



Bayern in Zahlen

Fachzeitschrift für Statistik, Ausgabe 09 | 2018



Die Themen

7. StatistikTage Bamberg|Fürth 2018:
Die Gesundheit der Gesellschaft – Potenziale und
Grenzen amtlicher Daten für die Gesundheitsforschung

Krankenhausdiagnosestatistik:
Psychische und Verhaltensstörungen

Zeichenerklärung

- 0 mehr als nichts, aber weniger als die Hälfte der kleinsten in der Tabelle nachgewiesenen Einheit
- nichts vorhanden oder keine Veränderung
- / keine Angaben, da Zahlen nicht sicher genug
- Zahlenwert unbekannt, geheimzuhalten oder nicht rechenbar
- ... Angabe fällt später an
- x Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll
- () Nachweis unter dem Vorbehalt, dass der Zahlenwert erhebliche Fehler aufweisen kann
- p vorläufiges Ergebnis
- r berichtiges Ergebnis
- s geschätztes Ergebnis
- D Durchschnitt
- ≙ entspricht

Auf- und Abrunden

Im Allgemeinen ist ohne Rücksicht auf die Endsummen auf- bzw. abgerundet worden. Deshalb können sich bei der Summierung von Einzelangaben geringfügige Abweichungen zu den ausgewiesenen Endsummen ergeben. Bei der Aufgliederung der Gesamtheit in Prozent kann die Summe der Einzelwerte wegen Rundens vom Wert 100 % abweichen. Eine Abstimmung auf 100 % erfolgt im Allgemeinen nicht.

Impressum

Bayern in Zahlen
Fachzeitschrift für Statistik
Jahrgang 149. (72.)

Bestell-Nr. Z10001 201809
ISSN 0005-7215

Erscheinungsweise
monatlich

Herausgeber, Druck und Vertrieb
Bayerisches Landesamt für Statistik
Nürnberger Straße 95
90762 Fürth

Bildnachweis
Titel: Historisches Rathaus, Bamberg
© Elizaveta, Fotolia.com

Innen: Bayerisches Landesamt für Statistik
(wenn nicht anders vermerkt)

Papier
Gedruckt auf umweltfreundlichem Papier,
chlorfrei gebleicht

Preise
Einzelheft 4,80 €
Jahresabonnement 46,00 €
zuzüglich Versandkosten
Datei kostenlos

Vertrieb
E-Mail vertrieb@statistik.bayern.de
Telefon 089 2119-3205
Telefax 089 2119-3457

Auskunftsdienst
E-Mail info@statistik.bayern.de
Telefon 089 2119-3218
Telefax 089 2119-13580

© **Bayerisches Landesamt für Statistik, Fürth 2018**
Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise,
mit Quellenangabe gestattet.

Hinweis: Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

bereits zum siebten Mal fanden Ende Juli die StatistikTage Bamberg|Fürth statt. „Die Gesundheit der Gesellschaft. Potenziale und Grenzen amtlicher Daten für die Gesundheitsforschung“ lautete der Titel der diesjährigen Tagung. Themengestaltung wie Referentenauswahl waren wieder einmal ebenso anspruchsvoll wie zu Diskussionen einladend. Doch genau das ist eines der Ziele der StatistikTage Bamberg|Fürth: die amtliche Statistik mit der Wissenschaft zu verknüpfen und diese wiederum mit der Praxis zu konfrontieren. Wie jedes Jahr stand dabei neben der fachlichen Aufbereitung der Austausch zwischen den beteiligten Institutionen und Personen im Mittelpunkt. Die StatistikTage sind so auch ein Instrument des Networkings – und dafür steht das Statistik Netzwerk Bayern.

Um die Bedeutung der Veranstaltung noch einmal zu würdigen, aber auch um denen, die nicht teilnehmen konnten, einen Eindruck über die StatistikTage 2018 zu verschaffen, ist diese Ausgabe von „Bayern in Zahlen“ schwerpunktmäßig der Veranstaltung in Bamberg gewidmet.

Mit den StatistikTagen Bamberg|Fürth untrennbar verbunden ist der Name von Frau Prof. Susanne Rässler. Kurz nach dem Ende der diesjährigen Veranstaltung erreichte uns die erschütternde Nachricht von ihrem plötzlichen Tod. In tiefer Trauer nehmen wir mit einem Nachruf Abschied von unserer hochgeschätzten Kollegin.

Ein fachstatistischer Beitrag, der sich ebenfalls mit Gesundheitsdaten beschäftigt, rundet die neue Ausgabe der „Bayern in Zahlen“ ab. Angeregt durch die aktuelle Diskussion um die geplante Einführung eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (BayPsychKHG) beleuchtet er die Diagnosen der aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen.

Herzlichst

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Thomgeßler'.

Dr. Göbl
Präsident

Statistik aktuell

564 [Kurzmitteilungen](#)

Nachrichten

579 [In memoriam Frau Prof. Susanne Rässler](#)

Beiträge aus der Statistik

581 [7. StatistikTage Bamberg | Fürth 2018](#)

[Die Gesundheit der Gesellschaft.
Potenziale und Grenzen amtlicher Daten
für die Gesundheitsforschung](#)

616 [Aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern](#)

[Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik 2016](#)

Historische Beiträge aus der Statistik

638 [Das Gesundheitswesen in Bayern 1926](#)

646 [Bayerische Gesundheitstafel 1938, 1947 und 1948](#)

Bayerischer Zahlenspiegel

649 [Tabellen](#)

658 [Graphiken](#)

Neuerscheinungen

[3. Umschlagseite](#)

Kurzmitteilungen



Gebiet

Änderung eines Gemeindeteilnamens in Bayern zum 1. Juli 2018

Geändert wurde durch Bescheid des Landratsamts Weilheim-Schongau vom 19. März 2018, mit Wir-

kung zum 1. Juli 2018 der Name des Gemeindeteils „Metzengasse“ in „Metzengasse“ der Gemeinde Wessobrunn,

Gemarkung Forst.
StAnz Nr. 12/2018

Änderung eines Gemeindeteilnamens in Bayern zum 8. August 2018

Geändert wurde durch Bescheid des Landratsamts Passau vom 7. August 2018, mit Wirkung

zum 8. August 2018 der Name des Gemeindeteils „Doblmühle“ in „Doblmühle am Perlbach“ des Marktes Windorf

(09 275 159), Landkreis Passau.
Az. 3102 Apl. Nr. 0210



Bevölkerungsstand

Geburtenzahl in Bayern 2017 weiterhin auf einem hohen Niveau

Im Jahr 2017 kamen in Bayern 126 191 Babys lebend zur Welt, davon 6 897 Mädchen und 64 294 Jungen. Auf 100 weibliche kommen damit etwa 104 männliche Lebendgeborene. Das waren rund 0,4% mehr Geburten (+502) als im Vorjahr 2016. Weiter registrierten fünf der sieben Regierungsbezirke im Jahr 2017 Geburtenanstiege. Die deutlichsten Zunahmen ergaben sich für die Regierungsbezirke Oberfranken und Oberpfalz (je +1,7%), gefolgt von Unterfranken (+1,5%). Niederbayern (+1,0%) und Schwaben (+0,5%). Der Regierungsbezirk Oberbayern (-0,04%) blieb relativ stabil auf seinem Vorjahresniveau, während der Bezirk Mittelfranken (-1,0%) einen Rückgang gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen hatte.

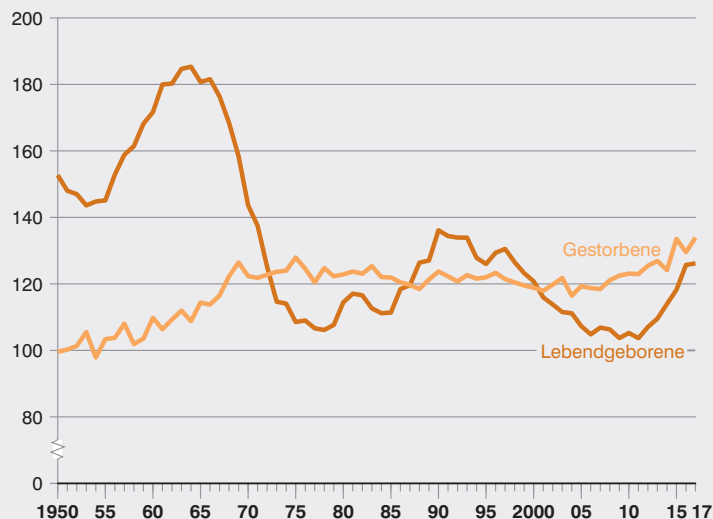
Zeitgleich stieg in Bayern die Zahl der Sterbefälle um 4 350 auf 133 902 an. Wie in den Vorjahren, konnten auch im Jahr 2017 die natürlichen Bevölkerungsverluste durch Sterbefälle nicht über Ge-

burten ausgeglichen werden. Dieser Trend ist bereits seit dem Jahr 2001 zu beobachten. Der Sterbefallüberschuss 2017 ist gegenüber dem Vorjahr von -3 863 auf -7 711 deutlich angestiegen.

Auf Ebene der Regierungsbezirke fiel lediglich für Oberbayern die Bilanz der natürlichen Bevölkerungs-

entwicklung (Lebendgeborene minus Gestorbene) positiv aus. So wurden in Oberbayern 6 418 Kinder mehr lebend geboren, als Personen im gleichen Zeitraum verstorben sind. In den verbliebenen sechs Regierungsbezirken überwogen hingegen die Sterbefälle gegenüber den Geburten. Der niedrigste natürliche Bevölke-

Lebendgeborene und Gestorbene in Bayern seit 1950
in Tausend



rungsrückgang 2017 ergab sich für den Regierungsbezirk Schwaben (- 652), gefolgt von der Oberpfalz (- 1 963), Mittelfranken

(- 2 085), Niederbayern (- 2 419), Unterfranken (- 2 680) und Oberfranken (- 4 330).

Hinweis

Weitere Daten zu Geburten und Sterbefällen in Bayern erhalten Sie auf unserer Homepage oder direkt von der öffentlichen Statistikdatenbank des Landesamts GENESIS-Online.



Natürliche Bevölkerungsbewegung

Fast 67 000 Paare ließen sich 2017 in Bayern trauen

Im Jahr 2017 wurden 66 790 Ehen vor bayerischen Standesämtern geschlossen. Das waren etwa 0,7% mehr (+466) als im Vorjahr 2016. Nach Regierungsbezirken getrennt ergab sich folgendes Bild: Die meisten Ehen 2017 wurden in Oberbayern (23 041) geschlossen, gefolgt von Schwaben (10 307), Mittelfranken (8 886), Unterfranken (6 766), Niederbayern (6 381), der Oberpfalz (5 916) und Oberfranken (5 493).

Der beliebteste Hochzeitstag 2017 war der 7. Juli 2017, an welchem in Bayern 2 261 Trauungen vollzogen wurden. Darüber hinaus war der Juli 2017 mit 10 008 Eheschließungen in Summe auch der bevorzugte Heiratsmonat, gefolgt von

Juni (7 810) und August (7 347). Im Schnitt waren die Männer 37,6 Jahre und die Frauen 34,7 Jahre alt, als sie sich das „Ja“-Wort gaben.

Im Zeitraum zwischen Anfang Januar und Ende September 2017 wurden in Bayern ebenfalls 814 gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften begründet. Die Begründungen setzten sich aus 419 weiblichen und 395 männlichen Paaren zusammen. Mit Inkrafttreten des Eheöffnungsgesetzes zum 1. Oktober 2017 war es nicht mehr möglich, eine Lebenspartnerschaft vor einem deutschen Standesamt zu begründen. Daher erstreckt sich der Erfassungszeitraum in der amtlichen Statistik für das Berichtsjahr 2017 nur von Januar bis Septem-

ber und nicht über die gesamten zwölf Monate. Die ab dem 1. Oktober 2017 in Bayern geschlossenen gleichgeschlechtlichen Ehen konnten in der Ehestatistik des Berichtsjahres 2017 noch nicht abgebildet werden.

Entscheidend für die regionale Zuordnung der geschlossenen Ehen und begründeten Lebenspartnerschaften ist der Sitz des beurkundenden Standesamtes und nicht der Wohnort der Ehepartner bzw. Lebenspartner.

Hinweis

Weitere Daten zu Geburten und Sterbefällen in Bayern erhalten Sie auf unserer Homepage oder direkt von der öffentlichen Statistikdatenbank des Landesamts GENESIS-Online.



Mikrozensus

Im Jahr 2017 sind 86,0% der Alleinerziehenden in Bayern Frauen

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus, einer jährlichen Stichprobenerhebung bei 1% der Bevölkerung, lebten 2017 im Freistaat knapp 1,3 Millionen Familien mit Kindern unter 18 Jahren, darunter waren gut 209 000 Alleinerziehende (rund 16%). Dabei waren knapp 86% der Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern Frauen.

Mehr als ein Drittel aller alleinerziehenden Mütter (37%) hatte ein monatliches Nettoeinkommen von un-

ter 1 500 Euro. Rund 7% mussten dabei mit weniger als 900 Euro auskommen, knapp 30% hatten immerhin 900 bis unter 1 500 Euro monatlich zur Verfügung. Höhere Einkommen mit monatlich 1 500 bis unter 2 600 Euro verzeichneten fast 44% und ein Einkommen von mehr als 2 600 Euro stand knapp 20% für sich und ihre minderjährigen Kinder zur Verfügung. Alleinerziehende Väter hatten dagegen zu mehr als vier Fünfteln (81%) ein monatliches Einkommen von mehr als 1 500 Euro.

Knapp drei Viertel der alleinerziehenden Mütter (73%) sowie 85% der alleinerziehenden Väter bestritten ihren Lebensunterhalt vorwiegend aus einer eigenen Erwerbstätigkeit. Für alleinerziehende Frauen stellten relativ häufiger auch Arbeitslosengeld I oder Leistungen nach Hartz IV mit 12% sowie Einkünfte von Angehörigen mit gut 4% den überwiegenden Lebensunterhalt dar. Von den aktiv erwerbstätigen alleinerziehenden Müttern in Bayern (ohne Beurlaubte

wie z. B. Elternzeit) gingen gut 60% einer Teilzeittätigkeit nach und knapp 40% arbeiteten in Vollzeit.

Bei den alleinerziehenden Vätern waren dagegen fast 88% in Vollzeit beschäftigt.

Ausführliche Ergebnisse enthält der Statistische Bericht „Haushalte und Familien in Bayern 2017 – Teil IV der Ergebnisse der 1%-Mikrozensusenerhebung 2017“ (Bestellnummer: A6204C 201700, nur als Datei).*



Hochschulen, Hochschulfinanzierung

Erstimmatrikulationen in Bayern stiegen 2017 um 5,0%

Die Hochschulen verzeichneten in Bayern im Wintersemester 2017/18 mit 388 893 Studierenden erneut einen Rekordwert. Im Vergleich mit dem vorangegangenen Wintersemester stieg damit deren Zahl um 2,8%. Im gesamten Studienjahr 2017 (Sommersemester 2017 und Wintersemester 2017/18) betrug die Zahl der Erstimmatrikulationen 77 032 (+4,9%).

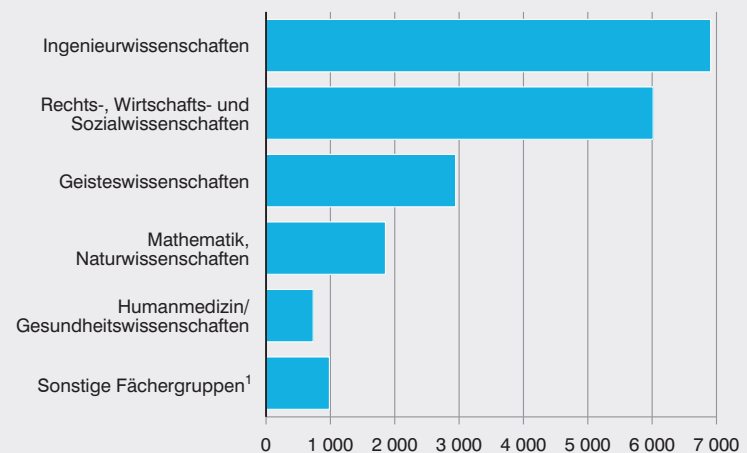
Die Erstsemester des Studienjahres 2017 waren überwiegend deutsche Staatsbürger (57 364 oder 74,5%). Davon hatten 45 059 (78,5%) ihre Hochschulzugangsberechtigung in Bayern erworben, 11 252 oder 19,6% in einem anderen Bundesland und 1 053 im Ausland. Gut ein Viertel (19 668 oder 25,5%) der Erstimmatrikulierten besaß eine ausländische Staatsangehörigkeit. Die Mehrheit dieser Studienanfängerinnen und -anfänger brachte ihre Hochschulzugangsberechtigung aus dem Ausland mit (16 821 oder 85,5%), etwa 11,6% (2 291) hatten sie in Bayern erworben.

Die meisten ausländischen Erstimmatrikulierten (13 693) wählten im Studienjahr 2017 eine Universität für ihr Studium aus, 5 671 von ihnen schrieben sich erstmalig an einer deutschen Fachhochschule ein. An den Kunsthochschulen waren 282 ausländische Studienbeginnende vertreten. Bei den ausländischen Erstimmatrikulierten war

im Studienjahr 2017 ein Studium im Bereich der Ingenieurwissenschaften (6 989) bzw. im Bereich der Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (6 085) am beliebtesten.

Ausführliche Ergebnisse enthält der Statistische Bericht „Studierende an den Hochschulen in Bayern – Wintersemester 2017/18“ (Bestellnummer: B31203 201700, Preis der Druckausgabe: 18,00 €).*

Ausländische Studierende im 1. Hochschulsemester an Hochschulen in Bayern 2017 nach Fächergruppen



¹ Beinhaltet die Fächergruppen Kunst, Kunstwissenschaft, Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften, Veterinärmedizin, Sport, Außerhalb der Studienbereichsgliederung/Sonstige Fächer.

22 018 Promovierende im Jahr 2017 in Bayern

Durch die Novellierung des Hochschulstatistikgesetzes im Jahr 2016 wurde die amtliche Statistik mit einer kontinuierlichen Erhebung über Promovierende beauftragt. Die vorherigen, punktuellen amtlichen Erhebungen hatten den Bedarf aufgezeigt, für eine durchgän-

gige Bildungsberichterstattung die bereits bestehenden Statistiken zu Studierenden, Studienabschlüssen und Hochschulpersonal um eine Erhebung zur Entwicklung des wissenschaftlichen Nachwuchses zu ergänzen. Nach den nun vorliegenden Ergebnissen der erstmalig

durchgeführten Promovierenden-Erhebung waren im Berichtsjahr 2017 an den bayerischen Hochschulen 22 018 Promovierende mit ihrer Dissertation befasst. Der Frauenanteil lag bei 43,5% (9 571). Am häufigsten strebten die Promovierenden eine Promotion in der

Fächergruppe „Mathematik, Naturwissenschaften“ (28,9%) an, gefolgt von „Humanmedizin/Gesundheitswissenschaften“ (19,4%) und „Ingenieurwissenschaften“ (17,7%). Die beliebteste Fächergruppe bei den Nachwuchswissenschaftlerinnen war „Humanmedizin/Gesund-

heitswissenschaften“, männliche Doktoranden entschieden sich am häufigsten für „Mathematik, Naturwissenschaften“. Mit 4 425 Personen kam rund ein Fünftel der Promovierenden aus dem Ausland. Deren Frauenquo-

te betrug 45,2%. Die beliebteste Fächergruppe sowohl bei ausländischen Doktorandinnen als auch bei Doktoranden war „Mathematik, Naturwissenschaften“.

Hinweis
Regionalisierte Zahlen stehen nicht zur Verfügung.



Bodennutzung und Anbau

54,0% Getreide auf bayerischen Äckern 2018

Die landwirtschaftlich genutzte Fläche beträgt nach den vorläufigen Ergebnissen der repräsentativen Bodennutzungshaupterhebung 2018 nahezu unverändert zum Vorjahr rund 3 139 000 Hektar.

Bayerns Landwirte bewirtschaften dabei rund zwei Drittel, also 2 057 000 Hektar (65,4%), als Ackerland, was einen geringfügigen Rückgang um 0,3% bedeutet. Mit 1 104 200 Hektar werden 53,8% der Ackerlandfläche mit Getreide zur Körnergewinnung (einschließ-

lich Körnermais und Corn-Cob-Mix) bestellt. Die wichtigsten Fruchtarten dieser Kategorie sind Weizen mit 509 900 Hektar (46,2%) und Gerste mit 339 600 Hektar (30,8%). Mit 97,8% beim Weizen und 68,2% bei der Gerste werden die beiden Getreidearten überwiegend als Winterkultur angebaut.

Mehr als ein Viertel bzw. 548 100 Hektar des bayerischen Ackerlands werden insgesamt mit Mais bestellt. Zu 78,4% wird dieser als Silomais/Grünmais (429 700 Hek-

tar) und zu 21,6% als Körnermais/Mais zum Ausreifen einschließlich CCM (118 400 Hektar) angebaut. Silomais/Grünmais hat einen Anteil von 73,1% an den Pflanzen zur Grünernte, diese wiederum haben, mit 587 600 Hektar insgesamt, einen Anteil von 28,6% am Ackerland.

Auf 143 400 Hektar des Ackerlands werden Handelsgewächse angebaut, wovon der Winterraps mit einer Anbaufläche von 116 900 Hektar den größten Teil ausmacht. Die

Landwirtschaftlich genutzte Fläche in Bayern nach Hauptfruchtgruppen			
Fläche und Anbaukultur (Hauptnutzungsart/Kulturart/Fruchtart)	Jeweilige Fläche im Jahr		
	2018 (vorläufig)	2017	2016
	1 000 ha		
Landwirtschaftlich genutzte Fläche	3 139,0	3 127,7	3 125,4
darunter			
Ackerland	2 051,7	2 056,8	2 048,1
darunter			
Getreide zur Körnergewinnung ¹	1 104,2	1 113,4	1 123,3
darunter Weizen	509,9	520,3	534,6
Roggen und Wintermenggetreide	36,3	33,5	35,4
Gerste	339,6	327,9	328,3
Körnermais/Mais zum Ausreifen (einschließlich CCM)	118,4	120,4	125,4
Pflanzen zur Grünernte	587,6	586,4	596,0
darunter Silomais/Grünmais	429,7	426,3	435,3
Hackfrüchte	109,5	113,1	100,3
darunter Zuckerrüben ohne Saatguterzeugung	70,0	71,1	59,6
Kartoffeln	39,2	41,7	40,2
Hülsenfrüchte zur Körnergewinnung ¹	33,8	33,3	30,1
darunter Erbsen	12,9	14,7	16,3
Sojabohnen	11,7	8,4	6,5
Handelsgewächse	143,4	142,6	133,6
darunter Winterraps	116,9	118,4	110,0
stillgelegte Flächen mit Beihilfe-/Prämienanspruch	48,7	44,8	42,6
Dauergrünland zusammen	1 074,5	1 058,0	1 063,3

¹ Einschließlich Saatguterzeugung.

Anbaufläche von Hackfrüchten (109 500 Hektar) besteht zu 63,9% aus Zuckerrüben ohne Saatguterzeugung (70 000 Hektar) und zu 35,8% aus Kartoffeln (39 200 Hektar). Hülsenfrüchte zur Körnergewinnung werden auf insgesamt 33 800 Hektar angebaut, wovon

fast drei Viertel dieser Flächen mit Erbsen (12 900 Hektar) oder Sojabohnen (11 700 Hektar) bestellt sind.

Etwa ein Drittel der gesamten landwirtschaftlichen Flächen bzw. 1 074 500 Hektar entfällt auf Dauer-

grünland. Davon sind 67,6% Wiesen (725 900 Hektar) und 28,8% Weiden (309 600 Hektar).

Hinweis
Regionalisierte Zahlen stehen nicht zur Verfügung.

2018 Einbruch der bayerischen Getreideernte von 11,0% erwartet

Erste Schätzungen der bayerischen Getreideernte (ohne Körnermais und Corn-Cob-Mix) aus der Ernte- und Betriebsberichterstattung (Berichtsmonat Juni) belaufen sich auf rund 6,2 Millionen Tonnen (t). Damit läge die Erntemenge voraussichtlich um 11,2% unter der des Vorjahres bzw. um 11,4% unter dem sechsjährigen Mittel. Zurückzuführen ist die niedrige Erntemenge auf die vorherrschenden extremen Wetterbedingungen in vielen Regionen Bayerns, die das Pflanzenwachstum und die Kornreife negativ beeinflussen.

Nach Angaben der Berichtersteller sank der Durchschnittsertrag bei der flächenstärksten Getreideart Winterweizen auf 68,9 Dezitonnen (dt), 9,7% weniger als im Jahr zu-

vor. Bei einer gleichzeitigen Flächenabnahme in Höhe von 2,1% auf 498 600 Hektar (ha) errechnet sich beim Winterweizen eine Erntemenge von rund 3,4 Millionen t, 11,6% weniger als im Vorjahr.

Der Hektarertrag bei Wintergerste liegt nach derzeitigen Schätzungen bei voraussichtlich 63,3 dt. Dies wäre ein Rückgang um 15,9%. Bei einer gegenüber dem Vorjahr geringfügig höheren Fläche von rund 231 600 ha (+0,9% zu 2017) errechnet sich hierdurch eine Erntemenge von rund 1,5 Millionen t (-15,2% zu 2017).

Nach den ersten Angaben der Berichtersteller liegt der durchschnittliche Hektarertrag bei Sommergerste bei 50,0 dt. Trotz des niedrigeren Flächenertrags

(-7,6% zu 2017) wird durch Ausweitung des Anbaus auf rund 108 000 ha (+9,8% zu 2017) eine Erntemenge von rund 540 300 t (+1,5% zu 2017) prognostiziert. Der geschätzte Ertrag bei Roggen und Wintermenggetreide liegt bei 52,5 dt, das ist ein Plus von 2,9% gegenüber 2017. Da zudem die Anbaufläche auf rund 36 300 ha (+8,3%) gestiegen ist, würde auch die Erntemenge relativ deutlich um 11,7% auf 190 800 t zunehmen.

Bei Winterraps sind nach den ersten Schätzungen deutliche Ertragseinbußen zu erwarten. Der geschätzte Hektarertrag von 31,4 dt unterschreitet den Jahreswert stark (-17,8%). Die Winterapsfläche beträgt voraussichtlich 116 900 ha (-1,3% zu 2017) und liefert somit nur eine Erntemenge

Ernte von Feldfrüchten und Grünland – Ernteschätzung in Bayern (Juni 2018)

Erste Näherungswerte zur Ernte in Bayern

Fruchtart	Anbaufläche ¹	Hektarertrag	Erntemenge
	1 000 ha	dt	1 000 t
Getreide zusammen (ohne Körnermais und Corn-Cob-Mix) ²	985,0	63,2	6 221,4
davon Weizen zusammen	509,9	68,5	3 495,1
darunter Winterweizen einschließlich Dinkel und Einkorn	498,6	68,9	3 437,9
Roggen und Wintermenggetreide	36,3	52,5	190,8
Triticale	73,6	57,7	424,6
Gerste zusammen	339,6	59,1	2 005,8
davon Wintergerste	231,6	63,3	1 465,6
Sommergerste	108,0	50,0	540,3
Hafer	23,3	41,7	97,4
Sommermenggetreide	2,2	34,3	7,6
Winterraps	116,9	31,4	366,7
Getreide zur Ganzpflanzenernte	31,2	246,9	769,9

1 Vorläufiges Ergebnis der Bodennutzungshaupterhebung 2018.

2 Ohne anderes Getreide zur Körnergewinnung.

von rund 366 700 t (-18,9% zu 2017).

Die ersten Schätzungen beruhen auf Angaben der Ernteberichterstat-ter zum Berichtsmonat Juni und den vorläufigen Ergebnissen der Boden-nutzungshaupterhebung. Daher

können sie nur als erste Nähe-rungswerte herangezogen werden. Ende August 2018 werden erneut Ernteschätzungen vorliegen (Er-gernis aus der „Besonderen Ernte-und Qualitätsermittlung“ in Verbin-dung mit den Ertragschätzungen der amtlichen Berichterstat-ter).

Hinweis
Regionalisierte Zahlen stehen nicht zur Verfügung.

Ausführliche Ergebnisse enthält der Statis-tische Bericht „Ernte der Feldfrüchte und des Grünlandes in Bayern 2018“ (Bestellnummer: C2103C 201851, nur als Datei)*



Viehwirtschaft, Tierische Erzeugnisse

Schweinebestand in Bayern nimmt 2018 um 2,0% ab

Es gab nach den endgültigen Ergebnissen der repräsentativen Schweinebestandserhebung zum 3. Mai 2018 rund 5 000 Schweine haltende Betriebe, die einen Min-

destbestand von 50 Schweinen oder zehn Zuchtsauen aufweisen. Im Vergleich zum Vorjahr ist dies ein Rückgang von 3,2%. Die durchschnittliche Bestandsgröße

in Bayern ist seit Mai 2017 von 645 auf 653 Tiere je Betrieb weiter angestiegen.

Endgültige Ergebnisse der repräsentativen Schweinebestandserhebung in Bayern am 3. Mai 2018				
Betriebe mit ... Schweinen	3. Mai 2018 (endgültig)		3. Mai 2017 (endgültig)	
	Betriebe	Schweine	Betriebe	Schweine
	Anzahl in 1 000			
10 bis 99	0,7	46,6	0,7	48,6
100 bis 249	1,0	158,3	1,0	159,0
250 bis 499	0,9	341,1	1,0	376,4
500 bis 999	1,3	923,9	1,2	882,2
1 000 oder mehr	1,2	1 767,6	1,2	1 837,2
Insgesamt	5,0	3 237,5	5,1	3 303,4

Endgültige Ergebnisse der repräsentativen Schweinebestandserhebung in Bayern am 3. Mai 2018				
Merkmal	3. Mai 2018 (endgültig)	3. Mai 2017 (endgültig)	Veränderung 3. Mai 2018 gegenüber 3. Mai 2017	
			Anzahl in 1 000	%
Schweinehalter insgesamt	5,0	5,1	- 0,2	- 3,2
und zwar Mastschweinehalter	4,2	4,3	- 0,1	- 3,1
Zuchtschweinehalter	2,1	2,2	- 0,1	- 5,5
Schweine insgesamt	3 237,5	3 303,4	- 65,9	- 2,0
davon Ferkel	876,3	927,4	- 51,1	- 5,5
Jungschweine unter 50 kg Lebendgewicht	627,2	606,1	21,1	3,5
Mastschweine ¹	1 504,9	1 523,7	- 18,8	- 1,2
davon 50 bis unter 80 kg Lebendgewicht	735,7	754,5	- 18,8	- 2,5
80 bis unter 110 kg Lebendgewicht	626,4	628,9	- 2,4	- 0,4
110 kg oder mehr Lebendgewicht	142,7	140,4	2,4	1,7
Zuchtsauen 50 kg oder mehr Lebendgewicht	225,4	242,4	- 17,1	- 7,0
davon trächtige Sauen	167,8	180,6	- 12,8	- 7,1
davon Jungsauen ²	23,7	27,8	- 4,2	- 14,9
andere Sauen	144,1	152,8	- 8,7	- 5,7
nicht trächtige Sauen	57,6	61,8	- 4,2	- 6,8
davon Jungsauen	22,4	24,0	- 1,6	- 6,8
andere Sauen	35,2	37,8	- 2,6	- 6,9
Eber zur Zucht	/	/	/	/

1 Einschließlich ausgemerzte Zuchttiere.

2 Zum ersten Mal trächtig.

Von den bayerischen Betrieben wurden insgesamt 3 237 500 Schweine aufgestellt, was einem Rückgang von 2,0% im Vergleich zum Vorjahr entspricht. 54,6% der Tiere (1 767 600 Schweine) befanden sich in Betrieben, die 1 000 oder mehr Schweine halten. Im Vergleich zum Vorjahr ist in dieser Bestandsgrößenklasse somit ein Rückgang um 69 600 Schweine (-3,8%) zu verzeichnen. Dagegen konnte in der Bestandsgrößenklas-

se 500 bis unter 1 000 gehaltene Schweine ein Zuwachs um 41 700 Schweine (+4,7%) verzeichnet werden.

Die Anzahl der in Bayern zum Stichtag 3. Mai 2018 gehaltenen Mastschweine war mit 1 504 900 Tieren leicht rückläufig (-1,2%). Die Zahl der Ferkel sank im Vergleich zum Vorjahr um 5,5% (-51 100 Ferkel) auf 876 300 Tiere. Der Bestand an Zuchtsauen sank

in diesem Zeitraum ebenfalls, und zwar um 7,0% (-17 100 Sauen) auf 225 400 Tiere. Der Bestand an Jungschweinen hingegen stieg um 3,5% (21 100 Tiere) auf 627 200 Schweine an.

Hinweis
Regionalisierte Zahlen stehen nicht zur Verfügung.

Ausführliche Ergebnisse enthält der Statistische Bericht „Viehbestände in Bayern 2018; Viehzählung im Mai“ (Bestellnummer: C3122C 201800, nur als Datei).*



Verarbeitendes Gewerbe sowie Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden

Umsätze des Verarbeitenden Gewerbes in Bayern im ersten Halbjahr 2018 um 4,3% über dem Vorjahresniveau

In den ersten sechs Monaten des Jahres 2018 verbuchte das Verarbeitende Gewerbe Bayerns, das auch den Bergbau und die Gewinnung von Steinen und Erden umfasst, bezogen auf den Berichtskreis „Betriebe mit 50 oder mehr Beschäftigten“, ein Umsatzplus von 4,3% gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum. Es entfielen von den 180,2 Milliarden Euro Gesamtumsatz 98,6 Milliarden Euro auf Umsätze mit dem Ausland (+4,3%) und darunter rund 36,6 Milliarden Euro auf Um-

sätze mit den Ländern der Eurozone (+1,6%). Die Anteile der Auslandsumsätze und der Umsätze mit den Eurozonenländern am Gesamtumsatz betragen 54,7% bzw. 20,3%.

Die Nachfrage nach Gütern des Verarbeitenden Gewerbes erhöhte sich im ersten Halbjahr 2018 gegenüber dem ersten Halbjahr 2017 preisbereinigt um 4,0%. Die Bestelleingänge aus dem Ausland stiegen um 7,8%, die aus dem Inland verringerten sich um 2,8%.

Der Personalstand des Verarbeitenden Gewerbes lag Ende Juni 2018 mit 1,207 Millionen Beschäftigten um 3,0% über dem Ergebnis des Vorjahresmonats.

Ausführliche Ergebnisse enthalten die Statistischen Berichte „Verarbeitendes Gewerbe in Bayern im Juni 2018“ (Bestellnummer: E1101C 201806, nur als Datei) und „Index des Auftragseingangs für das Verarbeitende Gewerbe in Bayern im Juni 2018“ (Bestellnummer: E1300C 201806, nur als Datei).*



Außenhandel

Bayerns Exporte nahmen im ersten Halbjahr 2018 um 2,3% zu, Importe um 4,9% im Plus

Nach vorläufigen Ergebnissen der Außenhandelsstatistik nahmen die Exporte der bayerischen Wirtschaft in den ersten sechs Monaten 2018 um 2,3% auf gut 97,6 Milliarden Euro zu. 56,9% der Exporte wurden in die Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU-28) ver-

sandt, davon wurden 35,6% aller Exporte in die Euro-Länder geliefert. Die Importe der bayerischen Wirtschaft wuchsen im ersten Halbjahr 2018 um 4,9% auf knapp 93,1 Milliarden Euro. 62,4% der Importe bezog Bayerns Wirtschaft aus den Ländern der Europäischen Union,

davon kamen 35,7% aller Importe aus den Ländern der Euro-Zone.

