

# 1 Historie des deutschen Gesundheitssystems

## Folgende Fragen können Sie im Anschluss beantworten:



1. Warum gibt es in Europa so unterschiedliche Gesundheitssysteme?
2. Wie hat sich unser heutiges Gesundheitssystem historisch entwickelt und was hat Reichskanzler Bismarck mit unserer heutigen Krankenversicherung zu tun?
3. Was sind die Ziele eines Gesundheitssystems?
4. Was sind die nationalen Gesundheitsziele für die nächsten Jahre in Deutschland?

## Information



### Daten und Fakten

- Der erste Vorläufer einer Krankenversicherung wurde 1843 vom Tabakfabrikarbeiter Georg Heine für Angehörige seines Berufsstandes in Nürnberg gegründet (Koch 2013, S.74).
- Mit Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung im Jahr 1914 begann unser in weiten Teilen noch heute gültiges Krankenversicherungssystem.
- In Deutschland ist die Lebenserwartung bei Geburt von 1950 bis 2015 bei Männern um fast 14 auf 78,4 Jahre und bei Frauen um fast 15 auf 83,4 Jahre gestiegen (Statista 2017).
- Für die Zunahme der Lebenserwartung sind allerdings nur zum Teil die medizinischen Fortschritte, wesentlich aber die insgesamt verbesserten Hygiene- und Lebensbedingungen verantwortlich.

## Fallbeispiel



Gabi L., 36-jährige Ergotherapeutin, verbringt ihren Urlaub mit ihrer besten Freundin Susanne auf einer kleinen griechischen Insel. Beim Strandspaziergang stürzt sie unglücklich auf einen Felsen und erleidet eine großflächige Schnittverletzung am Oberschenkel. Susanne ist Krankenschwester und hilft ihr, die nahegelegene Praxis eines Allge-

meinarztes zu erreichen. Dort gibt man ihr nach einer ersten Untersuchung jedoch den Auftrag, erst in der nächsten Apotheke das notwendige Verbandsmaterial zu besorgen, bevor man die Wunde endgültig versorgen kann.

## 1.1 Gesundheitssysteme – Aufgaben eines Staates

Gesundheitssysteme verschiedener Länder unterscheiden sich

In allen Ländern der Welt gibt es Gesundheitsversorgung – Ärztinnen, Pflegekräfte und Mitarbeiter der unterschiedlichsten therapeutischen Berufe geben täglich ihr Bestes, um unter teils widrigen Bedingungen für ihre Patienten bzw. Pflegebedürftigen da zu sein. Das klappt, je nach den äußeren Bedingungen und dem jeweiligen Bildungssystem, in dem medizinisches und pflegerisches Wissen erworben und weitergegeben wird, unterschiedlich gut. Manche Länder, wie die westlichen Industrienationen, haben ambulante und stationäre Versorgungssysteme aufgebaut, die durch Steuern, Versicherungssysteme oder auch durch private Zahlungen finanziert werden. Andere Länder, insbesondere in den Krisengebieten dieser Welt, sind von einem funktionierenden »System« weit entfernt. Betrachtet man die unterschiedlichen Gesundheitssysteme nach Struktur und Funktionsweise, stellt man Gemeinsamkeiten, aber auch große Unterschiede fest.

In Europa ist Gesundheitsversorgung als Daseinsvorsorge eine staatliche Aufgabe

Die Bundeszentrale für politische Bildung BPB übernimmt in ihrer Definition eines Staates die Erklärung aus dem Duden: Ein Staat ist eine »Herrschaftsordnung, durch die ein Personenverband (Volk) auf abgegrenztem Gebiet durch hoheitliche Gewalt zur Wahrung gemeinsamer Güter verbunden ist« (BPB 2015). Ein Staat zeichnet sich also aus durch den Zusammenschluss unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen auf einem abgegrenzten Staatsgebiet, das bei Bedarf auch gegen andere verteidigt wird. Die Staatsorgane verfügen über eine »Herrschaftsordnung« z. B. in Form von Gesetzen, die durch Staatsgewalt durchgesetzt werden, in Europa aber durch Gewaltenteilung und die Verfassung reglementiert wird. Neben diesen hoheitlichen Rechten hat der Staat aber auch eine Versorgungspflicht gegenüber der eigenen Bevölkerung.

