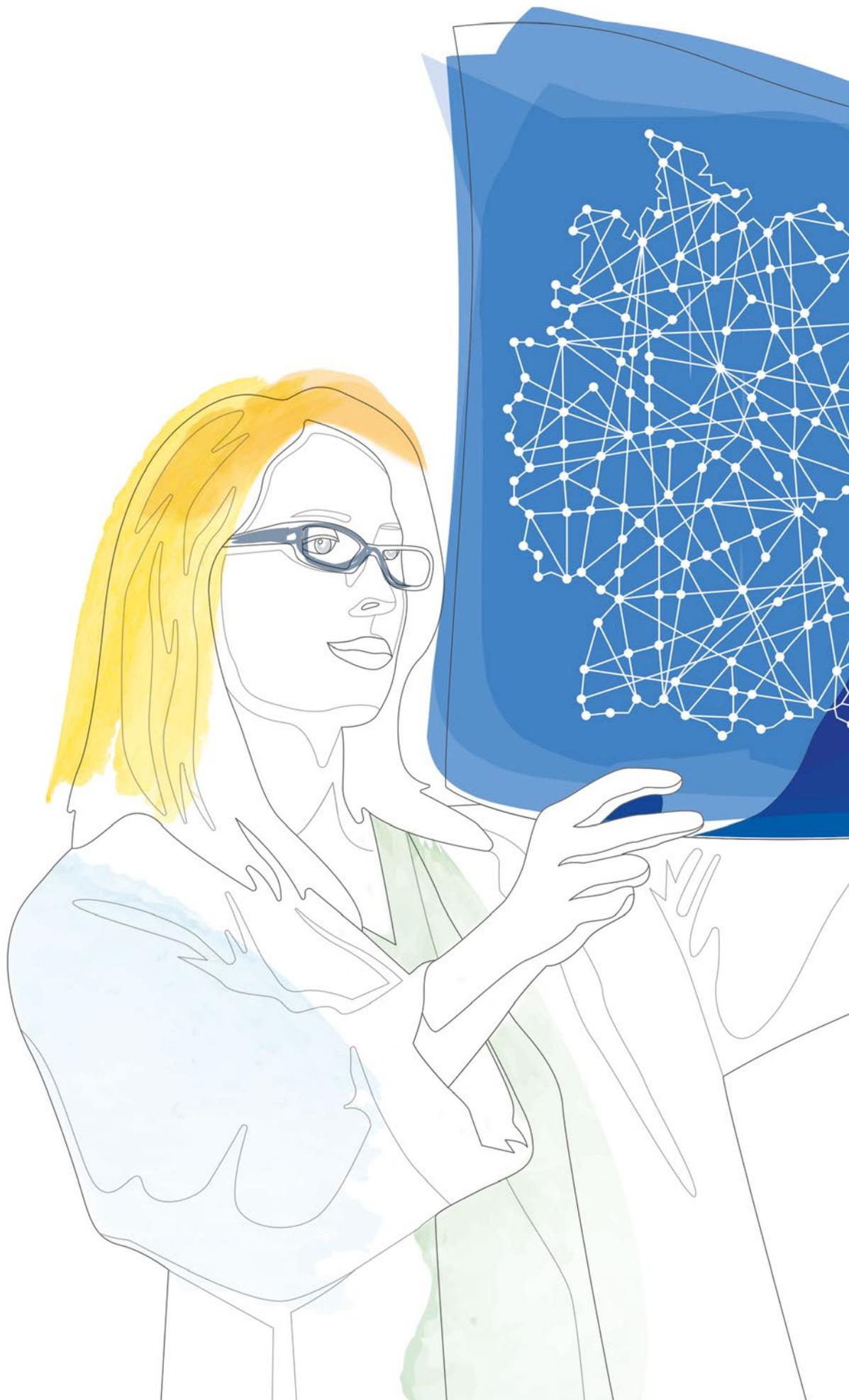
Das war Ausdruck des föderalen Systems, nach dem die Bundesrepublik und damit auch das Gesundheitssystem aufgebaut sind. Im Mittelpunkt des Föderalismus steht die Eigenstaatlichkeit der Länder und die enge Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern. Die Länder beteiligen sich unter anderem über den Bundesrat an der Gesetzgebung und setzen Bundesgesetze um.

Um beim Beispiel der Corona-Pandemie zu bleiben: Der Bundesgesetzgeber hat für den Infektionsschutz grundsätzlich nur den Rahmen in Deutschland vorgegeben. Welche Behörden dazu tätig werden und wie die Vorschriften im Einzelnen umgesetzt werden, regeln dann aber die Länder für ihr Gebiet im Detail. Dabei können sich

die Schutzmaßnahmen der Länder je nach Infektionslage in den Regionen auch unterscheiden. Der Bundesgesetzgeber hatte allerdings die Regelungsbefugnis wegen des deutschlandweiten Infektionsgeschehens in der Corona-Pandemie teilweise an sich gezogen, um durch eine sogenannte „Notbremse“ einheitliche Schutzmaßnahmen der Länder sicherzustellen.

Das Subsidiaritäts- oder auch Nachrangigkeitsprinzip, das die staatliche Aufgabenverteilung in Deutschland bestimmt, wurde dabei allerdings nicht dauerhaft durchbrochen, denn die bundeseinheitlichen Regelungen sind zeitlich befristet und tatbestandlich beschränkt. Daher wurden inzwischen viele Zuständigkeiten mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften vom 18. März 2022 an die Länder zurückgegeben.

Die meisten Schutzmaßnahmen treten außer Kraft. Die Anschlussregelung sieht einen Basisschutz besonders für Risikogruppen vor. Zudem sind strengere Maßnahmen in Regionen mit einem gefährlichen Infektionsgeschehen möglich.





Vielschichtig vernetzt:

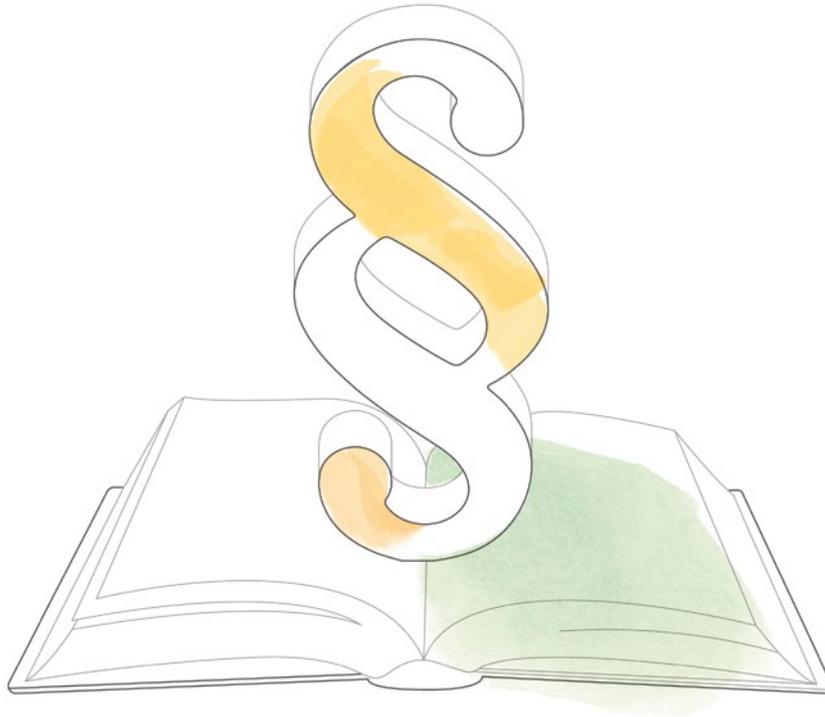
die Akteure des Gesundheitssystems

Jeder Mensch soll im Krankheitsfall schnelle medizinische Hilfe bekommen. Dafür braucht es viele verschiedene Akteure und dazu gehören unter anderem Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen sowie Apotheken. Und deren Leistungen müssen bezahlt werden. Das wiederum übernehmen die Krankenkassen. Aber welche Behandlungen genau? Das alles muss entschieden, geregelt und koordiniert werden. Das Gesundheitssystem ist komplex. Es lässt sich in drei Ebenen unterteilen:

1. Rahmensetzung durch staatliche Vorgaben: Bund, Länder und Kommunen entsprechend der föderalen Struktur Deutschlands
2. Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung durch die Selbstverwaltung mit ihren Institutionen und Verbänden
3. Konkrete Versorgung durch Krankenkassen, Ärzteschaft, die unterschiedlichsten Gesundheitsberufe, Krankenhäuser und Apotheken, die ihre Interessen jeweils durch Verbände vertreten lassen

Wechselnde Aufgaben

Auch wenn das BMG seit 1961 oberste Bundesbehörde im Bereich der Gesundheit ist, haben seine Zuständigkeiten im Laufe der Jahrzehnte immer wieder Änderungen erfahren. Zwischen 1969 und 1991 wurde das BMG mit dem heutigen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zusammengelegt. Nachdem es 1991 wieder eigenständig wurde, war es von 2002 bis 2005 kurzfristig auch für den Bereich Soziales (und damit die Rentenversicherung) zuständig, der anschließend wieder in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales rückte.



Die erste Ebene: der gesetzliche Rahmen

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Innerhalb der Bundesregierung ist das BMG federführend im Bereich der Gesundheitspolitik. Es ist damit für die Ausarbeitung der entsprechenden Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften zuständig. Es führt auch die Rechtsaufsicht über die Selbstverwaltungsorganisationen des Gesundheitswesens auf Bundesebene. Die Aufsicht über die bundesweit tätigen Kassen führt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Dem auf der Bundesebene zuständigen BMG untersteht eine Reihe von Institutionen, die sich mit übergeordneten gesundheitlichen Aufgabenstellungen befassen: das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das Paul-Ehrlich-Institut als Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel (PEI), das Robert Koch-Institut (RKI) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Zur Seite stehen dem Bundesgesundheitsminister

außerdem die Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege, der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen sowie der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten.

Neben dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung ist der Bundesrat der dritte entscheidende Akteur der Gesundheitspolitik auf Bundesebene. Er ist als „2. Kammer“ die Institution der Länder, in der sich die einzelnen Landesregierungen auch zu gesundheitspolitischen Fragen äußern.

Der Gesetzgeber und die staatliche Gesundheitspolitik setzen den Rahmen, in dem die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen ihre Entscheidungen treffen können. Dabei gilt es, gesundheitspolitische Prioritäten und eine bedarfsgerechte Verwendung der finanziellen Mittel in Einklang zu bringen. >>

Die Bundesländer

Die Bundesländer verfügen über eigene Kompetenzen zur Gesetzgebung. Sie sind mit ihren Verwaltungsbehörden verantwortlich für die Durchführung der Bundesgesetze sowie für die Planung und Teilfinanzierung der stationären Versorgung. Darüber hinaus haben sie die Fach- und Dienstaufsicht über den kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Zwar liegt die Zuständigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung überwiegend beim Bund. Gleichwohl sind für die Aufsicht über die regionalen Kassen die Länder zuständig. Auch die Heilberufe-Kammern (Landesärzte-, Landeszahnärzte-, Landesapotheker- sowie Landespsychotherapeutenkammern) sowie die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen unterliegen der Aufsicht der Länder.

Die Kommunen

Die Menschen, die zu einer Ärztin oder einem Arzt oder beispielsweise zu einer Physiotherapeutin oder einem -therapeuten gehen, suchen diese in erster Linie in ihrem eigenen Dorf oder ihrer Stadt auf. Das ist ihr unmittelbares Umfeld, in dem sie auch medizinisch versorgt werden wollen. Deswegen sind die Kommunen als kleinster politischer Ordnungsrahmen so wichtig: Sie agieren nah am Menschen und sind damit verantwortlich für die Gesundheitsversorgung vor Ort. Auch im Bereich der Prävention bieten Kommunen niedrigschwellig zugängliche Angebote an und leisten damit einen Beitrag zur Chancengleichheit im deutschen Gesundheitswesen.

Auch die kommunalen Gesundheitsämter sind wichtiger Bestandteil der deutschen Gesundheitsvorsorge. Sie sind nah dran an den Bürgerinnen und Bürgern vor Ort. In der aktuellen Coronakrise beispielsweise dokumentieren sie alle Neuinfektionen und verfolgen die Infektionsketten nach, um den Verlauf der Virusverbreitung in ihrer Kommune zu beobachten. Die Kommunen sind selbst vielfach Träger von Krankenhäusern.

Landesgesundheitspolitik

Institutionell ist die Zuständigkeit für Landesgesundheitspolitik in der Regel in einem Landesministerium gebündelt. Die Landesgesundheitsministerinnen und Landesgesundheitsminister tagen regelmäßig im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK).

Kommunen

Die deutschen Kommunen bieten ihre Beratungsangebote überwiegend kostenlos für alle an, so etwa im Bereich der Schwangerschaftsberatung, der HIV-Vorsorge, der Suchtberatung und der psychologischen und psychiatrischen Hilfe.

Die zweite Ebene: Selbstverwaltung

Ein wichtiges Element im deutschen Gesundheitssystem ist es, dass die Akteure selbst darüber entscheiden, welche medizinischen Leistungen von den Leistungserbringern auf Kosten der Solidargemeinschaft – also den Krankenkassen – erbracht und finanziert werden. Hierbei orientieren sie sich an dem Grundsatz des Wirtschaftlichkeitsgebots. Das bedeutet, Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Für darüber hinausgehende Leistungen müssen Versicherte in der Regel selbst aufkommen.

Bei vielen Behandlungen ist ohnehin klar, dass sie von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden: Wer einen Herzinfarkt erleidet, wird sofort von einer Notärztin oder einem Notarzt versorgt. Das bezahlt die Krankenkasse. Auch wer beim Sport umknickt, gibt bei der Orthopädin oder beim Orthopäden seine Krankenversicherungskarte ab, wird geröntgt und bekommt bei Bedarf den Fuß bandagiert. Es gibt aber auch Grenzfälle. Was, wenn eine Patientin oder ein Patient nach einer orthopädischen Verletzung statt einer physiotherapeutischen eine osteopathische Behandlung in Anspruch nehmen möchte? Wenn sie oder er keine Schmerztabletten, sondern homöopathische Arzneimittel nehmen möchte? Dann muss jemand entscheiden, ob auch diese Leistungen von den Krankenkassen übernommen werden. Dafür gibt es den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

Der G-BA mit Sitz in Berlin ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Im G-BA beraten Vertretungen der Krankenkassen, der Ärzteschaft und Krankenhäuser sowie Patienten- und Behindertenorganisationen gemeinsam darüber, ob die Krankenkassen neue Behandlungsmethoden, moderne Medizintechnik, neue Heilmittel oder alter-

Sozialwahlen

Was vielen Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland nicht bewusst ist: Durch die alle sechs Jahre stattfindenden Sozialwahlen können Beitragszahlende der deutschen Sozialversicherungen die Zusammensetzung der Gremien der Selbstverwaltung mitbestimmen. Für den Bereich der Krankenversicherung werden in der Sozialwahl die Versichertenvertreter in den Verwaltungsräten der Krankenkassen gewählt.

Der G-BA

wird in seiner Arbeit durch zwei wissenschaftliche Institute unterstützt: Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bewertet vor allem Nutzen und Kosten von Arzneimitteln und Behandlungsmethoden in der GKV. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz (IQTIG) ist das zentrale Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

native Heilmethoden bezahlen sollen. Für neue Arzneimittel wird eine Nutzenbewertung durchgeführt. Neue Arzneimittel werden dabei regelhaft erstattet.