Die wichtigsten Exportländer für Bayerns Wirtschaft waren im ersten Halbjahr 2018 die Vereinigten Staaten (-3,6%), die Volksrepublik China (+10,5%), Österreich

Außenhandel Bayerns im Juni und von Januar bis Juni 2018

Vorläufige Ergebnisse

Erdteil/Ländergruppe/Land Warenuntergruppe	Ausfuhr im Spezialhandel		Einfuhr im Generalhandel	
	insgesamt	Veränderung gegenüber dem Vorjahres- zeitraum	insgesamt	Veränderung gegenüber dem Vorjahres- zeitraum
	1 000 €	%	1 000 €	%
Juni				
Europa	10 745 555	3,6	11 582 681	14,2
dar. EU-Länder (EU-28)	9 468 625	3,6	10 252 545	14,0
dar. Euro-Länder	5 984 184	2,9	5 959 237	14,3
dar. Frankreich	1 162 324	0,4	911 497	59,0
Niederlande	572 196	3,2	865 732	11,8
Italien	1 157 076	4,0	1 081 728	5,8
Spanien	556 968	7,9	356 317	13,3
Österreich	1 312 826	5,3	1 432 206	6,4
Vereinigtes Königreich	1 088 452	- 1,4	447 286	- 8,7
Polen	667 525	12,8	981 360	12,2
Tschechische Republik	602 541	5,5	1 238 034	11,9
Ungarn	351 847	9,4	947 471	28,1
Afrika	242 164	- 3,6	423 456	77,5
Amerika	2 593 212	20,1	981 349	- 17,4
dar. Vereinigte Staaten	1 993 177	24,3	803 950	- 22,1
Asien	3 327 863	6,3	3 461 032	11,1
dar. Volksrepublik China	1 615 778	18,1	1 372 536	8,9
Australien-Ozeanien	188 088	47,2	15 678	24,8
Verschiedenes ¹	2 561	- 87,8	18 741	100
Insgesamt	17 099 443	6,5	16 482 936	12,2
dar. Personenkraftwagen und Wohnmobile	3 157 795	13,2	665 535	- 32,0
Maschinen ²	2 973 040	6,4	1 731 711	6,7
Fahrgestelle, Karosserien, Motoren ³	1 339 500	7,3	1 475 488	24,1
Geräte zur Elektrizitätserzeugung und -verteilung	1 016 508	3,6	1 076 506	12,8
elektronische Bauelemente	252 230	- 5,0	1 123 889	14,1
Erdöl und Erdgas	79	33,2	1 155 132	58,7
Januar bis Juni				
Europa	62 836 617	3,3	65 865 046	7,2
dar. EU-Länder (EU-28)	55 523 794	3,2	58 101 522	7,3
dar. Euro-Länder	34 723 436	2,6	33 176 453	6,1
dar. Frankreich	6 735 549	4,6	4 466 478	25,2
Niederlande	3 431 541	6,4	4 908 170	4,8
Italien	6 578 776	4,2	6 234 086	4,9
Spanien	3 205 303	1,5	2 137 014	7,5
Österreich	7 532 278	1,0	8 225 785	1,1
Vereinigtes Königreich	7 045 637	1,7	2 681 336	- 8,6
Polen	3 787 071	10,6	5 712 082	10,4
Tschechische Republik	3 432 642	5,4	7 361 072	5,3
Ungarn	2 003 703	2,7	5 292 725	20,0
Afrika	1 193 351	- 13,1	1 947 250	19,0
Amerika	13 973 015	- 1,8	5 846 066	- 20,4
dar. Vereinigte Staaten	10 522 028	- 3,6	4 765 415	- 23,4
Asien	18 681 657	3,3	19 225 325	5,5
dar. Volksrepublik China	8 546 835	10,5	7 919 957	7,1
Australien-Ozeanien	880 062	8,8	80 739	8,5
Verschiedenes ¹	47 632	58,4	93 290	•
Insgesamt	97 612 335	2,3	93 057 714	4,9
dar. Personenkraftwagen und Wohnmobile	18 254 581	- 0,9	3 608 931	- 34,8
Maschinen ²	16 329 353	4,0	10 026 769	1,7
Fahrgestelle, Karosserien, Motoren ³	7 873 930	1,5	8 528 327	13,5
Geräte zur Elektrizitätserzeugung und -verteilung	6 104 379	7,8	6 324 607	11,7
elektronische Bauelemente	1 601 168	4,3	6 159 720	5,0
Erdöl und Erdgas	520	23,2	6 185 478	30,3

1 Schiffs- und Flugzeugbedarf, hohe See, nicht ermittelte Länder und Gebiete.

2 Warengruppen und -untergruppen der Ernährungswirtschaft und der Gewerblichen Wirtschaft (EGW Rev. 2002) EGW841 bis EGW859.

3 Fahrgestelle, Karosserien, Motoren, Teile und Zubehör für Kraftfahrzeuge und dergleichen.

(+1,0%), das Vereinigte Königreich (+1,7%), Frankreich (+4,6%) und Italien (+4,2%). Die wichtigsten Importländer waren Österreich (+1,1%), die Volksrepublik China (+7,1%), die Tschechische Republik (+5,3%), Italien (+4,9%), Polen (+10,4%) und Ungarn (+20,0%).

Mit „Personenkraftwagen und Wohnmobilen“ (-0,9%), „Maschinen“ (+4,0%), „Fahrgestellen, Karosserien, Motoren, Teilen und Zubehör für Kraftfahrzeuge und

dergleichen“ (+1,5%) sowie „Geräten zur Elektrizitätserzeugung und -verteilung“ (+7,8%) erzielte Bayerns Wirtschaft in den ersten sechs Monaten 2018 die höchsten Exportwerte. Die wichtigsten Importgüter waren „Maschinen“ (+1,7%), „Fahrgestelle, Karosserien, Motoren, Teile und Zubehör für Kraftfahrzeuge und dergleichen“ (+13,5%), „Geräte zur Elektrizitätserzeugung und -verteilung“ (+11,7%), „Erdöl und Erdgas“ (+30,3%) sowie „elektronische Bauelemente“ (+5,0%).

Im Juni 2018 exportierte Bayerns Wirtschaft Waren im Wert von rund 17,1 Milliarden Euro (+6,5% gegenüber dem Vorjahresmonat) und importierte Waren im Wert von knapp 16,5 Milliarden Euro (+12,2%).

Hinweis
Regionalisierte Zahlen stehen nicht zur Verfügung.

Ausführliche Ergebnisse enthält der Statistische Bericht „Ausfuhr und Einfuhr Bayerns im Juni 2018“ (Bestellnummer: G3000C 201806, nur als Datei).*



Tourismus, Gastgewerbe

Positive Halbjahresbilanz für Bayerns Tourismus 2018

Nach vorläufigen Ergebnissen der Monatserhebung im Tourismus erhöhte sich die Zahl der Gäste-

ankünfte in den Beherbergungsbetrieben* Bayerns im ersten Halbjahr 2018 gegenüber dem

Vorjahreszeitraum um 5,6% auf rund 17,7 Millionen, die Zahl der Übernachtungen stieg um 5,4%

Bayerns Tourismus im Juni und von Januar bis Juni 2018								
Vorläufige Ergebnisse								
Betriebsart	Juni				Januar bis Juni			
	Gästeankünfte		Gästeübernachtungen		Gästeankünfte		Gästeübernachtungen	
Herkunft	insgesamt	Veränderung zum Vorjahresmonat in Prozent	insgesamt	Veränderung zum Vorjahresmonat in Prozent	insgesamt	Veränderung zum Vorjahreszeitraum in Prozent	insgesamt	Veränderung zum Vorjahreszeitraum in Prozent
Gebiet								
Hotels	1 888 721	8,0	3 816 484	7,0	9 429 356	6,6	19 225 169	7,4
Hotels garnis	606 068	9,1	1 371 474	8,5	2 916 117	7,0	6 508 801	8,0
Gasthöfe	394 513	-0,6	789 490	-1,1	1 685 078	1,3	3 429 839	0,9
Pensionen	150 414	-3,6	442 041	-3,7	680 065	0,2	1 986 582	1,0
Hotellerie zusammen	3 039 716	6,4	6 419 489	5,4	14 710 616	5,7	31 150 391	6,3
Jugendherbergen und Hütten	123 040	-4,5	262 092	-4,0	476 105	-1,5	1 113 871	-2,0
Erholungs-, Ferien-, Schulungsheime ...	157 021	17,1	443 928	5,8	786 111	1,5	2 280 913	0,5
Ferienzentren, -häuser, -wohnungen	160 254	-6,3	750 937	-11,8	752 325	5,5	3 523 026	3,6
Campingplätze	253 416	-17,2	728 823	-21,5	721 965	14,4	2 146 690	10,4
Vorsorge- und Reha-Kliniken	37 048	-8,8	692 577	1,2	236 338	-0,7	4 072 547	3,1
Insgesamt	3 770 495	3,6	9 297 846	0,6	17 683 460	5,6	44 287 438	5,4
davon aus dem								
Inland	2 830 745	1,9	7 436 866	-1,5	13 383 110	5,4	35 405 431	4,8
Ausland	939 750	9,3	1 860 980	9,8	4 300 350	6,2	8 882 007	8,3
davon								
Oberbayern	1 746 511	7,3	4 017 799	5,5	8 269 262	6,0	18 910 932	6,9
darunter München	745 249	11,0	1 506 189	14,7	3 785 285	6,7	7 673 238	10,8
Niederbayern	290 657	-3,4	1 088 223	-4,8	1 487 521	4,5	5 584 293	2,8
Oberpfalz	205 692	-0,9	499 926	-7,3	967 536	3,5	2 434 379	3,1
Oberfranken	212 125	0,9	505 476	-2,2	954 557	2,8	2 356 812	2,5
Mittelfranken	419 178	3,2	844 740	2,6	1 945 096	7,2	3 989 694	7,8
darunter Nürnberg	174 409	8,3	317 350	12,5	897 976	8,1	1 659 834	8,9
Unterfranken	312 436	1,8	736 567	-0,1	1 376 811	2,7	3 354 739	2,7
Schwaben	583 896	1,0	1 605 115	-4,4	2 682 677	6,9	7 656 589	5,7

auf knapp 44,3 Millionen. Dabei empfingen die Betriebe 5,4% mehr inländische Gäste (Übernachtungen: +4,8%) und 6,2% mehr ausländische Gäste (Übernachtungen: +8,3%).

Von wenigen Ausnahmen abgesehen verlief die Entwicklung bei allen Betriebsarten positiv. Die Campingplätze konnten sich in den ersten sechs Monaten 2018 über 14,4% mehr Gäste (Übernachtungen: +10,4%) im Vergleich zum Vorjahreszeitraum freuen. Einen leichten Rückgang bei Gästeankünften (-1,5%) und

-übernachtungen (-2,0%) mussten hingegen die Jugendherbergen und Hütten hinnehmen.

Der Aufwärtstrend im ersten Halbjahr 2018 war in allen sieben bayerischen Regierungsbezirken zu spüren. Die Zahl der Übernachtungen stieg in der Landeshauptstadt München mit einem Plus von 10,8% sogar im zweistelligen Bereich.

Im Juni 2018 verzeichneten die knapp 12 000 geöffneten Beherbergungsbetriebe in Bayern 3,8 Millionen Gästeankünfte, das

sind gegenüber dem Vorjahresmonat 3,6% mehr. Mit rund 9,3 Millionen erhöhte sich die Zahl der Übernachtungen um 0,6%. Rückgänge, insbesondere bei den Campingplätzen, sind vermutlich auf die Terminierung der Pfingstferien zurückzuführen. Diese lagen 2017 im Juni, fielen im aktuellen Jahr aber bereits in den Mai.

* Geöffnete Beherbergungsstätten mit zehn oder mehr Gästebetten, einschließlich geöffnete Campingplätze mit zehn oder mehr Stellplätzen.

Ausführliche Ergebnisse enthält der Statistische Bericht „Tourismus in Bayern im Juni 2018“ (Bestellnummer: G4100C 201806, nur als Datei).*

Gute Konjunktur im bayerischen Gastgewerbe im ersten Halbjahr 2018

Der nominale Umsatz stieg im bayerischen Gastgewerbe in den ersten sechs Monaten 2018

gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 4,6%, der reale Umsatz nahm um 2,3% zu. Die Zahl der Beschäf-

tigten des Gastgewerbes stieg um 2,0%, wobei sich die Zahl der Vollzeitbeschäftigten um 1,0% erhöhte

Umsatz und Beschäftigte des bayerischen Gastgewerbes im Juni und von Januar bis Juni 2018					
Vorläufige Ergebnisse					
Wirtschaftszweig	Umsatz		Beschäftigte	davon	
	nominal	real ¹		Vollzeitbeschäftigte	Teilzeitbeschäftigte
Veränderung gegenüber dem Vorjahreszeitraum in Prozent					
Juni					
Beherbergung	6,9	5,5	1,3	-0,1	2,7
dav. Hotellerie	7,2	5,9	1,3	-0,1	2,7
Ferienunterkünfte u. Ä.	2,0	0,8	-1,1	2,2	-3,1
Campingplätze	-1,9	-7,9	5,5	0,4	9,1
sonstige Beherbergungsstätten	6,4	5,7	4,8	-4,9	30,6
Gastronomie	5,9	3,9	1,7	2,6	1,2
dav. Restaurants, Gaststätten, Imbissstuben, Cafés, Eissalons u. Ä.	4,8	2,7	2,1	2,3	2,0
Caterer und Erbringung sonstiger Verpflegungsdienstleistungen	15,5	14,0	1,0	5,7	-2,2
Ausschank von Getränken	-2,2	-3,9	-0,5	-1,0	-0,4
dar. Gaststättengewerbe	4,2	2,1	1,8	2,1	1,7
Gastgewerbe insgesamt	6,3	4,6	1,6	1,4	1,6
Januar bis Juni					
Beherbergung	3,8	1,5	1,4	0,0	2,9
dav. Hotellerie	3,7	1,4	1,4	0,1	2,9
Ferienunterkünfte u. Ä.	6,7	4,3	-1,1	0,8	-2,2
Campingplätze	10,0	5,5	6,7	1,5	11,0
sonstige Beherbergungsstätten	1,4	-0,6	1,0	-10,2	31,3
Gastronomie	5,1	2,9	2,3	1,7	2,6
dav. Restaurants, Gaststätten, Imbissstuben, Cafés, Eissalons u. Ä.	5,5	3,1	2,7	1,1	3,7
Caterer und Erbringung sonstiger Verpflegungsdienstleistungen	4,7	3,1	2,0	6,3	-0,9
Ausschank von Getränken	2,3	0,2	-0,5	-1,3	-0,3
dar. Gaststättengewerbe	5,2	2,9	2,4	0,9	3,1
Gastgewerbe insgesamt	4,6	2,3	2,0	1,0	2,7

1 In Preisen des Jahres 2015.

und die Zahl der Teilzeitbeschäftigten um 2,7%.

In der Beherbergung wuchsen im ersten Halbjahr 2018 der nominale Umsatz um 3,8% und der reale Umsatz um 1,5%. In der Gastronomie stiegen der nominale Umsatz (+5,1%) und der reale Umsatz

(+2,9%) jeweils noch deutlicher. Die Zahl der Beschäftigten nahm in der Beherbergung um 1,4% zu und in der Gastronomie um 2,3%.

Im Juni 2018 stieg der Umsatz des bayerischen Gastgewerbes im Vergleich zum Vorjahresmonat nominal um 6,3% (real: +4,6%).

Die Zahl der Beschäftigten wuchs um 1,6%.

Hinweis

Die hier ausgewiesenen Ergebnisse werden anhand verspätet eingehender Mitteilungen von befragten Unternehmen in den nachfolgenden Monaten laufend aktualisiert.

Ausführliche Ergebnisse enthält der Statistische Bericht „Umsatz und Beschäftigte im bayerischen Gastgewerbe im Juni 2018“ (Bestellnummer: G4300C 201806, nur als Datei).*



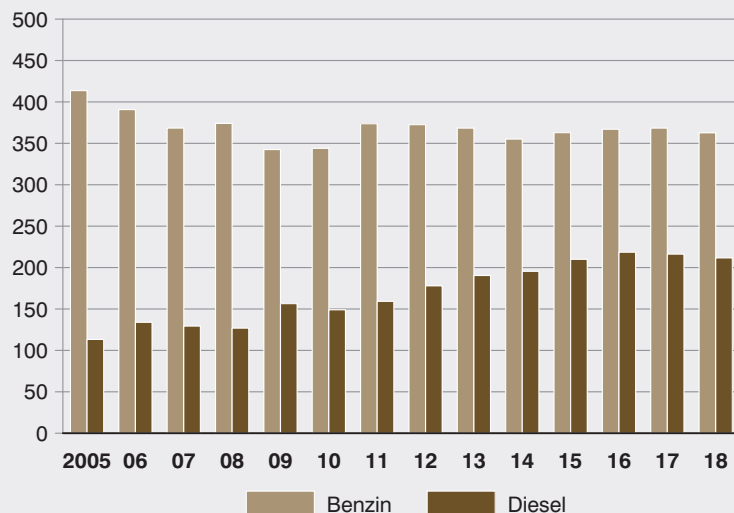
Straßen- und Schienenverkehr

5,4% mehr Kfz-Neuzulassungen in Bayern im ersten Halbjahr 2018

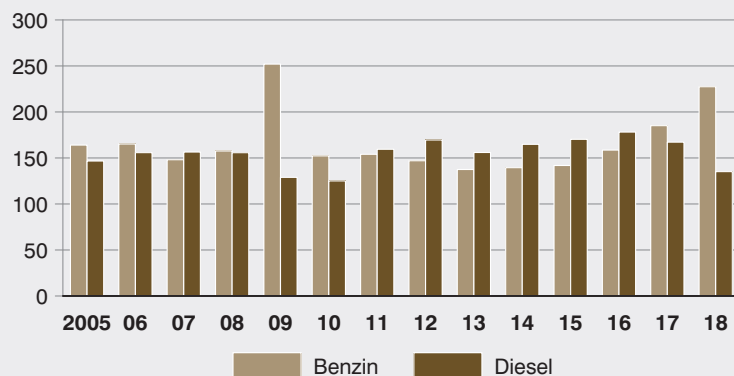
Nach der Kraftfahrzeugstatistik des Kraftfahrt-Bundesamts wurden im ersten Halbjahr 2018 in Bayern 448 082 Kraftfahrzeuge (Kfz) mit amtlichen Kennzeichen neu zugelassen und somit 5,4% mehr als im Vorjahreszeitraum. Die Pkw-Neuzulassungen stiegen um 5,8% auf 383 040 Fahrzeuge. Davon nutzen 227 420 Fahrzeuge Benzin (+22,9%), 135 158 Diesel (-19,1%) und 20 462 andere Kraftstoffarten wie Gas, Elektro, Hybrid (+107,8%). Der Anteil der neu zugelassenen Benziner lag bei 59,4%, der Anteil der Diesel bei 35,3%. Alternative Kraftstoffarten erhöhten ihren Anteil von 2,7% im ersten Halbjahr 2017 auf nunmehr 5,3%. Den größten Zuwachs gab es bei der Hybridtechnik: Hier stieg die Zahl der Erstanmeldungen von 7 108 Fahrzeugen im ersten Halbjahr 2017 auf 14 792 Fahrzeuge im ersten Halbjahr 2018.

Die Neuzulassungen stiegen im ersten Halbjahr 2018 nicht nur bei Pkw. Die Zahl der neu zugelassenen Krafträder erhöhte sich um 10,8% auf 26 710 und die sonstigen Kfz legten um 2,0% auf 1 778 Kfz zu. Dagegen sanken die Zulassungszahlen der Kraftomnibusse um 13,7%, der Zugmaschinen um 3,6%, der Lastkraftwagen

Pkw-Besitzumschreibungen in Bayern im ersten Halbjahr seit 2005 nach ausgewählten Kraftstoffarten
in Tausend



Pkw-Neuzulassungen in Bayern im ersten Halbjahr seit 2005 nach ausgewählten Kraftstoffarten
in Tausend



Neuzulassungen und Besitzumschreibungen von Kraftfahrzeugen in Bayern von Januar bis Juni 2018						
Fahrzeugklasse ----- Kraftstoffart	Neuzulassungen			Besitzumschreibungen		
	Januar bis Juni			Januar bis Juni		
	2017	2018	Veränderung 2018 gegenüber 2017	2017	2018	Veränderung 2018 gegenüber 2017
	insgesamt		%	insgesamt		%
Krafträder	24 102	26 710	10,8	58 353	57 017	- 2,3
Personenkraftwagen	362 113	383 040	5,8	592 349	582 385	- 1,7
davon angetrieben mit						
Benzin	185 105	227 420	22,9	368 397	362 716	- 1,5
Diesel	167 159	135 158	- 19,1	216 221	211 679	- 2,1
anderen Kraftstoffarten	9 849	20 462	107,8	7 731	7 990	3,4
darunter Hybridtechnik	7 108	14 792	108,1	2 665	3 259	22,3
Elektro	2 378	3 898	63,9	551	730	32,5
Kraftomnibusse	855	738	- 13,7	519	465	- 10,4
Lastkraftwagen	27 674	27 357	- 1,1	27 017	27 857	3,1
Zugmaschinen	8 776	8 459	- 3,6	17 680	17 969	1,6
Sonstige Kfz	1 743	1 778	2,0	1 371	1 242	- 9,4
Kraftfahrzeuge insgesamt	425 263	448 082	5,4	697 289	686 935	- 1,5
Kraftfahrzeuganhänger	30 527	30 463	- 0,2	31 317	32 533	3,9

um 1,1 % und der Kraftfahrzeuganhänger um 0,2%.

Die Besitzumschreibungen von Kfz nahmen gegenüber dem Vorjahr um 1,5 % auf 686 935 ab.

Die Halterwechsel der Pkw sanken im Vergleich zum ersten Halbjahr 2017 von 592 349 auf 582 385 (- 1,7%), darunter Benziner um 1,5% und Diesel-Pkw um 2,1 %.

Quelle
Kraftfahrt-Bundesamt, Flensburg, Fahrzeugzulassungen (FZ), Neuzulassungen (FZ 8) bzw. Besitzumschreibungen (FZ 9) von Kraftfahrzeugen und Kraftfahrzeuganhängern – Monatsergebnisse Januar 2017 – Juni 2017 und Januar 2018 – Juni 2018
(www.kba.de/ - Statistik).

Im Juni 2018 weniger Verunglückte auf Bayerns Straßen

Im Juni 2018 sank die Zahl der Straßenverkehrsunfälle um 2,0%. Nach vorläufigen Ergebnissen

registrierte die Polizei 34 018 Unfälle (Juni 2017: 34 717). Bei 4 912 dieser Unfälle kamen Personen zu

Schaden – gegenüber Juni 2017 ein Rückgang um 15,4%.

Straßenverkehrsunfälle und Verunglückte in Bayern im Juni und von Januar bis Juni 2018								
Vorläufige Ergebnisse								
Unfälle ----- Verunglückte	Juni		Veränderung		Januar bis Juni		Veränderung	
	2018	2017 ¹			2018	2017 ¹		
	Anzahl		%		Anzahl		%	
Straßenverkehrsunfälle insgesamt	34 018	34 717	- 699	- 2,0	197 435	196 126	1 309	0,7
dav. Unfälle mit Personenschaden	4 912	5 803	- 891	- 15,4	24 578	25 141	- 563	- 2,2
Unfälle mit nur Sachschaden	29 106	28 914	192	0,7	172 857	170 985	1 872	1,1
dav. schwerwiegende Unfälle mit								
Sachschaden im engeren Sinne	594	677	- 83	- 12,3	4 478	4 640	- 162	- 3,5
sonstige Sachschadensunfälle unter dem Einfluss berauschender Mittel	139	173	- 34	- 19,7	941	1 016	- 75	- 7,4
übrige Sachschadensunfälle	28 373	28 064	309	1,1	167 438	165 329	2 109	1,3
dav. innerhalb von Ortschaften	18 571	17 735	836	4,7	107 789	106 720	1 069	1,0
außerhalb von Ortschaften	7 709	7 964	- 255	- 3,2	47 179	46 190	989	2,1
auf Autobahnen	2 093	2 365	- 272	- 11,5	12 470	12 419	51	0,4
Verunglückte insgesamt	6 149	7 400	- 1 251	- 16,9	32 419	33 283	- 864	- 2,6
dav. Getötete	48	52	- 4	- 7,7	271	270	1	0,4
Verletzte	6 101	7 348	- 1 247	- 17,0	32 148	33 013	- 865	- 2,6
dav. Schwerverletzte	1 003	1 433	- 430	- 30,0	5 329	5 508	- 179	- 3,2
Leichtverletzte	5 098	5 915	- 817	- 13,8	26 819	27 505	- 686	- 2,5

1 Endgültige Ergebnisse.

Die Zahl der Verunglückten verringerte sich im Juni 2018 auf 6 149 (- 16,9% gegenüber Juni 2017). Es ereigneten sich 48 Todesfälle (-7,7%), 1 003 Personen wurden schwer (-30,0%) und 5 098 leicht verletzt (- 13,8%).

In allen Regierungsbezirken ging die Zahl der Verletzten gegenüber Juni 2017 zurück, am stärksten in Schwaben mit einem Rückgang um 277 und in Oberbayern mit einem Rückgang um 261 Verkehrsteilnehmer. Die meisten

Verkehrstoten wurden im Juni 2018 in Oberbayern gezählt.

Ausführliche Ergebnisse enthält der Statistische Bericht „Straßenverkehrsunfälle in Bayern im Juni 2018“ (Bestellnummer: H1101C 201806, nur als Datei).*



Sozialhilfe und soziale Grundsicherung

Sozialhilfeausgaben in Bayern 2017 erneut gestiegen

Die Sozialhilfeausgaben in Bayern sind 2017 erneut gestiegen. Die Bruttoausgaben für Leistungen nach dem 3. und 5. bis 9. Kapitel des SGB XII beliefen sich im Jahr 2017 in Bayern auf insgesamt 4 008 Millionen Euro und lagen somit 2,9% über den entsprechenden Vergleichsdaten des Vorjahres. Nach Abzug der Einnahmen (596 Millionen Euro) verblieben Nettoausgaben in Höhe von 3 412 Millionen Euro (plus 3,1% gegenüber 2016). Die Eingliederungshilfe war für behinderte Menschen auch

2017 – mit Nettoausgaben in Höhe von 2 540 Millionen Euro – die größte Einzelposition und lag 3,5% über denen des Vorjahres.

Die Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege lagen bei 528 Millionen Euro, für Hilfe zum Lebensunterhalt bei 177 Millionen Euro. Für Hilfen zur Gesundheit einschließlich Erstattungen an Krankenkassen für die Übernahme der Krankenbehandlung wurden 91 Millionen Euro verausgabt und 76 Millionen Euro für Hilfe zur Überwindung

besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfe in anderen Lebenslagen. Es wird darauf hingewiesen, dass aufgrund einer methodischen Änderung ab dem Berichtsjahr 2017 Ausgaben bzw. Einnahmen im Rahmen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII) nicht mehr ausgewiesen werden können.

Ausführliche Ergebnisse enthält der Statistische Bericht „Sozialhilfe in Bayern 2017, Ausgaben und Einnahmen“ (Bestellnummer: K11013 201700, Preis der Druckausgabe: 7,90 €).*

Bruttoausgaben, Einnahmen sowie Nettoausgaben in Bayern 2017 nach ausgewählten Hilfearten					
Regierungsbezirk	Bruttoausgaben	Einnahmen	Nettoausgaben	darunter	
				Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	Hilfe zur Pflege
€					
Oberbayern	1 413 062 693	114 213 064	1 298 849 629	913 814 019	222 371 777
Niederbayern	339 134 144	55 532 699	283 601 445	223 302 590	42 228 404
Oberpfalz	323 964 505	66 936 259	257 028 246	199 884 631	35 681 757
Oberfranken	320 036 230	75 030 678	245 005 552	191 013 758	36 561 370
Mittelfranken	655 524 065	113 898 395	541 625 670	398 486 815	82 316 620
Unterfranken	360 191 672	67 066 400	293 125 272	225 114 296	42 743 921
Schwaben	596 363 010	103 437 885	492 925 125	388 862 497	65 618 970
Bayern	4 008 276 319	596 115 380	3 412 160 939	2 540 478 606	527 522 819



Kinder- und Jugendhilfe

Auch 2018 stieg die Zahl der Kinder in Kindertagesbetreuung in Bayern

Am 1. März 2018 gab es in Bayern 9 430 Kindertageseinrichtungen, gegenüber 2017 mit 9 359 Ein-

richtungen ein Plus von knapp 1%. In den Einrichtungen standen 621 583 Plätze zur Verfügung

(+2,0%). Gestiegen ist auch die Zahl der betreuten Kinder von 548 822 im März 2017 auf 561 739

im März dieses Jahres (+2,4%). 113 955 Personen waren in Kindertageseinrichtungen tätig, davon 93 312 überwiegend im pädagogischen Bereich, was einer Zunahme des pädagogischen Personals von 4,9% gegenüber dem Vorjahr entspricht.

In der öffentlich geförderten Kindertagespflege wurden insgesamt 12 140 Kinder, die von 3 385 Tagespflegepersonen betreut wurden, gezählt. Die Zahl der Kinder stieg somit gegenüber dem Vorjahr um 4,7%, die der Tagespflegepersonen um 2,6%.

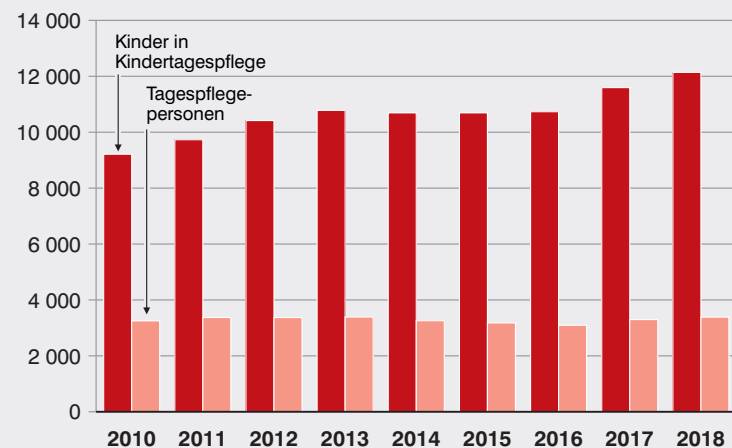
Insgesamt waren am 1. März 2018 in Bayern 572 790 Kinder in Kindertagesbetreuung (Kinder, die sowohl in einer Kindertageseinrichtung als auch in der öffentlich geförderten Kindertagespflege betreut wurden, werden dabei nur einmal gezählt). Gegenüber 2017 mit 559 275 Kindern, bedeutet dies ein Plus von rund 2,4%.

Bei den unter Dreijährigen war ein Plus von mehr als 3% auf 103 194 Kinder zu verzeichnen.

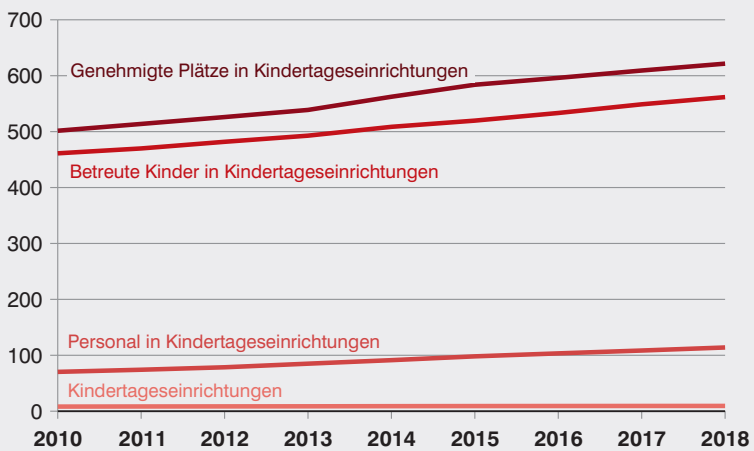
Hinweis

Daten zu den aktuellen Besuchs- bzw. Betreuungsquoten werden zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht.

Kinder in öffentlich geförderter Kindertagespflege und Tagespflegepersonen in Bayern seit 2010



Genehmigte Plätze, betreute Kinder und Personal in Kindertageseinrichtungen in Bayern seit 2010 in Tausend



Asylbewerberleistungen

Die Zahl der Asylbewerberregelleistungsempfänger in Bayern ging Ende 2017 um ein Viertel zurück

Ende 2017 wurden in Bayern insgesamt 68 308 Asylbewerber gezählt, denen Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gewährt wurden. Verglichen mit

den Ende 2016 verzeichneten 93 215 Empfängern bedeutet dies einen Rückgang von 27%. Von den Regelleistungsempfängern waren 47 942 und somit gut

zwei Drittel männlich und knapp ein Drittel (20 366) weiblich.

Ende 2017 lebten 6 831 Personen (10%) in einer Aufnahmeeinrich-

Empfänger und Empfängerinnen von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz am 31. Dezember 2017 nach Wohnort des Haushaltes

Regierungsbezirk	Insgesamt	Männlich	Weiblich
Oberbayern	26 023	19 350	6 673
Niederbayern	5 425	3 932	1 493
Oberpfalz	5 097	3 420	1 677
Oberfranken	6 547	4 274	2 273
Mittelfranken	10 765	6 809	3 956
Unterfranken	5 710	3 750	1 960
Schwaben	8 739	6 405	2 334
Bayern	68 306	47 940	20 366

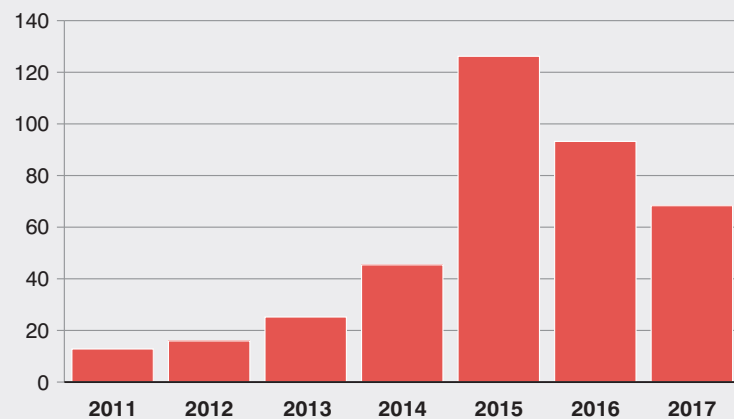
tung. Die restlichen 61 477 Asylbewerber waren zum Stichtag entweder in einer Gemeinschaftsunterkunft oder dezentral in einer Wohnung untergebracht.

Im Laufe des Jahres 2017 wurden außerdem in 15 249 Fällen besondere Leistungen gewährt, was einem Rückgang von 37 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. Dabei handelt es sich um spezielle Bedarfssituationen wie beispielsweise Krankheit, Schwangerschaft oder Geburt.

Die Bruttoausgaben lagen im Jahr 2017 bei 1 007 Millionen Euro (-31 % gegenüber 2016). Nach Abzug der Einnahmen in Höhe von rund 73 Millionen Euro (zum Beispiel aufgrund der Rückzah-

lung gewährter Hilfen etc.) verblieben Nettoausgaben von 934,5 Millionen Euro.

Ausführliche Ergebnisse enthält der Statistische Bericht „Asylbewerber und Leistungen in Bayern“ (Bestellnummer: K6101C 201700, nur als Datei).*

Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in Bayern seit 2011 am Jahresende in Tausend


* Alle Statistischen Berichte (meist PDF- und Excel-Format) und ausgewählte Publikationen (Informationelle Grundversorgung) sind zum kostenlosen Download verfügbar unter www.statistik.bayern.de/veroeffentlichungen. Soweit diese Veröffentlichungen nur als Datei angeboten werden, ist auf Anfrage ein kostenpflichtiger Druck möglich. Bestellmöglichkeit für alle Veröffentlichungen: Siehe Umschlagseiten 2 und 3.

In memoriam Frau Prof. Susanne Rässler

Im Alter von 55 Jahren verstarb am 29. August 2018 völlig unerwartet Frau Prof. Susanne Rässler, Inhaberin des Lehrstuhls für Statistik und Ökonometrie in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg.

Frau Prof. Susanne Rässler war – neben dem Bayerischen Landesamt für Statistik und dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung – stellvertretend für die Otto-Friedrich-Universität Bamberg Gründungsmitglied des Statistik Netzwerks Bayern, das am 8. Februar 2013 in Nürnberg aus der Taufe gehoben wurde. Die Gründung beruht auf einer Initiative des Landesamts, das seine Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Wissenschaft und Forschung erweitern und durch gemeinsame Veranstaltungen und Projekte fördern will. Aktuell besteht es aus 13 Mitgliedern. Das Netzwerk dient als Plattform für den gegenseitigen Austausch von Wissen und Erfahrung. Mit Frau Prof. Susanne Rässler gelang ein intensiver und bereichernder Wissens- und Erfahrungstransfer. Sieben Mal wurden gemeinsam mit Frau Prof. Susanne Rässler und dem Lehrstuhl für Statistik und Ökonometrie seit dem Jahr 2012 die StatistikTage Bamberg|Fürth ausgetragen. Die steigenden Teilnehmerzahlen sprechen für den großen Zuspruch zu dem Format, das insbesondere durch die engagierte Mitwirkung von Frau Prof. Susanne Rässler lebte. Nicht nur die StatistikTage, sondern auch viele gemeinsame Workshops und interne Sitzungen am Bayerischen Landesamt für Statistik wurden durch sie bereichert. Sie verstand es dabei mit ihrem großen Fachwissen, durch ihre Begeisterung für die Sache und ihre fröhliche Art auf Besprechungen, Workshops und Tagungen zu inspirieren.

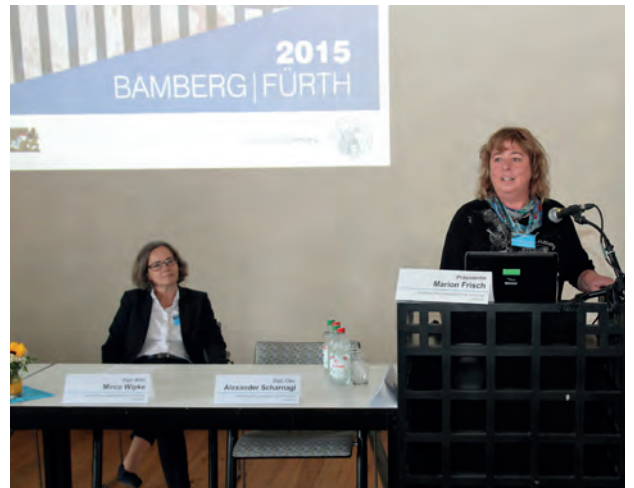
Eine gute Zusammenarbeit gab es mit Frau Prof. Susanne Rässler auch im European Master Official Statistics (EMOS) Programm des Ausschusses für das Europäische Statistische System. In enger – auch persönlicher – Zusammenarbeit war es möglich, Studierende für das Programm zu gewinnen und zu begeistern. Nachdem Frau Prof. Susanne Rässler die Studierenden besonders am Herzen lagen, hat sie sich hier mit großem Engagement für EMOS eingesetzt.

Das Thema Zensus lag Frau Prof. Susanne Rässler besonders am Herzen. Als Mitglied der Zensuskommission hatte sie den Zensus 2011 und die Auswertung der dabei gewonnenen Daten wissenschaftlich begleitet und unterstützt. Auf ihre fachliche Kompetenz konnte auch das Bundesverfassungsgericht nicht verzichten und hat im Normenkontrollverfahren zum Zensus 2011 ihre Expertise eingeholt.