*Daseinsvorsorge* nennt man die Verpflichtung des Staates, Leistungen zugunsten seiner Bürger zu erbringen. Unter öffentlicher, d. h. staatlich organisierter, Daseinsvorsorge werden üblicherweise Leistungen bzw. die Bereitstellung von Infrastruktur verstanden, die vom Staat oder einem öffentlich-rechtlichen Träger allen Bürgerinnen und Bürgern eines Landes sozusagen als Grundversorgung zur Verfügung gestellt werden. Dabei handelt es sich z. B. um Verkehrswege, die Müllabfuhr, Bildungseinrichtungen, Museen und Kultureinrichtungen, Friedhöfe, aber eben

auch um Krankenhäuser. Darüber, wie umfassend die Bereitstellung dieser Leistungen insbesondere im Gesundheitssystem sein sollte, bestehen unterschiedliche Meinungen.

Im internationalen Vergleich werden Gesundheitssysteme nach verschiedenen Kriterien unterschieden, je nachdem, wie die Finanzierung der Leistungen erfolgt, welche Zugangswege die Patienten zu Gesundheitsleistungen haben und welchen Formen von staatlicher Regulierung das System unterliegt.

Im Wesentlichen werden drei Arten von Gesundheitssystemen unterschieden:

Drei wesentliche Arten von Gesundheitssystemen

1. Staatlich finanzierte, d. h. aus Steuermitteln finanzierte Systeme, die nach dem britischen Ökonomen William H. Beveridge (1879–1963) auch als »*Beveridge-Systeme*« bezeichnet werden. Als Prototyp gilt der britische Gesundheitsdienst National Health Service (NHS).
2. Sozialversicherungssysteme, die z. B. durch Beitragszahlungen von Versicherungsmitgliedern und durch Arbeitgeber finanziert werden. In diesem System gibt es ein Nebeneinander von öffentlichen und privaten Anbietern, die im Rahmen der Selbstverwaltung einen Gestaltungsspielraum haben, wie es z. B. in Deutschland der Fall ist.
3. Und schließlich die privatwirtschaftlich organisierten Systeme ohne staatliche Regulierung der Finanzierung und Organisation. Gesundheitsleistungen werden über privat abzuschließende Versicherungen bzw. durch Selbstzahlungen finanziert. Dieses System privater Anbieter unterliegt weitestgehend den Regeln der freien Marktwirtschaft, wie es in Teilen im US-amerikanischen Gesundheitssystem der Fall ist.

Allerdings sind diese drei Arten nicht in Reinform in einem Gesundheitssystem vorzufinden, sondern in der Regel bestehen Mischformen, in denen die ein oder andere Organisationsstruktur überwiegt.

## 1.2 Die Geburtsstunde des deutschen Gesundheitssystems – ein Ausflug in die Geschichte

### Fallbeispiel

Wir schreiben das Jahr 1283. Nikolaus P, 32-jähriger Zimmermann in Speyer, hat den Auftrag das Dach des Bürgermeisterhauses zu reparieren. Beim Abstieg vom Dach stürzt er so unglücklich von der Leiter, dass er auf den ausgestreckten rechten Arm fällt. Die her-



ausstehenden Knochenfragmente im Unterarm lassen den Gesellen, der ihn nach Hause bringt, das Schlimmste befürchten. Die Familie verfügt über etwas Geld, sodass ein Arzt bezahlt werden kann, der aber am 5. Tag den mittlerweile infizierten Unterarm amputieren muss, um den Patienten zu retten. Die Pflege des schwerkranken Patienten übernehmen seine Frau und die älteste Tochter. Da er fortan nicht mehr als Zimmermann arbeiten kann, geht der Familie schnell das Geld aus. Fünf Monate später zieht Familie P. nahezu mittellos zu den Eltern der Frau nach Frankenthal, wo sie auf dem elterlichen Hof Unterschlupf finden.