Der G-BA setzt sich aus folgenden Mitgliedern zusammen: dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen (KBV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Doch auch die Patientinnen und Patienten sollen ihre Interessen selbst einbringen. Deshalb haben auch Vertreterinnen und Vertreter von Patienten- und Behindertenorganisationen ein Mitberatungs- und Antragsrecht im G-BA. Sie dürfen dort zu allen Themen mitberaten, beispielsweise ob die Kassen die Ernährungsberatung für Patientinnen und Patienten mit Diabetes bezahlen, welche neuen Behandlungsmethoden in die Versorgung aufgenommen werden oder welchen Zahnersatz die Kassen finanzieren. >>

Die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband

In Deutschland gibt es eine breite Auswahl an Möglichkeiten, um sich krankenzuversichern. Die gesetzliche Krankenversicherung mit ihren aktuell 97⁹ Krankenkassen zählt die meisten Versicherten. Gesetzlich Krankenversicherte können Mitglied einer Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkasse oder Ersatzkasse sein oder sind über die landwirtschaftliche Krankenkasse oder die Knappschaft versichert. Darüber hinaus gibt es auch private Krankenversicherungsunternehmen.

Die Krankenkassen sind in einem Spitzenverband zusammengeschlossen, dem GKV-Spitzenverband. Über diesen oder über ihre Regionalverbände schließen sie Verträge mit Ärzteverbänden, Kliniken und Apotheken und regeln, wie viel Geld sie für die einzelnen medizinischen Behandlungen zahlen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)

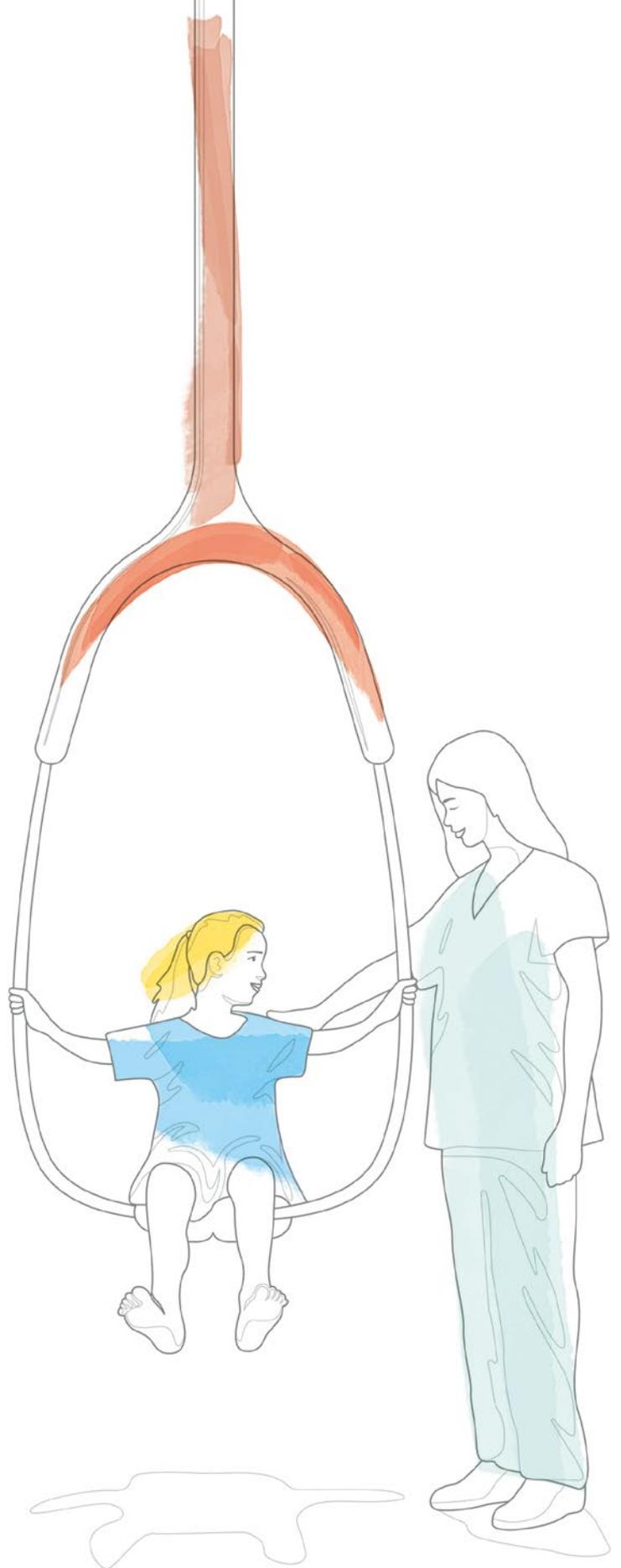
Die einzelnen Krankenhäuser vertreten ihre Interessen nicht individuell, sondern über ihre Verbände. Auf Landesebene sind die Krankenhäuser in Landeskrankenhausgesellschaften organisiert. Die Landesverbände wiederum sind in der DKG zusammengeschlossen. Die übernimmt gesetzliche Aufgaben im Rahmen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

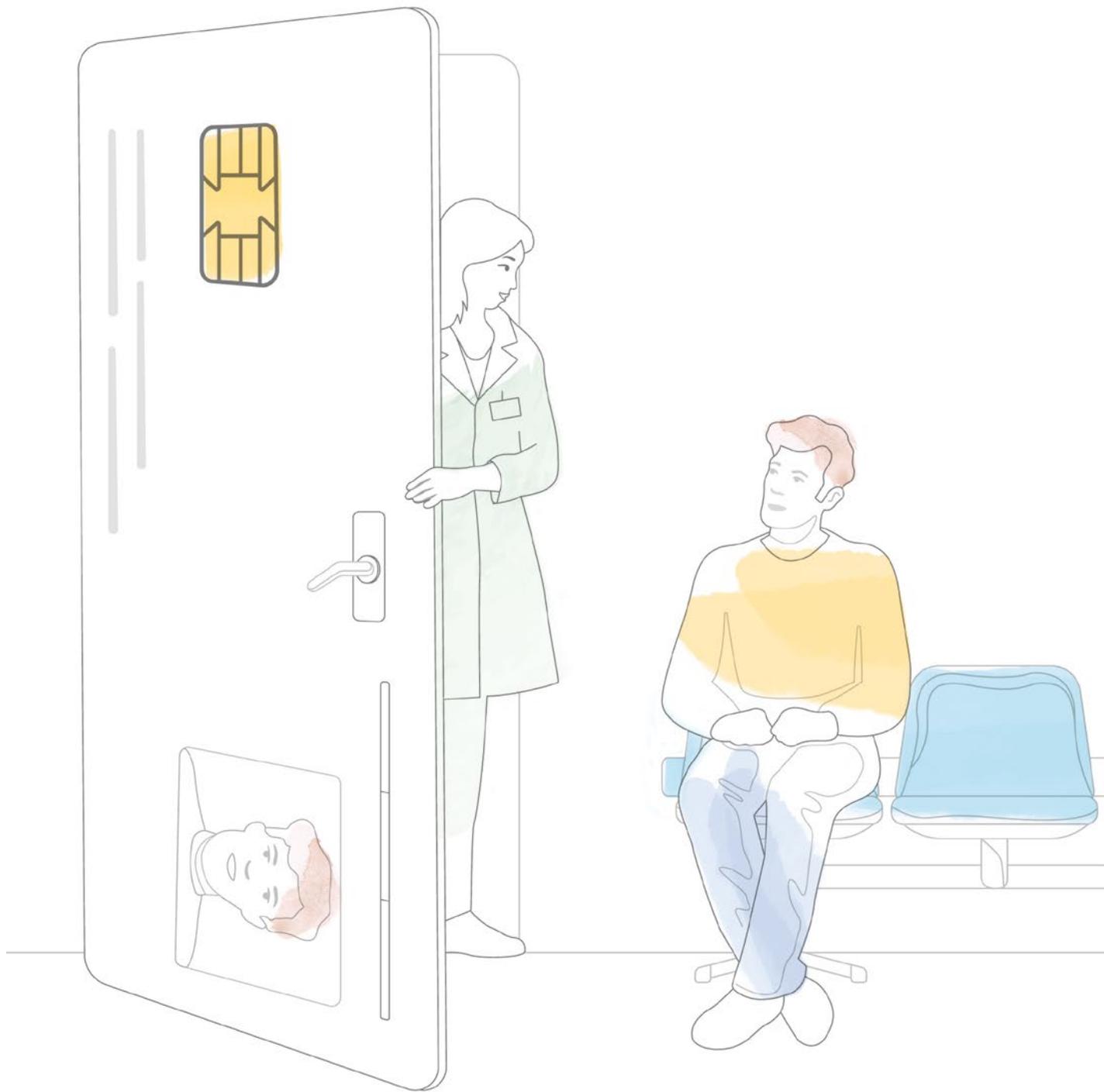
Die Kassenärztlichen (KBV) und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen (KZBV)

Für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen beziehungsweise psychotherapeutischen und zahnmedizinischen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland sind die jeweiligen Kassen- und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KVen und KZVen) sowie die jeweilige Bundesorganisation (KBV und KZBV) verantwortlich. Neben diesem Sicherstellungsauftrag vertreten sie die Interessen der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und -therapeuten und der Zahnärztinnen und Zahnärzte, die an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmen.

Die dritte Ebene: die einzelnen Akteure und ihre Interessen- vertretungen

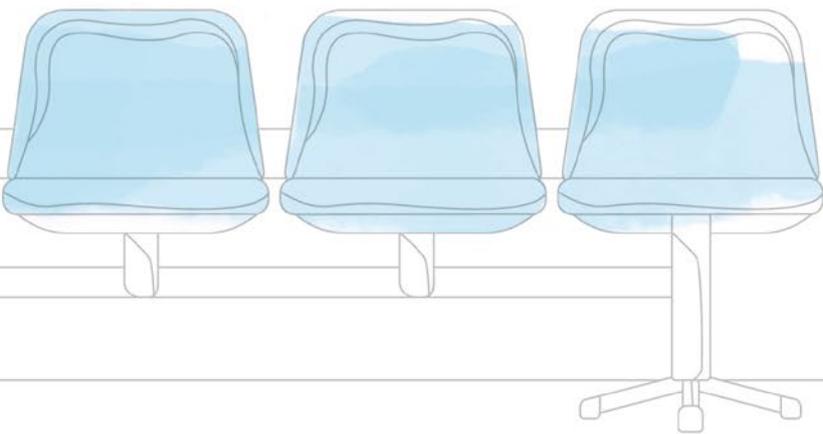
Und wo werden jetzt tatsächlich Menschen behandelt, beziehungsweise die Patientinnen und Patienten versorgt? Das passiert auf der dritten Ebene durch Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, in Krankenhäusern und Rehakliniken. Damit diese in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Akteure auch politisch Gehör finden, sind sie in Standesorganisationen sowie Berufs- und Unternehmensverbänden organisiert. Hier sind etwa die Bundes- und Landeskammern der verschiedenen Heilberufe oder auch die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) zu nennen. Des Weiteren sind hier Patientenorganisationen, die Berufs- und Interessenverbände der Ärzteschaft, die Verbände der nicht ärztlichen Heilberufe, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Verbände der Arzneimittelhersteller angesiedelt.





Zuverlässig geschützt:

die gesetzliche Krankenversicherung

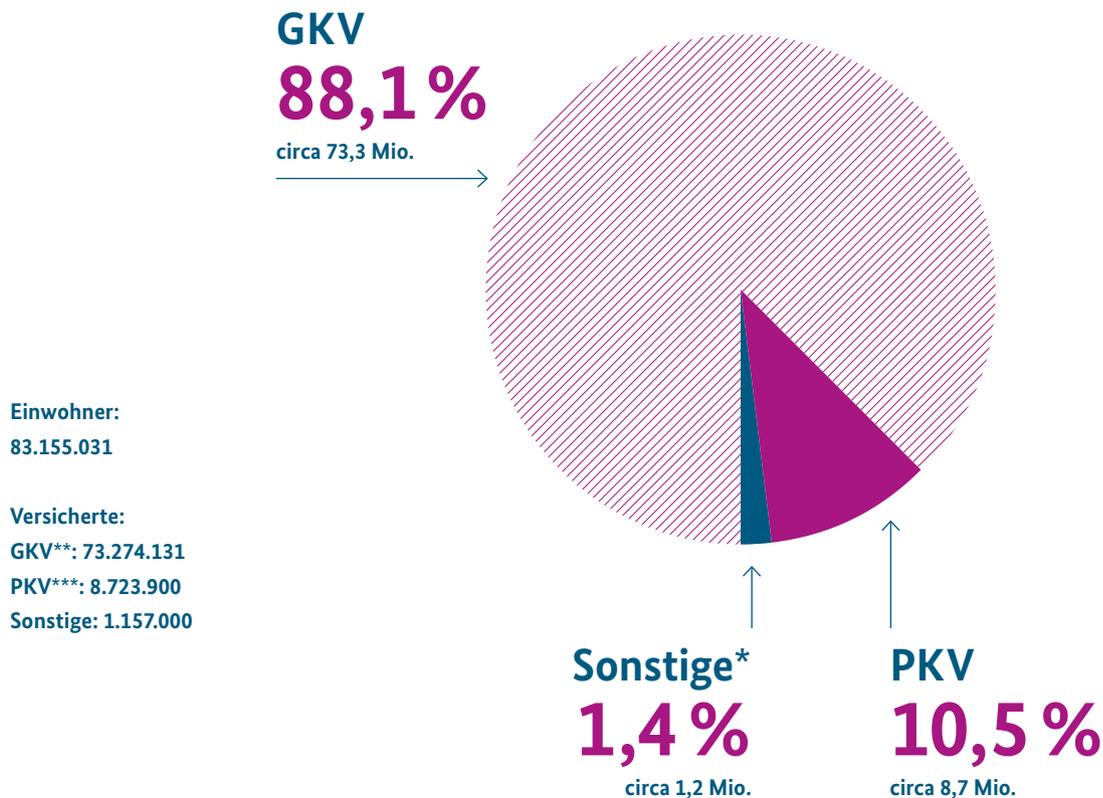


Die GKV ist ein zentrales Element des deutschen Gesundheitssystems. Ihr Auftrag reicht von der Gesundheitsförderung und Vorsorge über die konkrete Krankenbehandlung bis hin zur Rehabilitation. Das Gesetz definiert die Aufgaben so: Die Krankenkasse soll die Gesundheit der Versicherten erhalten, im Krankheitsfall wiederherstellen und allgemein ihren Gesundheitszustand verbessern.

Dabei blickt das deutsche System der Krankenversicherung auf eine lange Tradition zurück. Die GKV hat ihren Ursprung in der bereits erwähnten Bismarck'schen Sozialgesetzgebung des 19. Jahrhunderts. Anfangs war sie als selbstverwaltete und beitragsfinanzierte Versicherung ausschließlich für Arbeiterinnen und Arbeiter konzipiert. Im Jahr 1911 wurde die GKV auch auf die Angestellten ausgeweitet. Heute sind rund 90 Prozent der Bürgerinnen und Bürger in der GKV versichert.

Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung¹⁰

in Prozent und Millionen, 2020



* **Sonstige:** 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.
** Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) *** Private Krankenversicherung (PKV)



Seit 1996 können die Bürgerinnen und Bürger ihre gesetzliche Krankenkasse bis auf wenige Ausnahmen frei wählen. Um einen fairen Wettbewerb zwischen diesen Krankenkassen sicherzustellen, wurde der Risikostrukturausgleich eingeführt. Dieser gleicht die Risiken der unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen aus und verhindert, dass sich eine ungleiche Verteilung von besser und schlechter verdienenden, jüngeren und älteren, gesunden und kranken Versicherten sowie von Singles und Familien oder eine unterschiedliche regionale Verteilung der Versicherten negativ auf die finanzielle Situation einzelner Kassen auswirkt.