Wir gedenken Frau Prof. Susanne Rässler in großer Dankbarkeit und Trauer. Sie war uns nicht nur eine hoch geschätzte Kollegin mit außerordentlicher Fachkompetenz. Mit ihrer zutiefst menschlichen und herzlichen Art ist sie uns zu einer lieben Freundin geworden, die wir schmerzlich vermissen werden. Unsere Gedanken sind bei ihrem Ehemann Hendrik Rässler und ihren Angehörigen.



Prof. Susanne Rässler



StatistikTage Bamberg|Fürth

7. StatistikTage Bamberg|Fürth 2018

Die Gesundheit der Gesellschaft. Potenziale und Grenzen amtlicher Daten für die Gesundheitsforschung

Am 19. und 20. Juli 2018 fanden die 7. StatistikTage Bamberg|Fürth unter dem Titel „Die Gesundheit der Gesellschaft. Potenziale und Grenzen amtlicher Daten für die Gesundheitsforschung“ statt. Expertinnen und Experten der amtlichen Statistik, der empirischen Forschung und der Verwaltung sowie Referentinnen und Referenten aus angrenzenden Forschungs- und Praxisbereichen informierten Fachwelt und Öffentlichkeit rund um das Thema. Organisiert wurde die Tagung im Rahmen des Statistik Netzwerks Bayern vom Bayerischen Landesamt für Statistik und von der Otto-Friedrich-Universität Bamberg.



- Prof. Jürgen Rauh und Sebastian Rauch: *Möglichkeiten und Anwendungen von Erreichbarkeitsanalysen im Gesundheitswesen*
- Dr. Daniel Kreft und Prof. Gabriele Doblhammer: *Kompression oder Expansion von Pflegebedarf in den Kreisen und kreisfreien Städten Deutschlands*

Arbeitsmarkt und Gesundheit

- Christian Mackenrodt: *Der Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen*
- Dr. Nancy Reims, Dr. Anton Nivorozhkin, Silke Tophoven: *Die berufliche Wiedereingliederung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in Kostenträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit*
- Karolin Hiesinger: *Krankheitsbedingte Erwerbsunterbrechungen im Kontext sozial-politischer Institutionen*

Gesundheitsökonomische Perspektiven

- Simon Reif, Dr. Sebastian Wichert, Prof. Amelie Wuppermann: *Beeinflussen medizinische und vergütungsrelevante Schwellenwerte die Krankenhausbehandlung? Eine empirische Analyse der Neugeborenenversorgung mit der DRG-Statistik*
- Dr. Susanne Walter: *Leben und Sterben von Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft – Unternehmensdemographische Betrachtungen der bayerischen Gesundheitsbranche*
- Dr. Michaela Fuchs und Dr. Antje Weyh: *Jobmotor Gesundheit: Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft*
- Patrick Schaumburg: *Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder*

Programm

Grußworte

- Vizepräsidentin für Forschung
Prof. Maike Andresen
Otto-Friedrich-Universität Bamberg
- Präsident Dr. Thomas Gößl
Bayerisches Landesamt für Statistik

Daten für die Gesundheitsforschung

- Ruth Nowak: *Intelligente Zusammenführung und Nutzung amtlicher Gesundheitsdaten*
- Prof. Wolfgang Ahrens: *Die NAKO-Gesundheitsstudie als Ressource der nationalen Gesundheitsforschung*
- Prof. Iris Pigeot und Dr. Bianca Kollhorst: *Beispiele für die Verknüpfung verschiedener Datenquellen mit den Daten der gesetzlichen Krankenkassen*

Geographie der Gesundheit

- Dr. Joseph Kuhn: *Kleinräumige Probleme bei der Altersstandardisierung*



Grußworte

der Vizepräsidentin für Forschung der Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Prof. Maïke Andresen

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Tagungsteilnehmerinnen und -teilnehmer!

Es ist mir eine große Freude, Sie zu den siebten StatistikTagen Bamberg|Fürth 2018 „Die Gesundheit der Gesellschaft. Potenziale und Grenzen amtlicher Daten für die Gesundheitsforschung“ begrüßen zu dürfen.

Das diesjährige Thema ist nicht nur aus statistischer, sondern auch aus ganz praktischer Perspektive von höchster Relevanz für uns als Universität. Als Bildungsinstitution und Arbeitgeberin befasst sich die Universität Bamberg intensiv mit der Gesundheit ihrer Studierenden, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler wie auch des Verwaltungspersonals. Laut verschiedener Gesundheitsstatistiken ist Folgendes feststellbar: Studierende haben in der Regel weniger gesundheitliche Probleme als gleichaltrige Erwerbspersonen. Auch von Verordnungen von Arzneimitteln sind Studierende in der Regel seltener als junge Erwerbspersonen betroffen. Wissenschaftliche Beschäftigte weisen deutlich unterdurchschnittliche Fehlzeiten aufgrund von

Krankheiten auf. So melden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im Durchschnitt 3,9 Krankheitstage im Jahr, das sind 15 Krankheitstage weniger als der Durchschnitt sämtlicher Berufsgruppen. Ist die Universität also ein Gesundbrunnen? Können andere Betriebe von uns Mustergültiges lernen?

Nun ja. Die Daten sind das eine – deren Interpretation das andere. Für die Differenzen zwischen Studierenden und gleichaltrigen Erwerbstätigen mitverantwortlich sein dürften Verpflichtungen junger Erwerbspersonen zur Meldung von Arbeitsunfähigkeiten und damit zwangsläufig verbundene Arztbesuche auch bei leichteren Erkrankungen, beispielsweise bei Erkältungen. Des Weiteren zeigt eine Detailanalyse, dass Studierende erheblich häufiger als junge Erwerbspersonen eine psychische Diagnose gestellt und häufiger Antidepressiva verordnet bekommen. Ist dieser Befund ein Hinweis auf eine höhere psychische Belastung von Studierenden im Vergleich zu jungen Erwerbspersonen oder trägt eine höhere Bereitschaft von Studierenden zur Verbalisierung entsprechender Probleme zu dem Be-

fund bei? Und schließlich mag die scheinbar hohe „Gesundheit“ von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern auch darauf zurückführbar sein, dass weder Lage, Dauer noch Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit vertraglich fixiert sind (sie haben eine sog. Arbeitszeitfreiheit) und sie eine relativ freie Wahl des Arbeitsorts haben. Möglicherweise sind sie also gleich häufig oder gar häufiger erkrankt, aber melden sich nicht so schnell arbeitsunfähig wie andere Erwerbstätige, da sie ihre Arbeitszeit flexibel gestalten und ihre Arbeit damit entweder nachholen können oder gar im Krankenstand von zu Hause aus weiterarbeiten können (also ein sog. Präsentismusproblem?). Kurzum: Arbeitsbedingungen können also zu einer erheblichen Verzerrung der Daten und Statistiken zur Gesundheit führen!

Die Gefahr ist nun, dass die Universität als Bildungsinstitution und Arbeitgeberin den positiven Gesundheitsstatistiken an Hochschulen leichtgläubig folgt und das Einleiten erforderlicher Maßnahmen verpasst. Internationale Studien verdeutlichen die zunehmende Relevanz und den zunehmenden negativen Einfluss von akademischem Stress auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von wissenschaftlichen Beschäftigten. Auch zeigen Statistiken, dass Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler eine geringere Lebenszufriedenheit als Nicht-Wissenschaftler haben. Gleichzeitig zeigen Studien jedoch, dass glückliche Menschen seltener krank werden. Ein Widerspruch?

Das Thema Gesundheit wird immer wichtiger – und auch ich als Vizepräsidentin für Forschung und wissenschaftlichen Nachwuchs der Universität Bamberg, aber auch als Inhaberin des Lehrstuhls für Personalmanagement und Organisational Behaviour verfolge diese Fakten und Entwicklungen mit Interesse. Ich stelle mir viele Fragen, die die Arbeit mit meinen Studierenden beeinflussen: Woran liegt es, dass immer mehr Studierende mit psychischen Problemen zu kämpfen haben? Was sind die Auslöser? Was hilft den Studierenden, dagegen anzukommen? Inwiefern sind diese Daten verlässlich und wirklich auf die Studienbedingungen zurück zu führen? Oder haben andere Einflüsse wie ein grundlegender Wertewandel einen viel größeren Einfluss?

„Traue keiner Statistik, die Du nicht selber gefälscht hast“ ist ein Zitat, welches in kaum einem Artikel oder Buch über Statistik fehlt. ABER: Neben einer verlässlichen Erhebung von Daten ist insbesondere eine komplexe Sachanalyse erforderlich, um zu sinnvollen Interpretationen zu gelangen.

Wie Sie sehen, ist das Thema Gesundheit und Statistik ein spannendes und weites Feld. In einem sind wir uns bestimmt einig, die Gesundheit ist – auch in Zeiten von Digitalisierung – das wichtigste Gut, das eine Gesellschaft hat und das wird auch in Zukunft so sein. Deshalb freue ich mich sehr, dass ich Sie alle hier in der Aula der Otto-Friedrich-Universität Bamberg zu den siebten Statistiktagen Bamberg|Fürth mit dem Titel „Die Gesundheit der Gesellschaft. Potenziale und Grenzen amtlicher Daten für die Gesundheitsforschung“ begrüßen darf. Auf uns warten spannende Vorträge zu den Bereichen Datenquellen, Gesundheit und Geographie, Gesundheit und Arbeitsmarkt sowie weitere gesundheitsökonomische Aspekte. Ich freue mich auf eine ertragreiche Tagung und einen anregenden Austausch. Ich möchte mich bei den zahlreichen Organisatorinnen und Organisatoren, Helferinnen und Helfern für die Konzeption des Tagungsprogramms und die Realisierung der Veranstaltung recht herzlich bedanken!



Grußworte des Präsidenten des Bayerischen Landesamts für Statistik, Dr. Thomas Gößl

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich zur siebten Ausgabe der StatistikTage Bamberg|Fürth 2018. Ich freue mich sehr, dass wir – das Bayerische Landesamt für Statistik und die Otto-Friedrich Universität Bamberg – gemeinsam diese Tradition geschaffen haben.

Im Jahr 2012 haben wir die StatistikTage Bamberg|Fürth ins Leben gerufen. Mit Stolz blicken das Landesamt und die Uni Bamberg auf die Themen, die wir bereits beleuchtet haben:

- 2018: Die Gesundheit der Gesellschaft. Potenziale und Grenzen amtlicher Daten für die Gesundheitsforschung
- 2017: Wohnen in Deutschland – Daten, Fakten und Entwicklungen
- 2016: Einkommensungleichheit und Armut in Deutschland: Messung, Befunde und Maßnahmen
- 2015: Empirische Bildungsforschung: Datengrundlagen und Ergebnisse
- 2014: Regionale Disparitäten: Lebensverhältnisse im Vergleich

- 2013: Ursachen und Folgen des demographischen Wandels
- 2012: Methoden und Potenziale des Zensus 2011

Dafür bedanke ich mich herzlich bei Prof. Maïke Andresen, Vizepräsidentin für Forschung der Otto-Friedrich-Universität Bamberg. Ich freue mich, dass wir auch in diesem Jahr wieder in der Aula der Universität Bamberg die StatistikTage abhalten dürfen. Das schafft eine wunderbare Atmosphäre, die sich auch in stets wachsenden Besucherzahlen auswirkt.

Mein besonderer Dank geht an die Initiatoren und Organisatoren der StatistikTage: Frau Professor Susanne Rässler, Inhaberin des Bamberger Lehrstuhls für Statistik und Ökonometrie, und Herrn Dr. Michael Fürnröhr, Abteilungsleiter für Bevölkerung, Haushalte, Zensus und Erwerbstätigkeit im Bayerischen Landesamt für Statistik. Ich möchte Ihnen sowie Frau Dr. Zillmann, Frau Fenzl und Frau Bürner aus dem Bayerischen Landesamt für Statistik auch in diesem Jahr wieder für die Konzeption des Tagungsprogramms und die Organi-

sation dieser Veranstaltung meinen Dank aussprechen. Ebenso geht mein Dank an die zahlreichen Helferinnen und Helfern aus dem Landesamt und von der Universität, die heute und morgen mithelfen, dass diese Tagung so erfolgreich verläuft wie in den letzten Jahren.

Die StatistikTage bieten einen einzigartigen Austausch zwischen Wissenschaft und amtlicher Statistik, aus dem beide Seiten lernen und gewinnen können. Und das ist wichtig. Denn die Analyse statistischer Daten ist gemeinsame Aufgabe von Wissenschaft und amtlicher Statistik. Statistiken werden häufig sehr selektiv verwendet zur Vereinfachung und zum Agenda Setting. Das Gegenteil tut not, nämlich eine sorgfältige, differenzierte Analyse des Datenmaterials als Grundlage einer sachlichen Diskussion in Gesellschaft und Politik.

Im Jahr 2018 steht die Tagung unter dem Titel „Die Gesundheit der Gesellschaft. Potenziale und Grenzen amtlicher Daten für die Gesundheitsforschung“. Ein Thema, das nicht nur zur Zeit hohe Relevanz hat und in zahlreichen Zusammenhängen diskutiert wird. Rahmenbedingungen und Verhaltensweisen des Lebens wirken stets zusammen als „Determinanten der Gesundheit“ auf den Menschen und müssen daher auch gemeinsam betrachtet werden. Es freut mich daher, dass wir die Tagung auch in diesem Jahr wieder in vier Sitzungen zu unterschiedlichen Aspekten strukturieren konnten. Mein besonderer Dank geht an Frau Ruth Nowak, die als Amtschefin des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege über die intelligente Zusammenführung und Nutzung amtlicher Gesundheitsdaten sprechen wird.

Das Statistik Netzwerk Bayern, in dessen Rahmen wir die StatistikTage organisieren, plant auch in diesem Jahr wieder einen eintägigen Workshop. Gemeinsam mit dem ifo Institut wird voraussichtlich im November 2018 ein Workshop zum Thema „regionale Preise“ stattfinden. Weitere Informationen können Sie gerne unserer Webseite entnehmen. Auch nach dem Umzug des Landesamts für Statistik nach Fürth soll der Arbeitsplatz des Forschungsdatenzentrums in München erhalten bleiben. Neben dem ifo Institut und der LMU ist München

Standort vieler Forschungseinrichtungen. Wir wollen daher der Wissenschaft den Zugang zur amtlichen Statistik so einfach wie möglich gestalten und den Arbeitsplatz in München weiter ausbauen. Dieser Arbeitsplatz wird sich voraussichtlich im ifo Institut befinden. Wir danken daher dem ifo für seine Kooperationsbereitschaft. Ich freue mich sehr über die intensive Zusammenarbeit und die Pläne für die Zukunft, welche u. a. eine Arbeitsgruppe zu regionalen Daten der amtlichen Statistik vorsieht.

Abschließend möchte ich Sie gerne auf die „Conference of European Statistics Stakeholders (CESS) 2018“ hinweisen, welche vom 18. bis 19. Oktober 2018 in Bamberg stattfinden wird. Organisiert wird die Konferenz gemeinsam von Eurostat, der Europäischen Zentralbank, dem European Statistical Advisory Committee (ESAC), der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), der Federation of European National Statistical Societies (FENStatS), dem Statistischen Bundesamt, der Deutschen Statistischen Gesellschaft (DStatG), der Deutschen Bundesbank und der Universität Bamberg. Ich freue mich, dass das Bayerische Landesamt hier als Co-Organisator der Universität Bamberg auftreten wird.

Das Organisationsteam der StatistikTage Bamberg|Fürth ist bereits jetzt schon mit Arbeiten für die Tagung im Jahr 2019 beschäftigt. Auf den genauen Titel müssen Sie sich aber bis zum Ende der Tagung gedulden.

Ich wünsche uns allen nun eine interessante und gelungene Veranstaltung und möchte das Wort an die Amtschefin des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, Frau Ministerialdirektorin Ruth Nowak übergeben.

Intelligente Zusammenführung und Nutzung amtlicher Gesundheitsdaten

Amtschefin Ruth Nowak, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege



Amtschefin Ruth Nowak

Abstract:

Der Freistaat Bayern hat auch bei der Digitalisierung den Anspruch mitzugestalten. Herausragende Projekte des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege im Rahmen der Digitalisierungsstrategie Masterplan Bayern Digital II sind z. B. das Modellprojekt einer freiwilligen, einrichtungsübergreifenden, regionalen, elektronischen Gesundheitsakte (Bay-eGA), und „DigiMed Bayern“ zur Weiterentwicklung der datenbasierten Medizin. Ein weiteres wichtiges Beispiel ist die Errichtung des bayerischen Krebsregisters, das am Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit eingerichtet wurde. Hier werden Daten von der Diagnose über einzelne Behandlungsschritte, Nachsorge bis hin zu Rückfällen, Überleben und Tod erfasst.

Zur Person:

Juristin

- ab 1987 Bayerisches Staatsministerium
der Finanzen/Haushaltsabteilung
- ab 1990 Finanzministerium
des Freistaates Sachsen
- ab 1992 Finanzamt Dachau
- ab 1993 Bayerische Staatskanzlei
 - Vertreterin des
Staatsministeriums der Finanzen
 - Büroleiterin
von Herrn Staatsminister Erwin Huber
 - Leiterin der Abteilung
„Personal und Verwaltung“
- ab 2013 Bayerisches Staatsministerium
für Gesundheit und Pflege

Ausgewählte Folien zum Vortrag „Intelligente Zusammenführung und Nutzung amtlicher Gesundheitsdaten“.

Die komplette Präsentation finden Sie unter:
www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheit/nowak_intelligente_zusammenfuhrung_und_nutzung_amtlicher_gesundheitsdaten_fg.pdf



Relevante Gesundheitsdaten

Datenbestände bei Behörden des Freistaats

- Schuleingangsuntersuchung (SEU)
- Krebsregister
- perspektivisch: Demenzregister
- weitere, z.B. Bevölkerungsstatistik, Gesundheitsberichterstattung, meldepflichtige Infektionen

10.09.2018 1

Relevante Daten im Gesundheitswesen

Weitere Datenbestände

- Leistungserbringer im ersten Gesundheitsmarkt, z.B. Krankenhäuser, Praxen, Pflegeheime
- Versicherungen, z.B. GKV-Sozialdaten, GUV, GRV und PKV
- Selbstverwaltung und Gebietskörperschaften
- Forschung, z.B. Kohorten und Biobanken
- zweiter Gesundheitsmarkt, z.B. Health Apps

Zersplitterung im Gesundheitswesen spiegelt sich im zersplitterten Datenbestand wider

➔ Große Datenmengen allein garantieren noch nicht deren Nützlichkeit.

10.09.2018 2

Infrastruktur für vernetzte Gesundheitsdaten in Bayern (IVG Bayern)

```

    graph TD
      A[Geeignete Quellen] --> C((IVG Bayern))
      B[Gesundheitsakten der Krankenkassen] --> C
      C -.-> D[Medizinische Forschung, Versorgungsforschung]
    
```

10.09.2018 3

Die NAKO-Gesundheitsstudie als Ressource der nationalen Gesundheitsforschung

Prof. Wolfgang Ahrens, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS



Prof. Wolfgang Ahrens

Zur Person:

Dr. Wolfgang Ahrens ist Professor für Epidemiologische Methoden an der Universität Bremen, stellv. Wissenschaftlicher Direktor des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS in Bremen sowie Leiter der Abteilung Epidemiologische Methoden und Ursachenforschung. Seine Forschungsinteressen liegen vor allem in den Bereichen molekulare Epidemiologie, Epidemiologie chronischer Erkrankungen, Krebs Epidemiologie, Ursachenforschung und Prävention/Gesundheitsförderung. Er koordiniert die europaweite IDEFICS/I. Family Kohorte, ist wissenschaftliches Vorstandsmitglied des Nationalen Kohorte e. V. und leitender Wissenschaftler der NAKO des Studienzentrums Bremen.

Abstract:


Die NAKO Gesundheitsstudie ist ein gemeinsames interdisziplinäres Vorhaben von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Helmholtz- und der Leibniz-Gemeinschaft, von Universitäten und anderen Forschungseinrichtungen. Ziel ist es, die Ursachen für die Entwicklung von schweren chronischen Krankheiten zu untersuchen, z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, neurodegenerative/psychiatrische Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Atemwegs- und Infektionskrankheiten und deren vorklinische Stadien oder funktionelle Gesundheitsbeeinträchtigungen. Es wurde eine Stichprobe der allgemeinen Bevölkerung aus ganz

Deutschland von 18 regionalen Studienzentren gezogen, um insgesamt 100 000 Frauen und 100 000 Männer im Alter von 20 bis 69 Jahren in die Basisuntersuchung einzuschließen. Diese Basisuntersuchung beinhaltet ein umfangreiches Interview, Fragebögen zum Selbstausfüllen, eine breite Palette von medizinischen Untersuchungen und die Sammlung von verschiedenen Biomaterialien. Bei einer zufällig gezogenen Stichprobe von 20 % der Teilnehmenden ($n=40\,000$) wird ein umfangreiches Untersuchungsprogramm (Level 2) durchgeführt. Zusätzlich werden in fünf der 18 Studienzentren insgesamt 30 000 Personen an einem MRT-Untersuchungsprogramm teilnehmen; bis Ende Februar 2018 wurden bereits mehr als 150 000 Studienteilnehmer- und teilnehmerinnen untersucht. Den Teilnehmern am MRT-Programm werden auch die Level-2-Untersuchungen angeboten. Nach 4 bis 5 Jahren werden alle Teilnehmer zu einer Folgeuntersuchung eingeladen, die bis 2023 abgeschlossen sein wird. Informationen über Endpunkte chronischer Erkrankungen werden durch eine Kombination aus einem aktiven Follow-up (einschließlich Fragebögen alle zwei bis drei Jahre) und der Verknüpfung mit Sekundär- und Registerdaten gesammelt. Mehr als 90 % aller Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen willigen in die Verknüpfung ihrer Untersuchungsdaten mit den Daten von Krankenkassen und Rentenversicherungen ein. Die NAKO Gesundheitsstudie ist für eine Gesamtdauer von 25 bis 30 Jahren geplant. Die Studie wird eine wichtige zentrale Ressource für populationsbasierte Epidemiologie in Deutschland darstellen und dazu beitragen, neue und maßgeschneiderte Strategien für die Früherkennung, Vorhersage und Primärprävention schwerer Krankheiten zu finden.

Ausgewählte Folien zum Vortrag „Die NAKO-Gesundheitsstudie als Ressource der nationalen Gesundheitsforschung“.

Die komplette Präsentation finden Sie unter:
[www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheit/Ahrens_NAKO Gesundheitsstudie_FG.pdf](http://www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheit/Ahrens_NAKO_Gesundheitsstudie_FG.pdf)





Ziele

- Erforschung der typischen **Volkkrankheiten**
- Sammlung von umfangreichen **Gesundheitsdaten**
- Relevante Fragestellungen
 - **Wie entstehen** diese Krankheiten?
 - Gibt es **Faktoren**, die ihre Entstehung begünstigen?
 - Welche Rolle spielen zum Beispiel **Gene, Umwelteinflüsse, Lebensstil**?
 - Wie können diese Krankheiten **frühzeitig erkannt** werden?
 - Können wir uns vor diesen Krankheiten **schützen**?

06.09.2018
2



Untersuchungsprogramm

<p>Level 1 200.000 Probanden</p>	<p>Level 2 40.000+ Probanden</p>
---	---

Fragebögen

- Computergestütztes Kerninterview
- Touchscreen-Befragung
- Webbasierte Selbstausfüller-Erhebung (Ernährung und körperliche Aktivität)

Körperliche Untersuchung

- Blutdruck-Herzfrequenz-Messung
- Arm-Knöchel-Index, Puls
- Neurokognitive Tests
- Spirometrie
- Zahnzählung
- 7-Tage-Akzelerometrie (50%)
- Handgreifkraft
- Größe, Gewicht, Taillen-/ Hüftumfang, BIA

Sammlung von Bioproben

- Blut (Serum, Plasma, Erythrozyten, DNA, RNA)
- Urin
- Nasenabstrich
- Speichel
- Stuhl (50%)

Fragebögen (+ Level 1)

- + Restless-Legs-Frage (TS)
- + Schmerz-Fragebogen (TS)
- + Umweltbelastung (TS)
- + Tiere (TS)


Körperliche Untersuchung (+ Level 1)

- + 10 sec. Ruhe-EKG
- + 24h-EKG/Schlafapnoe (50%)
- + 3-D-Echokardiographie
- + Ultrasonographie abdominelles Fettgewebe
- + OGTT (50%)
- + AGE-Hautmessung
- + NO in der Ausatemluft
- + Neurokognitive Tests (TS)
- + 7-Tage-Akzelerometrie (50%)
- + Augenuntersuchungen
- + Riechtest

„Eins aus Drei“-Prinzip für:

- + med. Untersuchungen Hände, Hüfte, Knie
- + Untersuchung des Zahn- und Parodontalstatus
- + Fahrradergometrie

06.09.2018
13



Sekundär- und Registerdaten

- Daten der **gesetzlichen (und ggf. der privaten) Krankenversicherung**
 - Diagnosen
 - Inanspruchnahme ambulanter und stationärer medizinischer Leistungen,
 - Medikamente und sonstige Verordnungen
- Daten anderer **Sozialversicherungsträger**
 - Erwerbshistorie, Rentenstatus, Reha-Leistungen
- **Mortalitätsregister**
 - Vitalstatus, Todesursachen
- Daten epidemiologischer und klinischer **Krebsregister**
 - Stadienverteilung, Therapieverfahren, Überlebenszeit

06.09.2018
Quelle: Wiss. Konzept der Nationalen Kohorte, S. 135f
20

Beispiele für die Verknüpfung verschiedener Datenquellen mit den Daten der gesetzlichen Krankenkassen

Prof. Iris Pigeot und Dr. Bianca Kollhorst, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS



Prof. Iris Pigeot

Zu den Personen:

Dr. Iris Pigeot ist Professorin für Statistik mit dem Schwerpunkt Biometrie und Methoden der Epidemiologie an der Universität Bremen, wissenschaftliche Direktorin des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS in Bremen sowie Leiterin der dortigen Abteilung Biometrie und EDV. Ihre Forschungsinteressen liegen auf den Gebieten Graphische Modelle und Genetische Epidemiologie sowie in der Analyse großer Sekundärdatensätze und in der Entwicklung und Evaluation von Primärpräventionsprogrammen. Für ihre Lehre wurde Prof. Pigeot mehrfach ausgezeichnet und sie ist Trägerin der Susanne-Dahms-Medaille für besondere Verdienste in der Biometrie der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft (IBS-DR). Prof. Pigeot ist Mitglied im Herausgeberbeirat des Bundesgesundheitsblattes, Mitglied im Beirat der Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder und Herausgeberin der Book Series on Epidemiology and Health bei Springer.

Dr. Bianca Kollhorst ist Statistikerin am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS mit den Forschungsschwerpunkten instrumentelle Variablen-Methoden und Linkage.

Werdegang:

2008 Abschluss des Mathematikstudiums an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

2008 bis 2010 Statistikerin bei der SCIderm GmbH Hamburg

Seit Dezember 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS

Seit Oktober 2015 Leiterin der Fachgruppe Statistische Modellierung von Sekundär- und Registerdaten

März 2017 Promotion zum Dr. rer. nat. an der Universität Bremen (Controlling for unobserved confounders in observational studies using large health care databases by means of instrumental variables in time-to-event analysis)

Abstract:

Abrechnungsdaten gesetzlicher Krankenkassen sind grundsätzlich zur Untersuchung der Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln geeignet. Der Vorteil dieser Daten liegt in der großen Patientenzahl und dem Datenumfang über viele Jahre, wodurch es möglich ist, auch sehr seltene sowie sich erst spät manifestierende Arzneimittelrisiken zu untersuchen. Es fehlen jedoch spezifische Informationen über z.B. Lebensstilfaktoren oder klinische Parameter. Eine Verknüpfung der Abrechnungsdaten mit anderen Datenquellen mit Hilfe von Linkage-Verfahren ist eine mögliche Lösung, um die fehlenden Angaben zu ergänzen. Vorgestellt werden verschiedene Beispiele, in denen Abrechnungsdaten mit Datenquellen wie den epidemiologischen Krebsregistern, dem Bremer Mortalitätsindex, einem Krankenhausinformationssystem oder Primärdaten verknüpft wurden. Anhand der Beispiele werden Möglichkeiten und Grenzen der Verknüpfung sowie Probleme wie Datenqualität, datenschutzrechtliche Anforderungen und administrativer Aufwand illustriert. Die Verknüpfung verschiedener Datenquellen kann das Problem der fehlenden Information zwar prinzipiell lösen, jedoch erweist es sich in manchen Fällen als extrem schwierig, da in den verschiedenen Datenquellen nicht dieselben personenidentifizierenden Merkmale vorhanden sind.

Ausgewählte Folien zum Vortrag „Beispiele für die Verknüpfung verschiedener Datenquellen mit den Daten der gesetzlichen Krankenkassen“.

Die komplette Präsentation finden Sie unter:
www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktag/gesundheit/pigeot_datenverknuepfungen_mit_gkv-daten_fg.pdf



Die Forschungsdatenbank GePaRD

Aufbau 1

- Aufbau und Pflege **seit 2004**
- Basiert auf Abrechnungsdaten **4 gesetzlicher Krankenversicherungen** von **zurzeit 24 Mio. Versicherten**
- Enthält Daten von ungefähr **17% der deutschen Allgemeinbevölkerung** und deckt alle geographischen Regionen der Bundesrepublik ab
- Enthält **demographische Angaben**, Informationen zu **Krankenhausaufenthalten, ambulanten Arztbesuchen** und **Arzneimittelverschreibungen**

Die Forschungsdatenbank GePaRD

Enthaltene Informationen 2

The diagram illustrates the data integration process. It shows three main data sources: **Stammdaten** (sociodemographic variables), **Hospitalisierungen** (inpatient data), and **Ambulante Daten** (outpatient data). Each source is linked to a **pseudonymisierte Versicherungs-ID**. The **Ambulante Daten** source also includes **Verschreibungen** (prescriptions), which are linked to a **Zentrale pharmazeutische Referenzdatenbank** (Central pharmaceutical reference database) via a **PZN** (Pharmazentralnummer). The **Analyse-Datensatz** (Analysis dataset) is created by combining the pseudonymized data from all sources and is then used for **Analyse** (Analysis).

Bisherige Linkage-Erfahrungen

Fazit I 3

- **Linkage auf Basis personenbezogener Daten**
 - Hohe datenschutzrechtliche Anforderungen und hoher administrativer Aufwand
 - Genehmigung durch Krankenkassen und Aufsichtsbehörden
 - Datenschutzkonzept
 - (De-)Pseudonymisierung über Vertrauensstelle(n)
 - ...
- **Direktes Linkage**
 - Teilweise aufgrund der Heterogenität der Daten zwischen einzelnen Leistungserbringern und Datenquellen nicht möglich
- **Indirektes Linkage**
 - Teilweise Einschränkungen in der Qualität der Ergebnisse

Kleinräumige Probleme bei der Altersstandardisierung

Dr. Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



Dr. Joseph Kuhn

Zur Person:

Dr. Joseph Kuhn hat in Berlin Psychologie studiert. Er ist am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit für die Gesundheitsberichterstattung zuständig. Damit in Zusammenhang stehen Methodenprojekte zu kleinräumigen Datenanalysen, insbesondere zu Rangreihenartefakten auf Kreisebene. Gegenwärtig baut er zusammen mit seiner Arbeitsgruppe die Präventionsberichterstattung in Bayern auf. Letzte Buchveröffentlichungen: „Ethik in den Gesundheitswissenschaften“ (2016, zusammen mit Peter Schröder-Bäck) und „Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst“ (2015, zusammen mit Martin Heyn).

Abstract:

Hintergrund:

Regionalvergleiche haben in der Gesundheitsforschung in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Dabei werden Kennziffern häufig altersstandardisiert berichtet. Lege artis beim Vergleich mehrerer Regionen ist dabei die „direkte Altersstandardisierung“, oft wird aber auch die „indirekte Altersstandardisierung“ angewandt. Ältere Analysen haben darauf hingewiesen, dass dabei je nach untersuchter Population erhebliche Verzerrungen auftreten können. Der Vortrag geht auf die Relevanz dieses Themas bei den Sterberaten der Kreise und kreisfreien Städte in Bayern ein.

Methoden:

Im Rahmen eines kleinen Methodenprojekts wurden für ein Referenzjahr Rangreihenvergleiche zur Sterblichkeit in den bayerischen Landkreisen und kreisfreien Städten mit verschiedenen Altersstandardisierungen vorgenommen. Datengrundlage war die Bevölkerungsstatistik (Sterbefallstatistik, Fortschreibung der Bevölkerung).

Ergebnisse:

Es zeigt sich, dass je nach Standardisierungsverfahren größere Rangreihenverschiebungen auftreten können, hinter denen allerdings nur kleinere absolute Änderungen der Ausgangswerte stehen.

Schlussfolgerungen:

Diskussionsbedarf ergibt sich insbesondere im Hinblick auf die Altersstandardisierung mit der alten Europa-Standardbevölkerung, die derzeit in der Gesundheitsberichterstattung sowie bei den Krebsregistern Routine ist. Allgemein sind regionale Rangreihen anhand berechneter Parameter immer auch in gewissem Umfang methodenabhängig, was bei Regionalvergleichen beachtet werden sollte.

Ausgewählte Folien zum Vortrag „Kleinräumige Probleme bei der Altersstandardisierung“.

Die komplette Präsentation finden Sie unter:
www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheits/kuhn_altersstandardisierung_fg.pdf



Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung

ist die Darstellung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung (oder einer Gruppe)

- in verständlicher Form,
- daten-/informationsgestützt,
- im zeitlichen **und regionalen Vergleich**,
- möglichst handlungsorientiert.



LGL www.lgl.bayern.de

Regionalvergleiche in der Gesundheitsberichterstattung

- **Auf Landesebene:**
z.B. im Gesundheitsindikatorensetz, Gesundheitsatlas, Gesundheitsrepte, usw.
- **Auf Kreisebene:**
z.B. für Gesundheitsberichte nach Art. 10 GDVG oder im Kontext der „Gesundheitsregionen plus“

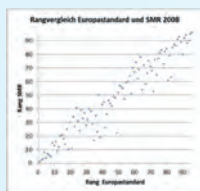
Häufig Verwendung altersstandardisierter Daten






LGL www.lgl.bayern.de

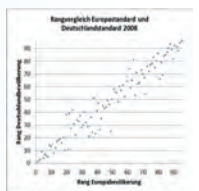
Rangreihen der 96 Kreise in Bayern bei der Sterblichkeit: Was ist die „wahre“ Rangreihe?



Indirekt und direkt (Europa alt) standardisiert: Korrelation der Rangreihen der Kreise: Spearman's Rho 0,96



Indirekt und direkt (Deutschland 2008) standardisiert: Korrelation der Rangreihen der Kreise: Spearman's Rho 0,996



Direkt (Europa alt) und direkt (Deutschland 2008) standardisiert: Korrelation der Rangreihen der Kreise: Spearman's Rho 0,96

LGL www.lgl.bayern.de

Möglichkeiten und Anwendungen von Erreichbarkeitsanalysen im Gesundheitswesen

Prof. Jürgen Rauh und Sebastian Rauch, Julius-Maximilians-Universität Würzburg



Prof. Jürgen Rauh



Sebastian Rauch

Zu den Personen:

Prof. Dr. Jürgen Rauh ist seit 2002 Professor für Sozial- und Bevölkerungsgeographie sowie regionalwissenschaftlicher Methodenlehre an der Universität Würzburg. Er ist Vorstandssprecher des Zentrums für Regionalforschung an der Universität Würzburg sowie Sprecher der Arbeitskreise Geographische Handelsforschung und Geographie der Kommunikation. Seine Forschungsinteressen liegen in Analysemethoden und Modellierungen in der Handelsforschung und Sozialgeographie, insbesondere Multiagentensystemen, demographischen Prozessen und deren Relevanz für die Daseinsvorsorge sowie in aktuellen Themen der Mobilitätsforschung.

Sebastian Rauch (M.Sc) ist seit 2015 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geographie und Geologie, Sozial- und Bevölkerungsgeographie. Seine Forschungsinteressen liegen in der Medizinischen und Bevölkerungsgeographie sowie der interdisziplinären Anwendung geographischer Informationssysteme, insbesondere für aktuelle Themen der Mobilitäts- und Standortforschung.

Abstract:

Der Beitrag fokussiert die Rolle von Erreichbarkeitsanalysen in der räumlichen Planung sowie der Evaluation der Versorgungssituationen unterschiedlicher Gesundheitseinrichtungen anhand zweier Beispiele. Es werden zwei Verfahren zur Modellierung von Erreichbarkeiten durch Geographische Informationssysteme (GIS) vorgestellt. Zum einen können mithilfe von rasterbasierter Erreichbarkeitsmodellierung ein Überblick über die bestehende Versorgungssituation gegeben sowie defizitäre Regionen und Räume auffindig gemacht werden. Durch eine Analyse der Erreichbarkeit von Hausärzten können anhand eines unterfränkischen Landkreises erste Erkenntnisse zur kleinräumigen Versorgungssituation abgeleitet werden. Eine Modellierung zeitlicher Erreichbarkeiten mit Rettungsfahrzeugen resultiert zum anderen in Isochronen-Kartendarstellungen, welche in der Verschneidung mit hoch aufgelösten demographischen Sachdaten verschiedene Analysemöglichkeiten bieten. Diese werden an einem bundesweiten Fallbeispiel aufgezeigt, welches die Potenziale der Methode für die raumbezogene Planung von Schlaganfallversorgungszentren skizzieren soll. Eine Anwendung der Verfahren auf andere medizinische Einrichtungen oder die Verschneidung mit weiteren themenbezogenen Sachdaten ist möglich.

Ausgewählte Folien zum Vortrag „Möglichkeiten und Anwendungen von Erreichbarkeitsanalysen im Gesundheitswesen“.