Die Besonderheiten verschiedener Länder lassen sich nicht nur an verschiedenen Sprachen und Bildungssystemen erkennen, sondern auch an den unterschiedlichen Sozialsystemen und vor allem an der Struktur der Gesundheitssysteme. So unterscheiden sich die Gesundheitssysteme der europäischen und außereuropäischen Industrieländer in Finanzierung und Leistung maßgeblich voneinander. »Ursache für die Unterschiede ist die stark historische Prägung des Zusammenwirkens der verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen, der Aufgabenverteilungen und der Finanzierung des Gesundheitswesens in den einzelnen Ländern. Gesundheitssysteme werden nicht von Fachleuten am Reißbrett entworfen, sondern entwickeln sich in längerfristigen und national unterschiedlich verlaufenden historisch-politischen Prozessen« (Bundeszentrale für politische Bildung 2012).

Auch wenn die so entstandenen Strukturen nicht mehr wirklich zeitgemäß sind, haben sie oft eine erstaunliche Zähigkeit. Um die Funktionsweise unseres heute bestehenden Gesundheitssystems verstehen zu können, sollte man seine historische Entwicklung kennen.

### 1.2.1 Keine Absicherung im Krankheitsfall

Historische Entwicklung des Deutschen Gesundheitssystems

Bis zum *Mittelalter* war die Pflege und im weitesten Sinne medizinische Versorgung kranker Angehöriger Privatsache. Wer keine Angehörigen hatte, die die Pflege übernahmen oder wer nicht genügend Geld hatte, jemanden für die Pflege zu bezahlen, war von Almosen abhängig und musste betteln bzw. war komplett sich selbst überlassen. Ab dem Mittelalter übernahmen zunehmend Klöster und kirchliche Hospitäler die Versorgung Pflegebedürftiger. In Armenhäusern und Pflegeabteilungen in Klöstern fanden kranke und hilfsbedürftige Menschen Unterkunft. Allerdings dienten diese nicht primär der Krankenpflege, sondern vielmehr der Armenpflege, der Unterkunft, Verpflegung und vor allem dem Seelenheil der Betroffenen. Im Mittelpunkt der Pflege stand die Gewährung geistlichen Beistands. Medizinische Pflege, so wie wir sie heute kennen, fand kaum statt.

Zur Zeit der *Kreuzzüge* wurden kirchliche und weltliche Orden gegründet, um die Pflege erkrankter und verletzter Kreuzritter und Pilger

sicherzustellen. Diese Orden wurden später auch in Europa tätig. (Beispielsweise der Johanniter-Orden oder der Malteser-Orden.)

Ab dem 14. Jahrhundert erstarkte das *Bürgertum* in den deutschen Städten, Handwerkszünfte organisierten sich und wurden zunehmend wohlhabend. Von reichen Bürgern wurden Spitäler gegründet, die primär den Bürgern, teilweise aber auch ärmeren Leuten offenstanden (heute noch im Namen »Bürgerspital« zu finden). Handwerker waren über eine Zwangsmitgliedschaft in *Zünften* organisiert, die im Krankheits- oder Todesfall eine *Minimalabsicherung* der Betroffenen und ihrer Familien garantierten und die damit eine Art Vorläufer einer Sozialversicherung darstellten.

Organisation in  
Zünften

Bis 1996 waren auch die gesetzlichen Krankenkassen zunftmäßig organisiert, da sie nur Mitgliedern bestimmter Wirtschaftszweige offenstanden, z. B. die Betriebs-Krankenkassen oder die Techniker-Krankenkasse. Die Bergarbeiter der Kohlebergwerke waren ursprünglich in *Knappschaften* organisiert, die durch Bergarbeiter und Grubenbesitzer finanziert wurden. Sie übernahmen eine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall oder Witwenrenten im Todesfall. Mit ihrer Versicherungspflicht waren die Knappschaften schon sehr fortschrittlich, die Regelungen und Leistungen der Knappschaften gingen später in die Grundzüge der gesetzlichen Krankenversicherungen ein. Allerdings hing die Versorgung immer von einer beruflichen Tätigkeit ab. Die meisten Menschen waren also gar nicht versichert und im Krankheitsfall auf Almosen angewiesen.