In den letzten 25 Jahren wurde die Struktur der GKV immer wieder reformiert. Das Ziel war, das Gesundheitssystem stärker an Effizienz und Ergebnisqualität auszurichten. Die Krankenkassen bekamen da-

bei schrittweise die Möglichkeit, mit Ärztinnen und Ärzten, Ärztevereinigungen und Krankenhäusern auch Einzelverträge (sogenannte Selektivverträge) für kassenindividuelle Leistungen abzuschließen.

Hierzu gehört, dass die Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern Rabattverträge abschließen können. Darin gewährt ein Pharmahersteller einer Krankenkasse einen Rabatt auf sein Arzneimittel. Im Gegenzug versorgen Krankenkassen ihre Versicherten über die Apotheken exklusiv mit den Arzneimitteln ihrer Vertragslieferanten. Damit wollte der Gesetzgeber die Arzneimittelausgaben der GKV senken – und damit auch die Beiträge, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber zu zahlen haben.

35.000

Ende des 19. Jahrhunderts gab es in Deutschland etwa 35.000 Krankenkassen;¹¹ inzwischen sind es 97.¹²

Der Gesundheitsfonds

Die gesetzliche Krankenversicherung wird seit 2009 über den Gesundheitsfonds finanziert. In ihn fließen die Beiträge der Arbeitgeber, der anderen Sozialversicherungsträger und der Mitglieder der Krankenkassen sowie ein Bundeszuschuss ein. Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen – reguliert über den bereits erwähnten Risikostrukturausgleich – die Mittel, die sie benötigen, um die Leistungen für ihre Versicherten zu finanzieren. Neben dem einheitlichen Beitragssatz, der in den Gesundheitsfonds fließt (aktuell 14,6 Prozent des Bruttolohns), erfolgt die Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags als wettbewerbliches Element, der direkt an die einzelnen Krankenkassen geht.



Staat



Zuschuss aus
Steuermitteln

Rund 4,4 %

der Erwerbstätigen waren 2019 pro Tag
durchschnittlich arbeitsunfähig erkrankt.¹³

Rund 5,1 Mrd. Euro

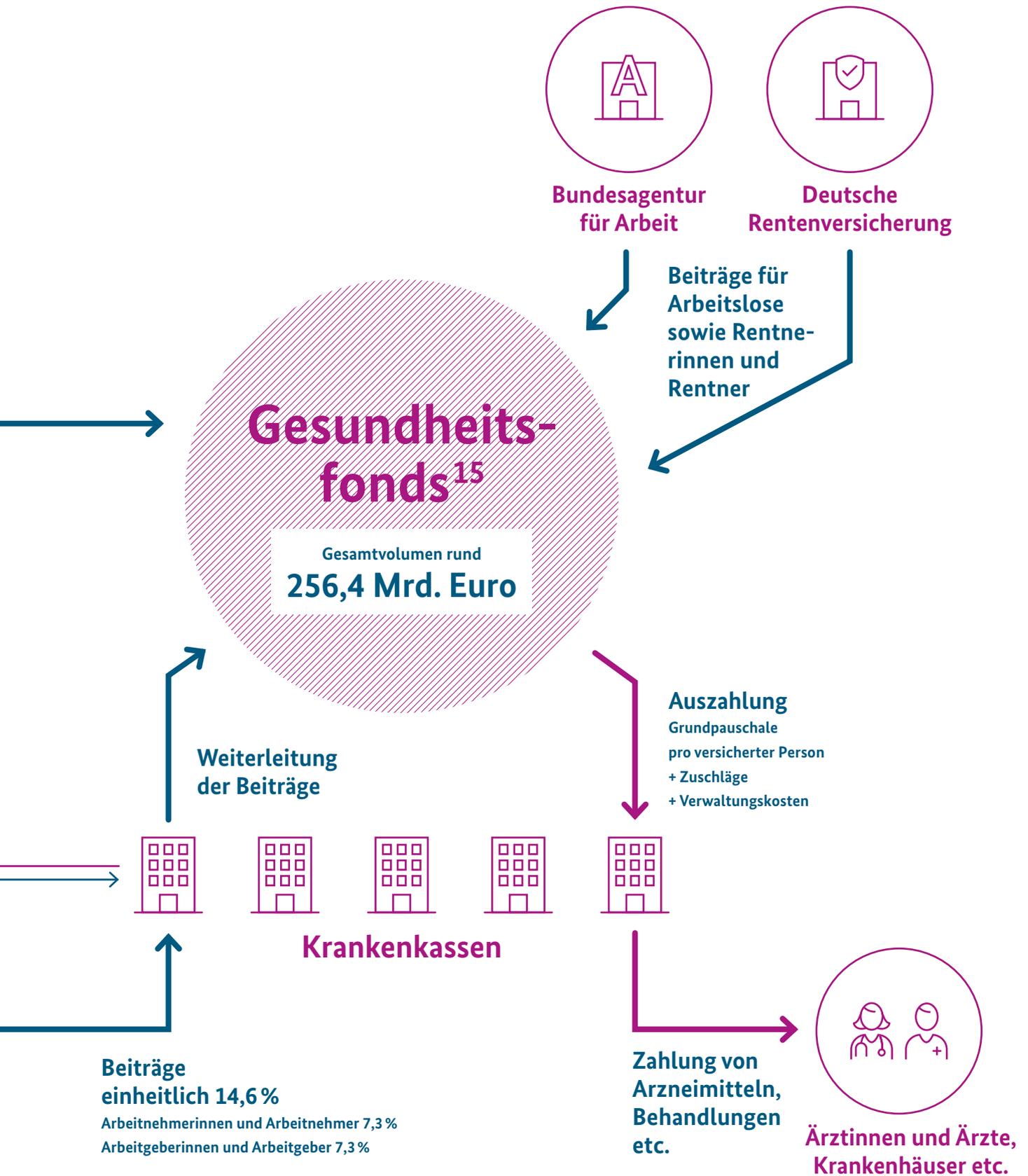
konnten die Krankenkassen im Jahr 2021 durch
Rabattverträge einsparen und damit ihre Arznei-
mittelausgaben entsprechend senken.¹⁴

Zusatzbeiträge oder
Rückerstattungen
möglich



Versicherte









Umfassend betreut:

Gesundheitsversorgung und Pflege

112

In lebensbedrohlichen Notfällen ist der Rettungsdienst unter der Rufnummer 112 zu verständigen.

Man könnte meinen, es sei doch ganz einfach: Werden Menschen krank, gehen sie zur Ärztin oder zum Arzt. Wer schwerer erkrankt, wird im Krankenhaus behandelt. Dank medizinischem Fortschritt aber sind die Behandlungsmöglichkeiten inzwischen wesentlich vielfältiger. So gibt es heutzutage auch Menschen mit chronischen Erkrankungen, die nahezu ohne Beeinträchtigungen ein normales Leben führen können.

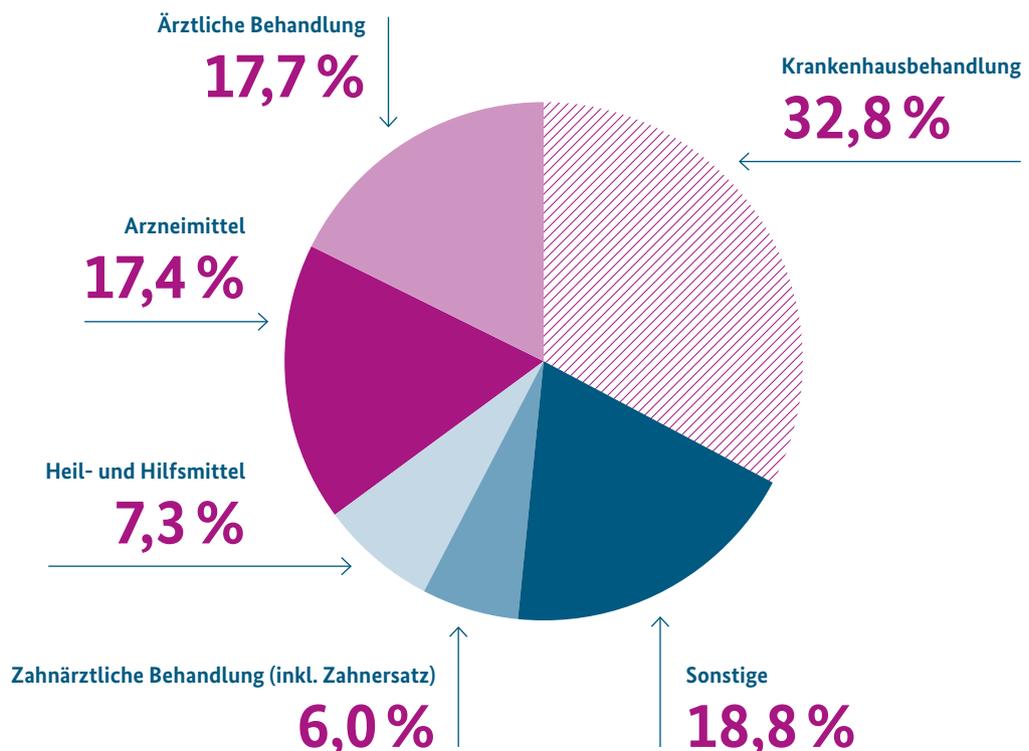
Das deutsche Gesundheitssystem gliedert sich unter anderem in ambulante und stationäre Behandlungen. Sowohl die medizinische Versorgung als auch die Pflege wer-

den sowohl ambulant als auch stationär erbracht. Angebote, die beide Bereiche verbinden, stellen eher die Ausnahme der medizinischen Versorgung dar.

Alle Behandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Therapien, die außerhalb von Kliniken erbracht werden, gehören zur ambulanten Versorgung. Aber auch Kliniken können eine ambulante Versorgung anbieten, beispielsweise in Krankenhausambulanzen. Zudem sind einige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Belegärztinnen und Belegärzte zeitweise im Krankenhaus tätig.

Gesundheitsleistungen in Deutschland¹⁶

Anteil ausgewählter Leistungsarten an den Gesamtausgaben für Leistungen der GKV im Jahr 2020 in Höhe von 248,9 Mrd. Euro in Prozent



Die ambulante medizinische Versorgung

Ambulant behandeln die niedergelassenen Haus-, Fach-, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Fachkräfte aus nicht-ärztlichen Heilberufen wie etwa Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder Logopädinnen und Logopäden.

Die meisten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten nehmen an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teil (Kassenzulassung). Das heißt, sie haben eine Zulassung zur Teilnahme an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung erhalten, sind somit Mitglied in einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und dürfen damit gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten behandeln und ihre Leistungen bei der GKV abrechnen. Des Weiteren bedeutet es, dass diese Zulassung an den Praxisstandort und somit die jeweilige KV-Region beziehungsweise KZV-Region und deren Bedarfsplanung gebunden ist. Neben den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten können auch einzelne Krankenhausärztinnen und -ärzte oder stationäre Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden.

Außerhalb der Sprechstunden bietet die niedergelassene Ärzteschaft und Zahnärzteschaft einen ärztlichen sowie einen zahnärztlichen Bereitschaftsdienst an.

Die stationäre medizinische Versorgung

In den rund 1.900 Krankenhäusern¹⁷ in Deutschland werden Patientinnen und Patienten stationär versorgt. Dabei behandeln die meisten Krankenhäuser alle Bürgerinnen und Bürger, egal ob diese gesetzlich oder privat versichert sind. Diese müssen dafür nur eine Einweisung einer Ärztin oder eines Arztes vorlegen – außer natürlich im Notfall, in dem die Kliniken sofort behandeln. Die Patientinnen und Patienten können sich das Krankenhaus ihrer Wahl aussuchen. Die GKV übernimmt die Kosten, wenn die Einrichtung zur Versorgung von gesetzlich Versicherten zugelassen ist. Zugelassene Krankenhäuser sind solche, die entweder in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind (sog. Plankrankenhäuser), einen Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen oder den privaten Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossen haben oder nach den landesrechtlichen Vorschriften über eine Anerkennung als Hochschulklinik verfügen. Die ganz überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser ist auf diese Weise zugelassen. Die Trägerschaft der Krankenhäuser teilt sich in private, freigemeinnützige und öffentliche Häuser auf.

Bei einer stationären Behandlung müssen gesetzlich Versicherte eine Zuzahlung für Unterbringung und Verpflegung leisten. Dies wird vor der Behandlung im Krankenhausvertrag zwischen Patientin oder Patient und Klinik festgehalten.

116117

Unter der Rufnummer 116117 erhalten Patientinnen und Patienten auch im akuten Fall medizinische Hilfe in der gebotenen Versorgungsebene (das kann zum Beispiel eine geöffnete Arztpraxis, eine Bereitschaftsdienstpraxis oder auch die Notfallambulanz eines Krankenhauses sein). Grundsätzlich können sie sich über diesen Service täglich 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche Arzttermine vermitteln lassen. Zusätzlich ist der Service auch über die Internetseite www.116117.de oder über die App 116117.app erreichbar.

Freie Arztwahl

Bei einer Erkrankung ist der erste Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten zumeist die Hausärztin oder der Hausarzt. Grundsätzlich können gesetzlich Versicherte jedoch jede Ärztin und jeden Arzt aufsuchen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Es besteht freie Arztwahl. Andere Ärztinnen und Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden.

Fast 18.800

Apotheken in Deutschland versorgen täglich
3,3 Millionen Menschen mit Arzneimitteln.¹⁸

Arzneimittelversorgung

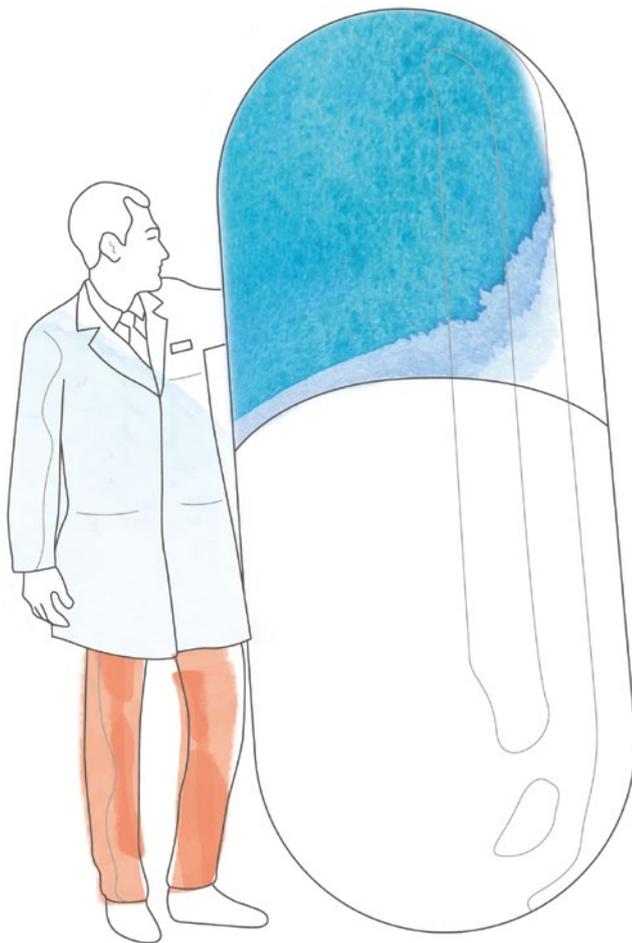
Bekommt jemand in der Arztpraxis ein Rezept ausgestellt, geht sie oder er damit in die Apotheke. Für das verschriebene Arzneimittel trägt die Krankenkasse den wesentlichen Anteil der Kosten. GKV-Versicherte müssen sich mit einer Zuzahlung von 10 Prozent des Verkaufspreises beteiligen, mit mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro. Würde eine Patientin also beispielsweise ein Arzneimittel bekommen, das in der Apotheke 17,80 Euro kostet, würde sie den Mindestbetrag von 5 Euro bezahlen. Braucht sie ein Arzneimittel, das 70 Euro kostet, zahlt sie als Eigenanteil 10 Prozent, in der Summe also 7 Euro dazu.

Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind von der Zuzahlung ausgenommen. Ansonsten gelten Belastungsgrenzen für Versicherte. Zuzahlungen sind danach höchstens in Höhe von 2 Prozent (bei chronisch kranken Versicherten 1 Prozent) der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu leisten. Ob die Belastungsgrenze erreicht ist, ist durch die zuständige Krankenkasse zu prüfen. Hierfür ist ein Antrag bei der Krankenkasse durch die Versicherten zu stellen.

Wichtig zu wissen ist: Die Patientinnen und Patienten können mit ihrem Rezept in jede Apotheke gehen. Die Arzneimittel kosten in allen Apotheken dasselbe. Das stellt die Arzneimittelpreisverordnung sicher. Sie regelt, dass es für verschreibungspflichtige Arzneimittel überall einen einheitlichen Abgabepreis gibt.

Dass der gleiche Wirkstoff hingegen mal teurer und mal billiger ist, hat einen anderen Grund. Grundsätzlich entscheiden pharmazeutische Unternehmer über die Preise für ihre Arzneimittel selbst. Es gibt Arzneimittel, bei denen der Patentschutz abgelaufen ist (sogenannte Altoriginale), und es gibt sogenannte Generika. Das sind Arzneimittel, die den Originalpräparaten nachentwickelt, aber eben nicht das Original und deswegen oftmals sehr viel günstiger sind. Um die Arzneimittelkosten zu begrenzen, legen die Krankenkassen oft fest, welche Arzneimittel ihre Mitglieder verschrieben bekommen dürfen, sofern die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt dies nicht ausgeschlossen hat. So kann es vorkommen, dass die Apothekerin oder der Apotheker plötzlich das Arzneimittel eines anderen Herstellers abgibt als in den Jahren zuvor. Diese Generika wirken aber genau gleich – und die Patientinnen und Patienten können davon sogar profitieren, weil ihre Zuzahlung geringer ist.

Neue Arzneimittel müssen nicht nur gründlich getestet und medizinisch zugelassen werden. Sie müssen auch hinsichtlich ihres Nutzens bewertet werden, damit die GKV sie bezahlt. Seit Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes im Jahr 2011 bewertet der G-BA daher den Nutzen eines neuen Arzneimittels im Vergleich zu anderen Arzneimitteln für die gleiche Erkrankung. Auf Grundlage dieser Bewertung vereinbaren der jeweilige pharmazeutische Unternehmer und der GKV-Spitzenverband einen nutzenadäquaten Preis für das neue Arzneimittel.



79 %

der Menge aller in der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arzneimittel entfielen im Jahr 2020 auf Generika. Insbesondere für Generika können die Krankenkassen Rabattverträge abschließen.¹⁹

Die Pflegegrade

1

geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

2

erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

3

schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

4

schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit

5

schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Pflege

Ist ein Mensch nicht in der Lage, körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen ohne Hilfe durch andere auszugleichen oder zu bewältigen, etwa sich im Alltag selbstständig zu versorgen, kann er Pflege in Anspruch nehmen. Dieser Schritt fällt niemandem leicht, aber eine gute Pflege soll dazu beitragen, trotz Einschränkungen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Um in dieser schwierigen Situation die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bestmöglich zu unterstützen, wurde am 1. Januar 1995 eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Versicherten für das Pflegerisiko eingeführt.

Die soziale Pflegeversicherung wird paritätisch von Arbeitgebern sowie von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern finanziert. Der Beitragssatz liegt bei 3,05 Prozent. Kinderlose Mitglieder zahlen zusätzlich einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,35 Prozent.

Die Pflegeversicherung deckt allerdings nicht alle Kosten der Pflege ab. Den Rest tragen die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen selbst beziehungsweise im Bedarfsfall die Sozialhilfe. Die Pflegeversicherung wird deshalb auch als „Teilkostenversicherung“ bezeichnet.

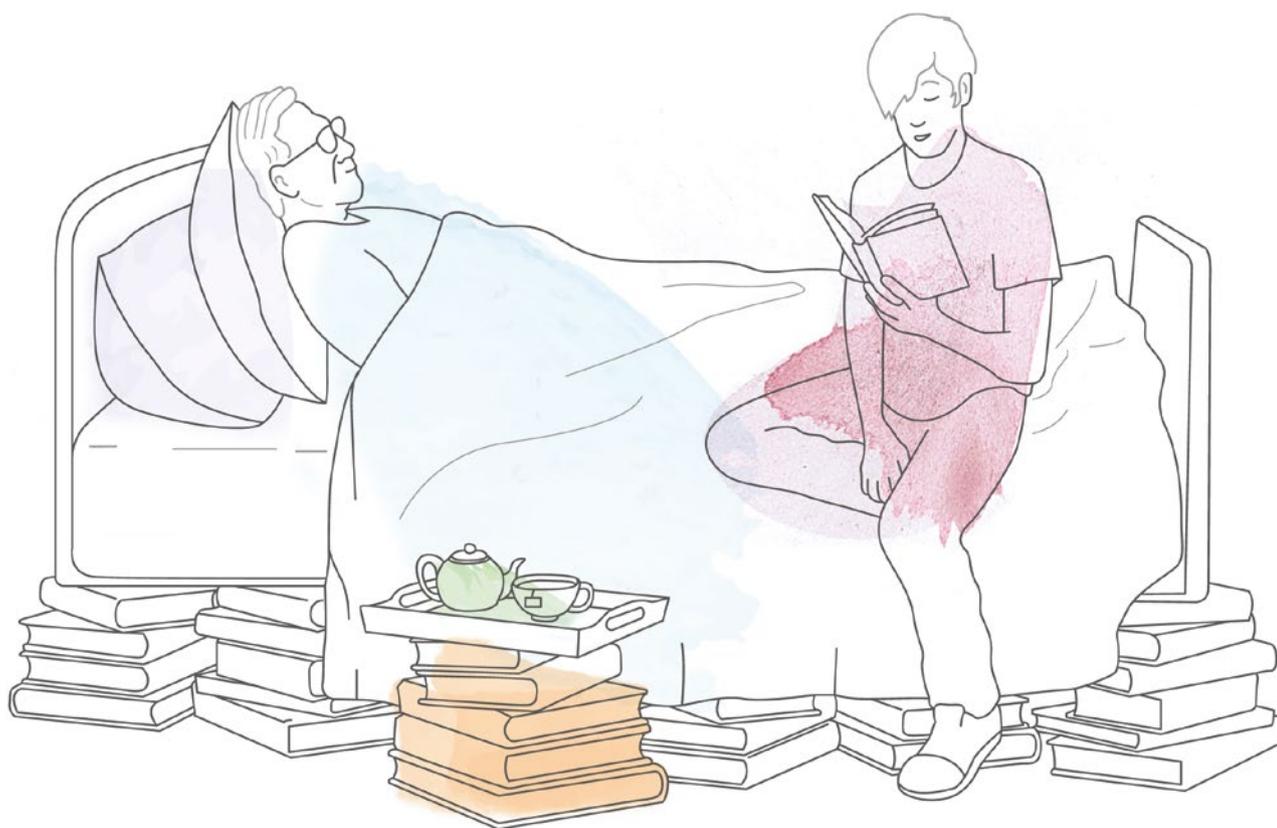
Seit ihrer Einführung wurde die Pflegeversicherung kontinuierlich weiterentwickelt und den neuen Erfordernissen angepasst. Ein bedeutender Schritt war die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit einer differenzierten Betrachtung der Selbstständigkeit (anstelle von zeitlichen Bedarfen an körperlicher Unterstützung) als Grundlage der Begutachtung.

Die Pflegeversicherung

ist ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung (SGB XI).

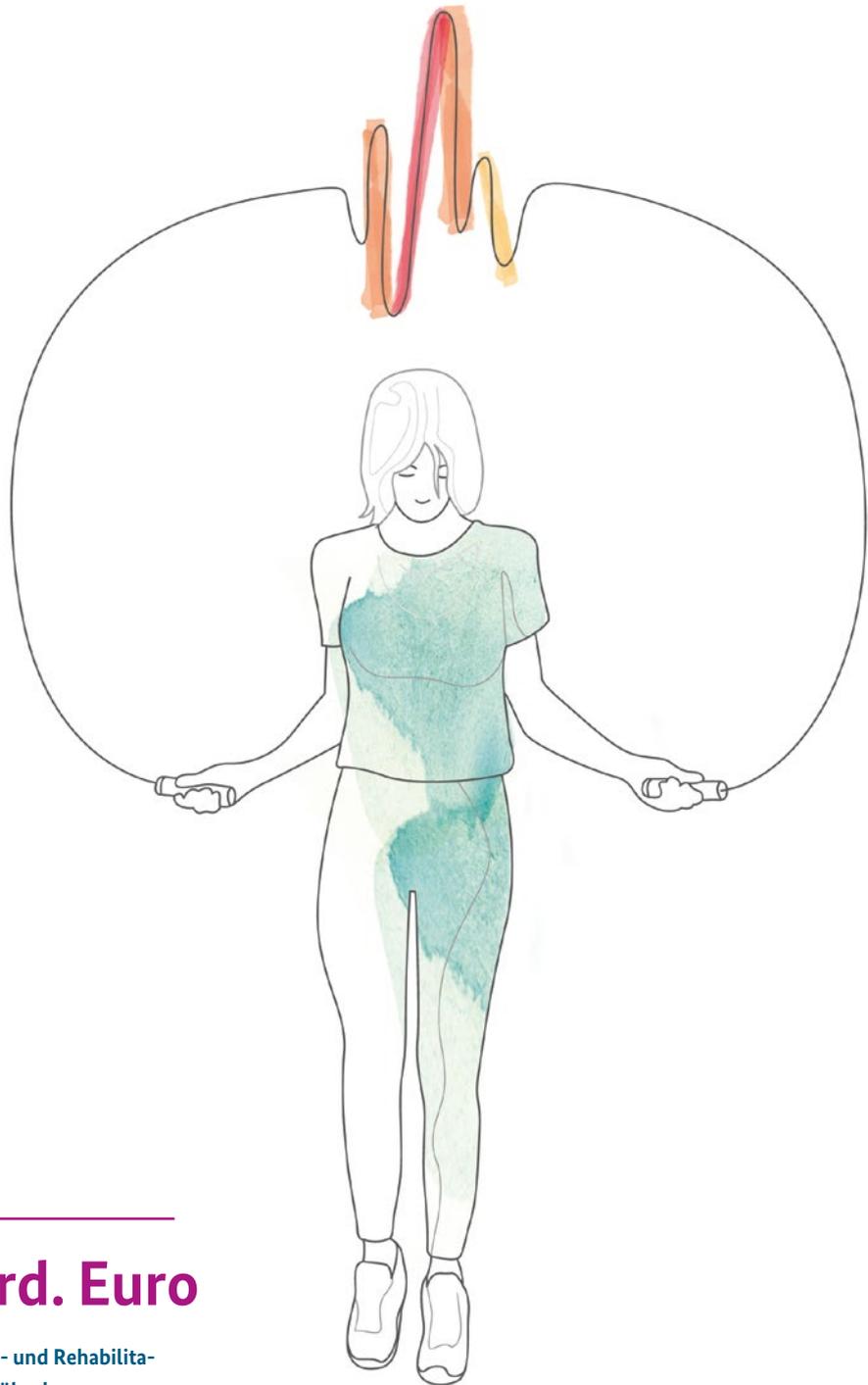
Dieser aufgefächerte Blick auf den einzelnen Pflegebedürftigen ermöglicht heute für alle Pflegebedürftigen eine Aufteilung der Leistungsansprüche in fünf Pflegegrade. Zuvor waren die Bedarfslagen von Menschen mit Demenz beim Zugang zu Pflegeleistungen nicht ausreichend berücksichtigt worden. Denn auch wenn sie körperlich oft keine schwerwiegenden Einschränkungen haben, benötigen viele Menschen

mit Demenz Unterstützung bei der Gestaltung und Bewältigung ihres Alltags. Seit 2017 werden nun neben körperlichen auch geistige und psychische Einschränkungen der Selbstständigkeit, wie sie etwa bei Alzheimer und anderen demenziellen Erkrankungen vorkommen, berücksichtigt. Mit der Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie ab 2020 wird die Situation für Menschen mit Demenz weiter verbessert.



Rund 4,9 Mio.

Durchschnittlich rund 4,9 Mio. Menschen nahmen im Jahr 2021 Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Die meisten davon, knapp 4 Millionen, wurden ambulant gepflegt. Stationär wurden 2021 rund 900.000 Menschen versorgt, so die Statistik der Pflegekassen und privaten Pflegeversicherungen.²⁰



Rund 7,58 Mrd. Euro

Die Ausgaben der GKV für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und Schutzimpfungen lagen 2020 bei rund 7,58 Milliarden Euro. Davon investierte die GKV im Jahr 2020 rund 414 Millionen (414.259.853) Euro in Prävention und Gesundheitsförderung.²¹

Prävention und Gesundheitsförderung

Wir alle wünschen uns Gesundheit, für uns und unsere Angehörigen. Dafür können wir etwas tun, indem wir uns etwa ausgewogen ernähren, Sport treiben und versuchen, einen gesunden Ausgleich zwischen Job und Freizeit zu schaffen.

Auch das Gesundheitssystem und andere Sozialleistungsbereiche haben sich Prävention und Gesundheitsförderung zur Aufgabe gemacht. Dafür haben sich 2015 die Spitzenorganisationen der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung sowie der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e.V. in der „Nationalen Präventionskonferenz“ zusammengefunden und unter Mitwirkung vieler weiterer Akteure eine nationale Präventionsstrategie vereinbart. Gemeinsam haben sie sich darauf verständigt, mit ihren Leistungen folgende gemeinsame Ziele zu verfolgen: Die Menschen sollen gesund aufwachsen, leben und arbeiten und auch im Alter gesund bleiben. Kurzum: Die Menschen sollen in allen Lebenswelten, in denen sie im Laufe ihres Lebens Zeit verbringen, Rahmenbedingungen vorfinden, die ihre Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe fördern. Um das zu erreichen, wurden gemeinsame Ziele und ein einheitlicher Handlungsrahmen entwickelt, um die Leistungen der Sozialversicherungsträger zielorientiert aufeinander abzustimmen. Mit ihren gesetzlichen Aufgaben unterstützen sie die Verantwortlichen der Lebenswelten wie Kindergärten, Schulen, Betriebe und Pflegeheime dabei, Strukturen aufzubauen

und zu stärken, die einen Beitrag zu gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen leisten. Ihr Engagement zielt auch darauf ab, die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger zu verbessern und sie dabei zu unterstützen, ihre Ressourcen für ein gesundes Leben voll auszuschöpfen. Viele Krankenkassen bieten ihren Versicherten außerdem Präventionskurse an, um sie zu motivieren und zu befähigen, ihre Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung auszuschöpfen.