Die komplette Präsentation finden Sie unter:
www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheitswesen/rauh+rauch_moeglichkeiten_und_anwendungen_von_erreichtbarkeitsanalysen_im_gesundheitswesen_kurz_fg.pdf



UNIVERSITÄT WÜRZBURG

Wie Erreichbarkeit/Nähe konzeptionieren?
nach Jürgens (2014:2):

- in metrischen Einheiten?
- in Zeiteinheiten?
- nach Mobilitätskosten?
- nach körperlicher Mobilität (was kann ich mir zumuten?)
- nach Bequemlichkeit (Kombinierbarkeit mit anderen Tätigkeiten)?
- nach Informationsstand (Bekanntheitsgrad der Praxen)?
- Ist Versorgung die erstbeste Praxis/Krankenhaus?
- ...

→ Konzept Erreichbarkeit müsste umfangreich operationalisiert werden

31.08.2018 Möglichkeiten und Anwendungen von Erreichbarkeitsanalysen im Gesundheitswesen 1

UNIVERSITÄT WÜRZBURG

Erreichbarkeitsanalyse zur Evaluation der Versorgung zertifizierter Stroke Units

Literatur- und Rettungsdienstbasierte Geschwindigkeitsannahmen

Rasterverfahren Vektorverfahren

Überblick über gesamtes Untersuchungsgebiet

Zusammenfassen der Disaggregierten Bevölkerungsinformationen entsprechend der Isochronen

Bewertung der Versorgungssituation

Flächenhafte Verteilung der Zensus-Bevölkerungsinformationen → Zuweisen spezifischer Informationen auf Gebäudegrünrisse (Dissaggregation)

Empirische Erreichbarkeit ausgewählter Stroke Units durch Bestimmung gebäudegenauer Werte

31.08.2018 Möglichkeiten und Anwendungen von Erreichbarkeitsanalysen im Gesundheitswesen 2

UNIVERSITÄT WÜRZBURG

Durchschnittliche Erreichbarkeit

	Durchschnitt	Maximum
Zeit	14,5 min	44,1 min
Entfernung	17,1 km	44,7 km

31.08.2018 Möglichkeiten und Anwendungen von Erreichbarkeitsanalysen im Gesundheitswesen 3

Kompression oder Expansion von Pflegebedarf in den Kreisen und kreisfreien Städten Deutschlands

Dr. Daniel Kreft und Prof. Gabriele Doblhammer

Universität Rostock und Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels



Dr. Daniel Kreft

Zu den Personen:

Dr. Daniel Kreft ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und Demografie an der Universität Rostock und am Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels. Dr. Kreft hat Sozialwissenschaften und Demografie an der Universität Rostock studiert, nahm an einem dreijährigen internationalen Doktorandenaustauschprogramm mit mehrmaligen Forschungsaufenthalten in der La Sapienza – Università di Roma teil und hat 2017 im Bereich Demografie mit dem Thema „Regionale gesundheitliche Unterschiede in Deutschland“ promoviert. Die Forschungsschwerpunkte von Dr. Kreft sind die Analysen regionaler Unterschiede von Gesundheit und Sterblichkeit und deren Ursachen, Untersuchungen von kontextuellen und lebensbiografischen Einflüssen auf die Lebensqualität und die Erforschung von Auswirkungen interregionaler und internationaler Migration auf die individuelle und öffentliche Gesundheit (Public Health) in Deutschland und Europa.

Gabriele Doblhammer ist Professorin für Empirische Sozialforschung und Demografie an der Universität Rostock. Sie ist geschäftsführende Direktorin des Rostocker Zentrums zur Erforschung des demografischen Wandels, Leiterin der Abteilung Demografische Studien am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in Bonn und „Distinguished Research Scholar“ am Max-Planck-Institut für demografische Forschung. Ihre For-

schung beschäftigt sich mit Mustern und Trends in Gesundheit, Morbidität und Pflegebedarf im Alter. Ein spezieller Schwerpunkt liegt auf Lebenslauffaktoren kognitiver und physischer Leistungsfähigkeit im Alter und neurodegenerativen Erkrankungen wie Demenzen und Parkinson.

Abstract:

Hintergrund:

Demographische und Gesundheitstrends in den Wohlfahrtsstaaten führen zu ausgeprägten Veränderungen der Bevölkerungszusammensetzung, welche zusätzlich zwischen den Regionen variieren. Ziel der Studie ist es, die regionalen Unterschiede des Bezugs von Pflegegeld und Pflegeleistungen für Regionen in Deutschland und ihren Zusammenhang mit unterschiedlichem wirtschaftlichen Wohlstand und Siedlungsstruktur aufzudecken.

Daten und Methoden:

Aufbauend auf administrativen Daten der Bevölkerungsfortschreibung und der Pflegestatistik 2001, 2003, 2007 und 2009 werden mittels der Sullivan-Methode Lebensjahre mit und ohne Pflegebedarf errechnet. Das Health Ratio – der Anteil der pflegefreien an der Gesamtlebenserwartung – und dessen zeitliche Veränderung ermöglichen die Ermittlung von Kompression oder Expansion des Pflegebedarfs. Die Berechnung erfolgt für das Alter 65+ getrennt nach Geschlecht, Pflege allgemein und schwere Pflege jeweils für die Kreise und die Regionstypen nach Haushaltseinkommen pro Kopf und Einwohnerdichte (Kategorien: 20% geringste, 40% mittlere, 40% höchste Werte).

Ergebnisse:

Es zeigt sich für ländliche und mittelstädtische Regionen ein klarer Unterschied in den Trends des Health Ratios: Im Falle allgemeiner Pflege kann eine Expansion ausgemacht werden, die am höchsten für ländliche, strukturschwache Regionen (Männer -1,89 Prozentpunkte PP, Frauen -2,01 PP) und am schwächsten für durchschnittlich wohlstädtische Städtereionen (Männer: -0,08 PP, Frauen

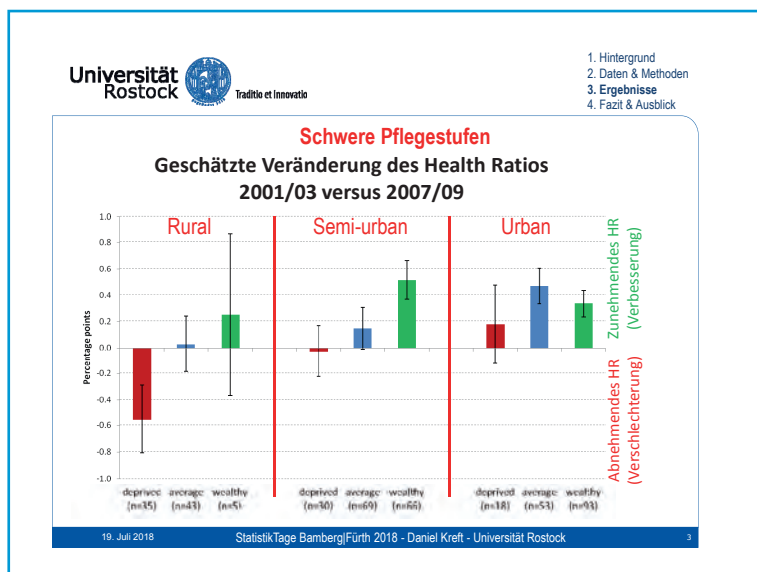
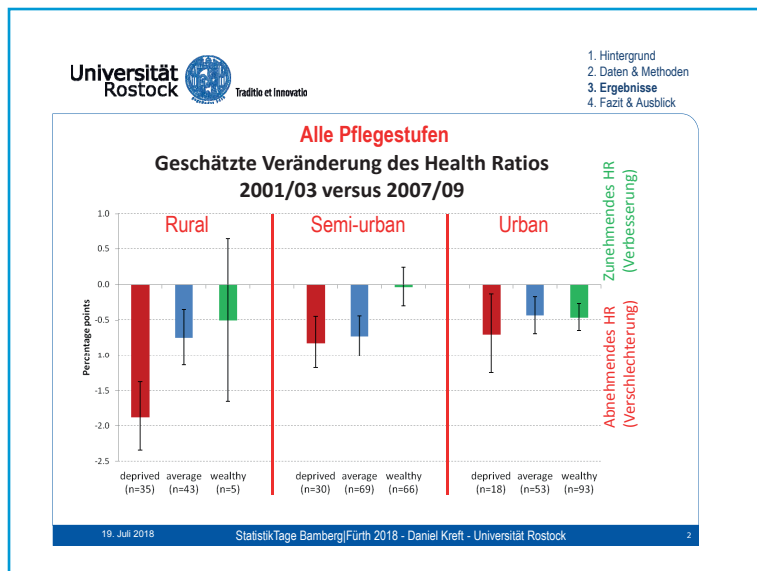
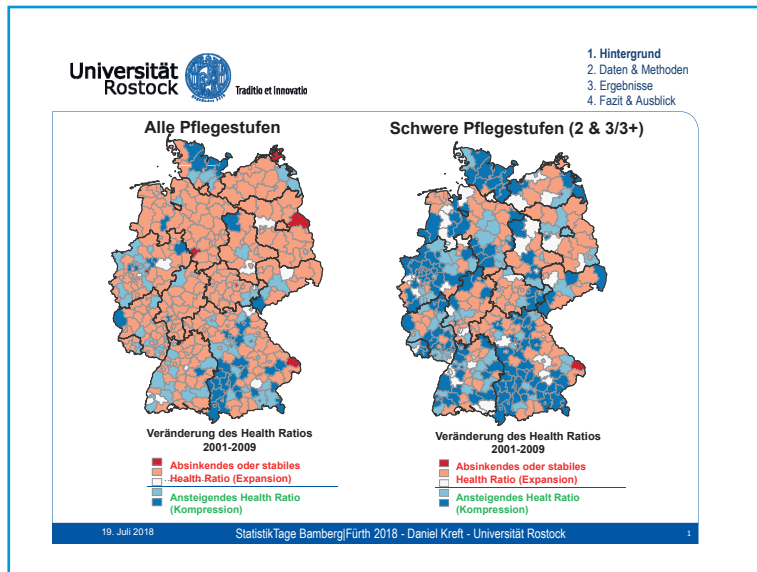
-0,31 PP) ist. Bei schwerer Pflege können stabile Werte (dynamisches Gleichgewicht) bis leichte Kompression (Männer bis zu 0,35 PP, Frauen bis 0,49 PP) gezeigt werden, jedoch eine Expansion für strukturschwache, ländliche Räume (Männer -0,71 PP, Frauen -0,39 PP). Bei urbanen Regionen ist der soziale Gradient nicht auffindbar.

Diskussion:

Wirtschaftlich schwache und ländliche Regionen zeigen unvorteilhaftere Pflegetrends als wirtschaftlich starke und hochurbanisierte Regionen. Dies ist ein Indikator für ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von Pflegeleistungen, selektiver Mortalität und Migration und unterschiedlicher Folgen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und Lebensverhältnisse.

Ausgewählte Folien zum Vortrag „Kompression oder Expansion von Pflegebedarf in den Kreisen und kreisfreien Städten Deutschlands“.

Die komplette Präsentation finden Sie unter:
www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheit/kompression_oder_expansion_von_pflegebedarf.pdf



Der Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen

Christian Mackenrodt, Statistik der Bundesagentur für Arbeit



Christian Mackenrodt

Zur Person:

Christian Mackenrodt arbeitet als Fachexperte für Arbeitsmarktstatistik im Statistik-Service Südost der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg. Seinem Studium der Politikwissenschaft mit den Schwerpunkten Statistik und Methoden der empirischen Sozialforschung in Bamberg und Liège folgten zunächst Tätigkeiten als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Duisburg-Essen und als Marktforscher für die GfK SE in Nürnberg.

Abstract:

Die Statistik der Bundesagentur für Arbeit bietet vielfältige Daten zur Arbeitsmarktsituation von Menschen mit Behinderungen.

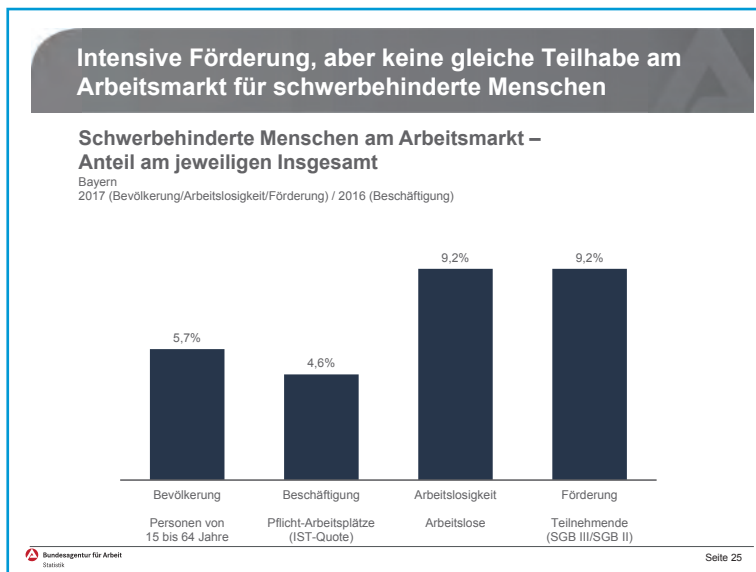
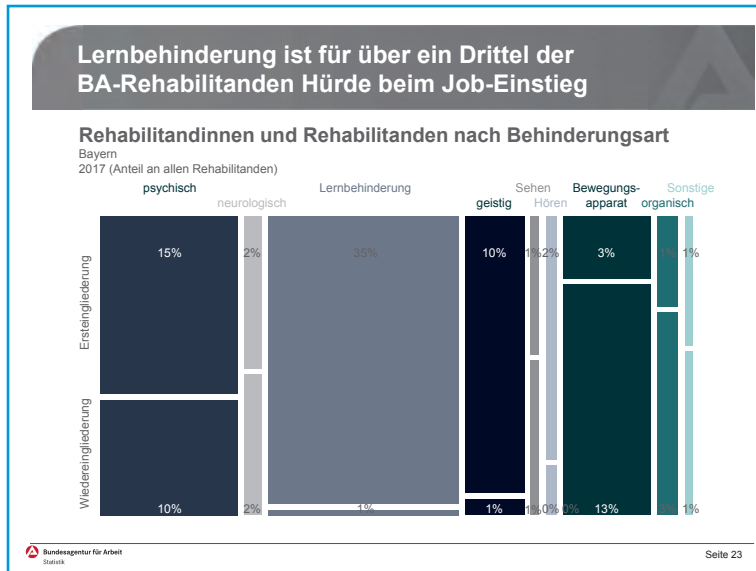
Diese speisen sich aus unterschiedlichen Quellen (IT-Verfahren der BA sowie der zugelassenen kommunalen Träger, Meldungen zur Sozialversicherung, Anzeigen zur Ermittlung der Ausgleichsabgabe durch die Integrationsämter) und fokussieren zwei Gruppen von Menschen mit Behinderungen:

- schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Personen und
- Personen, die ein Recht auf Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben haben und für die die Bundesagentur für Arbeit als Träger der beruflichen Rehabilitation zuständig ist.

Am Beispiel des bayerischen Arbeitsmarktes werden für diese beiden Personengruppen Möglichkeiten und Besonderheiten der Datenquellen erklärt und Kennzahlen zur Beschäftigungssituation, Arbeitslosigkeit sowie Förderung und Prozess der beruflichen Rehabilitation dargestellt.

Ausgewählte Folien zum Vortrag „Der Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen“.

Die komplette Präsentation finden Sie unter:
www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheits/mackenrodt_arbeitsmarkt_menschenmitbehinderungen.pdf



Die berufliche Wiedereingliederung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in Kostenträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit

Dr. Nancy Reims, Dr. Anton Nivorozhkin, Silke Tophoven, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung



Dr. Nancy Reims

Zu den Personen:

Nancy Reims studierte Soziologie und Anglistik an der Universität Erlangen-Nürnberg. Seit 2010 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich „Erwerbslosigkeit und Teilhabe“ am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). 2015 schloss sie ihre Dissertation zum Thema „Berufliche Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen. Einfluss auf Gesundheit und Erwerbsintegration“ an der Universität zu Köln ab. Aktuell leitet sie das IAB-Forschungsprojekt „Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben“.

Anton Nivorozhkin ist Ökonom und promovierte an der wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität von Göteborg im Jahr 2006. Seit 2005 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung und beschäftigt sich unter anderem mit den Themen der beruflichen Rehabilitation und dem Langzeitbezug von Leistungen zur Grundsicherung.

Silke Tophoven, M.A. ist Soziologin und war von 2009 bis 2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen die Themen berufliche Rehabilitation, Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit sowie Kinder in Armutslagen. Seit 2018 ist sie bei der Stadt Krefeld als Koordinatorin im Rahmen der Umsetzung der „Kommunalen Präventionsketten“ tätig.

Abstract:

Im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA; berufliche Rehabilitation) können Personen mit Behinderungen und gesundheitlichen Einschränkungen bei einer beruflichen Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt unterstützt werden. Die vorliegende Studie beschreibt die Gruppe der Personen detailliert, die als Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine berufliche Wiedereingliederung bei der BA anstreben. Im Zusatz zur regelmäßigen Statistik der BA bieten die Analysen eine Ergänzung um weitere Personenmerkmale und liefern einen Überblick über individuelle Erwerbs- und Rehabilitationsverläufe. Betrachtet werden neben der Personenstruktur und -charakteristik die aufgenommenen Maßnahmen sowie der Zugangsstatus direkt vor Reha-Beginn und die beruflichen Tätigkeiten der Geförderten vor bzw. nach der beruflichen Rehabilitation.

Die deskriptiven Analysen beruhen auf Daten des LTA-Rehaprozessdatenpanels. Dabei handelt es sich um administrative Daten, die einerseits aus den Geschäftsprozessen der BA sowie den Meldungen zur Sozialversicherung gewonnen werden. Mithilfe dieser Daten kann die Gesamtheit des Rehabilitationsprozesses dargestellt werden sowie die Erwerbsverläufe vor und nach den Reha-Verfahren. Die Analysen umfassen den Zeitraum einer Beantragung und Bewilligung einer LTA zwischen den Jahren 2010 und 2015.

Seit 2010 lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg in den Antragszahlen auf LTA beobachten. Etwa 80% der Personen werden dabei anerkannt. Neben Personen, die einen Antrag aus einer Arbeitslosigkeit heraus stellen, sind Beschäftigte die zweitgrößte Gruppe. Ihr Anteil unter den Geförderten nimmt stetig zu. Etwa die Hälfte der in 2015 anerkannten Personen hat eine Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates, etwa ein Drittel sind Personen mit einer psychischen Behinderung. Die Geförderten erhalten am häufigsten Weiterbildungs- oder Umschulungsmaßnahmen sowie technische Arbeitsplatzanpassungen. Letztere werden immer häufiger und hauptsächlich von Personen mit Behinderungen des

Stütz- und Bewegungsapparats beansprucht. Nach dem Reha-Verfahren werden seltener manuelle Tätigkeiten und häufiger nicht-manuelle sowie kognitive und analytische Tätigkeiten ausgeführt. Direkt im Anschluss an ein Reha-Verfahren ist über die Hälfte in einer neuen oder zuvor bestehenden Beschäftigung. Zuvor bestehende Beschäftigungsverhältnisse können häufig durch technische Hilfen beibehalten werden. Die gestiegene Beantragung und Inanspruchnahme von LTA ist vermutlich auf die erhöhte Informiertheit bei Arbeitgebern und Geförderten zurückzuführen sowie der gestiegenen Notwendigkeit aufseiten der BA, einem Jobverlust präventiv zu begegnen.

Ausgewählte Folien zum Vortrag „Die berufliche Wiedereingliederung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in Kostenträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit“.

Die komplette Präsentation finden Sie unter:
www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheits/reims_berufliche_wiedereingliederung_fg.pdf



IAB

Datengrundlage:
LTA-Reha-Prozessdatenpanel (LTA-RehaPro)

5

IAB

Steigende Beantragung von LTA

Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Bundesagentur für Arbeit
 Anteile in Prozent

Reha-Beginn	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Zahl der Fälle	27.732	27.851	28.135	28.752	30.613	32.584
Reha-Anträge ... nicht anerkannt	22	22	20	20	19	19
anerkannt	78	78	80	80	81	81

Quelle: LTA-Reha-Prozessdatenpanel (LTA-RehaPro), Reha-Beginn 2010 bis 2015. © IAB

9

IAB

Hauptbehinderungsarten: psychische Erkrankungen und Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates

Art der Behinderung bei Personen in der beruflichen Rehabilitation
 Eingetragene Hauptbehinderungsart, Anteile in Prozent

Reha-Beginn	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Zahl der Fälle	21.522	21.863	22.386	23.129	24.748	26.312
Behinderung des Stütz- und Bewegungsapparates	42	42	43	44	46	47
psychische Behinderung	12	11	11	12	11	11
organische Behinderung	10	8	8	8	7	7
geistige Behinderung	4	4	5	4	4	4
neurologische Behinderung	3	3	3	3	3	3
Sehbehinderung	3	3	3	3	3	3
Hörbehinderung	3	3	3	3	3	3
sonstige Behinderung	3	3	3	3	3	3
Lernbehinderung	3	3	3	3	3	3

Anmerkung: Die nicht ausgewiesenen Werte bei Hör-, Seh- und Lernbehinderung betragen alle 2 %.
 Quelle: LTA-Reha-Prozessdatenpanel (LTA-RehaPro), Reha-Beginn 2010 bis 2015. © IAB

11

Krankheitsbedingte Erwerbsunterbrechungen im Kontext sozialpolitischer Institutionen

Karolin Hiesinger, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung



Karolin Hiesinger

Zur Person:

Karolin Hiesinger studierte Sozialökonomik (B.A.) und „Arbeitsmarkt und Personal“ (M.Sc.) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Seit 2016 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und nimmt seit 2017 als Stipendiatin am gemeinsamen Graduiertenprogramm des IAB und der Universität Erlangen-Nürnberg teil. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Gesundheitsökonomie und -soziologie.

Abstract:

In Deutschland sind inzwischen 45,0% aller Arbeitsunfähigkeitstage auf Langzeitkrankheiten zurückzuführen (Knieps & Pfaff, 2017). Diese Krankheiten können für Arbeitnehmer schwerwiegende Folgen haben: Neben der physischen oder psychischen Beeinträchtigung durch die Krankheit selbst bringt eine lange krankheitsbedingte Erwerbsunterbrechung Einkommenseinbußen, Abschreibung von Humankapital und ein erhöhtes Risiko der Kündigung mit sich (Hultin et al., 2012). Sozialpolitische Institutionen wie der Kündigungsschutz oder das Krankengeld sollen diese negativen Folgen abmildern. Für Personen, welche nicht in den Geltungsbereich der Institutionen fallen, kann sich eine lange krankheitsbedingte Erwerbsunterbrechung daher umso gravierender auf den weiteren Erwerbsverlauf auswirken.

Der Beitrag analysiert, inwieweit die Institution des deutschen Kündigungsschutzes die Inzidenz und Dauer von Langzeitkrankheiten beeinflusst. Dabei wird angenommen, dass das Krankheitsverhalten zum Teil auch auf individuelle Entscheidungen zurückgeführt werden kann. Antizipierte Arbeitsplatzunsicherheit – in Form eines nicht vorhandenen oder schwachen Kündigungsschutzes – kann demnach dazu führen, dass Personen aus Furcht vor einer Kündigung versuchen, lange krankheitsbedingte Erwerbsunterbrechungen zu vermeiden oder hinauszuzögern.

Für die empirische Analyse wird eine Reform aus dem Jahr 2004, welche den Kündigungsschutz lockerte, als natürliches Experiment genutzt. Innerhalb der Reform wurde der Grenzwert für die Betriebsgröße, ab der der allgemeine Kündigungsschutz gilt, von fünf auf zehn vollzeitäquivalente Mitarbeiter erhöht. In einem Differenz-in-Differenzen-Ansatz werden die kausalen Effekte des Kündigungsschutzes auf die Inzidenz und Dauer von langen Krankheitsphasen geschätzt. Den Analysen liegen die Biographiedaten ausgewählter Sozialversicherungsträger in Deutschland (BASiD) zugrunde. Dabei handelt es sich um einen administrativen Datensatz, der Individualdaten der deutschen Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit kombiniert, sodass Informationen über sowohl renten- als auch erwerbsrelevante Phasen erfasst werden. Um die Betriebsgröße zu berechnen, werden dem Datensatz Betriebsinformationen hinzugespielt.

Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass die von der Reform betroffenen Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit haben, zwei Jahre nach Betriebseintritt in eine krankheitsbedingte Erwerbsunterbrechung überzugehen. Die Dauer der Krankheitsphasen scheint von der Reform nicht betroffen zu sein.

Literatur:

Hultin, H., Lindholm, C., & Möller, J. (2012). Is There an Association between Long-Term Sick Leave and Disability Pension and Unemployment beyond the Effect of Health Status? – A Cohort Study. PLoS ONE, 7(4), e35614.

Knieps, F. & Pfaff, H. (2017). Digitale Arbeit – Digitale Gesundheit. BKK Gesundheitsreport. Berlin.

Ausgewählte Folien zum Vortrag „Krankheitsbedingte Erwerbsunterbrechungen im Kontext sozialpolitischer Institutionen“.

Die komplette Präsentation finden Sie unter:
www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheits/hiesingerk_krankheitsbedingte_erwerbsunterbrechungen_kurz_fg.pdf



Motivation

Krankheitsbedingte Erwerbsunterbrechungen

- 2017 lag der Anteil der Langzeitkrankheiten bei 4,3 % aller Krankheitsfälle, aber bei 42,1 % aller Krankheitstage (Meyer, Wehner, Chichon, 2017)
- Die Prävalenz von Langzeitkrankheiten hat in den letzten Jahren zugenommen, das Krankheitsspektrum hat sich von akuten zu Langzeitkrankheiten verschoben (Meyer, Böttcher, Glushanok, 2015)
 „Langzeit-Arbeitsunfähigkeit mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen stellt sowohl für die Betroffenen als auch für die Unternehmen und Krankenkassen eine besondere Belastung dar.“ (Meyer, Wehner, Chichon, 2017, S. 321)
- Mögliche Folgen von (langen) Krankheitsphasen für individuellen Arbeitnehmer: Einkommenseinbußen, Abschreibung von Humankapital, Gefahr der Kündigung
 → Sozialpolitische Institutionen wie Krankengeld oder Kündigungsschutz sollen negative Folgen abmildern
 → Was passiert bei fehlendem/schwachen institutionellen Schutz?

Krankheitsbedingte Erwerbsunterbrechungen im Kontext sozialpolitischer Institutionen 2

Deskriptive Ergebnisse

Krankheitsbedingte Erwerbsunterbrechungen im Kontext sozialpolitischer Institutionen 8

Zusammenfassung & Diskussion

- Personen ohne Kündigungsschutz haben eine geringere Wahrscheinlichkeit, im zweiten Jahr nach Betriebseintritt in Krankheit überzugehen
 - Personen ohne Kündigungsschutz könnten gerade in den ersten Jahren nach Betriebseintritt versuchen, lange Ausfallzeiten zu vermeiden
 - Betrachtung langfristiger Effekte der Reform wünschenswert
- Die Dauer der Krankheitsphasen scheint nicht betroffen zu sein
- Datenrestriktionen: keine Informationen über Art der Arbeitsverträge (befristet/unbefristet) oder Art der Krankheit (psychisch/physisch)

Krankheitsbedingte Erwerbsunterbrechungen im Kontext sozialpolitischer Institutionen 10

Beeinflussen medizinische und vergütungsrelevante Schwellenwerte die Krankenhausbehandlung? Eine empirische Analyse der Neugeborenenversorgung mit der DRG-Statistik

Simon Reif, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Dr. Sebastian Wichert, ifo Institut, Prof. Amelie Wuppermann, Ludwig-Maximilians-Universität München



Dr. Sebastian Wichert

Zur Person:

Sebastian Wichert studierte von 2007 bis 2011 und promovierte von 2012 bis 2018 an der Ludwig-Maximilians-Universität München im Bereich Volkswirtschaftslehre. Seit Juli 2017 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter und Postdoktorand am ifo Institut im Zentrum für Industrieökonomik und Neue Technologien und am LMU-ifo Economics & Business Data Center (EBDC). Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Gesundheitsökonomie, Innovationsökonomik und Wirtschaftsgeschichte. Dabei beschäftigt er sich auch mit den Themen Record Linkage, insbesondere der Verknüpfung von administrativen Daten und Befragungsdaten sowie dem Forschungsdatenmanagement.

Abstract:

Kleine Diagnoseunterschiede können für Krankenhäuser große finanzielle Auswirkungen haben, da seit 2004 deutsche Akutkrankenhäuser für die Versorgung von ähnlichen Patientenfällen, die auf Basis demographischer Variablen, Diagnosen und medizinischer Prozeduren einer strikt definierten Fallgruppe, einer sogenannten DRG, zugeordnet werden, im Normalfall die gleiche fixe Vergütung, genannt Fallpauschale, erhalten.

Im Bereich der Neugeborenenversorgung bedeutet dies, dass für zwei (fast) identische Neugeborene die Fallpauschalenvergütung für das Kind mit einem Geburtsgewicht knapp unterhalb eines Schwellen-

werts signifikant höher ist. Diese Anreizstruktur führt, wie mehrfach nachgewiesen wurde, zu einem massiven Underreporting von Geburtsgewichten, sogenanntem Upcoding.

Gleichzeitig dienen Geburtsgewichtsschwellen zur medizinischen Diagnostik und sind Teil von Behandlungsempfehlungen. Obwohl geringeres Geburtsgewicht typischerweise mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht, konnte gezeigt werden, dass Kinder unterhalb der 1500-Gramm-Schwelle eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit haben als Kinder knapp darüber.

Da vergütungsrelevante und diagnostische Geburtsgewichtsschwellen oftmals zusammenfallen, könnte also ein Neugeborenes durch das Underreporting von Geburtsgewichten direkt und indirekt durch bessere finanzielle Spielräume des Krankenhauses profitieren.

Im Gegensatz zur früheren Literatur, die die Vergütungs- und die Diagnoseeffekte nur separat betrachtet hat, wird hier untersucht, ob ein Neugeborenes durch ein Geburtsgewicht knapp unterhalb einer vergütungsrelevanten Schwelle medizinisch profitiert. Auf Basis der administrativen fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) von 2005 bis 2011, die die Gesamtheit aller Krankenhausgeburten in Deutschland umfasst, vergleichen wir mittels fortgeschrittener Regressionstechniken die Überlebenswahrscheinlichkeit und die Behandlung, die Neugeborene knapp ober- und unterhalb der acht vergütungsrelevanten Schwellen erhalten.

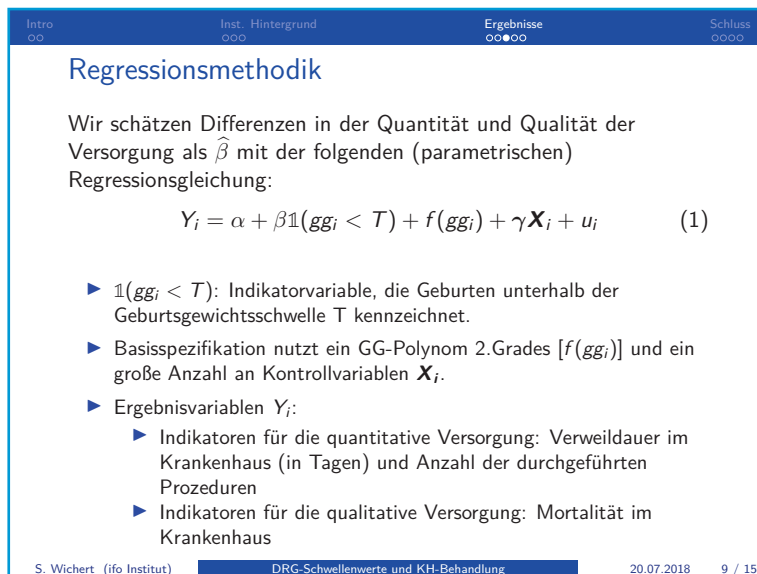
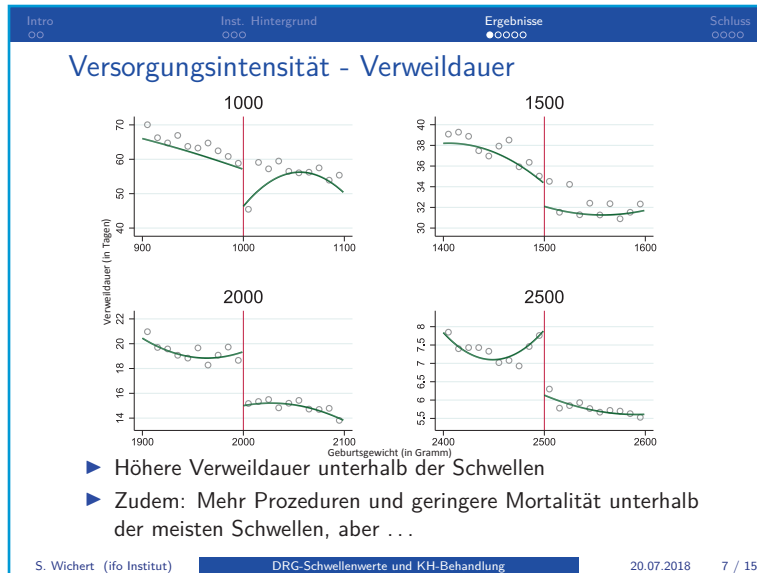
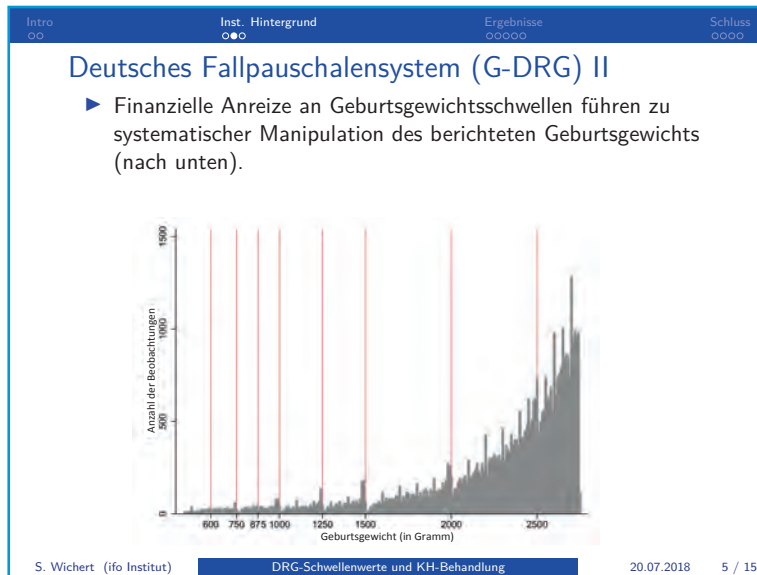
Ein erster naiver Vergleich zeigt höhere Überlebenswahrscheinlichkeiten, eine längere Verweildauer im Krankenhaus und eine intensivere Behandlung für Neugeborene unterhalb einer solchen Schwelle im Vergleich zu Neugeborenen darüber. Berücksichtigt man aber in der empirischen Analyse, dass das Underreporting nicht zufällig stattfindet, sondern, dass Neugeborene, bei denen höhere Behandlungskosten erwartet werden, häufiger unter die Ge-

birthweight threshold geschoben werden, so verschwinden die meisten Behandlungsunterschiede.

Daraus schließen wir, dass, insbesondere für besonders behandlungsbedürftige, sehr untergewichtige Neugeborene die Vergütung, die ein Krankenhaus erhält, keine Rolle für die Behandlungsentscheidung spielt und die Geburtsgewichtsm Manipulation nur ein Mittel ist trotz ökonomischen Drucks allen Patienten die medizinisch notwendige Behandlung zukommen zu lassen.

Ausgewählte Folien zum Vortrag „Beeinflussen medizinische und vergütungsrelevante Schwellenwerte die Krankenhausbehandlung? Eine empirische Analyse der Neugeborenenversorgung mit der DRG-Statistik“.

Die komplette Präsentation finden Sie unter:
www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheits/wichert_analyse_der_neugeborenenversorgung_mit_der_drg-statistik.pdf



Leben und Sterben von Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft – Unternehmensdemographische Betrachtungen der bayerischen Gesundheitsbranche

Dr. Susanne Walter, Bayerisches Landesamt für Statistik



Dr. Susanne Walter

Zur Person:

Susanne Walter studierte Betriebswirtschaft/Internationales Management an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena. Anschließend arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Mikroökonomik an der Universität Jena und promovierte zum Thema Regionale Innovationssysteme, Netzwerke in Forschung und Entwicklung und Innovationspolitik. Seit März 2016 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Sachgebiet „Unternehmensregister, Gewerbeanzeigen, Insolvenzen“ im Bayerischen Landesamt für Statistik tätig.

Abstract:

Die Gesundheitswirtschaft bildet eine wichtige Säule im deutschen Gesundheitssystem. Sie gilt als eine der innovativsten Branchen in Deutschland und ist von großer ökonomischer Bedeutung. Dazu zählen neben den klassischen Leistungserbringern wie Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern auch Akteure aus Industrie und Forschung, welche den technischen Fortschritt und die Wissensgenerierung durch das Hervorbringen neuer Produkte und Dienstleistungen vorantreiben (Henke et al. 2011). Die Relevanz innovativer Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft spiegelt sich auch in der starken Förderung regionaler Netzwerke von verschiedenen Akteuren der Gesundheitsbranche durch die Bundes- und Landesregierungen wider, wie beispielsweise das BioM Netzwerk im Raum München mit dem Fokus auf Innovationen im Bereich Perso-

nalisierte Medizin oder das MedicalValley als Netzwerk zur Förderung von effektiven und effizienten Lösungen für eine optimale Gesundheitsversorgung in der Metropolregion Erlangen/ Nürnberg belegen. Ein bedeutender Kanal zur Vermarktung neuer Ideen und Erfindungen (Innovationen) ist die Gründung neuer Unternehmen. Das Gründungsgeschehen ist daher ein wichtiger Indikator für die Innovationsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft und damit für die Entwicklung zu einer effizienten Gesundheitsversorgung.