Im Zuge der *industriellen Revolution* und der zunehmenden Flucht der Landbevölkerung in die Städte verschlechterte sich die soziale Situation der Arbeiter. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts herrschten vielerorts erbärmliche hygienische Bedingungen. Die Menschen arbeiteten an sieben Tagen in der Woche, Kinderarbeit selbst kleiner Kinder war weit verbreitet und Arbeitszeiten von mehr als 12 Stunden täglich ohne jegliche soziale Absicherung waren normal. Bei fehlenden Arbeitsschutzmaßnahmen waren schwere Verletzungen und Todesfälle an der Tagesordnung.

Verelendung der  
Bevölkerung

Drohende *soziale Unruhen* bewegten die Regierung unter Kaiser Wilhelm zur Einführung von Gesetzen, um die bestehenden extremen sozialen Gegensätze zu mindern und den inneren Frieden zu erhalten.

### Information

Weitere Informationen zur Entstehung der Gesetzlichen Krankenversicherung finden Sie z. B. unter:

- Bundesministerium für Gesundheit: [http://www.gesetzliche-krankenkassen.eu/geschichte\\_krankenversicherung.html](http://www.gesetzliche-krankenkassen.eu/geschichte_krankenversicherung.html)
- Deutsche Rentenversicherung: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5\\_Services/03\\_broschueren\\_und\\_mehr](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr)



/01\_broschueren/01\_national/unsere\_sozialversicherung.pdf\_blob-  
?=publicationFile&v=31, ist eine empfehlenswerte Broschüre

## 1.2.2 Das Sozialstaatsprinzip



### Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Artikel 20

»Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.«



### Definition: Soziale Sicherung

*Soziale Sicherung* bedeutet, dass dem einzelnen Staatsbürger, unabhängig von Alter oder Geschlecht, in Notlagen, die aus eigener Kraft nicht mehr bewältigt werden können, staatliche Hilfe gewährt wird. Das betrifft soziale Notlagen, die durch Krankheit, Unfall, Pflegebedürftigkeit, Arbeitslosigkeit oder Alter entstehen.

Das *Sozialstaatsprinzip* ist im Grundgesetz verankert und wird durch die beiden Rechtsbegriffe »*soziale Gerechtigkeit*« und »*soziale Sicherheit*« konkretisiert. Die Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme wird durch drei »Kernprinzipien« bestimmt: Versicherungs-, Fürsorge- und Versorgungsprinzip. (Bundeszentrale für politische Bildung 2017) Ziel des Sozialstaates ist die Verringerung großer sozialer Differenzen durch die Bereitstellung von Hilfen bei Armut, Alter, Arbeitslosigkeit, Invalidität, Krankheit oder Pflegebedürftigkeit. Denn große soziale Ungleichheit bei Bildungschancen, Wohlstand, Mitspracherecht oder eben der Gesundheit können zu sozialen Unruhen führen, die dem Funktionieren und dem wirtschaftlichen Erfolg eines Staates entgegenstehen. Der Einzelne soll sich aber nicht völlig auf staatliche Unterstützung verlassen, sondern durch die Bereitstellung von Hilfe zur Selbsthilfe und durch die Beteiligung an den Kosten im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips selbst an der eigenen Daseinsvorsorge und Absicherung beteiligt werden, das heißt, selbst Verantwortung im ihm möglichen Rahmen übernehmen.