Darüber hinaus haben sie Beratungs- und Unterstützungsangebote für kleine und mittlere Unternehmen und insbesondere Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung aufgebaut. Auch die Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene wurden mit dem Präventionsgesetz weiterentwickelt. Ein stärkeres Augenmerk liegt auch auf individuellen Belastungen und auf Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten. Ärztinnen und Ärzte haben die Möglichkeit erhalten, Präventionsempfehlungen zu geben und damit zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten beizutragen. Unabhängig hiervon haben erwachsene Versicherte regelmäßigen Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung bestimmter Krebserkrankungen (Darm-, Haut-, Brust-, Gebärmutterhals- und Prostatakrebs).

Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen

Eine schwere Krankheit, lange Therapiezeiten oder eine Operation markieren tiefe Einschnitte im Leben eines Menschen. Oftmals haben sie auch langwierige Folgen. Um den Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, möglichst schnell wieder am Alltag teilzunehmen, gibt es ein breites Spektrum von Rehabilitationsangeboten, ambulant und stationär: physiotherapeutische Behandlungen, psychologische Betreuung sowie Unterstützung beim Umgang mit Hilfsmitteln. Darüber hinaus bietet das deutsche Gesundheitssystem Rehabilitationseinrichtungen für spezielle Indikationen wie beispielsweise Essstörungen oder Suchterkrankungen an.

Misch- und Sonderformen medizinischer Leistungen

Ambulant und stationär, hausärztliche und fachärztliche Versorgung, Akutmedizin und Rehabilitation, Prävention und Langzeittherapie – das deutsche Gesundheitssystem ist vielfältig. Dabei setzt sich zunehmend eine Erkenntnis durch: Die Versorgung von Patientinnen und Patienten ist eine Mannschaftsleistung. Wer etwa altersbedingte Hüftgelenkschmerzen hat, wird ambulant orthopädisch untersucht, muss womöglich stationär operiert werden, anschließend in eine Rehaklinik und nach der Entlassung zur Physiotherapeutin oder zum -therapeuten vor Ort. Das ist nur ein Beispiel unter vielen, das zeigt: Medizinische Behandlungen gehen oft über die einzelnen Sektoren hinaus. Gerade auch chronisch kranke Menschen profitieren von Angeboten, die Bausteine ambulanter und stationärer Therapien zur individuell optimalen Behandlung zusammensetzen. Dafür sind in den vergangenen Jahren ganz neue Versorgungsmodelle entstanden.

Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Die ambulante und stationäre Rehabilitation wird gesetzlich weitgehend im Rahmen des SGB IX erfasst und ist damit ebenfalls ein eigenständiger Bereich im deutschen Sozialversicherungsrecht.

Beispiele aus der Praxis:

1.

Für bestimmte chronische Krankheiten, unter anderem Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD), bieten die Krankenkassen strukturierte Behandlungsprogramme. Das Besondere: Die ganze Therapie wird aus einer Hand koordiniert. An diesen sogenannten **Disease-Management-Programmen (DMP)** können chronisch Kranke freiwillig teilnehmen. Bei diesen Programmen können auch Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung berechtigt sein.

2.

„**Integrierte Versorgung**“ erlaubt es Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern, gemeinsame Versorgungskonzepte zu erarbeiten, über die Grenzen von ambulant und stationär hinaus. Mit den Kassen schließen sie Verträge ab, sodass diese ihren Versicherten die Behandlungen anbieten können.

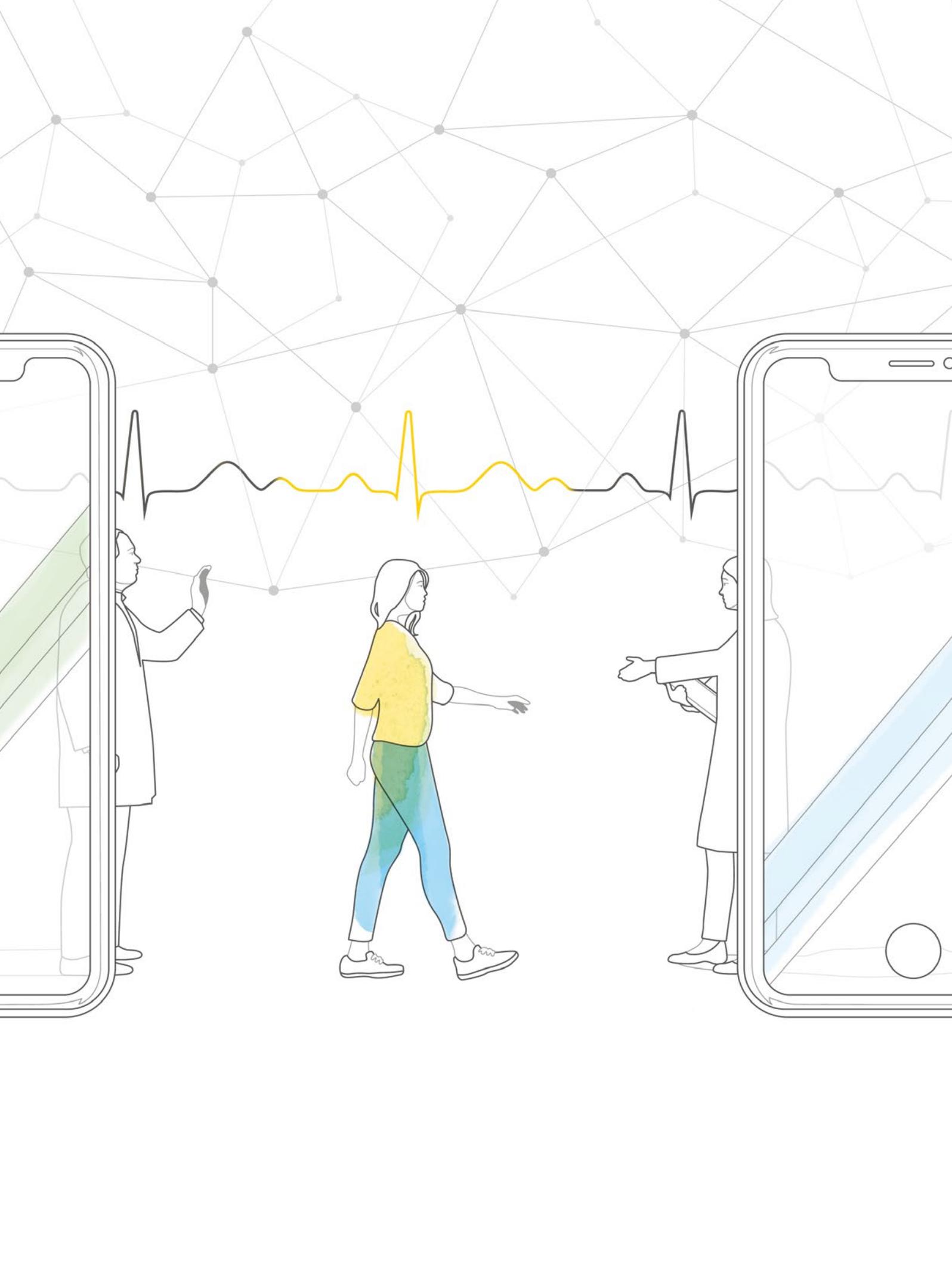
3.

In **Hausarztverträgen** werden die Hausärztinnen und -ärzte zu Lotsen ihrer Patientinnen und Patienten. Sie steuern die gesamte Versorgung. Die freie Arztwahl, eigentlich Grundlage des deutschen Systems, ist hier zwar aufgehoben. Dafür wird die gesamte Behandlung von einer Person des Vertrauens koordiniert. Die Krankenkassen schließen solche Hausarztverträge für ihre Versicherten ab. Ziel ist die verbesserte Koordinierung von Fachärztinnen und Fachärzten, Krankenhäusern und anderen. Über 6 Millionen²² Versicherte nehmen zurzeit an solchen Programmen teil.

4.

Die **Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)** ist ein Behandlungsangebot für Patientinnen und Patienten mit seltenen oder schweren Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf (etwa Tuberkulose, Mukoviszidose oder Morbus Wilson). Die Behandlung erfolgt durch interdisziplinäre Ärzteteams aus der ambulanten fachärztlichen und der stationären Versorgung.

Ein wichtiges Instrument zur Förderung und Erprobung von Innovationen im deutschen Gesundheitssystem ist der 2015 eingerichtete Innovationsfonds beim G-BA. Der Fonds, der sich aus Mitteln der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds speist, finanziert patientennahe Versorgungsforschungsprojekte, einschließlich Entwicklung oder Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien, und neue, insbesondere sektorenübergreifende ambulant-stationäre Versorgungsformen.





Dynamisch ausgerichtet:

Herausforderungen und Chancen

Besondere Herausforderung: die Corona-Pandemie

Mit dem Jahr 2020 begann eine besondere Herausforderung, die es so zuvor noch nie gab: die Corona-Pandemie.

Um die Verbreitung des Coronavirus (SARS-CoV-2) einzudämmen, hat das BMG reagiert und frühzeitig Gesetze und Maßnahmen initiiert.

Schnell wurde deutlich, dass das BMG in der Lage sein muss, die Versorgung mit persönlicher Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln, Medizinprodukten und Arzneimitteln in Deutschland zu organisieren. Dafür wurde das Infektionsschutzgesetz (IfSG) entsprechend geändert. Die Bundesregierung kann seither die Einfuhr von Schutzausrüstungen eigenständig regeln.

Um einen Überblick über die Anzahl an Beatmungsbetten zu erhalten, hat das BMG mit einer Verordnung die Kliniken bundesweit verpflichtet, täglich alle freien Intensivbetten zu melden (DIVI-Intensivregister – DIVI steht für Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin). Um Betten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die an COVID-19 erkrankt sind, freizuhalten, wurden planbare Operationen durch die Krankenhäuser, soweit medizinisch möglich, verschoben.

Durch diese Maßnahmen konnte die medizinische Versorgung aller Patientinnen und Patienten jederzeit gesichert werden. Kliniken, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und die Ärzteschaft wurden während der Corona-Pandemie finanziell unterstützt. Den zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wurden pandemiebedingte Mehraufwendungen und Mindereinnahmen von den Pfl-

gekassen erstattet. Mehrfach wurden die Unterstützungsmaßnahmen für Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Pflegeeinrichtungen weiter verlängert.

Hierzu zählen Corona-bedingte Sonderregelungen in der Pflege zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, konkrete Regelungen zur präventiven Testung (mit Kostenerstattung) von Beschäftigten, Pflegebedürftigen und – bei Pflegeheimen – Besuchspersonen, zur Priorisierung des Pflegebereichs (Beschäftigte und Pflegebedürftige) bei der Impfung sowie schließlich die einrichtungsbezogene Impfpflicht.

Suchtkranke Menschen und deren Angehörige waren besonderen Belastungen ausgesetzt. Die Bundesregierung hat die Regeln für die Substitutionsbehandlung durch die SARS-CoV-2-Arzneimittelverordnung flexibilisiert, sodass auch in der Pandemie die Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppe gesichert wurde.

Oberstes Gebot – der Schutz der Bevölkerung

Für die Zeitdauer der Pandemie hat der Bund durch das „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ die Kompetenz bekommen, selbst Vorkehrungen zum Schutz der Bevölkerung treffen zu dürfen, beispielsweise Reisebeschränkungen oder Melde- und Untersuchungspflichten bei Verdacht einer Coronainfektion. Um die Viruseintragung aus dem Ausland zu verlangsamen, hat die Bundesregierung die Einreise aus Risikogebieten durch die „Coronavirus-Einreiseverordnung“ ausführlich geregelt. Mit den dort enthaltenen Vorschriften über digitale Anmelde-, Ab-

DIVI- Intensivregister

Seit April 2020 erfasst das
DIVI-Intensivregister
(www.intensivregister.de)
täglich die freien und
belegten Behandlungskapazitäten in der Intensivmedizin von etwa 1.300 Akut-Krankenhäusern in Deutschland.

sonderungs- und Nachweispflicht lässt sich der grenzüberschreitende Reiseverkehr seither zuverlässiger steuern.

Auch die EU-weite Einführung eines digitalen Impf-, Genesenen- und Testzertifikates erleichterte die Rückkehr zu einem grenzüberschreitenden Freizügigkeitsraum.

Um Personen, die sich mit dem Coronavirus infiziert haben, noch schneller zu identifizieren und zu versorgen, wurde der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) gestärkt, die vorhandenen Testkapazitäten, insbesondere für gefährdete Bereiche wie Alten- und Pflegeheime, wurden besser ausgenutzt und die Meldepflichten erweitert. Ein weiteres wichtiges Anliegen war, Beschäftigten in der Langzeitpflege für ihre gute Arbeit in der herausfordernden Zeit im Jahr 2020 eine Prämie zukommen zu lassen.

Eine neue Teststrategie mit kostenlosen Coronatestmöglichkeiten für Bürgerinnen und Bürger (sogenannte Bürgertests) und Arbeitnehmertestungen ermöglichte eine eigenverantwortliche Risikominderung in der Bevölkerung. Mithilfe des Nachweises des Impf-, Genesenen- und Teststatus konnte im Rahmen der Pandemieschutzmaßnahmen das alltägliche Leben weitestgehend normal ablaufen.

Sichere Impfstoffe – der Weg aus der Pandemie

Letztlich zeichnete jedoch erst die Entwicklung wirksamer und sicherer Impfstoffe den Weg aus der Pandemie vor. Die Beschaffung der Impfstoffe wurde mit den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union abgestimmt. Das bündelte finanzielle Verhandlungskapazitäten und erlaubte

50 %

Am 27. Dezember 2020 startete die COVID-19-Impfkampagne in Deutschland. 50 Prozent der Bevölkerung waren am 15. Juni 2021 mindestens einmal geimpft.

eine sinnvolle Impfstoffverteilung nach Bevölkerungsgröße. Durch eine stetig beschleunigte Produktion der Impfstoffe konnte die nationale Impfkampagne schon bald erhebliche Fortschritte erzielen. Im Juni 2021 hatte bereits die Hälfte der Bevölkerung – 41,8 Millionen Menschen – mindestens eine Impfdosis erhalten. Am 31. Dezember 2021 waren es bereits 62,6 Millionen Menschen. Insbesondere hochbetagte Menschen, pflegebedürftige Menschen und Personen mit akuten oder chronischen Grundkrankheiten (vulnerable Personengruppen) haben ein deutlich erhöhtes Risiko für schwere, ggf. auch tödliche COVID-19-Krankheitsverläufe. Um sie vor einer Infektion zu schützen und dadurch zu einer Entlastung des Gesundheitssystems beizutragen und die Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, wurde eine einrichtungsbezogene Impfpflicht zum 16. März 2022 eingeführt. Denn eine sehr hohe Impfquote bei dem Personal in den Gesundheitsberufen und Berufen, in denen Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung betreut werden, senkt das Risiko, dass sich die besonders gefährdeten Personengruppen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizieren.

Die Pandemie und ihre Langzeitfolgen

Die Corona-Pandemie hat die wichtige Rolle des ÖGD für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung gezeigt. Im September 2020 haben Bund und Länder den „Pakt für den ÖGD“ vereinbart. Sein Ziel ist die umfassende Stärkung der personellen, digitalen und technischen Ausstattung des ÖGD. Die Bundesregierung stellt für die Umsetzung 4 Milliarden Euro in den Jahren 2021 bis 2026 zur Verfügung.

Der Nachweis des Impf-, Genesenen- und Teststatus spielt eine sehr wichtige Rolle, damit im Rahmen der Pandemieschutzmaßnahmen das alltägliche Leben weitestgehend normal ablaufen kann und der Nachweis einer Impfung, Genesung oder eines aktuellen Tests zu COVID-19 komfortabel erledigt werden kann.