Um das Gründungsgeschehen und die damit einhergehende Dynamik einer Branche abzubilden, bedarf es einer adäquaten Datengrundlage. Die amtliche Statistik liefert mit dem Statistischen Unternehmensregister, einer Datenbank aller wirtschaftlich aktiven Unternehmen, eine solche solide Datenbasis. Die darauf aufbauende Statistik zur Unternehmensdemographie erlaubt Analysen der Dynamik des Gründungsgeschehens, des Sterbens sowie des Überlebens von Unternehmen klassifiziert nach wirtschaftlichem Schwerpunkt und regionalem Standort.

Der vorliegende Beitrag verfolgt zwei Ziele: Zum einen soll das Potenzial dieser amtlichen Datenquelle zur Unternehmensdemographie, welche in den Forschungsdatenzentren des Bundes und der Länder den Wissenschaftlern zur Verfügung steht, dargelegt werden.

Zum anderen sollen erste Analysen zur Unternehmensdynamik in der Gesundheitsbranche vorgestellt werden. Anhand der Darstellung der Gründungsaktivität, der Alters- und Größenstruktur sowie dem Überleben der wirtschaftlich aktiven Unternehmen der Gesundheitswirtschaft sollen Einblicke in den Wettbewerb, die Innovationsfähigkeit sowie die Turbulenz in der Gesundheitsbranche gewonnen werden.

Literatur:

Henke et al. (2011). Innovationsimpulse der Gesundheitswirtschaft – Auswirkungen auf Krankheitskosten, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung. Endbericht, Forschungsprojekt im Auftrag des Bun-

desministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi).

Ausgewählte Folien zum Vortrag „Leben und Sterben von Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft – Unternehmensdemographische Betrachtungen der bayerischen Gesundheitsbranche“.

Die komplette Präsentation finden Sie unter: www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheit/walter_leben_und_sterben_von_unternehmen_in_der_gesundheitswirtschaft_fg.pdf



Bayerisches Landesamt für Statistik

Das Statistische Unternehmensregister

- ▶ Regelmäßig aktualisierte Datenbank aller wirtschaftlich aktiven Unternehmen
- ▶ Relevanzschwellen (Beschäftigte und Umsatz)
- ▶ Funktion
 - Auswahlgrundlage (Fundament der amtlichen Wirtschaftsstatistik)
 - Auswertungsgrundlage
- ▶ Datenerhebung
 - Sekundärstatistik: Verarbeitung, Plausibilisierung, Qualitätssicherung von Verwaltungsdaten in regelmäßigem Turnus
 - Wichtigste Datenquellen: Beschäftigtendaten der Bundesagentur für Arbeit, Umsatzsteuervoranmeldungen der Finanzämter

Unternehmensdemografie Gesundheitswesen / Statistiktage - Dr. Susanne Walter - 20.07.2018 - Bamberg

Bayerisches Landesamt für Statistik

Datenzugang

Aggregierte Daten		Mikrodaten
	Sonderauswertungen (Auskunftsdienst)	
- Kostenfrei abrufbar - Regionale und wirtschaftsfachliche Gliederung - Grobe Gliederung - Geringe Flexibilität	- Kostenpflichtig - Hohe Flexibilität	- Formal anonymisiert (On-Site-Nutzung) - Flexible Auswertungsmöglichkeiten - Hoher Informationsgehalt - Verknüpfbarkeit

Unternehmensdemografie Gesundheitswesen / Statistiktage - Dr. Susanne Walter - 20.07.2018 - Bamberg 7

Bayerisches Landesamt für Statistik

Strukturelle Unterschiede

Beschäftigtengrößenklassen von Neugründungen, Schließungen und überlebenden Unternehmen in- und außerhalb der Gesundheitsbranche im BJ 2015

Kategorie	0 SVB	1-4 SVB	5-9 SVB	10 oder mehr SVB
Gründungen	innerhalb der Gesundheitswirtschaft	~45%	~45%	~10%
	außerhalb der Gesundheitswirtschaft	~15%	~45%	~40%
Schließungen	innerhalb der Gesundheitswirtschaft	~45%	~45%	~10%
	außerhalb der Gesundheitswirtschaft	~15%	~45%	~40%
Überlebende Unternehmen	innerhalb der Gesundheitswirtschaft	~45%	~45%	~10%
	außerhalb der Gesundheitswirtschaft	~15%	~45%	~40%

Unternehmensdemografie Gesundheitswesen / Statistiktage - Dr. Susanne Walter - 20.07.2018 - Bamberg 14

Jobmotor Gesundheit: Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft

Dr. Michaela Fuchs und Dr. Antje Weyh, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung



Dr. Antje Weyh

Zu den Personen:

Dr. Michaela Fuchs studierte von 1992 bis 1999 Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Saarbrücken und Bergamo. Von 2000 bis 2001 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen in Wiesbaden und von 2001 bis 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin beim ifo Institut für Wirtschaftsforschung, Niederlassung Dresden. Seit 2008 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im IAB Sachsen-Anhalt-Thüringen. Sie promovierte zu den Determinanten regionaler Beschäftigungsentwicklung. Ihre Forschungsinteressen betreffen regionale Disparitäten auf dem Arbeitsmarkt und in der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Dr. Antje Weyh studierte von 1997 bis 2002 Betriebswirtschaft. Von 2002 bis 2004 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Wirtschaftspolitik der Technischen Universität Bergakademie Freiberg. Seit Oktober 2004 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im IAB Sachsen. 2010 promovierte sie an der Technischen Universität Dresden. Ihre Forschungsinteressen liegen in den Bereichen Demographie und Arbeitsmarkt, Arbeitsmarktprognosen sowie der Transformationsforschung bezüglich Ostdeutschlands.

Abstract:

Die Gesundheitswirtschaft besitzt für den Arbeitsmarkt in Deutschland eine sehr große Bedeutung. Zum Stichtag 30. Juni 2016 waren rund 4,7 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheitswesen, dem Handel mit und der Herstellung von gesundheitsrelevanten Produkten sowie in weiteren Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft tätig. Dies entspricht etwa 15% aller Beschäftigten. Seit 2010 nahm ihre Zahl um 15% zu und wuchs damit schneller als die Beschäftigung insgesamt (13%).

Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft unterscheidet sich zwischen den einzelnen Bundesländern. So besitzt sie in Relation zur Gesamtbeschäftigung in Berlin das höchste Gewicht (18,3%), wohingegen sie in Bayern 14,2% ausmacht. Auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte sind die Unterschiede noch ausgeprägter. Hier reicht die Spannweite von 6,0% in Wolfsburg bis zu 31,0% in Heidelberg. Die Ursachen hierfür sind dabei vielfältig.

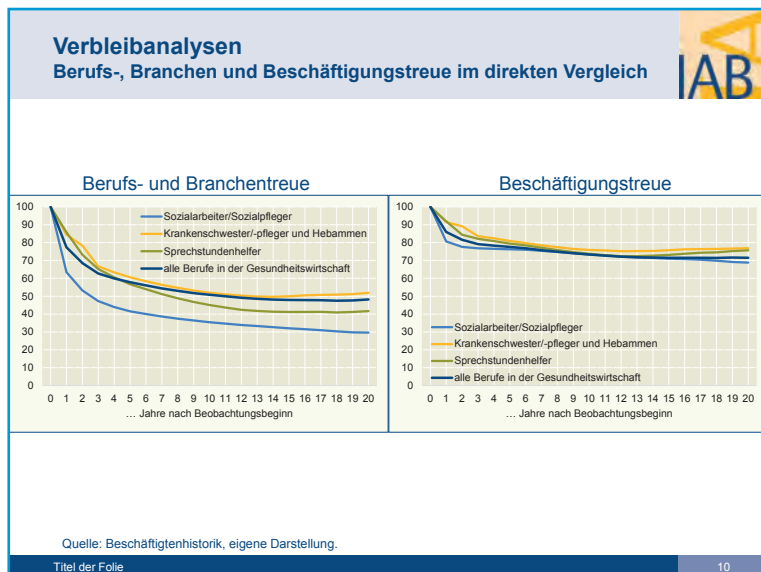
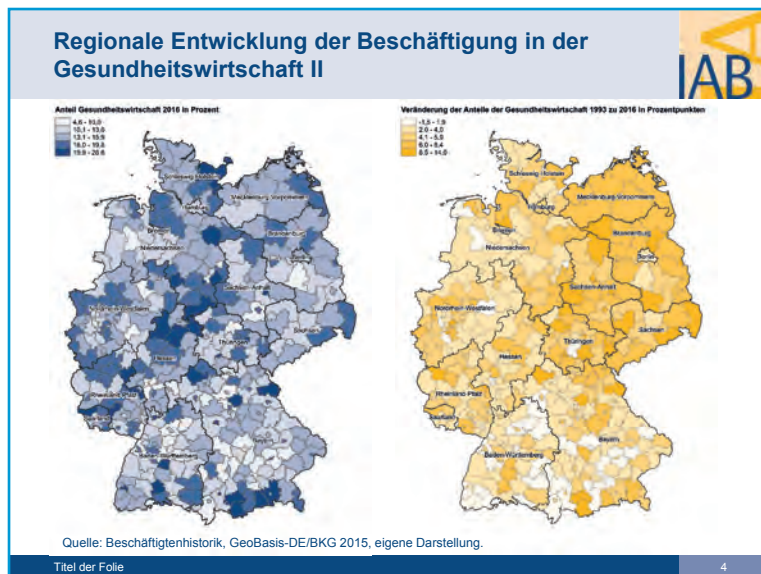
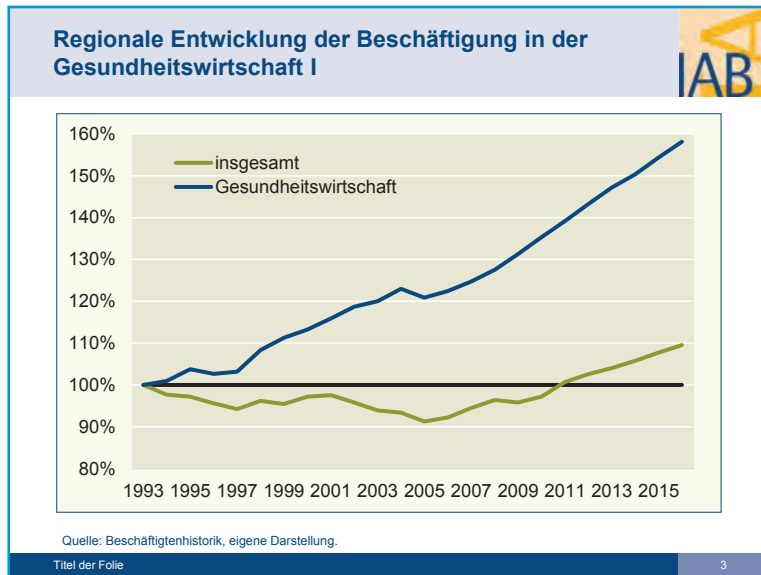
Die künftige Entwicklung in der Gesundheitswirtschaft wird entscheidend durch den demographischen Wandel geprägt werden, der insbesondere in Ostdeutschland und in den ländlichen Regionen Westdeutschlands einen Rückgang und die Alterung der Bevölkerung mit sich bringt. Damit einhergehend dürfte der Bedarf an medizinisch-technischen Dienstleistungen – und damit an qualifiziertem Fachpersonal – in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Wenn es gelingt, diesen Bedarf zu decken, dann kann die Gesundheitswirtschaft auch zur Stabilisierung der Beschäftigung in strukturschwachen Regionen beitragen.

Dieser Beitrag befasst sich mit dem Arbeitsmarkt in der Gesundheitswirtschaft und geht insbesondere auf die regionalen Unterschiede ein. Hierfür analysieren wir auf Basis der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit und der Beschäftigtenhistorik des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) ausgewählte Strukturmerkmale und Entwicklungen der Beschäftigung im Gesundheitsbereich. Ein besonderer Schwerpunkt der Untersuchung

liegt direkt auf den Gesundheitsberufen. Mit der vorliegenden Datenbasis ist es möglich, anhand einer Verlaufsanalyse die Verbleibsdauer in Beschäftigung für den jeweiligen Gesundheitsberuf in den Regionen Deutschlands zu bestimmen. Dies liefert im Hinblick auf mögliche regionale Strategien zur Bedarfsdeckung beim Gesundheitspersonal wertvolle Anhaltspunkte. Auch die Löhne und die Lohnentwicklung werden betrachtet, da sie die Attraktivität eines Berufes mitbestimmen. Zum Abschluss diskutieren wir die Arbeitsmarktperspektiven in der Gesundheitswirtschaft aus regionalwissenschaftlicher Sicht und gehen dabei auf die Herausforderungen ein, die aus dem demographischen Wandel resultieren.

Ausgewählte Folien zum Vortrag „Jobmotor Gesundheit: Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft“.

Die komplette Präsentation finden Sie unter:
www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheit/fuchs+weyh_jobmotor_gesundheit_fg.pdf



Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder

Patrick Schaumburg, Bayerisches Landesamt für Statistik



Patrick Schaumburg

Zur Person:

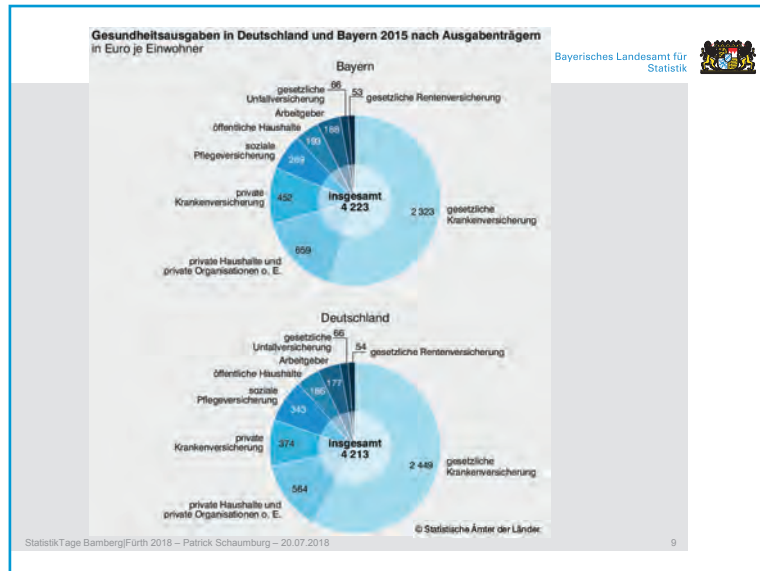
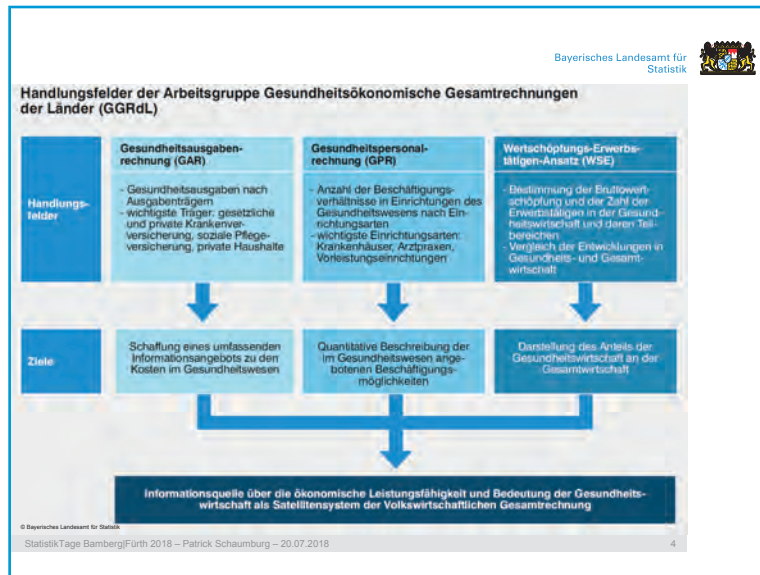
Patrick Schaumburg studierte Statistik an der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Otto-Friedrich-Universität Bamberg. Von 2009 bis 2017 war er im Bayerischen Landesamt für Statistik zunächst als Sachbearbeiter, später als Teamleiter und Referent im Sachgebiet „Agrarstruktur“ tätig. Seit Mai 2017 ist er als Referent für die Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen, insbesondere für die Gesundheitsausgabenrechnung, im Sachgebiet „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Erwerbstätigenrechnung“ zuständig.

Abstract:

Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft hat in den letzten Jahren weiter zugenommen. So waren im Jahr 2015 in Bayern rund 843 300 Personen in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt, dies bedeutet eine Zunahme um 17,3% seit 2008, dem Beginn der Berechnungen auf Länderebene. Noch deutlicher haben die Gesundheitsausgaben in diesem Zeitraum zugenommen. Die gesamten Ausgaben in Bayern lagen 2015 bei 53,9 Milliarden Euro und damit 30,6% höher als noch 2008. Im Jahr 2016 erzielte die Gesundheitswirtschaft Bayerns zuletzt eine Bruttowertschöpfung von 41,1 Milliarden Euro und trug damit 8,0% zur Bruttowertschöpfung der bayrischen Gesamtwirtschaft bei. Dieser steigenden Bedeutung entsprechend, umfasst die Arbeitsgruppe der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder (AG GGRdL) derzeit insgesamt elf Mitglieder. Aus den übrigen vier Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland und Sachsen-Anhalt, die bislang nicht Mitglied der AG GGRdL sind, liegt eine Freigabe für ihre Landesergebnisse vor, sodass 2017 erstmals Ergebnisse für alle 16 Bundesländer von der AG GGRdL berechnet und veröffentlicht werden konnten. Mit der Durchführung der Gesundheitspersonalrechnung und dem Wertschöpfungs-Erwerbstätigen-Ansatz betreut das federführende Statistische Landesamt Sachsen zwei der drei Teilbereiche der Gesundheitsökonomischen Gesamtrechnungen der Länder. Seit 2016 hat das Bayerische Landesamt für Statistik die Koordinierung des Bereiches der Gesundheitsausgabenrechnung übernommen. Dieses für den jeweiligen Teilbereich zentralisierte Vorgehen garantiert eine Berechnung nach einheitlicher Methode und sichert somit die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Bundesländern.

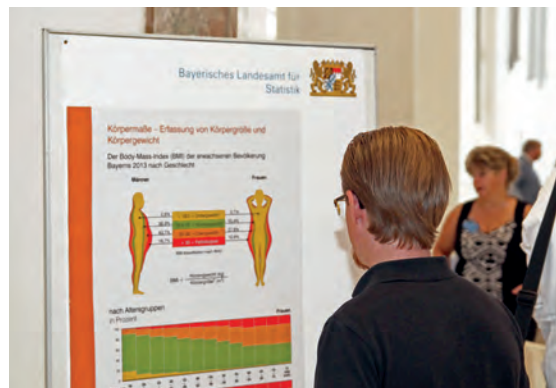
Ausgewählte Folien zum Vortrag „Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder“.

Die komplette Präsentation finden Sie unter:
www.statistiknetzwerk.bayern.de/mam/themen/statistiktage/gesundheits/schaumburg_ggrdl_fg.pdf



Impressionen von den StatistikTagen Bamberg|Fürth 2018









Statistik Netzwerk Bayern

Permanent wachsende Anforderungen an die Statistik sind ohne intensive Zusammenarbeit zwischen amtlicher und wissenschaftlicher Statistik nicht erfolgreich zu bewältigen. Das Bayerische Landesamt für Statistik erweitert seine Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Wissenschaft und Forschung und fördert diese durch gemeinsame Veranstaltungen und Projekte. Zu diesem Zweck wurde im Februar 2013 das Statistik Netzwerk Bayern als Plattform für den gegenseitigen Austausch von Wissen und Erfahrung gegründet.

Mitglieder des Statistik Netzwerks Bayern sind:

- Bayerisches Landesamt für Statistik
- Otto-Friedrich-Universität Bamberg
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
- Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg
- Institut für Statistik der Ludwig-Maximilians-Universität München
- Institut für Geographie und Geologie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
- Universität Augsburg
- Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
- ifo Institut – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München e. V.
- Technische Hochschule Deggendorf
- Wilhelm Löhe Hochschule
- Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik – Munich Center for Economics of Aging
- Statistikabteilung der Bundesagentur für Arbeit

Weitere Netzwerkpartner können werden:

- Hochschulen und Fachhochschulen in Bayern sowie deren Einrichtungen und Lehrstühle/Professuren
- Forschungseinrichtungen mit Sitz in Bayern, auch soweit sie unselbstständige Teile einer juristischen Person des öffentlichen oder des privaten Rechts sind.

Institutionen mit Sitz außerhalb Bayerns können je nach Forschungsinteresse und Projektlage als kooperierende Institutionen in die Arbeit des Statistik Netzwerks Bayern einbezogen werden. Im Gegensatz zu Netzwerkpartnern nehmen sie nicht an der Steuerung des Netzwerks teil. Sie können aber an den Angeboten und Veranstaltungen des Netzwerks teilhaben und werden regelmäßig über dessen Aktivitäten informiert.

Wichtige Veranstaltungen des Statistik Netzwerks Bayern:

Im Rahmen des Statistik Netzwerks Bayern organisierte das Bayerische Landesamt für Statistik gemeinsam mit der Otto-Friedrich-Universität Bamberg am 19. und 20. Juli 2018 zum siebten Mal die StatistikTage Bamberg|Fürth. Das Thema in diesem Jahr lautete „Die Gesundheit der Gesellschaft. Potenziale und Grenzen amtlicher Daten für die Gesundheitsforschung“. Experten der amtlichen Statistik, der empirischen Forschung und der Verwaltung präsentierten die Ergebnisse ihrer Arbeiten und stellten sie zur interdisziplinären Diskussion.

Die Themen der fünf vorangegangenen StatistikTage Bamberg|Fürth:

- 2013 „Ursachen und Folgen des demographischen Wandels“
- 2014 „Regionale Disparitäten: Lebensverhältnisse im Vergleich“
- 2015 „Empirische Bildungsforschung: Datengrundlagen und Ergebnisse“
- 2016 „Einkommensungleichheit und Armut in Deutschland: Messung, Befunde und Maßnahmen“
- 2017 „Wohnen in Deutschland: Daten, Fakten und Entwicklungen“

Kontaktadresse bei Fragen oder Interesse an einer Beteiligung am Netzwerk:

Statistik Netzwerk Bayern, c/o Bayerisches Landesamt für Statistik, 81532 München
 statistiknetzwerk@statistik.bayern.de

Aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern

– Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik 2016 –

Dr. Raphaela Seubert, Lia Gegeshidze, B.Sc.

Angeregt durch die aktuelle Diskussion um die geplante Einführung eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (BayPsychKHG) in Bayern möchte der vorliegende Beitrag einen objektiven Überblick über die Diagnosen von vollstationär aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen behandelten Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern im Jahr 2016 geben. Datengrundlage hierfür ist die Krankenhausdiagnosestatistik, welche einen wesentlichen Teil der amtlichen Krankenhausstatistik bildet. Die Krankenhausdiagnosestatistik, eine jährlich durchgeführte Vollerhebung, erfasst alle Patientinnen und Patienten, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen wurden. –

Im Anschluss an eine kurze Übersicht zur Methodik der Krankenhausdiagnosestatistik möchte der Beitrag für das Berichtsjahr 2016 folgenden Fragen, jeweils bezogen auf vollstationäre Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern, nachgehen: Wie viele bayerische Patientinnen und Patienten wurden vollstationär in Krankenhäusern wegen psychischer und Verhaltensstörungen behandelt? Wie verteilen sich deren Hauptdiagnosen auf die einzelnen Diagnosegruppen und -kategorien und auf die Geschlechter? Wie lange waren die durchschnittlichen Verweildauern aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen? Wie hat sich die vollstationäre Fallzahl bezogen auf diese Erkrankungen (jeweils Fälle je 100 000 Einwohner) innerhalb der Zeitspanne von 2006 bis 2016 entwickelt? Und wie verteilen sich die Fallzahlen auf die Altersgruppen der Patientinnen und Patienten?

Einleitung

Psychische Störungen sind eine der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Nach Angaben der WHO sind jährlich rund 25 % der dort lebenden Personen von psychischen Störungen betroffen (vgl. WHO 2015, S. II). In Deutschland leidet gemäß Angaben des Robert-Koch-Instituts mehr als jeder vierte Erwachsene in der Altersgruppe von 18 bis 79 Jahren innerhalb eines Jahres an einer klinisch relevanten psychischen Störung, über die gesamte Lebenszeit hin-

weg betrifft dies sogar jeden Zweiten bzw. jede Zweite (vgl. StMGP 2017, S. 8).

Psychische Störungen werden meist ambulant behandelt (vgl. StMGP 2017, S. 8). Doch kann eine psychische und Verhaltensstörung auch in einen vollstationären Krankenhausaufenthalt münden. Auf Krankenhausbehandlungen aufgrund psychischer Störungen fiel der Fokus kürzlich nicht zuletzt aufgrund der auch öffentlich geführten Diskussion um die geplante Einführung eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes in Bayern.¹

¹ Siehe den „Gesetzesentwurf (Stand: 15. Januar 2018) der Bayerischen Staatsregierung: Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG)“ [online]: https://www.stmgp.bayern.de/wpcontent/uploads/2018/01/2018_01_15_entwurf_bay-psychkhg.pdf [04.07.2018].

Doch wie viele Menschen, die in Bayern wohnen, wurden im Jahr 2016 aufgrund einer psychischen und Verhaltensstörung vollstationär im Krankenhaus behandelt? Welche Hauptdiagnosen waren hier die häufigsten? Wie lange waren die durchschnittlichen stationären² Verweildauern aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen? Und in welchen Altersgruppen traten vollstationäre Krankenhausbehandlungen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen gehäuft auf? Wie hatten sich die Häufigkeiten der vollstationären Behandlungen aufgrund dieser Gesundheitsprobleme im Zeitverlauf vor 2016 entwickelt? Auf diese Fragen möchte der vorliegende Beitrag Antworten geben. Datengrundlage hierfür ist die Krankenhausdiagnosestatistik, welche einen wesentlichen Teil der amtlichen Krankenhausstatistik bildet.

Methodisches

Der vorliegende Beitrag analysiert die Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik, einer von den

Statistischen Ämtern von Bund und Ländern im Rahmen der Krankenhausstatistik jährlich durchgeführten Erhebung. Diese Statistik erfasst als Vollerhebung alle Patientinnen und Patienten inklusive deren Hauptdiagnosen, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen wurden. Der Berichtszeitraum umfasst dabei das gesamte Kalenderjahr, d. h. vom 1. Januar bis einschließlich zum 31. Dezember des jeweiligen Berichtsjahres.

Gesetzliche Grundlage für die Krankenhausstatistik ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730) in Verbindung mit dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (Bundesstatistikgesetz – BStatG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2394), jeweils in der für das betreffende Berichtsjahr gültigen Fassung. Rechtsgrundlage speziell für die Erhebung der Diagnosedaten

² Im Folgenden wird der Begriff „stationär“ immer im Sinne von „vollstationär“ verwendet.

Infokasten 1: ICD-10

Die im Rahmen der Krankenhausdiagnosestatistik gemeldete Hauptdiagnose von Patientinnen bzw. Patienten wird mit Hilfe des Klassifikationssystems „ICD-10-GM“ verschlüsselt. Das Kürzel „ICD-10“ bedeutet „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, und zwar in der „10. Revision“ (vgl. Destatis 2017, S. 3).

Dieses von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene Klassifikationssystem wird weltweit eingesetzt. Die deutschsprachige Ausgabe, also die „German Modification“ (ICD-10-GM), wurde vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt. Seit dem 1. Januar 2000 erfolgt die Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung nach der ICD-10 in Form der SGB-V-Ausgabe (vgl. Destatis 2017, S. 3).

Die ICD-10-GM ist eine monohierarchische, alphanumerische Klassifikation für Diagnosen, die folgende Hierarchieebenen umfasst (vgl. DIMDI 2018):

1. Kapitel
2. Gruppe (Bereich)
3. Kategorie (Dreisteller)
4. Subkategorie (Viersteller)
5. Subkategorie (Fünfsteller)

Die 22 Kapitel I bis XXII bilden inhaltlich den Bereich aller Krankheiten ab, wobei jedes Kapitel einen Codebereich umfasst (siehe „Kapitelstruktur der ICD-10“). So beinhaltet beispielsweise das Kapitel V, „Psychische und Verhaltensstörungen“ (der Gegenstand dieses Aufsatzes), den Codebereich F00-F99. Die erste Gruppe bzw. der erste Bereich „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ wird durch den Codebereich F00-F09 beschrieben. Eine Kategorie dieser Gruppe ist z. B. „F01 Vaskuläre Demenz“.



Noch: Infokasten 1: ICD-10

Kapitelstruktur der ICD-10 (vgl. DIMDI 2016)

Kap.-Nr.	Kodebereich	Klassentitel
I	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	C00-D48	Neubildungen
III	D50-D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
XXII	U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

3 Krankenhausstatistik-Verordnung vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Art. 4b Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17. 3. 2009 (BGBl. I S. 534).

4 Dies sind Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichen Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Vgl. § 1 Abs. 3 Nr. 1 KHStatV, welcher hinsichtlich der Definition von Krankenhäusern auf § 107 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) verweist.

5 Maßgeblich für die statistische Erfassung eines Krankenhauses ist die Wirtschaftseinheit. Dies meint jede organisatorische Einheit, die unter einheitlicher Verwaltung steht und für die auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird. Ein Krankenhaus als Wirtschaftseinheit kann mehrere selbstständig geleitete Fachabteilungen oder Fachkliniken umfassen (vgl. Destatis 2016, S. 3).

ist § 3 Nr. 14 KHStatV, wonach festgelegt ist, dass „aus dem Krankenhaus [...] entlassene vollstationär behandelte Patienten und Sterbefälle, gegliedert nach Geschlecht, Geburtsmonat und -jahr, Wohngemeinde, [...] Zu- und Abgangsdatum, ferner nach im Zeitpunkt der Entlassung bekannter Hauptdiagnose und nach Fachabteilung mit der längsten Verweildauer, bei Krankenhäusern zusätzlich der Angabe, ob im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert worden ist“⁴³ statistisch zu erfassen sind.

Für die Erhebung besteht gemäß § 6 KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG für die Träger der Krankenhäuser Auskunftspflicht. Die Krankenhausdiagnosestatistik erstreckt sich auf alle Krankenhäuser nach

§ 1 Abs. 3 Nr. 1 KHStatV.⁴ Von der Erhebung ausgenommen sind lediglich Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser; Bundeswehrkrankenhäuser sind nur insoweit in die Erhebung einbezogen, soweit sie Leistungen für Zivilpatientinnen und -patienten erbringen.

Der Erhebungsbereich der Krankenhausdiagnosestatistik erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet, wobei die Daten der in Bayern lokalisierten Krankenhäuser (Wirtschaftseinheiten⁵) vom Bayerischen Landesamt für Statistik erhoben werden. Um auch die Diagnoseangaben der Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in einem Bundesland (hier: Bayern), die sich im Berichtsjahr in ein anderes (hier:

**Infokasten 2:****Wichtige Definitionen von Erhebungsmerkmalen der Krankenhausdiagnosestatistik*****Alter:**

Als Alter wird das am Tage der Krankenhausaufnahme erreichte Alter verwendet. Dieses ergibt sich als Differenz zwischen dem Zugangsdatum und dem Geburtsdatum. Da nur Geburtsmonat und -jahr bekannt sind, ist lediglich eine monatsgenaue Ermittlung des Alters möglich.

Sterbefall:

Um einen Sterbefall handelt es sich, wenn der vollstationär behandelte Patient bzw. die vollstationär behandelte Patientin während des Aufenthalts im Krankenhaus verstorben ist. Die dargestellten Ergebnisse schließen die Sterbefälle mit ein.

Stundenfälle innerhalb eines Tages:

Stundenfälle sind Patientinnen und Patienten, die vollstationär in ein Krankenhaus aufgenommen, jedoch am gleichen Tag wieder entlassen bzw. in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, oder am Aufnahmetag versterben.

Hauptdiagnose:

Als Hauptdiagnose wird gemäß den Deutschen Kodierichtlinien die Diagnose angegeben, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff „nach Analyse“ meint die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthalts. Sie ist entsprechend der ICD-10-GM zu melden, wobei die jeweils im Berichtsjahr gültige Version der ICD-10 Anwendung findet.

Verweildauer:

Die Verweildauer eines einzelnen Behandlungsfalls ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Zugangsdatum ins Krankenhaus und dem Abgangsdatum aus dem Krankenhaus. Stundenfälle werden dabei als „ein Tag“ gezählt. – Die durchschnittliche Verweildauer gibt die Zahl der Tage an, die die Patientinnen und Patienten durchschnittlich in stationärer Behandlung verbringen. Sie ergibt sich als Quotient aus der Summe der Verweildauern aller betrachteten Patientinnen und Patienten und der Anzahl der Patientinnen und Patienten.

Wohnort der Patientin bzw. des Patienten:

Der Wohnort ist die Wohngemeinde der Patientin bzw. des Patienten. Bei Patientinnen und Patienten mit ständigem Wohnsitz im Ausland wird der Name des ausländischen Staates angegeben. Als Wohnort nicht-sesshafter Patientinnen und Patienten wird die Wohngemeinde des behandelnden Krankenhauses herangezogen.

Behandlungsort:

Als Behandlungsort gilt die Gemeinde, in der das Krankenhaus seinen ständigen Verwaltungssitz hat.

Fallzahl:

Die „Fallzahl“ (Anzahl der Behandlungsfälle) in der Diagnosestatistik entspricht der Anzahl der Entlassungen aus vollstationärer Behandlung innerhalb des Berichtsjahres.

* Die folgenden Definitionen sind, mit freundlicher Genehmigung des Statistischen Bundesamts, entnommen aus: Destatis (2017), S. 3–4; die Definition der „Fallzahl“ wurde übernommen aus: Destatis (2016), S. 6.

außerbayerisches) Bundesland zur vollstationären Behandlung begeben haben, zu erhalten, wird nach Abschluss der Erhebung unter den Statistischen Landesämtern insoweit ein Länderaustausch der Diagnosedaten durchgeführt. Diagnoseangaben von Patientinnen und Patienten, die sich zur Behandlung ins Ausland begeben haben, werden von der Krankenhausdiagnosestatistik nicht erfasst.

Die Grundgesamtheit der Diagnosestatistik umfasst alle im Laufe des Berichtsjahres (hier: 2016) aus der vollstationären Behandlung entlassene Patientinnen und Patienten, inklusive im Krankenhaus verstorbener, nicht aber vor-, nach-, teilstationär oder ambulant behandelter Patientinnen und Patienten. Der Zeitpunkt für die Erfassung ist dabei die Entlassung aus dem Krankenhaus. Wenn Patientinnen und Patienten mehrfach im Jahr vollstationär behandelt werden, wird für jeden Krankenhausaufenthalt jeweils ein vollständiger Datensatz erstellt. Die „Fallzahl“ (Anzahl der Behandlungsfälle) in der Diagnosestatistik entspricht somit der Anzahl der Entlassungen aus vollstationärer Behandlung innerhalb des Berichtsjahres. Patientinnen und Patienten, die in Krankenhäusern behandelt wurden, die innerhalb des Erhebungsjahres oder zwischen dem Erhebungsstichtag und dem Meldetermin zur Statistik schließen, können in der Statistik ggf. nicht berücksichtigt werden (vgl. Destatis 2016, S. 3).

Die im Rahmen der Krankenhausstatistik erhobenen Diagnosen (Hauptdiagnosen) der stationär behandelten Patientinnen und Patienten werden entsprechend der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10), in der für das Erhebungsjahr gültigen Version, verschlüsselt (vgl. Infokasten 1). Für den vorliegenden Beitrag wichtige Begriffsdefinitionen zu den (teils abgeleiteten) Erhebungsmerkmalen der Krankenhausdiagnosestatistik können dem Infokasten 2 entnommen werden.

Die Krankenhausdiagnosestatistik unterliegt wie alle amtlichen Statistiken der statistischen Geheimhaltung gemäß § 16 Bundesstatistikgesetz (BStatG). Aus diesem Grund verbietet sich u. a. die Veröffentlichung sehr detaillierter Auswertungen, z. B. nach dem Wohn-

ort der Patientinnen und Patienten, um eine Identifizierbarkeit von Einzelangaben sicher auszuschließen.

Die Ausführungen des vorliegenden Beitrags beziehen sich ausschließlich auf Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern, und zwar unabhängig von deren Behandlungsort innerhalb Deutschlands. Alle vorgestellten Datenauswertungen verstehen sich zudem stets ohne Fälle mit der Hauptdiagnose „gesunde Neugeborene“ (Z38 der ICD-10), ohne solche mit Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U99) sowie ohne Fälle mit fehlender Angabe zur Hauptdiagnose.

Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ in deutschen Krankenhäusern behandelte vollstationäre Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern

Allgemeiner Überblick

Im Jahr 2016 wurden gemäß den Ergebnissen der Krankenhausdiagnosestatistik insgesamt 182 841 Patientinnen und Patienten (Fallzahl gemäß obiger Definition), die in Bayern ihren Wohnsitz hatten, aufgrund einer Hauptdiagnose aus Kapitel V (bzw. Codebereich F00-F99) der ICD-10-GM, „Psychische und Verhaltensstörungen“, vollstationär im Wege eines Krankenhausaufenthalts behandelt. Von diesen Behandlungsfällen waren 52,4% Personen männlich und 47,6% weiblich (vgl. Tabelle 1).