### Definition: Daseinsvorsorge

»Daseinsvorsorge bezeichnet die staatliche Aufgabe, Güter und Leistungen bereitzustellen, die für ein menschliches Dasein notwendig sind.« (Chardon, M.2013)

## 1.3 Die Bismarckschen Sozialgesetze

Als Teil der durch Reichskanzler Otto von Bismarck initiierten Sozialgesetzgebung zur Lösung der »Sozialen Frage« durch eine zunehmend verelendernde Arbeiterschaft wurde 1883 die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) begründet. Im Jahr 1884 folgte die Einführung eines *Unfallversicherungsgesetzes* und 1889 ein *Gesetz zur Invaliditäts- und Alterssicherung*. Alle Versicherungsarten wurden 1911 in der *Reichsversicherungsordnung* zusammengefasst, um ein einheitliches Gesetzeswerk zu schaffen. Diese galt bis 1970, bis sie von den heute gültigen *Sozialgesetzbüchern* abgelöst wurde (► Kap. 2.2).

Die in den Sozialgesetzbüchern festgelegten Sozialleistungen dienen dazu, »existenzielle Lebensrisiken« zu sichern, »besondere Belastungen des Lebens abzuwenden oder auszugleichen« und »bei Hilfebedürftigkeit vor Armut und sozialer Ausgrenzung« zu schützen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014, Nationaler Sozialbericht S. 5).

Entstehung des  
Krankenversicherungssystems

### Merke

Die Bismarckschen Sozialgesetze hatten bereits die noch heute gültigen Prinzipien (► Kap. 2.3.5):

- Selbstverwaltung
- Pflichtversicherung
- Kontrahierungszwang
- Subsidiaritätsprinzip
- Solidaritätsprinzip
- Sachleistungsprinzip
- Paritätsprinzip
- Pluralität



## 1.4 Versicherungspflicht

Nach der Einführung der Versicherungspflicht für alle Arbeiter im Jahr 1883 entstanden sogenannte *Primärkassen*: Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen, See-Krankenkasse und die Knappschaft. Ein Drittel der Beiträge wurde durch die Arbeitgeber, zwei Drittel durch die Arbeitnehmer finanziert. Angestellte waren in den Ersatzkassen versichert und mussten ihre Beiträge komplett selbst finanzieren.

Nach Einführung der Versicherungspflicht nahm die medizinische Versorgung zu, da Ärzte, die zuvor von der ärmeren Bevölkerung mitunter in Naturalien oder ggf. gar nicht bezahlt worden waren, nun eine verlässliche Finanzierung hatten, da auch Behandlungskosten der unteren sozialen Schichten bezahlt wurden. Die Versicherungen konnten mit Ärzten Einzeldienstverträge abschließen und ermöglichten diesen dadurch verbesserte Einnahmen. Das führte zu einer zunehmenden Anzahl praktizierender Ärzte insbesondere in den großen Städten und damit zu einem steigenden Konkurrenzkampf. Dieser mündete 1913 im *Berliner Abkommen*, in dem festgelegt wurde, dass Krankenversicherungen und Kassenärzte gemeinsam über die Zulassung von Ärzten entscheiden (► Kap. 4 Ambulante Versorgung).



### Information

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des Ministeriums für Arbeit und Soziales im Dokument »Sozialgeschichte Infoblatt« unter:

[https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a212-infoblatt-sozialgeschichte.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a212-infoblatt-sozialgeschichte.pdf?__blob=publicationFile)

## 1.5 Nationale Gesundheitsziele

Gerechte Gesundheitsversorgung als Ziel

Grundprämisse bei der Versorgung mit Gesundheitsleistungen ist die Chancengleichheit, d. h. jeder Bürger soll unabhängig von Einkommen und sozialem Stand im Krankheitsfall die Versorgung bekommen, die er benötigt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen SVR 2012). Zu diesem Zweck haben die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger Ziele für die Bevölkerungsgesundheit (Public Health) definiert, für deren Erreichung entsprechende Ressourcen in Form von Gesundheitseinrichtungen, Aufklärungsprogrammen und Sicherungssystemen bereitgestellt werden. Als Ziele für ein funktionsfähiges Gesundheitssystem in Deutschland wurden zwei wesentliche Bereiche definiert:

1. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch eine effektive und qualitativ hochwertige *bedarfsgerechte Versorgung*, d. h. Krankheiten und damit verbundenes Leiden unter Wahrung der Eigenständigkeit und Würde zu verhüten, zu heilen bzw. zu lindern.