Neben Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie beschäftigt sich das BMG auch intensiv mit den Langzeitfolgen von SARS-CoV-2-Infektionen und COVID-19-Erkrankungen. Eine interministerielle Arbeitsgruppe (IMA) Long COVID hat 2021 den aktuellen Sach- und Wissensstand zu Long COVID gebündelt sowie daraus resultierende Handlungsempfehlungen abgeleitet und diese in einem Abschlussbericht veröffentlicht.

Die Corona-Pandemie wird uns sicher weiterhin beschäftigen. Das Regelungsgefüge wandelt sich stetig mit dem Pandemieverlauf. Dazu gehört auch, dass Maßnahmen wieder zurückgenommen werden. Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften vom 18. März 2022 traten die meisten Schutzmaßnahmen außer Kraft. Die Anschlussregelung sieht einen Basisschutz besonders für Risikogruppen vor. Zudem sind strengere Maßnahmen in sogenannten „Hotspots“ mit einem gefährlichen Infektionsgeschehen möglich.

Über die Corona-Schutzimpfung, neue Maßnahmen und Gesetze informiert das BMG auf seiner Website, in den sozialen Netzwerken, über TV- und Radiospots, Zeitungsanzeigen und Plakate. Zudem können dort barrierefreie und mehrsprachige Informationsmaterialien bestellt oder heruntergeladen werden. In der Mediathek sind ferner Video- und Audioinhalte des BMG zum Thema COVID-19 zu finden.

Zusammen gegen Corona

Auf der Website „Zusammen gegen Corona“ (www.zusammengegencorona.de) bietet das BMG gebündelt verlässliche Antworten und konkrete Informationen, wie die Bevölkerung sich schützen und anderen helfen kann.

Digitalisierung vorantreiben

Die kluge Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung ist eines der zentralen Themen im BMG. Wesentliches Ziel ist eine umfassende, flächendeckende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung, die allen Menschen in unserem Land zur Verfügung steht – unabhängig von Wohnort, Kontostand, Alter oder Geschlecht. Diese soll auch für die nachfolgenden Generationen gesichert und weiter verbessert werden. Hier verbinden sich große Erwartungen mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Denn die Nutzung innovativer Informationstechnologien verbessert die Versorgung der Menschen in vielfacher Hinsicht.

Die Corona-Pandemie hat die Vorteile der Digitalisierung des Gesundheitswesens erfahrbar gemacht und notwendige Entwicklungen stark beschleunigt.

Die Vorteile der Videosprechstunde, die medizinische Versorgung über Distanzen und ohne Ansteckungsgefahr ermöglicht, wurden sichtbar. Inzwischen ist sie für viele Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte ein selbstverständlicher Teil des Praxisalltags geworden. Im gesamten Jahr 2019 nur wenige tausend Mal durchgeführt, stieg diese Zahl im ersten Quartal 2020 auf über 200.000 und dann im zweiten Quartal sogar auf über 1,2 Millionen. Im Jahr 2021 wurden insgesamt 2,25 Millionen Behandlungsfälle per Videosprechstunde durchgeführt.



Die Corona-Warn-App (CWA) ist die erfolgreichste Corona-App in Europa und wird in Deutschland millionenfach genutzt. In einem offenen und transparenten Entwicklungsverfahren sind mit dem Vorschreiten der Pandemie immer wieder neue Lösungen gefunden und zusätzliche Mehrwerte für die Nutzer geschaffen worden: von technischen Verbesserungen in der Risikoermittlung über die Anzeige von Informationen zum Infektionsgeschehen und die Einbindung der Eventregistrierung bis hin zur Nutzung der CWA als digitale Brieftasche für Testergebnisse, für den digitalen Coronaimpfausweis oder das Genesenenzertifikat. Die Erfahrung aus der Entwicklung und dem Betrieb hat gezeigt, wie wichtig es ist, in Ausnahmesituationen effiziente Tools entwickeln und bereitstellen zu können. Die App konnte dementsprechend sicher, datenschutzkonform und grenzüberschreitend zur Pandemiebekämpfung beitragen.

Auch die Apps CovPass und CovPass-Check, die durch die Verwaltung europäischer digitaler COVID-Zertifikate (EU DCC) einen wichtigen Beitrag zur Wiederherstellung der innereuropäischen Freizügigkeit sowie der Normalisierung des Alltagslebens in Deutschland leisten, sind Erfolgsmodelle. Die Anwendungen wurden millionenfach heruntergeladen, das digitale COVID-Zertifikat ist fester Bestandteil der Pandemiebekämpfung geworden und hat dazu beigetragen, auf Maßnahmen wie „Lockdowns“ verzichten zu können.

Mit dem DIVI-Intensiv-Register zur Echtzeiterfassung von Intensivbetten-Kapazitäten ist Deutschland international Vorbild. Hier wurde eine wertvolle Grundlage zur datengestützten Handlungssteuerung in Echtzeit geschaffen, die wichtige Entscheidungen während der Pandemie ermöglicht.



Zudem wurde das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) aufgebaut. Infektionsmeldungen und Kontaktnachverfolgung können schnell und effizient in einheitlichen elektronischen Systemen erfolgen. DEMIS wird sukzessive weiter als zentrale digitale Infrastruktur für den ÖGD ausgebaut.

Eine flächendeckende Infrastruktur für das Gesundheitswesen

Wichtig ist es nun, die gewonnene Dynamik beizubehalten und die in der Pandemie gewonnenen Erfahrungen in den übergreifenden Digitalisierungsprozess für das Gesundheitswesen mit hineinzunehmen.

Mit der Telematikinfrastruktur (TI) steht eine flächendeckende technologische Basis für den sicheren Austausch von Informationen im Gesundheitswesen bereit. Seit Januar 2021 steht die elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung, auf die Versicherte auch mit ihrem Smartphone oder Tablet zugreifen können. Als Mehrheitsgesellschafter der für die TI zuständigen gematik GmbH ist das BMG treibende Kraft der Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem.

Auf europäischer Ebene engagiert sich Deutschland darüber hinaus im Rahmen des Aufbaus der grenzüberschreitenden elektronischen Gesundheitsdienstinfrastruktur (eHDSI/MyHealth@EU). Ein wesentliches Vorhaben ist hier der Aufbau einer nationalen eHealth-Kontaktstelle (NCPeH), die einen reibungslosen grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten im Sinne eines nahtlosen Versorgungsprozesses ermöglichen soll.

Weiterer Ausbau der Digitalisierung

Mit dem seit Oktober 2020 geltenden Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) wurden wichtige weitere Schritte unternommen. Für die TI, die durch die Anbindung weiterer Leistungserbringer ausgebaut wurde, wurden Datenschutz und Datensicherheit sowie die datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit klar geregelt. Weiter wurden Grundlagen für elektronische Verordnungen geschaffen, um zusätzliche Erfahrungen sammeln und das E-Rezept optimieren zu können, welches in einer Test- und Pilotphase bundesweit erprobt wird. Das E-Rezept wird das Papierrezept in seiner bisherigen Form ersetzen. E-Rezepte können sowohl im Anschluss an eine Behandlung in der Praxis oder aus der Ferne ausgestellt werden und sowohl in einer Apotheke vor Ort oder bei einer Versandapotheke eingelöst werden.

Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bedarf es eines europäischen anschlussfähigen Datenraums für Gesundheitsdaten. Diese Infrastruktur soll die bereits vorhandenen Datenhalter vernetzen und die Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten erleichtern. Ein Datenhalter ist das Forschungsdatenzentrum (FDZ) Gesundheit, das beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt ist. Das FDZ Gesundheit soll im dritten Quartal 2022 seine Arbeit aufnehmen.

DEMIS

Das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz macht Infektionsmeldungen und Kontaktnachverfolgungen schneller und effizienter.

2021

wurde die elektronische Patientenakte eingeführt und erhält schrittweise weitere Funktionen.

App auf Rezept

Sichere und wirkungsvolle digitale Gesundheitsanwendungen werden erstattungsfähig.

KI-Anwendungen

werden bald genauso wie das Stethoskop oder das Röntgenbild im ärztlichen Instrumentenkoffer zu finden sein.

Mit dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz – DVPMG), das am 9. Juni 2021 in Kraft getreten ist, wird die Digitalisierung des Gesundheitswesens weiter vorangetrieben. So werden beispielsweise die Möglichkeiten digitaler Kommunikation durch einen Videokommunikations- und Messengerdienst erweitert. Außerdem wurde für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege ein neuer Leistungsanspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzenden Unterstützungsleistungen eingeführt.

Digitalisierung von Krankenhäusern

Mit dem zum 1. Januar 2021 in Kraft getretenen Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) wurde ein Investitionsprogramm auf den Weg gebracht, um den Krankenhäusern schnell und effektiv ein digitales Update zu verschaffen. Der Bund stellt hierfür 3 Milliarden Euro bereit. Die Länder beziehungsweise Krankenträger bringen weitere 1,3 Milliarden Euro auf. Über den so gespeisten Krankenhauszukunftsfonds werden Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und eine bessere digitale Infrastruktur, zum Beispiel digitale Patientenportale oder digitales Medikationsmanagement, gefördert.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Das BMG arbeitet daran, den Einsatz und die Nutzung digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen zu erleichtern. Seit 2020 haben Versicherte Anspruch auf erstattungsfähige DiGA, die ähnlich wie Arzneimittel von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten verordnet werden können („App auf Rezept“). Zuvor müssen die Hersteller gegenüber dem BfArM nachweisen, dass ihre DiGA positive Versorgungseffekte erzielt und unter anderem bestimmte Sicherheits-, Qualitäts- und Datenschutzerfordernisse erfüllt.

Künstliche Intelligenz (KI)

Wenn es um die Gesundheitsversorgung der Zukunft geht, dann spielen KI und Big Data eine große Rolle. Sie bieten Chancen, die Versorgung weiter zu verbessern. So kann KI zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten dabei helfen, schneller eine Diagnose zu stellen. Ein Anwendungsszenario ist zum Beispiel die Behandlung von Seltenen Erkrankungen. Genau dafür müssen Gesundheitsdaten nutzbar gemacht werden und mit Blick auf Anwendungen der KI auch auf große und qualitativ hochwertige Datensätzen trainiert und getestet werden. Zudem können KI-gestützte Therapien individueller auf Patientinnen und Patienten abgestimmt werden. Dies findet schon heute in der Krebsbehandlung Anwendung. KI-Anwendungen werden bald genauso wie das Stethoskop oder das Röntgenbild im ärztlichen Instrumentenkoffer zu finden sein. Es geht hierbei nicht darum, Ärztinnen und Ärzte zu ersetzen. Vielmehr sollen die Anwendungen sie dabei unterstützen, schneller und präziser zu behandeln. So bleibt mehr Zeit für das persönliche Gespräch mit Patientinnen und Patienten.

Um mehr über die konkreten Vorteile von KI im Gesundheitswesen zu erfahren, fördert das BMG aktuell über 20 Forschungsprojekte. Dafür erhält es 185 Mio. Euro aus den Mitteln im Rahmen der KI-Strategie der Bundesregierung von 2019 bis 2025.

Auch die Pandemie hat uns vor Augen geführt, welches Potenzial Anwendungen der KI bei der Bewältigung solcher globalen Herausforderungen haben können. Sie können helfen, die Pandemievorhersagen zu verbessern oder Infektionsketten zu identifizieren und gezieltere und schnellere Maßnahmen zur Krankheitseindämmung zu veranlassen. So können auch Versorgungskapazitäten (Intensivbetten, Personal, Arzneimittel, Ausrüstung) eingeschätzt und die Versorgung besser gesteuert werden.

Digitale Gesundheitskompetenz

Es ist wichtig, Aufklärungsarbeit zu leisten und mehr Verständnis für digitale Lösungen in der Versorgung zu schaffen. Akzeptanz und Vertrauen sind elementare Voraussetzungen, um die digitale Versorgung voranzutreiben und Gesundheit und Wohlergehen zu fördern. Das gilt nicht allein aufseiten der Ärztinnen und Ärzte, der Psychotherapeutinnen und -therapeuten und weiterer Leistungserbringer – sondern auch für die digitale Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten. Denn die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist ein Beitrag für mehr Teilhabe und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Die Krankenkassen sind deshalb verpflichtet, ihren Versicherten Angebote zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz zu machen. Versicherte können sich etwa im Umgang mit Gesundheits-Apps oder der ePA schulen lassen.

185 Mio. Euro

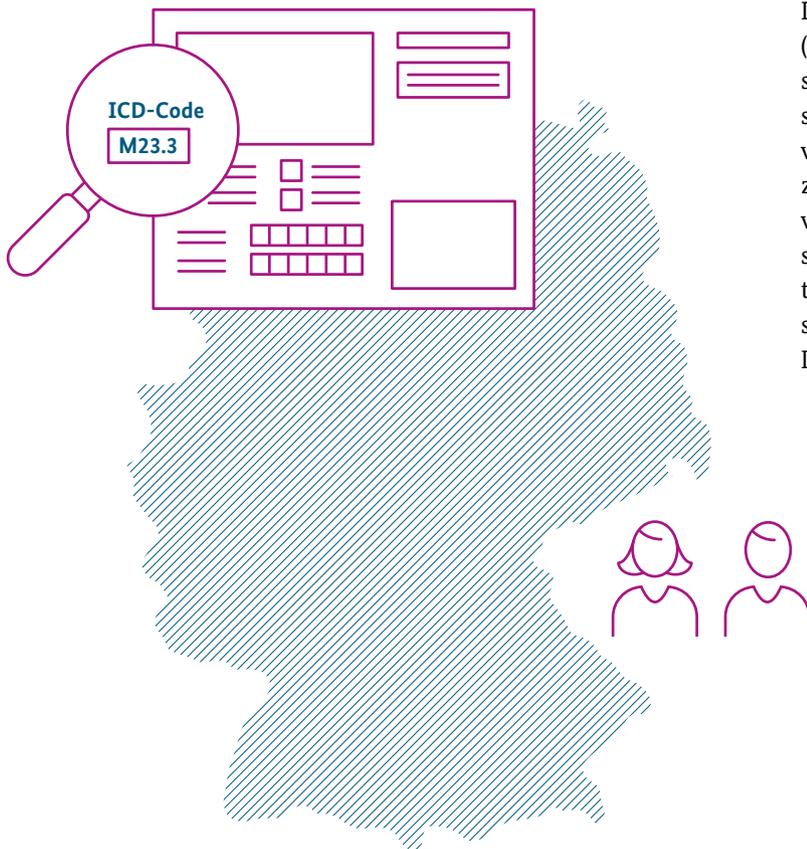
erhält das BMG von 2019 bis 2025 aus den Mitteln im Rahmen der KI-Strategie der Bundesregierung.

Akzeptanz und Vertrauen

sind elementare Voraussetzungen, um die digitale Versorgung voranzutreiben und Gesundheit und Wohlergehen zu fördern.

Das „Nationale Gesundheitsportal“

stärkt die Rolle der selbstbestimmten Patientinnen und Patienten. Das Portal bietet beispielsweise praktische Suchdienste zu ICD-Codes (Internationale Klassifikation der Krankheiten), Arztpraxen oder Krankenhäusern.



Mit dem Nationalen Gesundheitsportal (gesund.bund.de) erhalten Bürgerinnen und Bürger in Deutschland wissenschaftlich fundierte, neutrale und gut verständliche Informationen zu ausgewählten Gesundheits- und Pflgethemen. Sie werden so in die Lage versetzt, gemeinsam mit ihrer Ärztin beziehungsweise ihrem Arzt informierte Entscheidungen zu treffen. Ziel ist, nachhaltig die Gesundheitskompetenz zu erhöhen und die Patientensouveränität zu stärken.