Damit machten Krankenhausbehandlungen (Behandlungsfälle) aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen im Jahr 2016 insgesamt 6,2% aller Krankenhausbehandlungen (Fallzahl von 2,9 Millionen⁶) von Personen mit Wohnsitz in Bayern aus. Bei den männlichen Personen lag dieser Anteil bei 6,9%, bei den weiblichen bei 5,7%.

Der mit 96,7% weitaus überwiegende Anteil der Personen mit Wohnsitz in Bayern, die sich aufgrund einer psychischen und Verhaltensstörung im Jahr 2016 in vollstationäre Behandlung begaben, wurde in einem in Bayern gelegenen Krankenhaus behandelt. Nur 3,3% der Patientinnen und Patienten⁷ mit einer solchen Erkrankung begaben sich zur Behandlung in ein anderes Bundesland (vgl. Tabelle 2).

6 Nicht enthalten sind Fälle mit der Hauptdiagnose „gesunde Neugeborene“ (Z38 der ICD-10), Fälle mit Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U99) sowie Fälle ohne Angabe zur Hauptdiagnose.

7 Im Folgenden werden die Begriffe „Patientinnen und Patienten“ und „Behandlungsfälle bzw. Fälle“ jeweils synonym verwendet.

Tab. 1 In deutschen Krankenhäusern behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten* nach Hauptdiagnose und Geschlecht im Jahr 2016

Hauptdiagnose gemäß ICD-10-GM	Vollstationäre Patientinnen und Patienten (Fallzahl)			Vollstationäre Patientinnen und Patienten (Prozent)		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Insgesamt (A00-Z99)	2 929 549	1 395 328	1 534 221	100	47,6	52,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	182 841	95 790	87 051	100	52,4	47,6

* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern. Nicht enthalten sind Fälle mit der Hauptdiagnose „gesunde Neugeborene“ (Z38 der ICD-10), Fälle mit Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U99) sowie Fälle ohne Angabe zur Hauptdiagnose. Ohne Patientinnen und Patienten, die sich zur Behandlung ins Ausland begeben haben.

Tab. 2 In deutschen Krankenhäusern behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten* nach Hauptdiagnose und Behandlungsort im Jahr 2016

Hauptdiagnose gemäß ICD-10-GM	Behandlungsort	Vollstationäre Patientinnen und Patienten (Fallzahl)	
		Anzahl	%
Insgesamt (A00-Z99)	Bayern	2 834 728	96,8
	Andere Bundesländer	94 821	3,2
	Deutschland	2 929 549	100
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Bayern	176 748	96,7
	Andere Bundesländer	6 093	3,3
	Deutschland	182 841	100

* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern. Nicht enthalten sind Fälle mit der Hauptdiagnose „gesunde Neugeborene“ (Z38 der ICD-10), Fälle mit Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U99) sowie Fälle ohne Angabe zur Hauptdiagnose. Ohne Patientinnen und Patienten, die sich zur Behandlung ins Ausland begeben haben.

Verteilung der Diagnosegruppen insgesamt und nach Geschlechtern

Der mit 35,4% weitaus größte Anteil der Krankenhausbehandlungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen im Jahr 2016 entfiel auf die Diagnosegruppe „F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (64 689 Behandlungsfälle). Somit ging mehr als jede dritte vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund ei-

ner psychischen Störung auf den Einfluss psychotroper Substanzen, allem voran Alkohol, zurück.

Es folgten mit einigem Abstand die Gruppe „F30-F39 Affektive Störungen“ mit einem Anteil von 25,8% (bzw. 47 217 Fällen) und Diagnosen aus dem Bereich „F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 15,0% (bzw. 27 458 Fällen). Knapp jeder zehnte Behandlungsfall (9,4% bzw.

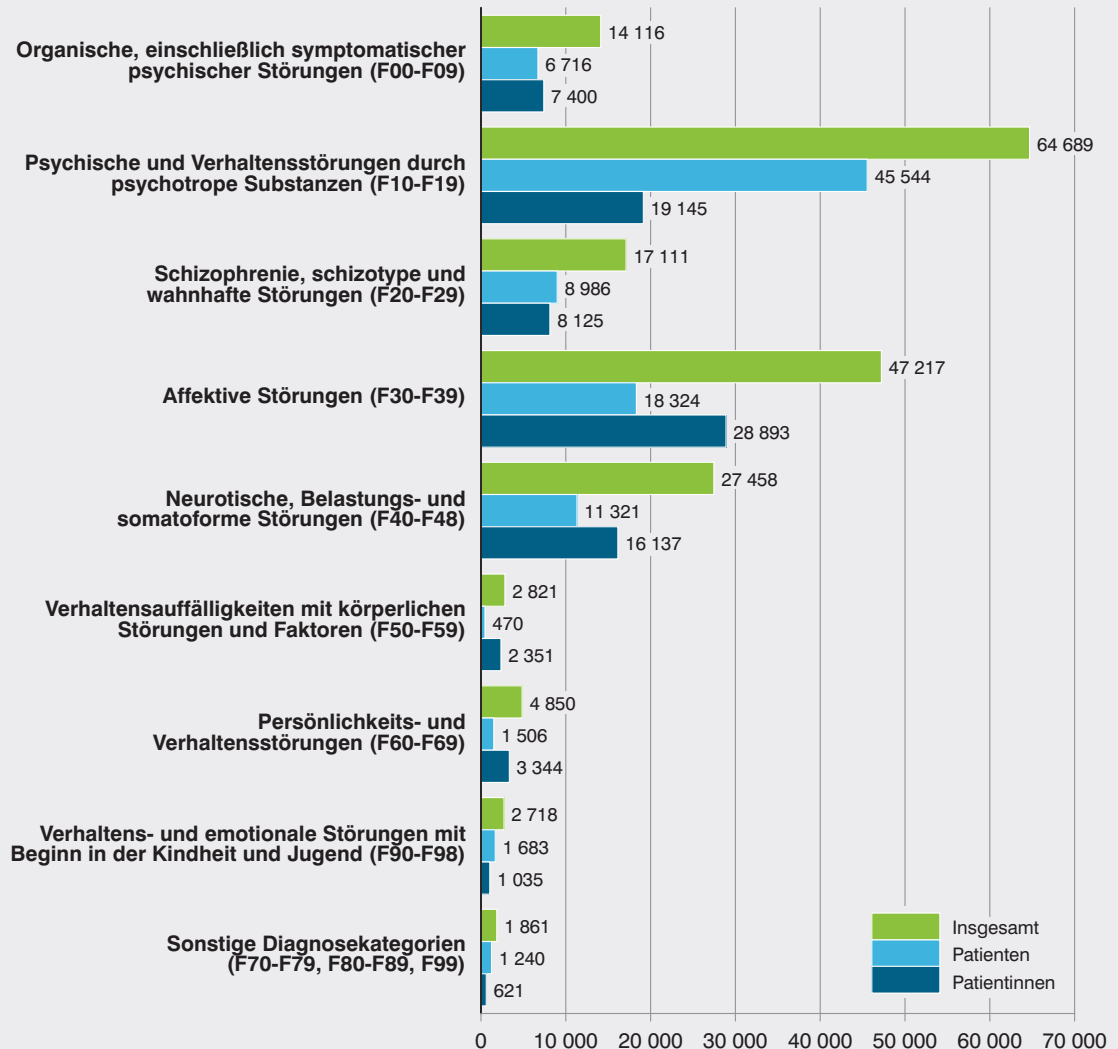
Tab. 3 Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten* der deutschen Krankenhäuser nach Diagnosegruppen sowie nach Geschlecht im Jahr 2016

Gliederung gemäß ICD-10-GM	Vollstationäre Patientinnen und Patienten (Fallzahl)					
	insgesamt		männlich		weiblich	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09) ...	14 116	7,7	6 716	7,0	7 400	8,5
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	64 689	35,4	45 544	47,5	19 145	22,0
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	17 111	9,4	8 986	9,4	8 125	9,3
Affektive Störungen (F30-F39)	47 217	25,8	18 324	19,1	28 893	33,2
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	27 458	15,0	11 321	11,8	16 137	18,5
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	2 821	1,5	470	0,5	2 351	2,7
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	4 850	2,7	1 506	1,6	3 344	3,8
Intelligenzstörung (F70-F79)	1 116	0,6	688	0,7	428	0,5
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	720	0,4	538	0,6	182	0,2
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	2 718	1,5	1 683	1,8	1 035	1,2
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99-F99)	25	0,0	14	0,0	11	0,0
Psychische und Verhaltensstörungen insgesamt (F00-F99)	182 841	100	95 790	100	87 051	100

* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern.

Abb. 1

Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten der deutschen Krankenhäuser 2016 nach Diagnosegruppen sowie nach Geschlecht*



* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern. Hauptdiagnose gemäß ICD-10-GM.

17 111 Fälle) entfiel auf die Diagnosegruppe „F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“. Und jede dreizehnte stationäre Behandlung (7,7% bzw. 14 116 Fälle) ging auf eine Erkrankung innerhalb der Diagnosegruppe „F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ zurück (vgl. Tabelle 3 sowie Abbildung 1).

Was sich inhaltlich sowie zahlenmäßig hinter den soeben genannten Diagnosegruppen verbirgt, kann der nachfolgenden detaillierten Abbildung 2 entnommen werden. Einige darin hinsichtlich der Fall-

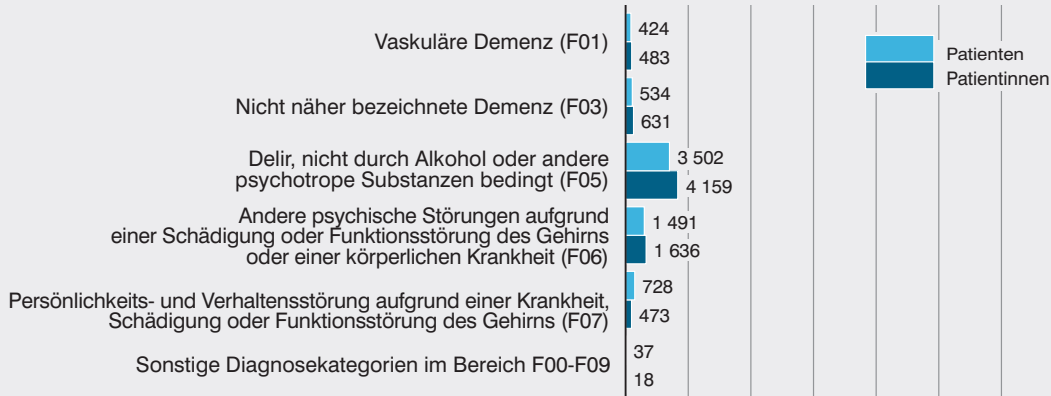
zahlen bzw. der Geschlechterverteilung auffällige Befunde sollen hier hervorgehoben werden:

Zunächst fällt in der Diagnosegruppe „F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ die deutliche Überzahl von Patienten männlichen Geschlechts ins Auge (70,4% männliche versus 29,6% weibliche Behandlungsfälle). Dabei dominierte innerhalb dieser Diagnosegruppe über beide Geschlechter hinweg eindeutig die Diagnosekategorie „F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (mit einem Fallanteil von 75,9%),

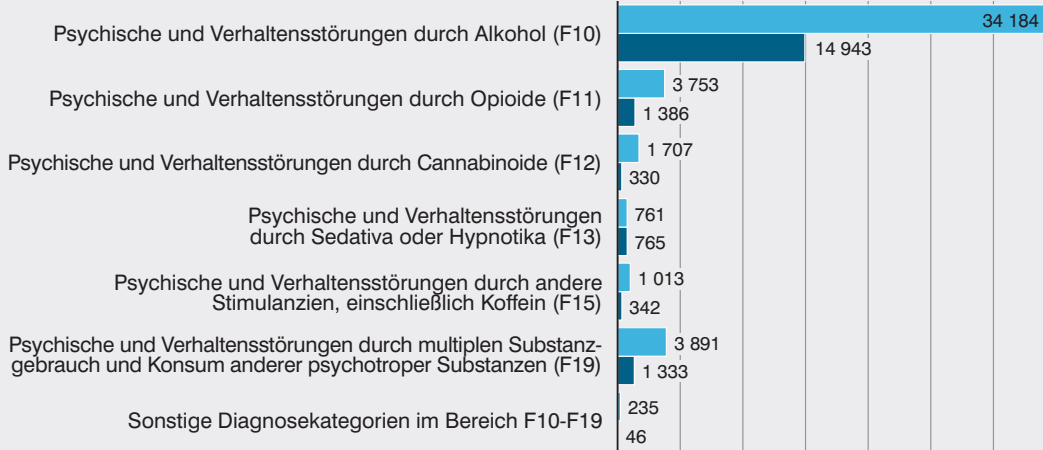
Abb. 2

Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten der deutschen Krankenhäuser 2016 nach Diagnosekategorien und Geschlecht*

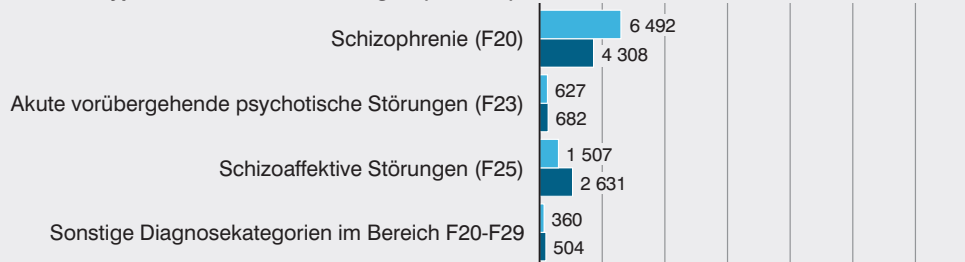
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)



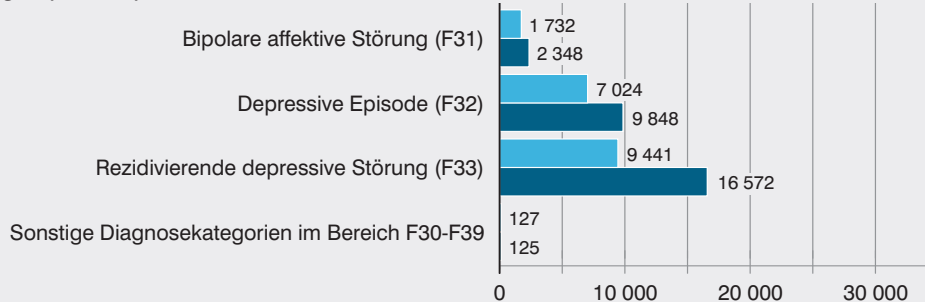
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)



Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)

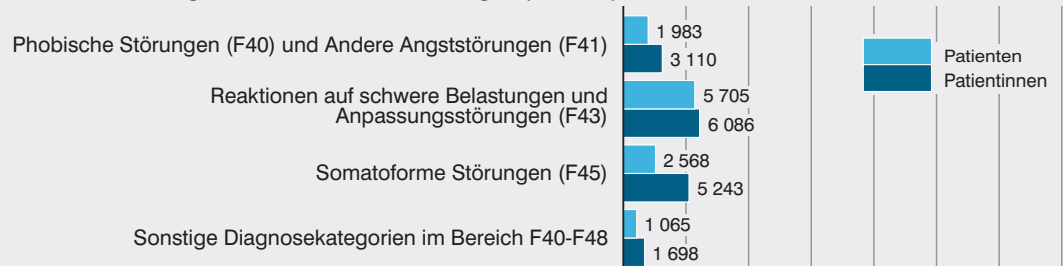
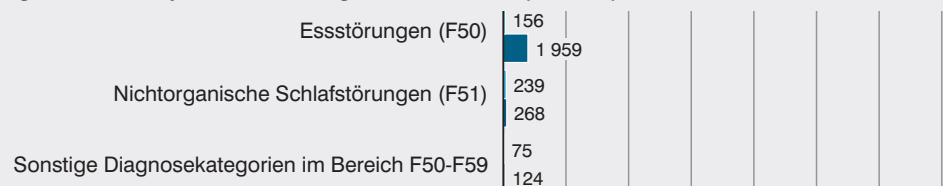
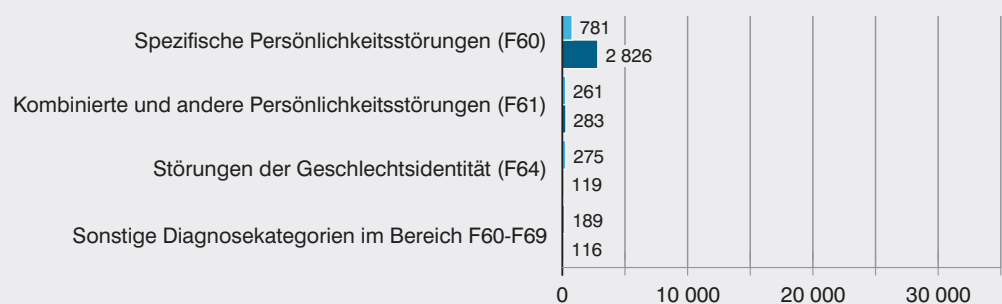


Affektive Störungen (F30-F39)



* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern. Hauptdiagnose gemäß ICD-10-GM.

Abb. 2 (Fortsetzung)

Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten der deutschen Krankenhäuser 2016 nach Diagnosekategorien und Geschlecht*
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)


* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern. Hauptdiagnose gemäß ICD-10-GM.

wobei innerhalb dieser Kategorie wiederum ganz eindeutig die männlichen Patienten überwogen (34 184 männliche versus 14 943 weibliche Behandlungsfälle). Mit sehr deutlichem zahlenmäßigen Abstand zur Droge „Alkohol“ folgten die Kategorien „F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen“ (mit einem Gesamtanteil von 8,1%) und „F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide“ (Anteil von 7,9%). „Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F12)“ hatten einen Anteil von 3,1% an den Behandlungsfällen der gesamten Diagnosegruppe F10-F19. In allen diesen soeben genannten Diagnosekategorien übertrafen die männlichen Patienten die weiblichen zahlenmäßig jeweils bei weitem. Demgegenüber war das

Geschlechterverhältnis in der Kategorie „F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika“ (Anteil von 2,4%) nahezu ausgeglichen (mit 765 weiblichen und 761 männlichen Behandlungsfällen).

Innerhalb der Diagnosegruppe „F30-F39 Affektive Störungen“ überwogen in den zahlenmäßig bedeutsamen Diagnosekategorien jeweils die weiblichen Patienten. Die größte Unterkategorie war hier die „Rezidivierende depressive Störung (F33)“ mit einem Gewicht von 55,1% und einem Anteil weiblicher Patienten von 63,7%. Die zweitgrößte Unterkategorie bildete die „Depressive Episode (F32)“ mit einem Gewicht von 35,7% und einer Quote weiblicher Patienten von 58,4%.

Auch in der Diagnosegruppe „F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ überwogen die weiblichen Patienten mit einem Anteil von 58,8% (Anteil männlicher Patienten: 41,2%). Allerdings zeigt sich in der darin enthaltenen, zahlenmäßig am stärksten besetzten Diagnosekategorie „F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ nur eine vergleichsweise geringe Geschlechterdifferenz (Frauenanteil 51,6% versus Männeranteil 48,4%).

Eine, wie oben bereits erwähnt, ebenfalls relativ häufig besetzte Diagnosegruppe war der Bereich „F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“. Hier zeigte sich mit einem Frauenanteil von 47,5% und einem Anteil männlicher Patienten von 52,5% insgesamt ein relativ ausgewogenes Geschlechterverhältnis. In der darin enthaltenen häufigsten Diagnosekategorie, Schizophrenie (F20), überwogen jedoch die männlichen Patienten mit einem Anteil von 60,1% (weibliche Patienten: 39,9%).

Erwähnenswert ist außerdem der mit 83,3% sehr hohe Anteil weiblicher Patienten in der, insgesamt eher geringer besetzten, Diagnosegruppe „F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“. Dies liegt vor allem an der Diagnosekategorie „F50 Essstörungen“, welche 75,0% aller Fälle in dieser Diagnosegruppe beinhaltete und ganz überwiegend, nämlich zu 92,6%, weibliche Patienten betraf.

Auch in der Diagnosegruppe „F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ überwogen zu

68,9% weibliche Patienten (gegenüber 31,1% männlichen Patienten). Die mit 74,4% häufigste darin enthaltene Diagnosekategorie „Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)“ wies einen Anteil von 78,3% weiblicher Patienten auf.

Durchschnittliche Verweildauern nach Diagnosegruppen

Insgesamt entfielen im Jahr 2016 auf psychische und Verhaltensstörungen 4 064 372 Berechnungs- bzw. Belegungstage, davon 2 255 845 (bzw. 55,5%) auf weibliche und 1 808 527 (bzw. 44,5%) auf männliche Patienten. Bezogen auf die 21 176 034 Berechnungs- und Belegungstage⁸, die Personen mit Wohnsitz in Bayern insgesamt im Jahr 2016 in vollstationärer Krankenhausbehandlung verbrachten, entfiel somit knapp jeder fünfte Belegungs- bzw. Berechnungstag (19,2%) auf eine Behandlung aufgrund einer psychischen und Verhaltensstörung.

Die durchschnittliche Verweildauer einer stationären Behandlung aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen betrug für das Berichtsjahr 2016 insgesamt 22 Tage, bei den männlichen Patienten waren es 19 Tage und bei den weiblichen Patienten 26 Tage.

Nach Diagnosegruppen betrachtet ergab sich die höchste Verweildauer von 39 Tagen in der (wie oben gezeigt, insgesamt eher gering besetzten) Diagnosegruppe „F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“, wobei die weiblichen Patienten auf durchschnittlich 43 Tage und die männlichen auf 17 Tage kamen. Hier schlug insbesondere die mit 49 Tagen vergleichsweise lange Ver-

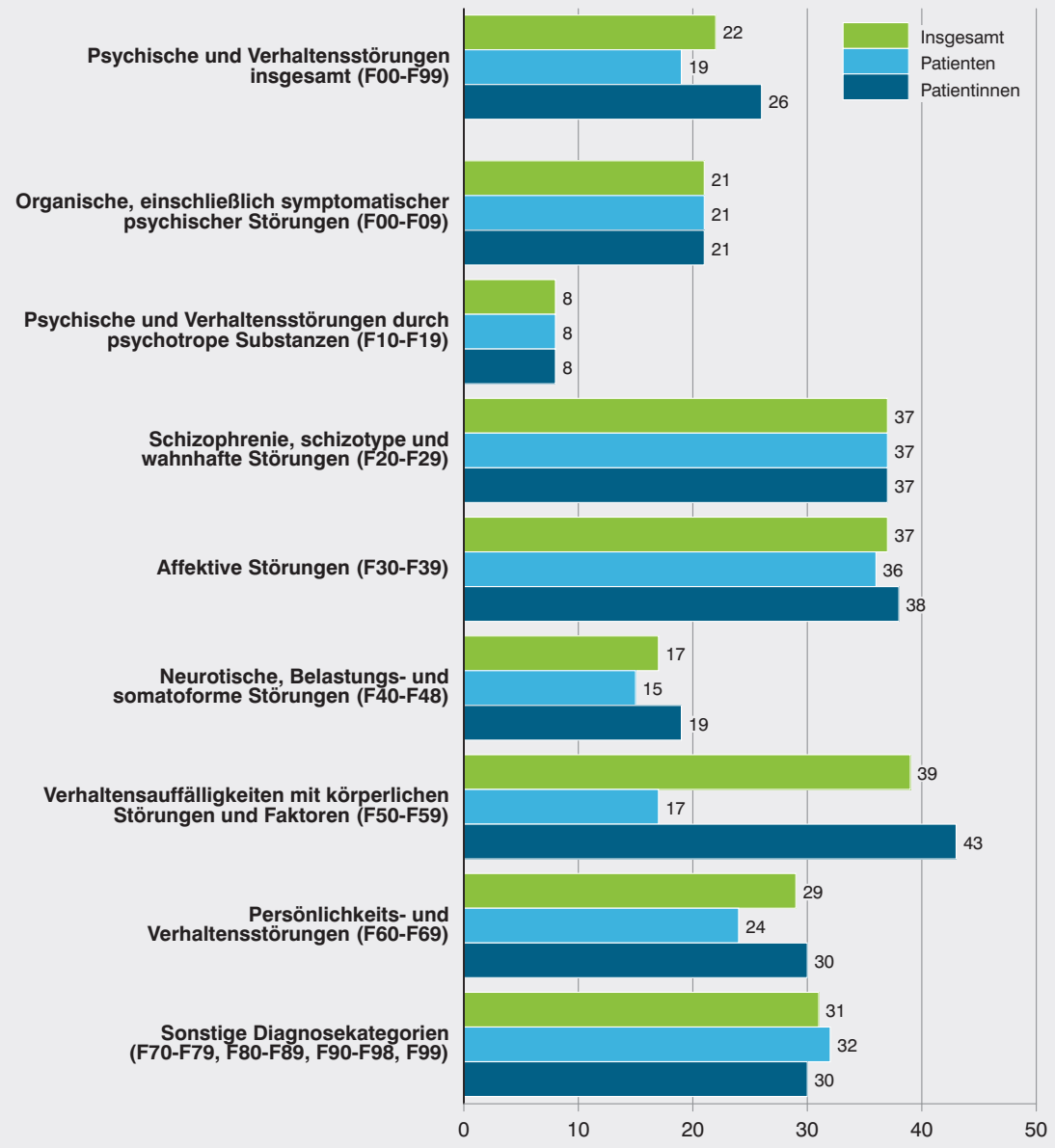
⁸ Vgl. Fußnote 6.

Tab. 4 Durchschnittliche Verweildauer von bayerischen Patientinnen und Patienten* bei vollstationären Krankenhausbehandlungen mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ im Jahr 2016**

Gliederung gemäß ICD-10-GM	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen		
	insgesamt	männliche Patienten	weibliche Patienten
Psychische und Verhaltensstörungen insgesamt (F00-F99)	22	19	26
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	21	21	21
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	8	8	8
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	37	37	37
Affektive Störungen (F30-F39)	37	36	38
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	17	15	19
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	39	17	43
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	29	24	30
Sonstige Diagnosekategorien (F70-F79, F80-F89, F90-F98, F99)	31	32	30

* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern.
 ** Nur Behandlungen in deutschen Krankenhäusern.

Abb. 3
Durchschnittliche Verweildauer von bayerischen Patientinnen und Patienten bei vollstationären Krankenhausbehandlungen mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kapitel V der ICD-10-GM) im Jahr 2016* in Tagen



* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern. Nur Behandlungen in deutschen Krankenhäusern.

weildauer bei der ganz überwiegend von weiblichen Patienten geprägten Diagnosekategorie „F50 Essstörungen“ zu Buche.

Hinsichtlich der durchschnittlichen Länge der vollstationären Krankenhausaufenthalte folgten die Diagnosegruppen „F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“ sowie „F30-F39 Affektive Störungen“ mit einer durchschnittlichen Verweildauer

er von jeweils 37 Tagen, wobei sich die männlichen und die weiblichen Patienten hier jeweils kaum unterschieden (vgl. Abbildung 3 sowie Tabelle 4).

Die mit acht Tagen relativ gesehen kürzeste durchschnittliche Verweildauer ergab sich für die, bezogen auf die Fallzahlen, insgesamt am stärksten besetzte Diagnosegruppe der „Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substan-

zen (F10-F19)“. Innerhalb dieser Diagnosegruppe wies die Kategorie „F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika“ mit 15 Tagen die höchste durchschnittliche Verweildauer auf, gefolgt von der Kategorie „F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide“ mit 13 Tagen. „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)“ führten zu einer durchschnittlichen Verweildauer von (nur) sieben Tagen, wobei hier zu vermuten ist, dass anschließende, gegebenenfalls langwierigere, Behandlungen unter Umständen unter anderer Diagnose stattfinden.

Entwicklung der vollstationären Fallzahl im Zeitraum der Jahre 2006 bis 2016

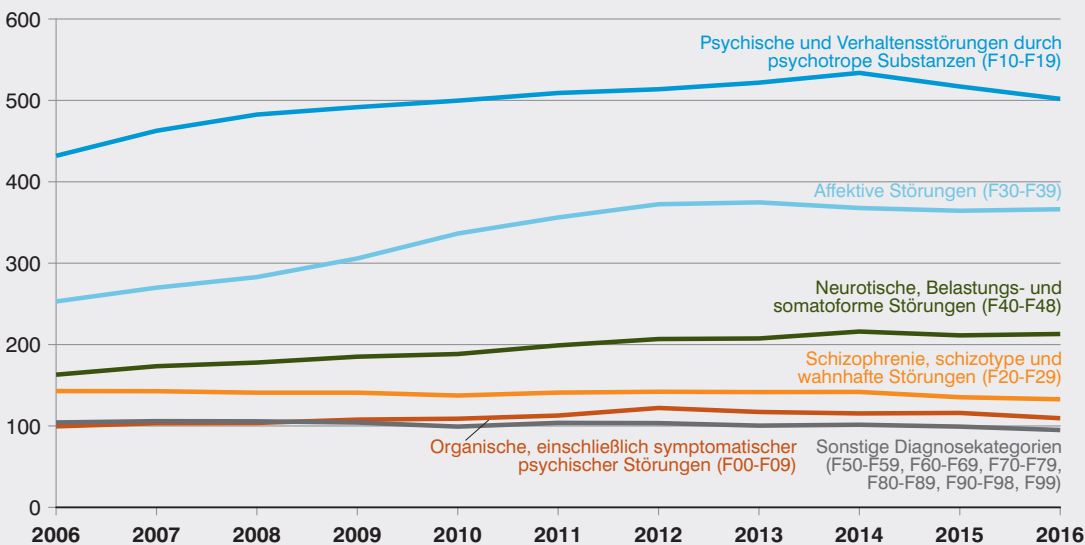
Wie hat sich die Häufigkeit vollstationärer Behandlungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen in der Zeitspanne der Jahre von 2006 bis einschließlich 2016 entwickelt? Zur Beantwortung dieser Frage ist es sinnvoll, die jeweiligen (Behandlungs-) Fallzahlen der bayerischen Patienten je 100 000 Einwohner Bayerns des jeweiligen Jahres zu betrachten, d.h. eine so definierte „Behandlungs- bzw. Fallrate“ heranzuziehen, um die Bevölkerungsentwicklung in die Berechnung mit einzubeziehen und insoweit die Vergleichbarkeit der Zeiträume herzustellen.

Eine tabellarische bzw. graphische Übersicht über die Entwicklung der so definierten Behandlungsraten im genannten Zeitraum bieten Tabelle 5 sowie Abbildung 4. Insgesamt hat sich die Anzahl der Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen (Diagnosegruppen F00-F99) im Zeitraum von 2006 bis 2016 um 18,7% (von 1 195 im Jahr 2006 auf 1 419 im Jahr 2016) erhöht. Zum Vergleich: Die Behandlungsrate für alle Diagnosegruppen (A00-Z99)⁹ wies im gleichen Zeitraum einen vergleichsweise geringeren Anstieg auf, nämlich um 14,6% (von 19 836 im Jahr 2006 auf 22 728 im Jahr 2016).

Die soeben erwähnte Zunahme der stationären Behandlungsrate für psychische und Verhaltensstörungen (insgesamt) innerhalb des Beobachtungszeitraums von 2006 auf 2016 erklärt sich durch Steigerungen der Behandlungsraten in den Diagnosegruppen „F30-F39 Affektive Störungen“ (+44,8%), „F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (+30,7%), „F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (+16,2%) sowie „F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (+10,1%). Rückgänge in der vollstationären

⁹ Ausgenommen sind hier wieder Fälle mit der Hauptdiagnose „(gesunde) Lebendgeborene“ (Z38 der ICD-10), Fälle mit Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U99) sowie Fälle ohne Angabe zur Hauptdiagnose.

Abb. 4
Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kapitel V der ICD-10-GM) behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten* der deutschen Krankenhäuser 2006 bis 2016
 je 100 000 Einwohner Bayerns**



* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern.
 ** Als Berechnungsgrundlage wurde die jeweilige Durchschnittsbevölkerung verwendet, mit:
 Durchschnittsbevölkerung = (Einwohnerzahl_{Vorjahr} + Einwohnerzahl_{Berichtsjahr})/2; Einwohnerzahl jeweils zum 31.12. des Jahres.

Tab. 5 Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kapitel V der ICD-10-GM) behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten* der deutschen Krankenhäuser in den Jahren 2006 bis 2016, jeweils je 100 000 Einwohner Bayerns**

Gliederung gemäß ICD-10-GM	Jahr										
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Psychische und Verhaltensstörungen insgesamt (F00-F99)	1 195	1 258	1 294	1 336	1 370	1 422	1 461	1 463	1 476	1 443	1 419
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	100	103	104	108	109	113	122	117	115	116	110
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	432	463	483	492	500	509	514	522	534	517	502
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	143	143	141	141	137	141	142	142	142	135	133
Affektive Störungen (F30-F39)	253	270	283	306	336	356	372	375	368	364	366
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	163	173	178	185	188	199	207	208	216	211	213
Sonstige Diagnosekategorien (F50-F59, F60-F69, F70-F79, F80-F89, F90-98, F99)	104	106	106	104	99	104	104	100	102	99	95

* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern.

** Als Berechnungsgrundlage wurde die jeweilige Durchschnittsbevölkerung verwendet, mit: Durchschnittsbevölkerung = (Einwohnerzahl_{Vorjahr} + Einwohnerzahl_{Berichtsjahr})/2.

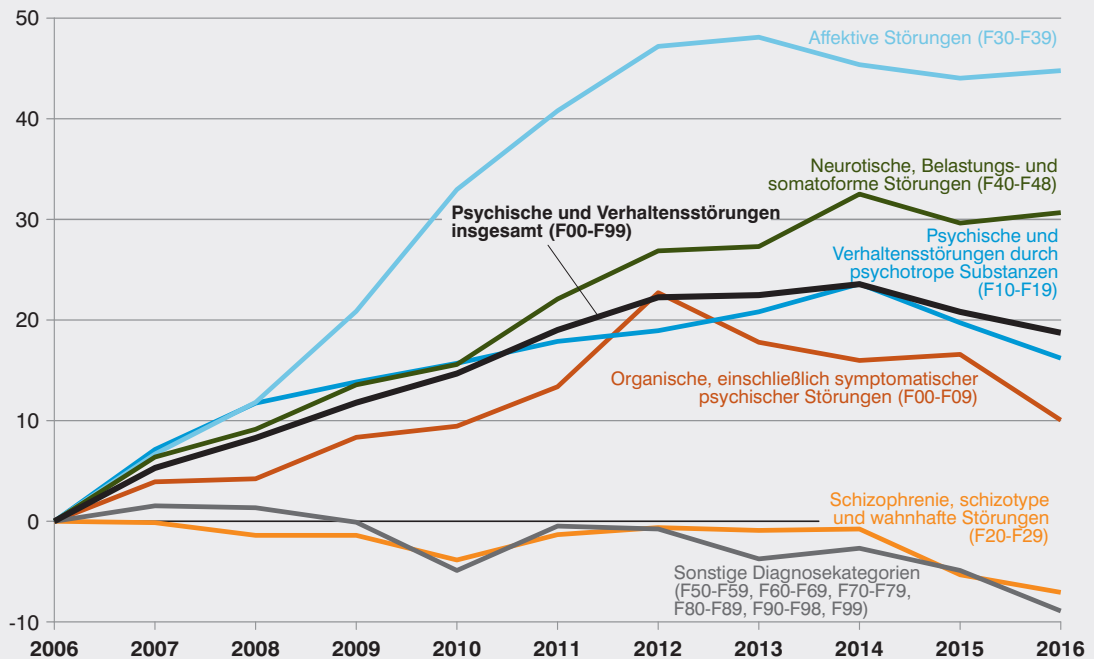
nären Fallzahl je 100 000 Einwohner waren u. a. in der Diagnosegruppe „F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (-7,1 %) zu verzeichnen sowie in Summe bei den (jeweils geringer besetzten) Diagnosegruppen F50 bis einschließlich F99.

änderungsraten¹⁰ der jeweiligen Fallraten bezogen auf das Basisjahr 2006, findet sich in Abbildung 5. Hier werden die entsprechenden prozentualen Zu-

Eine andere graphische Darstellungsform dieser zeitlichen Entwicklung, dieses Mal mit Hilfe von Ver-

¹⁰ Die prozentualen Veränderungsraten wurden jeweils folgendermaßen berechnet:
$$\left(\frac{\text{Fallrate}_{\text{Berichtsjahr}} - \text{Fallrate}_{\text{Basisjahr}}}{\text{Fallrate}_{\text{Basisjahr}}} \right) \times 100$$

Abb. 5 Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kapitel V der ICD-10-GM) behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten* der deutschen Krankenhäuser 2006 bis 2016, je 100 000 Einwohner Bayerns**
Veränderungsraten in Prozent, jeweils bezogen auf das Basisjahr 2006



* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern.

** Als Berechnungsgrundlage wurde die jeweilige Durchschnittsbevölkerung verwendet, mit:

Durchschnittsbevölkerung = (Einwohnerzahl_{Vorjahr} + Einwohnerzahl_{Berichtsjahr})/2; Einwohnerzahl jeweils zum 31.12. des Jahres.

nahmen und Abnahmen der Fallraten in den einzelnen Diagnosegruppen dargestellt.