2. Die langfristig *gesicherte Finanzierung* des Gesundheitssystems durch eine effiziente bzw. wirtschaftliche Leistungserstellung in einem sinnvollen Verhältnis von Kosten und Nutzen.

Die gesundheitspolitische Zielsetzung, die im Rahmen der nationalen und internationalen Gesundheitspolitik verfolgt wird, ist

- »das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit,
- Schutz bzw. Wiederherstellung der Gesundheit und Vermeidung, Heilung oder Linderung von Krankheiten,
- unbeschränkter Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung nach dem Stand des medizinischen Wissens,
- Höchstmaß an Freiheit und Eigenverantwortung für alle Beteiligten,
- Herstellung, Sicherung und Verbesserung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit als Grundlage selbstverantwortlicher Existenzsicherung,
- solidarische Finanzierung nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit bei beitragsfreier Mitversicherung nichterwerbstätiger Familienangehöriger,
- einzelwirtschaftliche Effizienz der Leistungserbringung und gesamtwirtschaftlich vertretbare Höhe der Beitragssätze« (GBE 1998).

Im Jahr 2000 hat das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit den Bundesländern eine Initiative für die Festlegung und Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen ins Leben gerufen, die seither verschiedene Gesundheitsziele der Gesundheitspolitik in Deutschland entwickelt haben (► Tab. 1.1).

Jahr	Gesundheitsbereich	Zielsetzung
2003	Diabetes mellitus Typ 2	Senken des Erkrankungsrisikos, Früherkennung und frühe Behandlung
2003, 2014*	Brustkrebs	Senken der Mortalität, Verbesserung der Lebensqualität
2003, 2015*	Rauchen	Tabakkonsum reduzieren
2003, 2010*	Gesund aufwachsen	Lebenskompetenz verbessern, Bewegung fördern, Ernährung verbessern
2003, 2011*	Gesundheitskompetenz	Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient (inn)ensouveränität stärken
2006	Depression	Depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen, nachhaltige Behandlung sicherstellen
2012	Alter	Gesund älter werden
2015	Alkohol	Alkoholkonsum reduzieren
2017	Geburt	Gesundheit rund um die Geburt

**Tab. 1.1:** Nationale Gesundheitsziele Bundesrepublik Deutschland; \* aktualisiert

## 1.6 Internationale Gesundheitsziele

### Internationale Bemühungen für Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat 2012 in ihrem Projekt »Gesundheit 2020 – das Rahmenkonzept der Europäischen Region für Gesundheit und Wohlbefinden« ein Konzept für eine Gesundheitspolitik in der Europäischen Region entworfen, mit dem Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abgebaut, die öffentliche Gesundheit gestärkt und insgesamt der Gesundheitszustand der Bevölkerung in Europa verbessert werden soll. Politikern sollen eine Zukunftsvision und Ideen an die Hand gegeben werden, um gesundheitliche Ungleichheiten zu bekämpfen und die Gesundheit künftiger Generationen zu sichern (WHO 2017).



#### Definition: WHO

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) wurde 1948 als eine Kommission der Vereinten Nationen in Genf gegründet mit dem Ziel, durch internationale Zusammenarbeit Erkrankungen (insbesondere Infektionskrankheiten) zu bekämpfen und die Gesundheit aller Menschen auf der Welt zu fördern.



#### Information

Auf der Homepage des Robert Koch Instituts finden Sie Publikationen zu Gesundheitsdaten der deutschen Bevölkerung, z. B. den Bericht »Gesundheit in Deutschland 2015« unter:  
[http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit\\_in\\_deutschland\\_2015.html?nn=2379316](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.html?nn=2379316)