Das Portal „Migration und Gesundheit“ (migration-gesundheit.bund.de) unterstützt Menschen mit Einwanderungsgeschichte, sich mit dem Gesundheitswesen vertraut zu machen. Hier stellt das BMG zahlreiche bereits in mehreren Sprachen vorhandene Materialien, die über das Gesundheitswesen in Deutschland, die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung sowie das Thema Sucht und Drogen informieren, zur Verfügung.

Ausblick

Dem deutschen Gesundheitssystem liegt ein großes Versprechen zugrunde: die hochwertige Gesundheitsversorgung, die allen Menschen im Land zur Verfügung steht – unabhängig von Wohnort, Kontostand, Alter oder Geschlecht –, auch für die nachfolgenden Generationen zu bewahren. Hierzu bedarf es kontinuierlicher Anstrengungen und Reformen. Der medizinische und technische Fortschritt wird dazu führen, dass die Menschen immer besser versorgt und damit auch immer älter werden. Daher bemühen sich die politischen Kräfte in Bund und Ländern auch weiterhin, das deutsche Gesundheitssystem noch effektiver und effizienter zu gestalten.

Für eine hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung bedarf es noch mehr Zusammenarbeit und Dialog aller an der Versorgung Beteiligten: zum Beispiel von Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern, Krankenhäusern, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, aber auch mit der Wissenschaft, um neue Behandlungsmöglichkeiten zu erschließen und neue Wege in der Patientenversorgung zu gehen. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wird hierfür einen entscheidenden Beitrag leisten. Aber auch die Rückmeldungen über die erlebte Versorgungsrealität der Patientinnen und

Patienten sind eine wertvolle Quelle für die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung. Die Unabhängige Patientenberatung (UPB) ist gesetzlich dazu verpflichtet, Beratungsanfragen dahingehend auszuwerten. Auch die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung müssen wir immer wieder überdenken, angesichts sich ändernder Herausforderungen weiterentwickeln und neue Prozesse und Strukturen erproben. Die Ergebnisse aus der Gesundheitsforschung und dem Innovationsfonds beim G-BA liefern hierfür konkrete Ansatzpunkte und ermöglichen es, den Wandel im Gesundheitssystem auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zu gestalten.

Das deutsche Gesundheitssystem hat sich in seiner fast 140-jährigen Geschichte als ausgesprochen robust erwiesen. Um auch die Herausforderungen der Zukunft zu meistern, muss es uns weiterhin gelingen, unser Gesundheitssystem kontinuierlich dem gesellschaftlichen Wandel anzupassen.

Hierbei engagiert sich Deutschland in der Europäischen Gemeinschaft. Aber ebenso sind jeder Staat, jedes Bundesland und auch jede Kommune mit in der Verantwortung. Denn zumeist dort, unmittelbar vor Ort, werden die Bürgerinnen und Bürger versorgt.

Der medizinische und technische Fortschritt wird dazu führen, dass die Menschen immer besser versorgt und damit auch immer älter werden.

Zahlen zur deutschen Gesundheitsversorgung

Finanzierung

Gesundheitsausgaben in Deutschland 2020²³

5.298 Euro je Einwohnerin bzw. Einwohner

rund

440

Mrd. Euro

Pflege



4.127.605

Pflegebedürftige 2019²⁶

Beschäftigte in Pflegeheimen
(voll- und teilstationär)²⁷

796.489

Beschäftigte in ambulanten
Pflegediensten 2019²⁸

421.550

Gesundheitsausgaben nach Art der Einrichtung²⁴

2020, in Millionen Euro:

213.670 ambulante Einrichtungen

60.109 Arztpraxen

28.211 Zahnarztpraxen

20.661 Praxen sonstiger
medizinischer Berufe

57.536 Apotheken

20.393 Gesundheitshandwerk/
-einzelhandel

26.761 ambulante Pflege

164.762 stationäre/teilstationäre Einrichtungen

114.193 Krankenhäuser

10.222 Vorsorge-/Rehabilitations-
einrichtungen

40.347 stationäre/teilstationäre Pflege

21.447 Verwaltung

**20.161 sonstige Einrichtungen
und private Haushalte**

8.770 Investitionen

6.539 Rettungsdienste

3.383 Gesundheitsschutz

1.842 Ausland

Anteil der Gesundheits-
ausgaben am Brutto-
inlandsprodukt 2020²⁵

13,1 %



Akteure



circa **5,7**
Mio. Menschen²⁹

Gesundheitspersonal gesamt 2019

Gesundheitspersonal (2019) in 1.000:³⁰

ambulante Einrichtungen:	2.364
stationäre/teilstationäre Einrichtungen:	2.055
Krankenhäuser:	1.194
stationäre/teilstationäre Pflege:	739
Arztpraxen:	708
Vorleistungsindustrie des Gesundheitswesens:	569
Praxen sonstiger medizinischer Berufe:	532
sonstige Einrichtungen:	428
ambulante Pflege:	407
Zahnarztpraxen:	359
Apotheken:	229
Verwaltung:	220
medizintechnische/augenoptische Industrie:	171
pharmazeutische Industrie:	158
Großhandel/Handelsvermittlung:	144
Einzelhandel:	128
medizinische/zahnmedizinische Laboratorien:	95
Rettungsdienste:	75
Gesundheitsschutz:	39

Krankenhäuser



Krankenhäuser³³

2020

1.903



Krankenhausbetten³⁴

in Deutschland 2020

487.783



Intensivbetten³⁵

in Deutschland 2020

27.612

Behandelnde Ärztinnen und Ärzte³¹

2020

circa
372.000



Versorgungs- dichte³²

Behandelnde Ärztinnen
und Ärzte (gesamt)
je 1.000 Einwohnerinnen
und Einwohner (2020):

4,5

Die Bundesgesundheitsministerinnen und Bundesgesundheitsminister von 1961 bis heute



Elisabeth Schwarzhaupt
CDU
14.11.1961 – 30.11.1966



Käte Strobel
SPD
01.12.1966 – 14.12.1972



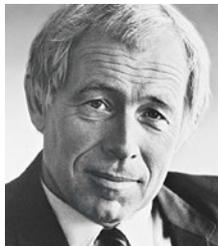
Dr. Katharina Focke
SPD
15.12.1972 – 14.12.1976



Antje Huber
SPD
15.12.1976 – 27.04.1982



Anke Fuchs
SPD
28.04.1982 – 01.10.1982



Dr. Heiner Geißler
CDU
02.10.1982 – 25.09.1985



Prof. Dr. Rita Süßmuth
CDU
26.09.1985 – 25.11.1988



Prof. Dr. Dr. h. c. Ursula Lehr
CDU
09.12.1988 – 17.01.1991



Gerda Hasselfeldt
CSU
18.01.1991 – 05.05.1992



Horst Seehofer
CSU
06.05.1992 – 26.10.1998



Andrea Fischer
Bündnis 90/Die Grünen
27.10.1998 – 09.01.2001



Ulla Schmidt
SPD
10.01.2001 – 27.10.2009



Dr. Philipp Rösler
FDP
28.10.2009 – 12.05.2011



Daniel Bahr
FDP
12.05.2011 – 16.12.2013



Hermann Gröhe
CDU
17.12.2013 – 14.03.2018



Jens Spahn
CDU
14.03.2018 – 08.12.2021



Prof. Dr. Karl Lauterbach
SPD
08.12.2021 (amtierend)

Glossar

Ambulante Versorgung

Als ambulante Versorgung bezeichnet man alle Behandlungsleistungen, die außerhalb von Kliniken erbracht werden. Der größte Bereich ist die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung. Weitere Bereiche sind beispielsweise die psychotherapeutische und die Heilmittelversorgung. (S. 10, 22, 32 f., 40 f.)

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Das BfArM ist eine Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des BMG und unter anderem zuständig für Zulassung und Registrierung von Arzneimitteln, Arzneimittelsicherheit und Risikoerfassung und -bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Das BfArM betreut wichtige medizinische Klassifikationen und Terminologien, die für die Gesundheitstelematik und die Abrechnung von Gesundheitsleistungen von Bedeutung sind. Das BfArM betreibt datenbankgestützte Informationssysteme für Arzneimittel, Medizinprodukte und Versorgungsdaten sowie zur Bewertung gesundheitsrelevanter Verfahren. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurde aufgelöst und ein Großteil der Aufgaben des DIMDI wurde an das BfArM übertragen. (S. 19, 49 f.)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Das BMG führt im Rahmen des Grundgesetzes die gesetzgeberischen und verwaltungsmäßigen Aufgaben auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik durch und ist auf der Bundesebene das maßgebende Fachministerium für die Fragen der Kranken- und Pflegeversicherung. (S. 18 f., 44, 46 f., 49 f.)

Bundesvereinigung

Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)

Die ABDA ist die Spitzenorganisation der Apothekerinnen und Apotheker in Deutschland. Sie vertritt die Interessen des pharmazeutischen Heilberufs in Politik und Gesellschaft. Unter dem Dach der ABDA haben sich die Apothekerkammern der Länder in der Bundesapothekerkammer (BAK) und die Apothekerverbände der Länder im Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) zusammengeschlossen. (S. 23)

Bundeszentrale für gesundheitliche

Aufklärung (BZgA)

Die BZgA nimmt die Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene wahr. Sie entwickelt Strategien und setzt sie in Kampagnen, Programmen und Projekten um. Die Förderung verantwortungsbewussten und gesundheitsgerechten Handelns und die Förderung der sachgerechten Nutzung des Gesundheitssystems stehen im Mittelpunkt der Arbeit der BZgA. (S. 19)

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Landeskrankenhausgesellschaften

Die DKG und die Landeskrankenhausgesellschaften sind, ähnlich wie KVen und KZVen, die Organe der Selbstverwaltung der deutschen Krankenhäuser. (S. 21 f.)

gematik GmbH

Die gematik GmbH war in ihrer ersten Konzeption eine reine Organisation der Selbstverwaltung. Seit 2019 ist das BMG mit 51 Prozent der Anteile Mehrheitsgesellschafter. Aufgaben der gematik GmbH sind die sichere Vernetzung des Gesundheitswesens und der weitere Ausbau der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur. (S. 49)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Wichtigstes Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ist der G-BA. Hauptaufgabe ist, durch verbindliche Richtlinien die Inhalte der gesundheitlichen Versorgung näher zu bestimmen und festzulegen, welche Leistungen von der GKV übernommen werden. (S. 12, 21, 35, 41, 53)

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die gesetzliche Krankenversicherung ist Teil des deutschen Sozialversicherungssystems und zuständig für die Absicherung ihrer Versicherten in Fragen der Gesundheitsvorsorge, Gesundheitserhaltung und Gesundheitsverbesserung. (S. 10, 21, 26 f., 33 ff., 38)

Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KV/KZV)

Die KVen und KZVen sind die Selbstverwaltungskörperschaften der Vertragsärztinnen und -ärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte. Sie sind Verhandlungspartner der Krankenkassen bezüglich der Vergütung von Leistungen. Die regionalen KVen und KZVen haben mit ihren Bundesvereinigungen (KBV bzw. KZBV) oberste, bundesweite Beschlussgremien.

(S. 21 f., 58)

Landesärztekammern und Bundesärztekammer

Die Landesärztekammern sind selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts und sind die Berufsvertretungen aller approbierter Ärztinnen und Ärzte. Bei den Ärztekammern sind sowohl die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als auch die im Krankenhaus, in Gesundheitsämtern oder anderen Einrichtungen tätigen Ärztinnen und Ärzte gemeldet.

Die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern) ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung; sie vertritt die berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland. Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Ärztekammern wirkt die Bundesärztekammer (BÄK) aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit und entwickelt Perspektiven für eine bürgernahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik.

Dieselbe Struktur besteht bei der Zahnärzteschaft und den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. (S. 20 ff.)

Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel

Das PEI bewertet biomedizinische Humanarzneimittel und immunologische Tierarzneimittel hinsichtlich ihrer Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit und lässt diese Arzneimittel zu. Damit gewährleistet es bei der Entwicklung, Zulassung und im Alltagsgebrauch die unabhängige wissenschaftliche Bewertung von Nutzen und Risiko von biomedizinischen Arzneimitteln wie Human- und Veterinärimpfstoffen sowie für die Anwendung

am Menschen von Antikörpern und Immunglobulinen, Allergenen für Therapie und In-vivo-Diagnostik, Zell- und Gentherapeutika, Tissue-Engineering-Arzneimitteln und Blutzubereitungen. Es ist zudem für die Genehmigung klinischer Prüfungen sowie die Pharmakovigilanz (Erfassung und Bewertung möglicher Nebenwirkungen, Maßnahmenergreifung) zuständig.

Die staatliche Chargenprüfung, wissenschaftliche Beratung und Inspektionstätigkeiten sowie die Performance-Testung im Auftrag benannter Stellen von Hochrisiko-in-vitro-Diagnostika gehören zu den weiteren Aufgaben des Instituts. Eigene Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Biomedizin und der Lebenswissenschaften unterstützen die Wahrnehmung dieser Aufgaben.

Das PEI nimmt zudem Beratungsfunktionen und Aufgaben im nationalen (Bundesregierung, Länder) und internationalen Umfeld (Weltgesundheitsorganisation, Europäische Arzneimittelbehörde, Europäische Kommission, Europarat und andere) wahr. (S. 19)

Private Krankenversicherung (PKV)

Die Anbieter privater Krankenversicherungen sind privatwirtschaftliche Unternehmen, die Krankenversicherungen anbieten. Sie bieten Verträge sowohl ergänzend zu als auch anstatt der gesetzlichen Krankenversicherung an. Der Zugang ist an bestimmte Bedingungen gebunden.

(S. 10 f., 26)

Risikostrukturausgleich (RSA)

Der Risikostrukturausgleich ist ein Instrument der Krankenkassenfinanzierung, das einen finanziellen Ausgleich für die unterschiedlichen Versichertenstrukturen der einzelnen Kassen herstellt.

(S. 27 f.)

Robert Koch-Institut (RKI)

Das Robert Koch-Institut ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention und damit auch die zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung. Die Kernaufgaben des RKI sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbe-

sondere der Infektionskrankheiten. Zu den Aufgaben gehört der generelle gesetzliche Auftrag, wissenschaftliche Erkenntnisse als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erarbeiten. Das RKI berät die zuständigen Bundesministerien, insbesondere das BMG, und wirkt bei der Entwicklung von Normen und Standards mit. Es informiert und berät die Fachöffentlichkeit sowie zunehmend auch die breitere Öffentlichkeit. Im Hinblick auf das Erkennen gesundheitlicher Gefährdungen und Risiken nimmt das RKI eine zentrale „Antennenfunktion“ im Sinne eines Frühwarnsystems wahr. (S. 19)

Selbstverwaltung

In Deutschland gilt das Prinzip der Selbstverwaltung: Der Staat gibt zwar die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Aufgaben vor, die Versicherten und Beitragszahler sowie die Leistungserbringer organisieren sich jedoch selbst in Verbänden, die in eigener Verantwortung die medizinische Versorgung der Bevölkerung übernehmen.

(S. 12, 18, 21 f., 26)

Stationäre Versorgung

Als stationäre Versorgung werden Behandlungsleistungen bezeichnet, die in Kliniken und medizinischen Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden. (S. 20, 32 f., 37, 40 f.)