Erkennbar ist dabei neben der Veränderung der Fallraten der jeweiligen Diagnosegruppen in positive oder negative Richtung auch, dass sich die Gestalt mehrerer Kurven, die jeweils für eine Diagnosegruppe stehen, mit dem Berichtsjahr 2014 sichtbar verändert bzw. „abknickt“. Warum dies so ist, kann im Rahmen dieses Beitrags nicht vollständig geklärt werden. Es ist allerdings zu vermuten, dass hierbei die Einführung des „durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik“ (kurz: PEPP)¹¹, wonach un-

ter bestimmten Bedingungen ein mehrfach innerhalb eines bestimmten Zeitraums aus stationärer Behandlung entlassener Patient zu einem Fall zusammenzuführen ist¹², eine Rolle spielt.

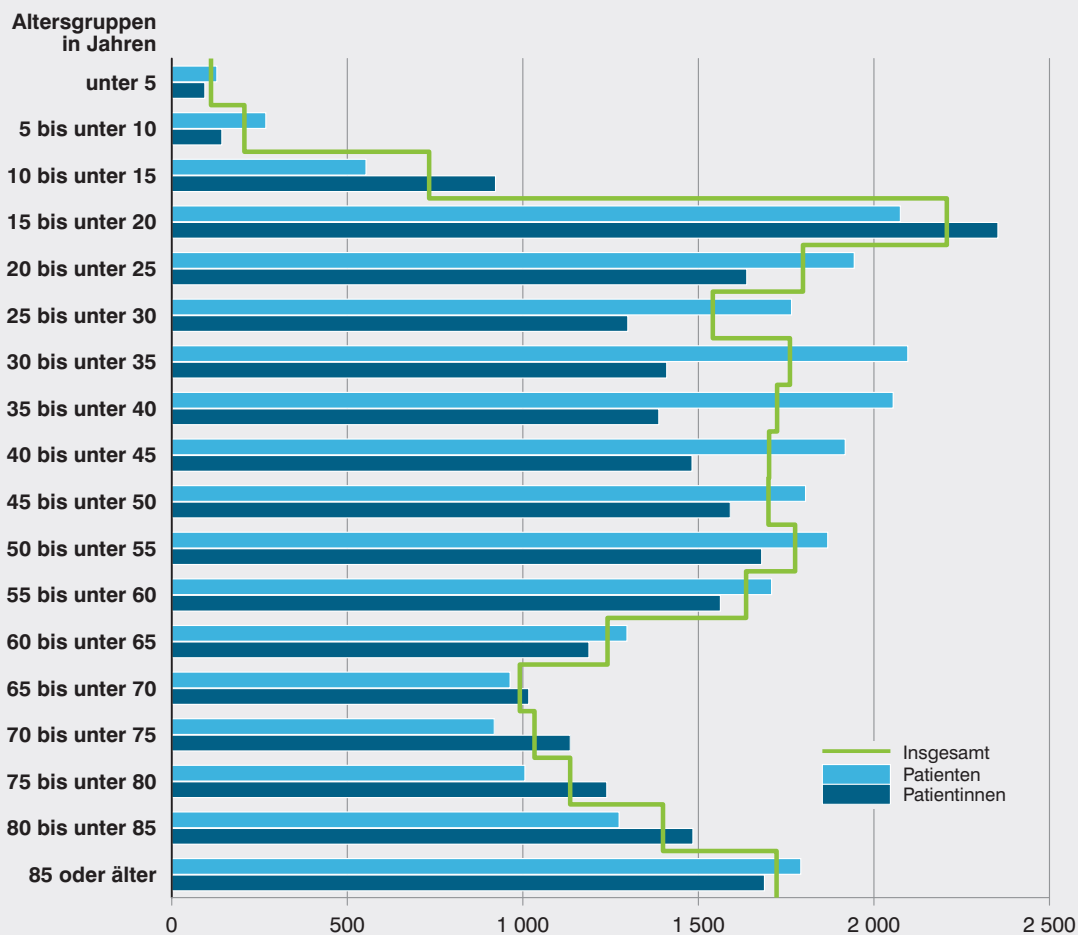
Verteilung der Hauptdiagnosen auf die Altersgruppen der Patientinnen bzw. Patienten

Abschließend soll noch betrachtet werden, wie sich die Hauptdiagnosen der im Berichtsjahr 2016 vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten nach deren Altersgruppen verteilen. Auch hier bietet sich wieder eine Betrachtung der Fallzahl je 100 000 Einwohner Bayerns der jeweiligen Alterskategorie, d. h. altersgruppenspezifischer Fallraten, an.

11 Die Einführung des durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wurde durch Art. 1 Nr. 5 des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom 17. März 2009 festgelegt (BGBl. I S. 534). Dieser Sachverhalt bezog sich auf alle Fachkrankenhäuser und selbstständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen). Die betroffenen Einrichtungen konnten demnach wählen, ob sie optional ab 2013 oder verbindlich spätestens zum Beginn des Jahres 2017 die neue Entgeltsystematik (PEPP) einführen (vgl. Wolff-Menzler/Maier 2015, S. 2).

12 Vgl. die „Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2016 (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2016 – PEPPV 2016)“ zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der Privaten Krankenkassen, Köln, gemeinsam und einheitlich sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin, vom 24. September 2015. [online]: [www.ukb.uni-42256BC8002B7FC1/vvLookupDownLoads/PEPPV_2016.pdf/\\$FILE/PEPPV_2016.pdf](http://www.ukb.uni-42256BC8002B7FC1/vvLookupDownloads/PEPPV_2016.pdf/$FILE/PEPPV_2016.pdf) [23. 07. 2018].

Abb. 6
Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kapitel V der ICD-10-GM) behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten* der deutschen Krankenhäuser 2016 nach Altersgruppen und Geschlecht je 100 000 Einwohner Bayerns**



* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern.
 ** Als Berechnungsgrundlage wurde die jeweilige Durchschnittsbevölkerung verwendet, mit:
 Durchschnittsbevölkerung = (Einwohnerzahl_{Vorjahr} + Einwohnerzahl_{Berichtsjahr})/2; Einwohnerzahl jeweils zum 31.12. des Jahres.

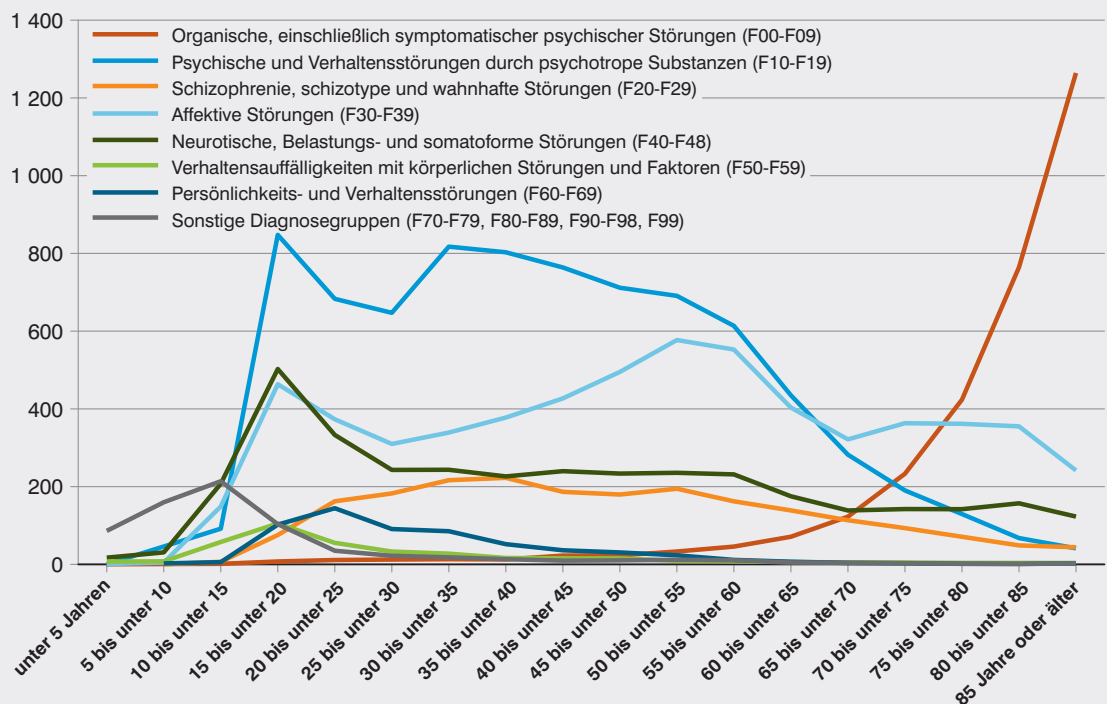
Zusammenfassend zeigt sich über alle Diagnosegruppen (F00-F99) hinweg, wie in Abbildung 6 dargestellt, eine deutliche Häufung der vollstationären Fallrate aufgrund psychischer oder Verhaltensstörungen von Patientinnen und Patienten im jugendlichen Alter von 15 bis unter 20 Jahren (2 208 Fälle je 100 000 Einwohner dieser Altersgruppe), wobei die weibliche Patientengruppe hier mit einer Fallrate von 2 353 die Gruppe der männlichen Patienten (2 075) übertraf. Im Vergleich dazu lag die beide Geschlechter umfassende Fallrate in der vorhergehenden Altersgruppe (von zehn bis unter 15 Jahren) bei 733, in der nachfolgenden Altersgruppe (von 20 bis unter 25 Jahren) bei 1 798.

Wie ebenfalls aus Abbildung 6 ersichtlich, erreichte die Fallrate in der Altersgruppe von 25 bis unter 30 Jahren ein lokales Minium (1 541), um anschließend, mit steigendem Alter der Patientinnen und Patienten, wieder anzusteigen. In der Altersspanne von

30 bis unter 55 Jahren, typischerweise die Phase hoher (Doppel-)Belastungen durch Beruf und Familie, bewegte sich die Fallrate zwischen 1 700 und 1 776. In dieser Altersspanne überwiegen die Fallzahlen der männlichen Patienten die der weiblichen, wofür insbesondere die vergleichsweise hohen Fallzahlen beim männlichen Geschlecht in der mit psychotropen Substanzen assoziierten Diagnosegruppe (F10-F19) verantwortlich sind.

In der Altersspanne ab 55 bis unter 70 Jahren, d. h. mit Hinwendung zum Rentenalter, sinkt die Fallrate zunächst ab (auf 991 Fälle je 100 000 Einwohner in der Altersgruppe von 65 bis unter 70 Jahre), um anschließend mit steigendem Lebensalter der Patientinnen und Patienten, insbesondere ab 75 Jahren, wieder deutlich anzuwachsen (auf 1 723 in der Altersgruppe von 85 Jahren oder älter). Letzteres ist insbesondere auf – hinsichtlich beider Geschlechter – stark ansteigende Fallraten bei Patientinnen und Patienten

Abb. 7
Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kapitel V der ICD-10-GM) behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten* der deutschen Krankenhäuser 2016 nach Diagnose- und Altersgruppen (in Jahren) je 100 000 Einwohner Bayerns**



* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern.

** Als Berechnungsgrundlage wurde die jeweilige Durchschnittsbevölkerung verwendet, mit:

Durchschnittsbevölkerung = $(\text{Einwohnerzahl}_{\text{Vorjahr}} + \text{Einwohnerzahl}_{\text{Berichtsjahr}}) / 2$; Einwohnerzahl jeweils zum 31.12. des Jahres.

des späteren Lebensabends in der Diagnosegruppe „F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ zurückzuführen.

Eine Detaillierung dieses allgemeinen Befundes nach Diagnosegruppen bietet Abbildung 7. Die Abbildung 8 liefert zudem eine differenzierte Darstellung je Diagnosegruppe nach Geschlechtern.

Augenfällig ist mit Blick auf Abbildung 7 zunächst die vergleichsweise hohe Fallrate in der Diagnosegruppe „F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ bei Jugendlichen, insbesondere im Alter von 15 bis unter 20 Jahren (848 Fälle je 100 000 Einwohner dieser Altersgruppe). Etwas geringere Fallraten ergeben sich in den Altersgruppen von 20 bis unter 25 (683) und von 25 bis unter 30 Jahren (647). In der etwas älteren Patientengruppe von 30 bis unter 35 Jahren kommt es wieder zu einem Anstieg der mit psychotropen Substanzen assoziierten Fallrate (817), die in der sich anschließenden Altersspanne von 35 bis unter 60 Jahren Werte zwischen 803 und 614 annimmt, wobei die Tendenz mit steigendem Alter abnimmt. Erst in Patientengruppen mit weiter fortgeschrittenem Lebensalter kommt es, wie Abbildung 7 zu entnehmen ist, zu einem deutlichen Rückgang vollstationärer Fälle aufgrund des Konsums psychotroper Substanzen.

Bei den „Affektiven Störungen (F30-F39)“ lassen sich in Abbildung 7 zwei „Erkrankungs-“ bzw. „vollstationäre Behandlungsgipfel“ erkennen, nämlich einerseits in der Patientenaltersgruppe von 15 bis unter 20 Jahren (Fallrate in Höhe von 463), und andererseits in der Spanne von 45 bis unter 60 Jahren (Fallraten zwischen 495 und 577). Wie Abbildung 8 zu entnehmen ist, weisen hier männliche und weibliche Patienten einen relativen Gleichlauf der Altersprofile auf, wobei die weiblichen Patienten durchweg in der Überzahl sind. Besonders deutlich ist der Abstand der Geschlechter in der Altersgruppe von 15 bis unter 20 Jahren, wo die Fallrate weiblicher Patienten (669) die der männlichen (277) sehr stark übertrifft.

Bei den „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48)“ zeigt sich ebenfalls ein deutlich erkennbarer „Gipfel“ in der jugendlichen

Altersgruppe von 15 bis unter 20 Jahren (Fallrate von 503). In der Patientengruppe von 20 bis unter 25 Jahren lag die Fallrate hier bei 333 vollstationären Behandlungen je 100 000 Einwohner dieser Altersgruppe. In der Altersspanne von 25 bis unter 60 Jahren bewegte sich diese Größe zwischen 226 und 243. Mit steigendem Lebensalter der Patientinnen und Patienten sinkt dieser Wert zwar, blieb jedoch im Berichtsjahr 2016 stets über der Marke von 120.

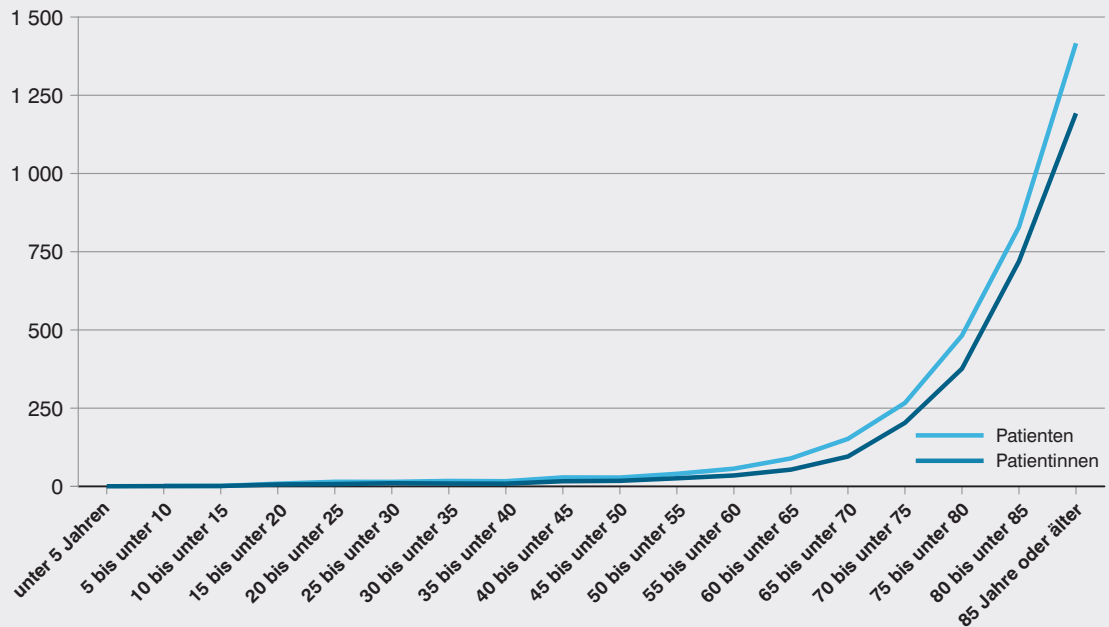
Die Fallraten in der Diagnosegruppe „F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ steigen mit dem Jugendalter zum Erwachsenenalter hin an (Fallrate von 217 in der Altersgruppe von 30 bis unter 35 Jahren; Fallrate von 223 im Alter von 35 bis unter 40 Jahren) und bleiben dann auf relativ konstantem Niveau (zwischen 162 und 195 in der Altersspanne von 40 bis unter 60 Jahren), um im höheren Lebensalter wieder abzusinken. Differenziert nach Geschlechtern (vgl. Abbildung 8) zeigte sich im Jahr 2016 bei männlichen Patienten ein (vollstationär behandelte) Erkrankungsgipfel in der Altersspanne von 20 bis unter 40 Jahren (jeweils Fallraten über der Marke von 220), während bei Frauen die Erkrankungsrate insgesamt unter dem Spitzenwert der männlichen Patienten bleibt und in der Altersgruppe von 50 bis unter 55 Jahren (Fallrate in Höhe von 211) sowie in den Lebensjahren um diese Zeitspanne herum am höchsten ist.

„Erkrankungsgipfel“ bzw. Häufungen der vollstationären Behandlungshäufigkeit in vergleichsweise jungen Jahren zeigten sich im Berichtsjahr außerdem u. a. bei den Diagnosegruppen „F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (v. a. in der Spanne von 20 bis unter 25 Jahren mit einer geschlechtsübergreifenden Fallrate von 145 und deutlichem Überwiegen des weiblichen Geschlechts) und „F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (v. a. von 15 bis unter 20 Jahren mit einer Fallrate von 105), was, wie oben erwähnt, insbesondere auf die Behandlung von Essstörungen bei weiblichen Patienten zurückgeht.

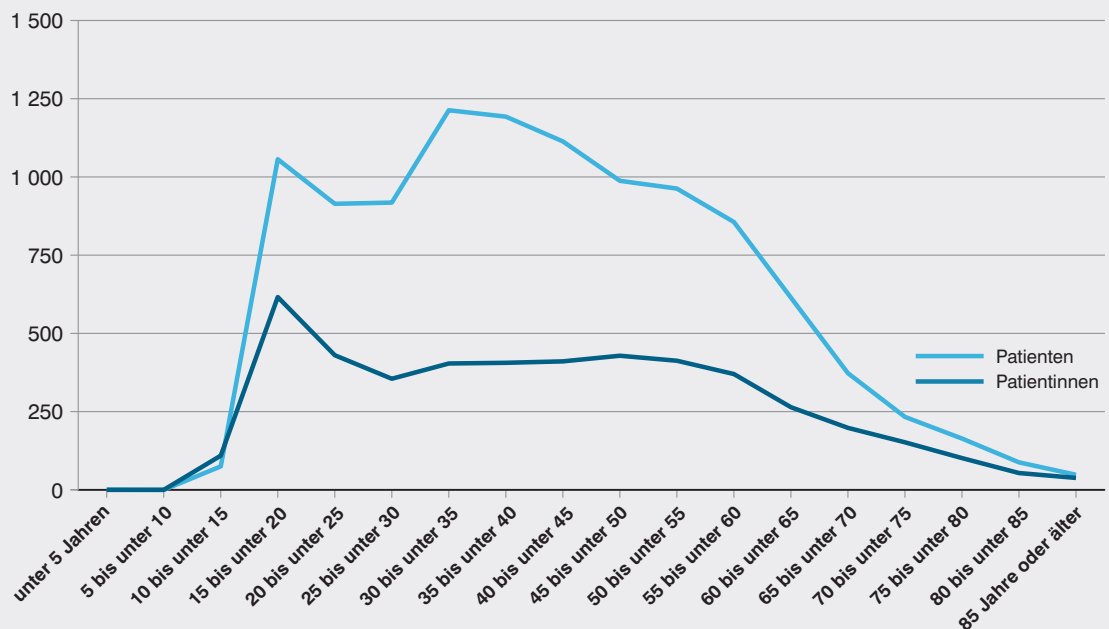
Ersichtlich ist aus den Abbildungen 7 und 8 außerdem ein mit steigendem Lebensalter, bei beiden Geschlechtern nahezu identischer, steiler Anstieg der

Abb. 8
Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kapitel V der ICD-10-GM) behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten* der deutschen Krankenhäuser 2016 nach Diagnose- und Altersgruppen sowie nach Geschlecht je 100 000 Einwohner Bayerns**

Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–F09)



Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19)



* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern.

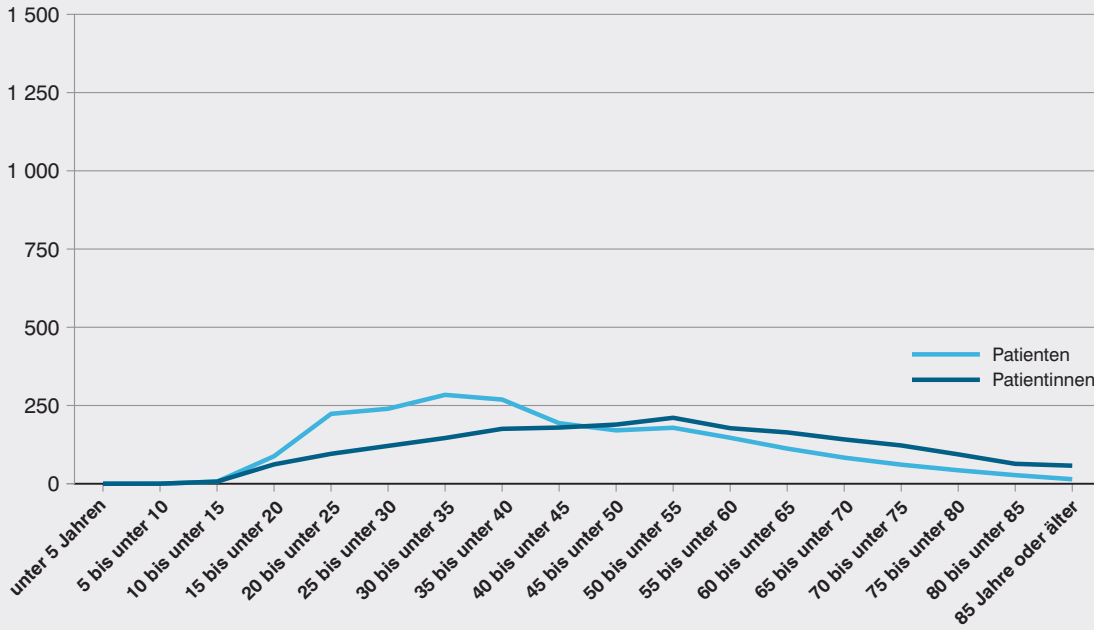
** Als Berechnungsgrundlage wurde die jeweilige Durchschnittsbevölkerung verwendet, mit:

Durchschnittsbevölkerung = (Einwohnerzahl_{Vorjahr} + Einwohnerzahl_{Berichtsjahr})/2; Einwohnerzahl jeweils zum 31.12. des Jahres.

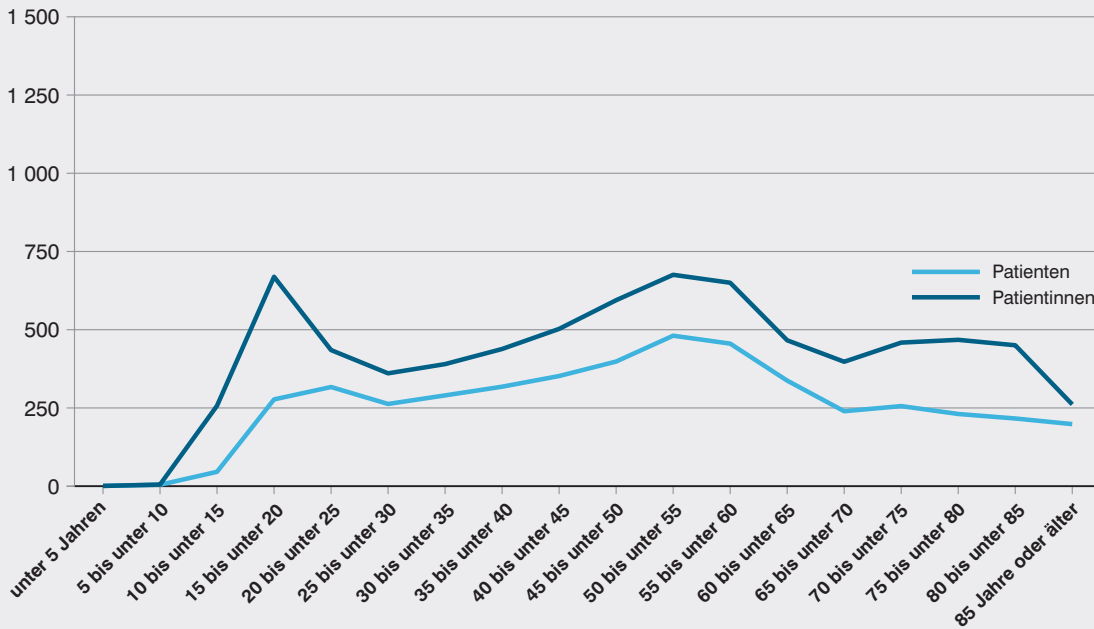
Abb. 8 (Fortsetzung)

Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kapitel V der ICD-10-GM) behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten* der deutschen Krankenhäuser 2016 nach Diagnose- und Altersgruppen sowie nach Geschlecht je 100 000 Einwohner Bayerns**

Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–F29)



Affektive Störungen (F30–F39)



* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern.

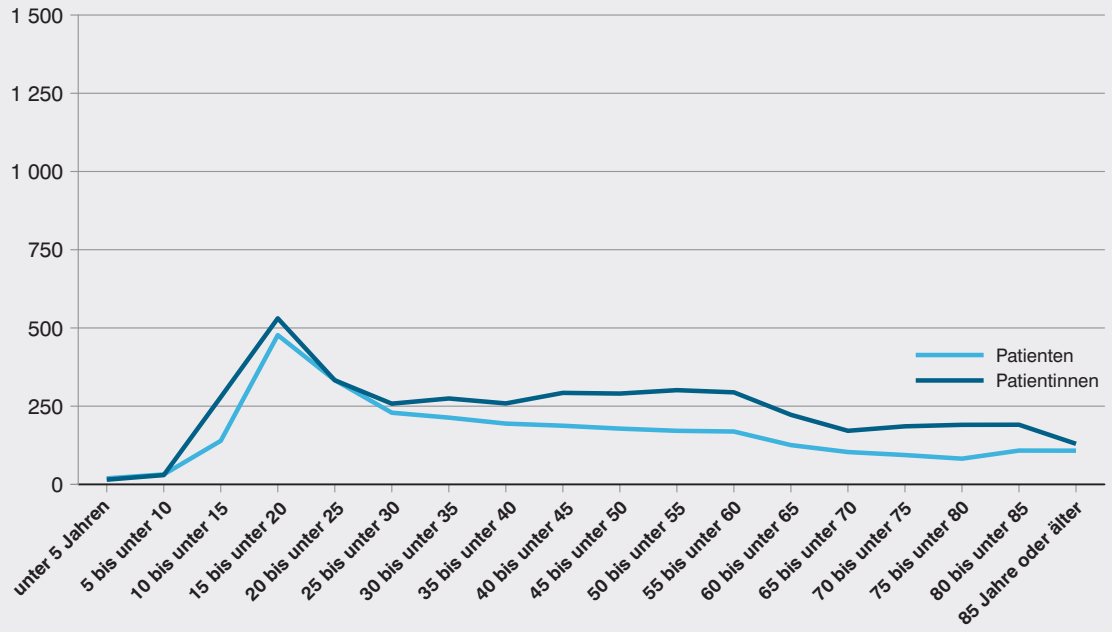
** Als Berechnungsgrundlage wurde die jeweilige Durchschnittsbevölkerung verwendet, mit:

Durchschnittsbevölkerung = (Einwohnerzahl_{Vorjahr} + Einwohnerzahl_{Berichtsjahr})/2; Einwohnerzahl jeweils zum 31.12. des Jahres.

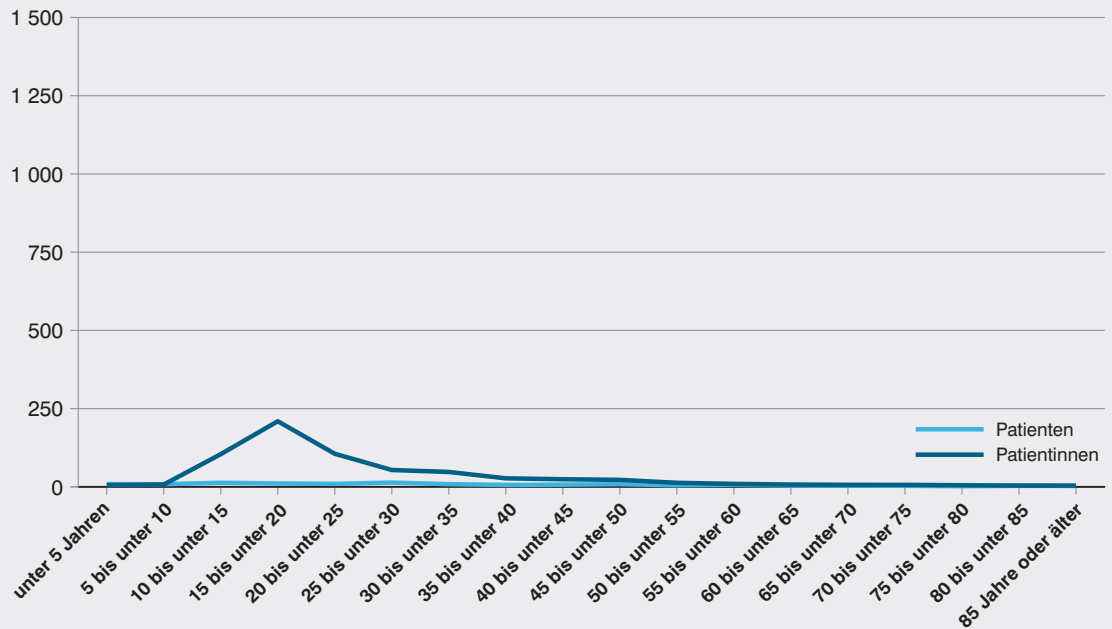
Abb. 8 (Fortsetzung)

Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kapitel V der ICD-10-GM) behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten* der deutschen Krankenhäuser 2016 nach Diagnose- und Altersgruppe sowie nach Geschlecht je 100 000 Einwohner Bayerns**

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)



Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–F59)

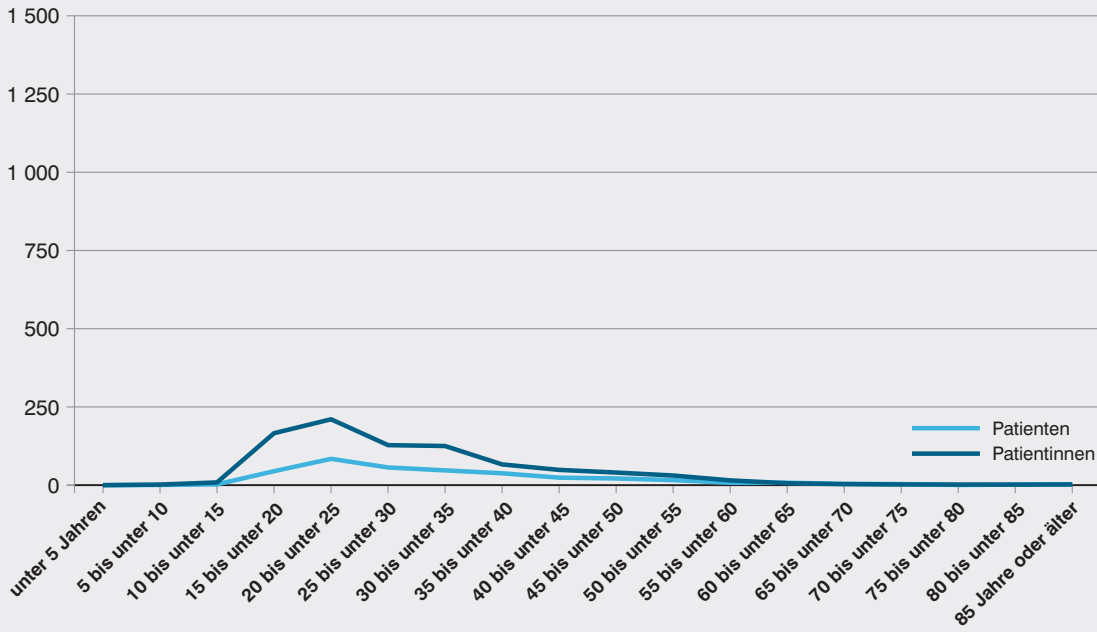


* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern.
 ** Als Berechnungsgrundlage wurde die jeweilige Durchschnittsbevölkerung verwendet, mit:
 Durchschnittsbevölkerung = (Einwohnerzahl_{Vorjahr} + Einwohnerzahl_{Berichtsjahr})/2; Einwohnerzahl jeweils zum 31.12. des Jahres.

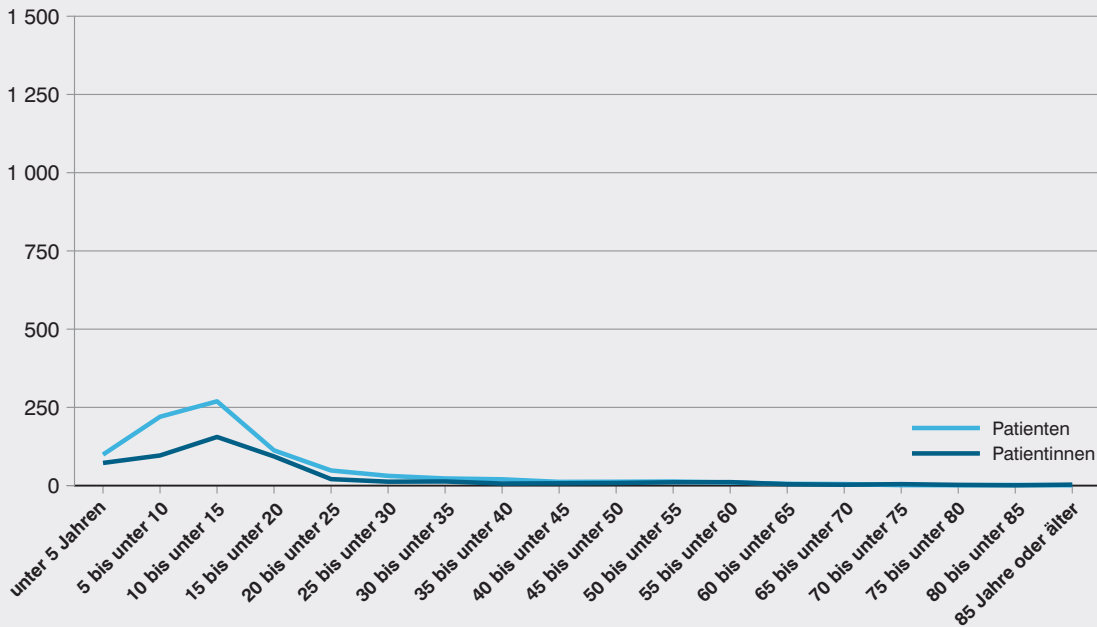
Abb. 8 (Fortsetzung)

Mit Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kapitel V der ICD-10-GM) behandelte vollstationäre bayerische Patientinnen und Patienten* der deutschen Krankenhäuser 2016 nach Diagnose- und Altersgruppen sowie nach Geschlecht je 100 000 Einwohner Bayerns**

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69)



Sonstige Diagnosegruppen (F70–F79, F80–F89, F90–F98, F99)



* Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern.

** Als Berechnungsgrundlage wurde die jeweilige Durchschnittsbevölkerung verwendet, mit:

Durchschnittsbevölkerung = (Einwohnerzahl_{Vorjahr} + Einwohnerzahl_{Berichtsjahr})/2; Einwohnerzahl jeweils zum 31.12. des Jahres.

Behandlungshäufigkeiten mit Hauptdiagnosen im Bereich „F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“. Bei den 60- bis unter 65-Jährigen lag die Fallrate im Jahr 2016 hier bei 71 Fällen je 100 000 Einwohner dieser Altersgruppe; bei den 75- bis unter 80-Jährigen betrug sie 424, bei den 80- bis unter 85-Jährigen lag sie bei 764 und bei den Patientinnen und Patienten im Alter von 85 Jahren oder darüber lag sie gar bei 1 264. Die Diagnosegruppe „F00-F09“ umfasst körperlich bedingte psychische Störungen, wie z. B. Delir, psychische Störungen aufgrund von Schädigungen des Gehirns und Demenzen (vgl. Abbildung 2).