Ein ausführliches Verzeichnis aller relevanten Begriffe im deutschen Gesundheitswesen finden Sie unter www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/

Quellenverzeichnis

- ¹ Exakt: 1.903 Krankenhäuser. Quelle: Statistisches Bundesamt. Zuletzt abgerufen am 07.04.2022 unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html>
- ² Exakt: 152.028 Ärztinnen und Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Zuletzt abgerufen am 07.04.2022 unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>
- ³ Exakt: 31.308 Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Quelle: KBV. Zuletzt abgerufen am 07.04.2022 unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>
- ⁴ Exakt: 18.753. Quelle: ABDA. Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/ZDF21/ABDA_ZDF_2021_Broschuere.pdf, S. 5
- ⁵ Gerundet auf eine Nachkommastelle: 440,6 Milliarden Euro. Quelle: Statistisches Bundesamt. Zuletzt abgerufen am 10.05.2022 unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_153_236.html
- ⁶ Quelle: Statistisches Bundesamt. Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_377_12621.html
- ⁷ Quelle: KBV. Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24044.php>
- ⁸ Quelle: Statistisches Bundesamt. Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html
- ⁹ Quelle: Verband der Ersatzkassen (vdek). Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/b_versicherte/kassen.jpg
- ¹⁰ Quelle: vdek. Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/b_versicherte/krankenversicherungsschutz.jpg
- ¹¹ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html>
- ¹² Quelle: vdek. Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/b_versicherte/kassen.jpg
- ¹³ Quelle: Statistisches Bundesamt. Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenstand.html>
- ¹⁴ Quelle: GKV-Statistik 1.–4. Quartal 2021. Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-4_Quartal_2021_bf.pdf, S. 3
- ¹⁵ Quelle Grafik: vdek. Grafik neu gestaltet. Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/einnahmen-ausgaben/gesundheitsfonds_funktionsweise.jpg
Gesamtvolumen: Bundesamt für Soziale Sicherung. Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20211025_SK_2022_Abschlussbericht.pdf, S. 3
- ¹⁶ Quelle: vdek. Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/d_versorgung_leistungsausgaben/leistungsausgaben_gkv_leistungsausgaben_torte.jpg
- ¹⁷ Siehe 1

- ¹⁸ Quelle: ABDA. Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter:
https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/ZDF/ZDF21/ABDA_ZDF_2021_Broschuere.pdf, S. 5
- ¹⁹ Quelle: Pro Generika. Zuletzt abgerufen am 16.03.2022 unter: <https://www.progenerika.de/publikationen/generika-in-zahlen/>
- ²⁰ Gesamtzahl der Leistungsbezieherinnen und -bezieher: 4.879.179, Ambulant Behandelte: 3.981.637, Stationär Behandelte: 897.543
Quelle: BMG. Zuletzt abgerufen am 08.04.2022 unter:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Stand_April_2022_bf.pdf, S. 1
- ²¹ Quelle: 414 Millionen (Exakt: 414.259.853): GKV-Spitzenverband. Zuletzt abgerufen am 17.03.2022 unter:
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2021_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei_final.pdf, S. 10
Quelle: 7,58 Milliarden: GKV-Spitzenverband. Zuletzt abgerufen am 21.03.2022 unter:
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2021_q3/300dpi_1/GKV-Kennzahlen_Leistungsbereiche_Euro_2020_300.jpg
- ²² Quelle: Hausärzterverband. Zuletzt abgerufen am 17.03.2022 unter:
<https://www.hausaerzterverband.de/themen/hausarztvertraege.html>
- ²³ Siehe 5
- ²⁴ Quelle: Statistisches Bundesamt. Detaillierte Daten und lange Zeitreihen zu den Gesundheitsausgaben sind über die Tabellen zur Gesundheitsausgabenrechnung (23611) in der Datenbank GENESIS-Online abrufbar. Zuletzt abgerufen am 17.03.2022 unter:
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/einrichtungen.html>
- ²⁵ Siehe 5
- ²⁶ Quelle: Statistisches Bundesamt. Zuletzt abgerufen am 17.03.2022 unter:
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>
- ²⁷ Quelle: Statistisches Bundesamt. Zuletzt abgerufen am 17.03.2022 unter:
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/personal-pflegeeinrichtungen.html>
- ²⁸ Siehe 27
- ²⁹ Siehe 8
- ³⁰ Quelle: Statistisches Bundesamt. Zuletzt abgerufen am 10.05.2022 unter:
<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23621-0001&zeitscheiben=10#abreadcrumb>
- ³¹ Quelle: Statistisches Bundesamt. Zuletzt abgerufen am 17.03.2022 unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/06/PD21_304_23526.html#:~:text=304%20vom%2028.,1%20000%20Einwohnerinnen%20und%20Einwohner
- ³² Siehe 31
- ³³ Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Zuletzt abgerufen am 18.05.2022 unter:
https://www.gbe-bund.de/gbe/lpkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gastd&p_aid=20948225&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=529&p_ansnr=86838376&p_version=3&D.000=3742&D.935=12148
- ³⁴ Siehe 33
- ³⁵ Siehe 33

Informationsangebote des Bundesgesundheitsministeriums

Websites

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter: www.bundesgesundheitsministerium.de

Folgen Sie uns auch auf Facebook, Twitter, YouTube und Instagram:

-  bmg.bund
-  bmg_bund
-  BMGesundheit
-  bundesgesundheitsministerium

Informationen zum Themenbereich Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen finden Sie unter: www.bundesdrogenbeauftragter.de

Informationen zum Themenbereich Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten finden Sie unter: www.patientenbeauftragter.de

Informationen zum Themenbereich Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege finden Sie unter: www.pflegebevollmaechtigte.de

Bürgertelefon

Mit einem Bürgertelefon zu verschiedenen Themenbereichen und einem Service für Gehörlose und Hörgeschädigte bietet das Bundesministerium für Gesundheit allen Bürgerinnen und Bürgern eine kompetente und unabhängige Anlaufstelle für alle Fragen rund um das deutsche Gesundheitssystem. Ihre Fragen beantworten Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bürgertelefons in Rostock, das hierfür vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt worden ist. Das Bürgertelefon wird von der Telemark Rostock betrieben, die personenbezogene Daten nur im Rahmen der von der Datenschutz-Grundverordnung und vom Bundesdatenschutzgesetz vorgegebenen Grenzen erhebt, verarbeitet und nutzt. Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie von Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr, am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter folgenden Nummern:

Bürgertelefon zur Krankenversicherung
030 340606601

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
030 340606602

Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention
030 340606603

Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte

Videotelefonie:

www.gebaerdentelefon.de/bmg/

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

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Website: www.bundesgesundheitsministerium.de/buergertelefon

Publikationen

Darüber hinaus stehen Broschüren, Flyer, Berichte und ähnliche Publikationen online zur Verfügung oder können über den Publikationsversand der Bundesregierung kostenlos bestellt werden:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 030 182722721
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de
Fax: 030 18102722721
Postalisch: Publikationsversand der Bundesregierung,
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Website: Onlinebestellungen und aktuelles Publikationsverzeichnis unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen



Unser Gesundheitssystem

Interessieren Sie sich für das deutsche Gesundheitssystem – als Poster? Möchten Sie auf einen Blick wissen, welche Akteurinnen und Akteure in das Gesundheitssystem eingebunden sind? Dann hilft Ihnen unser Schaubild „Unser Gesundheitssystem“ weiter. Hier finden Sie die wichtigsten Institutionen und Zuständigkeiten im deutschen Gesundheitssystem und deren Zusammenspiel.

Stand: September 2020

Bestellnummer: BMG-G-11092

Verfügbarkeit: gedruckt und als barrierefreie PDF-Datei zum Herunterladen



Gesund in Deutschland – Wo kann ich mich informieren?

Das deutsche Gesundheitswesen ist komplex und seine Akteurinnen und Akteure vielfältig. Wohin kann ich mich wenden, wenn ich beispielsweise mehr über Beratungsangebote für Patientinnen und Patienten oder zum Thema Impfen wissen möchte? Hier erhalten Sie eine Auflistung der entscheidenden Institutionen unseres Gesundheitssystems und finden ausgewählte Informationsangebote zu den am meisten nachgefragten Themen und Fragen sowie Kontakthinweise zu Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern.

Stand: März 2022

Bestellnummer: BMG-G-11088

Verfügbarkeit: gedruckt und als barrierefreie PDF-Datei zum Herunterladen



Im Dialog – Das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit

„Im Dialog“ ist das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit. Es bietet Ihnen Informationen zu wichtigen Themen und Ereignissen rund um Gesundheit und Pflege. Hilfreiche Services finden Sie hier ebenso wie Hinweise zu unseren Veranstaltungen und Erläuterungen zu den laufenden Kampagnen. In redaktionellen Beiträgen und mit grafischen Darstellungen werden komplexe Fachthemen anschaulich erläutert.

Stand der Ausgabe 7 (im Bild): Mai 2022

Bestellnummer: BMG-G-11156

Verfügbarkeit: gedruckt und als barrierefreie PDF-Datei zum Herunterladen

Wenn Sie das Magazin kostenlos abonnieren möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an:

ImDialog@bmg.bund.de



Digitale Gesundheit 2025

Im Innovationsforum „Digitale Gesundheit 2025“ hat das Bundesministerium für Gesundheit Expertinnen und Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens Raum zur Diskussion gegeben, um gemeinsam zu erarbeiten, wie die Chancen und Möglichkeiten der Digitalisierung über die Legislaturperiode hinaus konsequent für eine bessere Gesundheitsversorgung genutzt werden können. Die Broschüre stellt das Innovationsforum und die Ergebnisse in fünf Handlungsfeldern dar und gibt damit einen Überblick über ausgewählte Schwerpunkte der Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems.

Stand: März 2020

Bestellnummer: BMG-G-11065

Verfügbarkeit: gedruckt und als barrierefreie PDF-Datei zum Herunterladen



Daten des Gesundheitswesens 2021

Die vorliegende Veröffentlichung bietet einen Überblick über aktuelle Daten des Gesundheitswesens. Diese wurden – der Tradition des „Statistischen Taschenbuchs Gesundheit“ folgend – in sozial- und gesamtwirtschaftlichen Bezügen knapp und handlich zusammengefasst. Fortlaufend aktualisierte Daten zur gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Pflegeversicherung finden sich zudem im Bereich Statistik auf der Website des BMG (www.bundesgesundheitsministerium.de). Weiterführendes Zahlenmaterial zum Themenbereich Gesundheit, zum Beispiel zu den Gesundheitsausgaben, zum Gesundheitspersonal oder zu Krankenhäusern, ist darüber hinaus über das Internetangebot des Statistischen Bundesamtes erhältlich: www.gbe-bund.de

Stand: November 2021

Verfügbarkeit: als barrierefreie PDF-Datei zum Herunterladen



Ratgeber Krankenversicherung – Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen sollten

Gesundheit ist die wesentliche Voraussetzung dafür, dass Menschen Lebenschancen, Fähigkeiten und Träume verwirklichen können. Dieser Ratgeber soll helfen, sich in unserem Gesundheitswesen besser zurechtzufinden. Von der Wahl der Krankenkasse bis hin zu Tipps für den Gang in die Apotheke – diese Broschüre zeigt die wichtigsten Bestimmungen auf einen Blick.

Stand: Januar 2022

Bestellnummer: BMG-G-07031

Verfügbarkeit: gedruckt und als barrierefreie PDF-Datei zum Herunterladen



Ratgeber Krankenhaus – Alles, was Sie zum Thema Krankenhaus wissen sollten

Dieser Ratgeber bietet eine Einführung in die Krankenhauslandschaft in Deutschland sowie umfassende Informationen zu den Abläufen und Leistungen, die vor, während und nach einer Krankenhausbehandlung wichtig sind.

Stand: Januar 2022

Bestellnummer: BMG-G-11074

Verfügbarkeit: gedruckt und als barrierefreie PDF-Datei zum Herunterladen



Pflegeleistungen zum Nachschlagen

Welche Leistungen Ihnen aus der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen, erfahren Sie zusammengefasst in dieser Broschüre. Das Nachschlagewerk richtet sich sowohl an Menschen, die Pflege benötigen, als auch an Angehörige und andere Personen, die Pflege leisten.

Stand: Januar 2022

Bestellnummer: BMG-P-11025

Verfügbarkeit: gedruckt und als barrierefreie PDF-Datei zum Herunterladen



Ratgeber Pflege – Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten

Der Ratgeber bietet einen Überblick über das Thema Pflege und beantwortet die häufigsten Fragen im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung und anderen Leistungen zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

Stand: Januar 2022

Bestellnummer: BMG-P-07055 (deutsch)

Verfügbarkeit: gedruckt und als barrierefreie PDF-Datei zum Herunterladen

Stand: März 2019

Bestellnummer: BMG-P-07055e (englisch), BMG-P-07055r (russisch), BMG-P-07055t (türkisch)

Verfügbarkeit: als PDF-Datei zum Herunterladen



Ratgeber Demenz – Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz

Dieser Ratgeber informiert rund um die Pflege von Menschen mit Demenz, beantwortet häufige Fragen und stellt die Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Stand: April 2022

Bestellnummer: BMG-P-11021

Verfügbarkeit: gedruckt und als barrierefreie PDF-Datei zum Herunterladen



Pflegebedürftig. Was nun? – Die ersten Schritte zur schnellen Hilfe

Der Flyer „Pflegebedürftig. Was nun?“ hilft bei den ersten Schritten im Pflegefall. Er gibt Informationen und einen ersten Überblick über Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sowie über die verschiedenen Pflegegrade.

Stand: Januar 2022

Bestellnummer: BMG-P-07053 (deutsch)

Verfügbarkeit: gedruckt und als barrierefreie PDF-Datei zum Herunterladen

Stand: Juli 2021

Bestellnummer: BMG-P-07053e (englisch), BMG-P-07053r (russisch), BMG-P-07053t (türkisch)

Verfügbarkeit: als PDF-Datei zum Herunterladen

Informationen zur Ressortforschung des BMG finden Sie unter:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung-1.html>

Zudem stehen alle Kurzberichte, Forschungsberichte und Studien des Bundesgesundheitsministeriums auf www.bundesgesundheitsministerium.de/publikationen als PDF-Dateien zum Herunterladen zur Verfügung.

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit
Referat L 8 – Öffentlichkeitsarbeit,
Publikationen
11055 Berlin
www.bundesgesundheitsministerium.de

 bmg.bund

 bmg_bund

 BMGesundheit

 bundesgesundheitsministerium

Stand

April 2022, 2., aktualisierte Auflage
Erstaufgabe: 2020

Druck

Bonifatius GmbH,
33100 Paderborn

Papier

Circle Offset Premium white, FSC®-zertifiziert,
Blauer-Engel-zertifiziert

Gestaltungskonzept und Layout

Scholz & Friends Berlin GmbH,
10178 Berlin

Illustrationen

(schwarz-weiß)

Benedetto Cristofani
(Farbakzente)

Scholz & Friends Berlin GmbH,
10178 Berlin

Bildnachweise

S. 4, 56: BMG

S. 56 (Porträt H. Gröhe): BMG/J. Zick
(action press)

Diese Publikation kann kostenlos
bestellt und als barrierefreie PDF-Datei
heruntergeladen werden:

Bestellmöglichkeit

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 030 1812722721

Gebärden-

telefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de

Fax: 030 18102722721

Postalisch: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Bestellnummer

Deutsch: BMG-G-11100

Ukrainisch: BMG-G-11100ukr



URL-Verweise

Für Inhalte externer Seiten, auf die hier verwiesen
wird, ist der jeweilige Anbieter verantwortlich.
Das Bundesministerium für Gesundheit distanziert
sich ausdrücklich von diesen Inhalten.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der
Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums
für Gesundheit kostenlos herausgegeben. Sie
darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern
oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes
zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden.
Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags-
und Kommunalwahlen.

Das deutsche Gesundheitssystem

versorgt rund 83 Millionen Bürgerinnen und Bürger. Es bildet eine zentrale Säule des politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens. Doch wie ist das Gesundheitssystem aufgebaut? Antworten auf diese und andere Fragen möchte diese Broschüre geben.



RG4

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem
Blauen Engel ausgezeichnet.