Fazit und Ausblick

Ziel der vorangegangenen Ausführungen war es, aus der Krankenhausdiagnosestatistik heraus einen grundlegenden Überblick zu bieten über die Häufigkeiten sowie die Diagnose-, Alters- und Geschlechtsstruktur der vollstationär im Jahr 2016 aufgrund von „Psychischen und Verhaltensstörungen“ (Hauptdiagnose aus Kapitel V bzw. Kodebereich F00-F99 der ICD-10) behandelten bayerischen Patientinnen und Patienten. Auch wurde die zeitliche Entwicklung der Fallzahlen in den zehn Jahren davor dargestellt. Der Beitrag bezog sich, wie eingangs im Abschnitt „Allgemeiner Überblick“ erwähnt, ausschließlich auf Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Bayern, die in deutschen Krankenhäusern vollstationär behandelt wurden. Die Analyse förderte unter anderem zu Tage, dass im Berichtsjahr 2016

- rund jeder 16. vollstationäre Behandlungsfall (6,2%) auf eine Hauptdiagnose aus dem Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen“ zurückging,
- untergliedert nach Geschlechtern, der häufigste Behandlungsanlass für männliche Patienten die Diagnosegruppe „F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“, gefolgt von „Affektiven Störungen (F30-F39)“ war, während sich diese Rangfolge bei den weiblichen Patienten genau umgekehrt zeigte,
- knapp jeder fünfte vollstationäre Berechnungs- bzw. Belegungstag (19,2%) aufgrund der Behandlung einer psychischen und Verhaltensstörung stattfand und die durchschnittliche diesbezügliche Verweildauer im Krankenhaus 22 Tage betrug,

- nach Lebensaltersgruppen betrachtet, Patientinnen und Patienten der Altersspanne von 15 bis unter 20 Jahren eine insgesamt vergleichsweise hohe vollstationäre Behandlungshäufigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen aufwiesen,
- die Zahl der Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner aufgrund von „Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)“ bereits im jugendlichen bzw. jungen Erwachsenenalter der Patientinnen und Patienten relativ hoch war und ab dem Alter von ca. 60 Jahren deutlich zurückging,
- Hauptdiagnosen im Bereich „F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ im fortgeschrittenen Lebensalter vergleichsweise häufig zu vollstationären Behandlungen führten.

Zudem zeigte sich, dass die Rate der Behandlungsfälle je 100 000 Einwohner aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen (F00-F99) im Zeitraum von 2006 auf 2016 um 18,7% zugenommen hat, wobei diese Steigerung v. a. auf Zunahmen der Behandlungsraten in den Diagnosegruppen „F30-F39 Affektive Störungen“ (+44,8%), „F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (+30,7%) sowie „F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (+16,2%) zurückgeht.

Abschließend und einschränkend sei festgehalten, dass sich die dargestellten Befunde lediglich auf das Berichtsjahr 2016 bzw. – bei der Darstellung der zeitlichen Entwicklung – auf die angegebenen Vorjahre beziehen. Auch ist stets zu berücksichtigen, dass hier lediglich vollstationäre Fallzahlen dargestellt wurden; der Bereich der ambulanten Behandlung ist nicht Gegenstand der Krankenhausstatistik und war somit nicht Thema dieses Aufsatzes. Es handelte sich um eine rein deskriptive Analyse. Interpretierende Fragen nach dem „Warum“ der dargestellten Befunde und deren Beantwortung sowie aus den Ergebnissen zu ziehende Schlüsse waren nicht Gegenstand dieses Beitrags. Ziel war es (nur), die durch die Krankenhausdiagnosestatistik erhobenen Fakten darzulegen und dadurch über diesen, für die öffentliche und individuelle Gesundheit sowie das Gesundheitswesen wichtigen Bereich zu informieren.

Quellenangaben

Destatis – Statistisches Bundesamt (2016): Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten, Qualitätsbericht, 11/2016–12/2016, erschienen am 16/11/2016 [online]:

www.destatis.de/DE/Publikationen/Qualitaetsberichte/Gesundheitswesen/Krankenhauspatienten.pdf;jsessionid=921A48A6C9702872424DBA269656A5FC.InternetLive2?__blob=publicationFile [20.06.2018].

Destatis – Statistisches Bundesamt (2017): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle), Fachserie 12 Reihe 6.2.1 – 2016 [online]:

www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus2120621167004.pdf?__blob=publicationFile [18.07.2018].

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2016): ICD-10-GM Version 2016, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2016 (mit Aktualisierung vom 21.12.2015) [online]: www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2016/ [24.07.2018].

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018): Aufbau der Vierstelligen ausführlichen Systematik der ICD-10-GM [online]:

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/systematik/systematik/> [06.09.2018].

StMGP – Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2017): Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern, Schwerpunkt Depression. Abschlussbericht [online]:

[https://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=ESHOP&DIR=eshop&ACTIONxSE TVAL\(artdtl.htm,APGxNODENR:332601,AARTxNR :stmgp_psych_020,AARTxNODENR:350902,USE RxBODYURL:artdtl.htm,KATALOG:StMGP,AKATxNAME:StMGP,ALLE:x\)=X](https://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=ESHOP&DIR=eshop&ACTIONxSE TVAL(artdtl.htm,APGxNODENR:332601,AARTxNR :stmgp_psych_020,AARTxNODENR:350902,USE RxBODYURL:artdtl.htm,KATALOG:StMGP,AKATxNAME:StMGP,ALLE:x)=X) [11.07.2018].

WHO – World Health Organization (2015): The European Mental Health Action Plan 2013–2020 [online]:

www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf?ua=1 [11.07.2018].

Wolff-Menzler, Claus & Björn Maier (2015): KoDiFiX mit PEPP 2015, Berlin, Deutscher Verein für Krankenhauscontrolling.

Das Gesundheitswesen in Bayern 1926.

Von Dr. Philipp Schwartz, wissenschaftlicher Hilfsarbeiter im Statistischen Landesamt.

Einleitung.

Die Medizinalstatistik wurde in Bayern schon frühzeitig in Pflege genommen. An ihren Anfängen stehen die Nachweise über Pockenschutz (1832/33), Todesursachen (1839/49), Selbstmorde (1844), Frequenz der Irrenanstalten (1856/57), Epidemien (1857/58), Krankenbewegung in den Heilanstalten (1876), Stand der Medizinalpersonen (1876), Tätigkeit der Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genußmittel (1884).

Diese bereits recht umfangreiche Statistik erfuhr seit der Jahrhundertwende im Dienste großer sozialhygienischer Aufgaben wie Tuberkulosebekämpfung, Säuglingsschutz, Besserung der allgemeinen Gesundheitsverhältnisse erhebliche Erweiterung und Vertiefung. Insbesondere wurden neu einbezogen: Säuglingssterblichkeit und Säuglingspflege, Spezialuntersuchungen über Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten, Krebs, Blinddarmentzündung, Geisteskrankheiten, ferner Desinfektionswesen, Leichenschau und Begräbniswesen, Anstalten für Gebrechliche, Gesundheitspflege in den Volksschulen, Badeanstalten, bakteriologische Untersuchungsanstalten.

Die Nachkriegszeit brachte zunächst eine organisatorische Verbesserung der Sterbfallstatistik, wodurch die bisher fehlende Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen der allgemeinen Sterbestatistik, der Todesursachenstatistik und der Selbstmordstatistik erreicht wurde, ferner die Kombination von Beruf und Todesursache und die Neuregelung der 1912 eingestellten Statistik der Infektionskrankheiten. Weitere wichtige Erkenntnisse sind zu erwarten aus der noch nicht abgeschlossenen Gebrechlichenzählung von 1926, aus der Geschlechtskrankenzählung von 1927 und den für 1928 geplanten Erhebungen über die Tuberkuloseerkrankungen des Heil- und Pflegepersonals und über die Verbreitung des endemischen Kropfes. Außerdem soll die Heilanstaltsstatistik eine Neugestaltung, die Todesursachenstatistik eine Erweiterung erfahren.

Die Ergebnisse der Medizinalstatistik werden gleich nach Fertigstellung in der Presse und in dieser „Zeitschrift“ bekanntgegeben und abschließend im „Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen“ zusammengefaßt.

Der neueste, eben erschienene Bericht (47. Jahrgang) gibt nach dem Stande von 1926 Aufschluß über die gesundheitlichen Einrichtungen und ihre Wirksamkeit, die Kranken- und Sterbefallbewegung, soweit statistisch erfaßt, mit Hervorhebung wichtiger Krankheitsformen sowie über die dauernd Hilfsbedürftigen (Blinde, Taubstumme, Krüppel). Zu einem Gesamtbild der Salubritätsverhältnisse fehlen freilich noch gewisse Daten, z. B. über Kinder- und Schulspeisungen, Leibesübungen und Sport, Kranken- und Unfallversicherung, Bäder- und Kurbesuch usw. Doch werden diese Gegenstände in anderem Rahmen in der „Zeitschrift“ und im „Jahrbuch“ eingehend behandelt. Geographisches Detail wird stellenweise auch für die kleineren Verwaltungsbezirke geboten, im übrigen nur nach Regierungsbezirken mit Unterscheidung nach Stadt und Land und Hervorhebung der Großstädte.

In den folgenden Ausführungen werden die Hauptgesichtspunkte der Medizinalstatistik zusammenfassend ver-

anschaulicht, unter teilweiser Heranziehung von Nachweisen schon für 1927. Ferner sind nach Bedarf auch die Ergebnisse anderer Erhebungen verwertet sowie Vergleiche mit früheren Jahren gezogen.

I. Aufbau und Wechsel der Volkskraft.

Die bayerische Volkszahl umfaßte in der Mitte des Jahres 1926: 7 436 829 gegenüber 7 379 902 im Vorjahr und 6 882 237 im Jahre 1910 auf dem gleichen Gebiet. Ihre Lebenskraft bzw. ihre Gefährdung durch Krankheit und Tod wird wesentlich durch die Gliederung nach Alter und Geschlecht bedingt. Diese stellte sich 1926 wie folgt:

Altersgruppe	männlich		weiblich		zusammen	
	abs.	‰	abs.	‰	abs.	‰
bis zu 1 Jahr	74870	20,9	73792	19,2	148662	20,9
über 1 bis 6 Jahre	376676	105,1	372017	96,6	748693	100,8
„ 6 „ 14 „	479778	133,9	478498	124,2	958276	128,2
„ 14 „ 18 „	318909	89,9	318257	82,6	637166	85,7
„ 18 „ 25 „	510335	142,4	523038	135,9	1033373	138,8
„ 25 „ 45 „	940583	262,5	1125958	292,5	2066541	277,9
„ 45 „ 65 „	690005	192,4	730745	189,5	1420750	191,0
„ 65 „	192985	53,2	230383	59,5	423368	57,2
zusammen	3584141	1000	3852688	1000	7436829	1000

Die bayerische Bevölkerung zeigt also ähnlich wie die gesamtdeutsche eine verhältnismäßig schwache Besetzung des Kindesalters, eine starke Ausweitung im mittleren Alter, namentlich beim weiblichen Geschlecht und einen hohen Prozentsatz des Greisenalters.

Die schmale Kinderbasis ist durch den Geburtenrückgang bedingt, der schon vor dem Kriege einsetzte, während desselben geradezu katastrophale Formen annahm, dann einer leichten Aufwärtsbewegung Platz machte und neuerdings wieder in verstärkter Form auftritt. Dieser Geburtensturz erscheint um so bedrohlicher, als seine heutige Ausdehnung hauptsächlich durch fortschreitende Geburtenbeschränkung auch bei der Landbevölkerung verursacht ist, die bisher gewissermaßen als der unerschöpfliche Quell neuer Volkskraft galt. Aus folgender Berechnung erhellt, wie sehr der allgemeine Geburtenrückgang durch die Senkung der ländlichen Geburtenziffer (in den Bezirksamtern) beeinflusst ist, deren jetziger Stand annähernd dem der städtischen Geburtenziffer von 1913 entspricht:

Jahr	Auf 1000 der mittleren Bevölkerung treffen Geborene (einschl. Totgeborene)		
	Kreisunm.	Städte	Bezirksämter
1913	23,8	31,5	29,4
1914	22,8	31,2	28,7
1918	15,2	16,8	16,2
1919	20,5	23,2	22,3
1920	24,4	29,9	28,2
1921	22,8	30,0	27,7
1922	20,7	28,3	25,6
1923	18,8	26,6	24,1
1924	18,4	25,4	23,1
1925	18,7	25,6	23,3
1926	18,2	24,2	22,1
1927	•	•	20,7

Demgegenüber bildet das starkbesetzte mittlere Alter den Niederschlag der geburtenreichen Jahre vor 1910. Die

Quelle: „Zeitschrift des Bayerischen Statistischen Landesamts“, 60. Jahrgang, München 1928

Ziffern wären noch höher, wenn nicht der Krieg — namentlich bei den heute 30- bis 45-jährigen — so schwere Lücken gerissen hätte, die auch beim naturgemäß weniger betroffenen weiblichen Geschlecht fühlbar sind. Weitere Verluste brachte die Abwanderung, welche von 1910 bis 1925 rund 13 0/0 des natürlichen Zuwachses dem Lande entzog.

Wie sehr der Krieg mit seinen Folgen unsere Volkskraft auch geschwächt hat, so konnte er den im Zuge der allgemeinen Entwicklung liegenden Sterblichkeitsrückgang wohl unterbrechen, nicht aber in sein Gegenteil verkehren. Dank dem neuzeitlichen Aufschwung auf hygienischem Gebiet wie als Begleiterscheinung des Geburtenrückgangs hat sich die Sterblichkeit fortdauernd gebessert, so daß sie jetzt weit unter dem Vorkriegsstand steht. Besonders ins Gewicht fällt dabei der Rückgang der Säuglingssterblichkeit, welche jetzt — in teilweisem Ausgleich des vorgeschilderten Geburtenschwunds — auch auf dem Lande ein günstiges Bild zeigt, ein günstigeres, als vor dem Kriege die Städte aufwiesen:

Auf 100 Lebendgeborene treffen im
1. Lebensjahr Gestorbene

	Kreisunm. Städte	Bezirksämter	Staat
1913	16,0	18,8	18,2
1914	16,0	20,0	19,2
1918	16,7	21,7	20,4
1919	14,8	19,1	17,8
1920	14,8	18,0	17,2
1921	13,8	18,0	17,2
1922	13,7	17,2	16,2
1923	14,1	17,2	16,2
1924	12,2	15,1	14,1
1925	11,3	15,0	14,0
1926	9,8	14,0	13,2
1927	-	-	12,1

Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit hat sich ganz allgemein durchgesetzt, nur 15 Bezirksämter, darunter 9 fränkische, zeigen eine leichte Erhöhung bzw. einen Stillstand der Säuglingssterbeziffer.

Da sich auch die sonstige Sterblichkeit verminderte, was die gegen früher stärkere Besetzung der höheren Altersjahrgänge, namentlich beim männlichen Geschlecht erklärt, ergibt sich folgende Entwicklungsreihe der Sterblichkeit:

Auf 1000 der mittleren Bevölkerung treffen
Gestorbene (einschl. Totgeborene)

	Kreisunm. Städte	Bezirksämter	Staat
1913	16,2	18,5	17,0
1914	19,0	23,0	22,2
1918	23,0	25,0	25,2
1919	16,7	16,8	16,8
1920	15,8	16,5	16,2
1921	15,2	16,0	16,4
1922	15,2	16,0	16,0
1923	14,0	16,2	15,8
1924	13,0	14,3	14,1
1925	13,1	14,4	14,1
1926	12,7	14,0	13,5
1927	-	-	13,2

Die Lebensbehauptung — namentlich im Säuglings- und Greisenalter — erscheint demnach erhöht, wenn sie auch die vorgeschilderte Senkung der Reproduktionskraft nicht ausgleichen kann.

Der Geburtenüberschuß, der 1913: 11,5 auf 1000 der Bevölkerung betrug, stellt sich 1926 nur auf 8,6 0/00, 1927 — bei weiterem Rückgang der Geburten und unverändertem Stand der Sterbeziffer — auf 7,2 0/00.

II. Einrichtungen des Gesundheitswesens.

1. Allgemeine sanitäre Einrichtungen.

Der Gesundheitszustand eines Volkes wird wesentlich durch das Vorhandensein neuzeitlicher Wasserversorgungs- und Kanalisationsanlagen bedingt, namentlich in den Städten. In dieser Hinsicht erscheint die Bevölkerung der bayerischen kreisunmittelbaren Städte recht

günstig gestellt, während in den Bezirksämtern derartige Wasserversorgungsanlagen weit seltener vorkommen und Kanalisationsanlagen geradezu eine Seltenheit bilden:

	Kreisunm. Städte	Bezirksämter	Staat
Wasserversorgungsanlagen			
versorgte Orte	66	3 599	3 665
versorgte Einwohner	2 492 115	2 072 410	4 564 525
in % der Gesamteinwohnerzahl	98,4	42,3	61,4
Kanalisationsanlagen			
versorgte Orte	50	326	376
versorgte Einwohner	1 966 431	675 633	2 642 064
in % der Gesamteinwohnerzahl	77,8	13,8	35,2

Bedensam ist ferner die Pockenschutzimpfung, in deren Auswirkung die früher so gefährlichen Pockenkrankungen fast ganz verschwunden sind. Im Berichtsjahr wurden 172 143 impfpflichtig gebliebene Erstimpflinge festgestellt. Geimpft wurden einschl. der Nichtimpfpflichtigen 147 824, davon 144 297 mit Erfolg. Wieder impfpflichtig geblieben waren 156 954; geimpft wurden 154 632, mit Erfolg 150 401.

Eine wichtige prophylaktische Maßnahme bildet weiter die Untersuchung von Nahrungs- und Genußmitteln; sie wird von 8 über das Land verteilten Untersuchungsanstalten ausgeübt. Im ganzen wurden 292 571 Untersuchungen vorgenommen, davon an Nahrungs- und Genußmitteln 276 563. Im einzelnen seien folgende Gegenstände hervorgehoben:

Untersuchungen von Milch- und Molkereierzeugnissen	50 398
„ „ Gewürzen	28 030
„ „ Getreide und Hülsenfrüchten	24 442
„ „ Butter und Ölen	19 519
„ „ Fleisch- und Wurstwaren	19 199
„ „ Wein und ähnlichen Getränken	17 587

Endlich verdient noch die Tätigkeit der bakteriologischen Untersuchungsanstalten (München, Landau i. d. Pf., Erlangen einschl. Nürnberg, Würzburg) Hervorhebung. Die Zahl der Untersuchungen betrug 159 346, von diesen waren Wassermann'sche und andere serologische Untersuchungen auf Syphilis 49 111, davon positiv 10 563.

Auch die Bereitstellung von Badegelegenheit steht in engem Zusammenhang mit der vorbeugenden sanitären Fürsorge. Das Badewesen hat folgenden Umfang:

	Kreisunm. Städte	Bezirksämter	Staat
Warmbadeanstalten	138	236	374
Badeanstalten an Flüssen und Seen	147	544	691
Schulbäder	149	75	224
Luft- und Sonnenbäder ¹⁾	28	12	40

2. Ärzte und ihnen nahestehende Medizinalpersonen.

Die Zahl der Ärzte betrug 1926: 5 448, davon 195 weibliche. Im Verhältnis zur Bevölkerung erscheinen die Städte übermäßig, das Land unzulänglich versorgt, wenn man von der für die Krankenkassen aufgestellten Norm: auf 1 Arzt 1 000 Versicherte¹⁾ ausgeht:

	Zahl der Ärzte	Auf 1 Arzt treffen Einwohner
Kreisunmittelbare Städte	3 404	744
Bezirksämter	2 044	2 399
zusammen	5 448	1 365

Auch bei Hinzurechnung der Bader — 466 in den Städten, 1452 in den Bezirksämtern — ergibt sich für das Land ein immer noch viel größerer Wirkungskreis der einzelnen Medizinalperson als in der Stadt:

	Ärzte und Bader	Auf 1 Arzt bzw. Bader treffen Einwohner
Kreisunmittelbare Städte	3 870	654
Bezirksämter	3 496	1 403
zusammen	7 366	1 010

¹⁾ Soweit nicht mit Badeanstalten verbunden.

Im übrigen zeigt sich, daß auf dem Lande die Heilpflege noch in erheblichem Umfang — zu 41,5% — in den Händen der Bader liegt.

Besonders ausgiebig ist die Beteiligung der Bader am Leichenschauverfahren, wobei obendrein auch das Laienelement eine erhebliche Rolle spielt:

	Von den Leichenschauern		
	in den kreisunmittelbaren Städten	in den Bezirksämtern	im Staat
	sind ihrem Beruf nach		
Ärzte	135	1 122	1 257
Bader	46	698	744
Laien	3	566	569
zusammen	184	2 386	2 570

Während also in den Städten die Ärzte 73,4% der Leichenschauer umfassen, bilden sie in den Bezirksämtern mit 47% knapp die Hälfte. Bei den Vertretern der Leichenschauer vollends — im ganzen 2 278 — kommen die Ärzte nur mit 17,0% — 388 — in Frage. Dieses verhältnismäßige Zurückbleiben der Ärzte ist nicht nur dem praktischen Zweck der Leichenschau abträglich, es beeinträchtigt auch die sachgemäße Beurkundung der Todesursache und bringt damit in die Sterbefall- und Todesursachenstatistik eine gewisse Unsicherheit.

An Zahnärzten und Zahntechnikern wurden ermittelt:

	Kreisunm. Städte	Bezirksämter	Staat
Zahnärzte			
männlich	594	199	793
weiblich	33	7	40
zusammen	627	206	833
Zahntechniker			
männlich	922	759	1 681
weiblich	81	32	113
zusammen	1 003	791	1 794

Ferner kommen 1 309 Personen in Frage, welche ohne staatliche Anerkennung die Heilbehandlung gewerbsmäßig treiben, darunter 441 weibliche.

3. Apotheker.

An Apotheken sind 790 vorhanden, davon in den Städten 314, in den Bezirksämtern 476. Den tatsächlich weit größeren Arzneimittelbedarf der Bezirksämter decken ferner noch 9 Zweigapotheken, 206 ärztliche Hausapotheken und 20 Hausapotheken in Anstalten. In den Städten kommen außerdem noch 24 Anstaltsapotheken in Frage, so daß die Gesamtzahl der Apotheken 1 049 beträgt.

Ferner gibt es noch 102 von Apothekern geführte Drogerien, davon 66 in den Städten und 36 in den Bezirksämtern. Auch sonstige Drogerien finden sich in der Stadt zahlreicher (546) als auf dem Lande (338). Einen Ausgleich bieten einstweilen die Schrankdrogerien, von denen 981 auf die Bezirksämter und nur 63 auf die kreisunmittelbaren Städte entfallen.

Das Apothekenpersonal verteilt sich wie folgt:

	Kreisunmittelb. Städte	Bezirksämter	Staat
Apothekenbesitzer	256	419	675
Apothekerwitwen	71	93	164
Approbierte Apothekenangestellte	475	206	681
Apothekerassistenten . . .	157	44	201
Apothekerpraktikanten . .	61	29	90

Vom Angestelltenpersonal sind im ganzen 64 weiblichen Geschlechts.

4. Hebammen.

Die Zahl der Hebammen beträgt 4 383. Von den nicht in Heilanstalten beschäftigten Hebammen entfallen auf die kreisunmittelbaren Städte 770, auf die Bezirksämter 3 581. Demnach treffen in den Städten auf 1 Hebamme 3 289, in den Bezirksämtern 1 369 Einwohner. Die geringere Versorgung der Städte erklärt sich aus der wachsenden Bedeutung der Frauenkliniken und Entbindungsanstalten, welche die einzelne Hebamme bzw. die häusliche Entbindung mehr und mehr ablösen.

Dafür spricht auch die in den Städten geringere Quote der mit Beiziehung von Hebammen stattgefundenen Geburten:

	Geburten überhaupt	davon durch Hebammen gemeldet	
		absolut	%
Kreisunmittelbare Städte	45 964	32 319	70,3
Bezirksämter	118 526	110 675	93,4
zusammen	164 520	142 994	86,9

An künstlichen Entbindungen wurden durch die Hebammen 10 039 gemeldet, davon in den Städten 2 705, in den Bezirksämtern 7 334 — 5,9% bzw. 6,2% sämtlicher Geburten.

5. Desinfektionswesen.

An Apparaten für Desinfektionszwecke wurden ermittelt: 298 Apparate für Wasserdampf, darunter 124 Bezirken, 78 kreisunmittelbaren Städten und 30 sonstigen Gemeinden gehörig, 1 139 Formalin-Apparate und 63 andere Apparate.

Die Zahl der Desinfektoren beträgt 828. An Wohnungsdesinfektionen (Schlußdesinfektionen) wurden 15 096 vorgenommen, davon mit Formalin 9 026, an Desinfektionen von Kleidern mit Dampf 4 651.

6. Anstaltskrankenpflege.

Das Anstaltswesen umfaßt die allgemeinen Krankenanstalten sowie die Spezialanstalten für Schwangere (Entbindungsanstalten), Geisteskranke und Augenkranke.

Die allgemeinen Krankenanstalten zeigen nach Besitzverhältnissen, Aufnahmefähigkeit und Frequenz folgendes Bild:

Art der Anstalt	Anstalten	Betten	Auf 1 Anstalt treffen Betten	Kranke	Auf 1 Bett treffen Kranke	Verpflegungstage	Auf 1 Bett treffen Verpflegungstage	Auf 1 Kranken treffen Verpflegungstage
Öffentl. Anstalten	454	24717	54,4	216086	8,7	5660532	229,9	26,2
Anstalten zu Universitätslehrzwecken	11	3374	306,7	42098	12,3	984491	291,2	23,4
Private Anstalten mit 11 und mehr Betten	100	5587	55,9	52659	9,4	1301236	232,9	24,7
Private Anstalten mit weniger als 11 Betten	21	120	5,7	1465	12,2	12744	106,2	8,7
zusammen	586	33798	57,7	312308	9,2	7959003	235,5	25,5

Das zahlenmäßige Schwergewicht der Anstaltskrankenpflege liegt also bei den allgemeinen öffentlichen Heilanstalten, während die Anstalten zu Universitätslehrzwecken nach Aufnahmefähigkeit wie Frequenz die höchste Intensität aufweisen.

In den Spezialanstalten sind die einschlägigen Verhältnisse wie folgt:

Art der Anstalt	Anstalten	Betten	Verpflegungstage	Verpflegungstage	Auf 1 Kranken treffen Verpflegungstage
Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, Schwachsinnige, Nervenranke.					
Öffentliche Anstalten	25	11697	18733	4176385	222,9
Anstalten zu Universitätslehrzwecken	2	260	3236	100835	31,2
Private Anstalten mit 11 und mehr Betten	10	510	1498	82455	55,9
Private Anstalten mit weniger als 11 Betten	2	14	69	3573	51,2
zusammen	39	12481	23536	4363248	185,4

Art der Anstalt	Anstalten	Betten	Verpflegte	Verpflegungstage	Auf 1 Kranken treffen Verpflegungstage
Augenheilanstalten.					
Öffentliche Anstalten	1	58	322	7288	22,6
Anstalten zu Universitätslehrzwecken	3	334	3813	75121	19,7
Private Anstalten mit 11 und mehr Betten	14	285	2661	42083	15,9
Private Anstalten mit weniger als 11 Betten	12	82	834	10359	12,4
zusammen	30	759	7630	134851	17,7
Entbindungsanstalten.					
Öffentliche Anstalten	11	245	4396	50458	11,3
Anstalten zu Universitätslehrzwecken	5	306	5605	84735	15,1
Private Anstalten mit 11 und mehr Betten	14	185	3347	37866	11,3
Private Anstalten mit weniger als 11 Betten	9	45	530	5933	11,2
zusammen	39	781	13878	178992	12,6

Das Pflegepersonal in den allgemeinen Krankenanstalten (ausschließlich der Krankenabteilungen in Pfründenanstalten und Armenhäusern, in Strafanstalten und Arbeitshäusern) sowie in den Augenheil- und Entbindungsanstalten umfaßt in 608 Anstalten mit 33 714 Betten 4 415 Personen, davon männlich 385, weiblich 4 030. Auf 1 Pflegeperson treffen also 7,6 Betten. Von den Pflegepersonen gehören 3 560 — 80,6% — einem geistlichen Verbands an.

In den Anstalten für Geistesranke usw., ebenfalls ohne die Krankenabteilungen — 36 Anstalten mit 12 365 Betten — werden 2 484 Pflegepersonen verwendet, davon 1 151 männlich, 1 333 weiblich. Auf 1 Pflegeperson treffen 5,6 Betten. Hier handelt es sich meist um weltliche Pfleger, die Zahl der einem geistlichen Verbands angehörigen Pflegepersonen beträgt nur 217 — 8,7%.

7. Hauskrankenpflege.

Für die Hauskrankenpflege werden von den Gemeinden 1 177 Krankenpflegestationen unterhalten, davon 182 in den kreisunmittelbaren Städten und 995 in den Bezirksämtern. Die Stationen sind in 469 Fällen mit Kinderbewahranstalten verbunden, in den Städten in 48, in den Bezirksämtern in 421 Fällen. Bereitgestellt sind 2 532 Hauspflegepersonen — 5 männlich, 2 527 weiblich —, es treffen also auf 1 Station 2,2 Pflegepersonen. Die meisten Pflegepersonen — 2 202 — 87,0% — gehören geistlichen Verbänden an.

Noch sehr verbreitet ist die Unterbringung von Geisteskranken in Familienpflege, wobei es sich allerdings mehr um Epileptiker und Schwachsinnige als um eigentliche Geistesranke handelt. Sie erreicht folgenden Umfang:

	Kreisunm. Städte	Bezirksämter	Staat
Geistesranke	2 179	3 352	5 531
Epileptiker	433	1 698	2 131
Schwachsinnige	761	4 562	5 323
zusammen	3 373	9 612	12 985

Auf die Gemeinden mit unter 2 000 Einwohnern entfallen allein 7 818 in Familienpflege untergebrachte Geistesranke usw.

Die Unterbringung erfolgt in der Regel bei den Angehörigen (12 036), seltener in fremden Familien (949).

8. Pflege der dauernd Hilfsbedürftigen.

Als dauernd Hilfsbedürftige gelten die Gebrechlichen sowie die im Lauf des Lebens Siechgewordenen. Für diese kommt nur Anstaltspflege in Frage. Hinsichtlich der Gebrechlichen sind folgende Einrichtungen vorhanden:

Anstalten für	Anstalten	Betten oder Plätze	Pfleglinge	Verpflegungstage
Blinde	7	492	483	143 591
Taubstumme	14	1 705	1 631	451 129
Krüppelhafte	3	390	479	106 924
Idioten und Schwachsinnige	20	4 247	4 991	1 561 368
Epileptiker	1	49	44	15 494
unheilbar Sieche und sonstige	21	4 210	5 548	1 545 281
zusammen	66	11 094	13 176	3 826 787

Den Siechgewordenen stehen 349 Siechenhäuser, Pfründenanstalten und Altersheime zur Verfügung, davon in staatlichem oder kommunalem Besitz 225, in geistlichem Besitz 15, als Stiftungen 85, als private Wohlfahrtseinrichtungen 24. Die Zahl der Betten — ausschließlich derjenigen in den Krankenabteilungen — beträgt 11 829.

An Pflegepersonen sind 1 042 vorhanden, 53 männlich, 989 weiblich. Geistlichen Verbänden gehören 918 — 88,1% — an.

9. Fürsorgewesen.

Die heute immer breiter werdende Fürsorgetätigkeit, welche zwischen Anstalts- und Hauspflege die Mitte hält, erstreckt sich hauptsächlich auf die Pflege von Kindern und Lungenkranken.

Zunächst kommen die Beratungsstellen für Säuglinge und Kleinkinder in Frage mit folgendem Geschäftsbereich:

	Kreisunm. Städte	Bezirksämter	Staat
Beratungsstellen	90	291	381
Hilfspersonen	182	284	466
In Fürsorge stehende Kinder	67 657	42 996	110 653
Hausbesuche	227 451	182 463	409 914
Abgegebene Milchportionen	1 156 546	417 704	1 574 250

Neben den Beratungsstellen nehmen die viel älteren Anstalten für halbgeschlossene Fürsorge, Krippen-, Kinderbewahranstalten, Kindergärten, Horte einen breiten Raum ein:

	Kreisunm. Städte	Bezirksämter	Staat
Anstalten	339	909	1 248
Plätze für Säuglinge und Kleinkinder	26 854	52 785	79 639
Aufsichtspersonen	729	1 256	1 985

Weniger zahlreich sind die Anstalten der geschlossenen Fürsorge für Säuglinge und Kleinkinder.

	Kreisunm. Städte	Bezirksämter	Staat
Anstalten	65	44	109
Betten	3 030	1 655	4 685
Verpflegte Säuglinge und Kleinkinder	3 016	2 249	5 265
Verpflegungstage	509 039	346 128	855 167
Pflegepersonen	473	219	692

In das Gebiet der Kinderfürsorge fällt ferner die Besichtigung der in fremden Familien untergebrachten Kinder (Pflegekinder). Die Zahl dieser Kinder beträgt 32 414, davon stehen im ersten Lebensjahr 7 897; ehelicher Abkunft sind 1446, unehelicher 6 451.

Im ganzen wurden 6 345 Pflegekinder vom Amtsarzt, 27 923 von der Bezirksfürsorgerin und 3 434 von sonstigen Personen besichtigt.

Auch die in den Fürsorgestellen für Lungenkranke betriebene Tuberkulose-Bekämpfung ist zu erheblichem Teil Kinderfürsorge.

In 247 Fürsorgestellen standen während des Berichtsjahres 73 985 Personen in Fürsorge, darunter 25 913 Kinder unter 14 Jahren.

Die Fürsorgestellen beschäftigen 113 Amtsärzte, 100 sonstige Ärzte und 281 Hilfspersonen. An Hausbesuchen wurden 118 385 ausgeführt.

hohen Ziffern der Tuberkulosesterblichkeit — beim männlichen Geschlecht die Arbeiter in Industrie der Steine und Erden sowie in Metall- und Maschinenindustrie, beim

weiblichen Geschlecht die Selbständigen im Bekleidungs-gewerbe (Schneiderinnen und Näherinnen) und das — geistliche wie weltliche — Krankenpflegepersonal:

An Tuberkulose Gestorbene							
männlich				weiblich			
Beruf	im ganzen	vom 100 sämtlicher Gestorbenen	auf 10000 Erwerbstätige	Beruf	im ganzen	vom 100 sämtlicher Gestorbenen	auf 10000 Erwerbstätige
Selbständige in der Landwirtschaft	401	8,8	10,8	Arbeiterinnen in der Landwirtschaft	152	22,8	9,8
Arbeiter in der Landwirtschaft	141	11,8	8,4	Mithelfende Familienangehörige in der Landwirtschaft	596	14,9	9,9
Arbeiter in Industrie d. Steine u. Erden	159	29,1	18,8	Selbständige im Bekleidungs-gewerbe	72	22,4	20,8
Arbeiter in Metall- und Maschinen-industrie	223	20,4	11,8	Arbeiterinnen im Bekleidungs-gewerbe	62	42,8	11,8
Arbeiter im Baugewerbe	146	14,8	9,8	Hausangestellte	134	22,7	12,1
Selbständige im Handel	129	9,8	17,8	Insassen geistlicher Anstalten	71	31,1	72,8

Die hohe Tuberkulosensterbeziffer bei den Insassen geistlicher Anstalten dürfte in erster Linie durch ihre vor-erwähnte weitgehende Einbeziehung in die Krankenpflege bedingt sein. Beim weltlichen Krankenpflegepersonal treffen auf 10 000 Erwerbstätige 32,8 an Tuberkulose Gestorbene. Nähere Aufschlüsse über diese besondere Gefährdung des Heil- und Pflegepersonals durch die Tuberkulose wird eine bevorstehende einschlägige Reichserhebung bringen; sie befindet sich in Vorbereitung.

4. Geschlechtskrankheiten und Prostitution.

Die Zahl der in den allgemeinen Krankenanstalten behandelten Geschlechtskranken war unmittelbar nach dem Krieg, namentlich beim weiblichen Geschlecht, gewaltig emporgeschwollen und behauptet auch gegenwärtig einen erhöhten Stand. Ob hierbei mehr tatsächliche Zunahme der Erkrankungen in Frage kommt oder nur vermehrter Zutrang zur Anstaltsbehandlung, läßt sich nicht entscheiden:

Jahr	Erkrankte an					
	Syphilis				Gonorrhoe und weichem Schanker	
	männlich		weiblich		männlich	weiblich
	abs.	auf 10 000 der Bevölkerung	abs.	auf 10 000 der Bevölkerung	abs.	auf 10 000 der Bevölkerung
1914	951	2,7	986	2,7	1 562	4,5
1920	1 767	5,1	2 686	7,2	2 417	7,9
1925	1 126	3,2	1 313	3,4	1 965	5,5
1926	1 102	3,1	1 250	3,2	2 038	5,7

Hinzu kommen noch die an Lues cerebri Erkrankten in den Anstalten für Geistesranke: 155 männliche und 116 weibliche, zusammen 271.

Die Gesamtzahl der Geschlechtskranken ist selbstverständlich noch viel höher, darüber wird die bereits dem Abschluß nahe gebrachte Reichszählung der Geschlechtskranken vom Spätherbst 1927 nähere Auskunft geben. Einstweilen mögen zur Veranschaulichung der allgemeinen Gefährdung der Volksgesundheit durch die Geschlechtskrankheiten die Ergebnisse der im Jahre 1926 durchgeführten Erhebungen über die Prostitution dienen. Darnach waren von den polizeilich aufgegriffenen oder auf Anzeige vorgeführten 9 074 Personen — 1538 männlichen und 7536 weiblichen — mehr als ein Viertel — 2 409 — geschlechtskrank, und zwar an Syphilis 426, an Gonorrhoe 1983.

Noch schlimmer erscheint die Verseuchung bei den eigentlichen Prostituierten, den unter Polizeiaufsicht stehenden Dirnen. Von den 382 Dirnen waren 10 an Syphilis und 137 an Gonorrhoe erkrankt, im ganzen 147 bzw. 38,5% der Gesamtzahl.

Die Sterblichkeit an Geschlechtskrankheiten ist im allgemeinen nicht groß. Von den in den allgemeinen Krankenanstalten Behandelten starben an:

	absolut	Syphilis von 100 Erkrankten
männlich	45	4,1
weiblich	27	2,2
zusammen	72	3,1

Einen höheren Prozentsatz an Gestorbenen haben die an Lues cerebri erkrankten Insassen der Irrenanstalten; er stellt sich bei 32 Gestorbenen auf 11,8.

Ausweislich der Todesursachenstatistik sind an Geschlechtskrankheiten 230 gestorben, davon 110 im Alter bis zu einem Jahr und 90 im Alter von 45 und mehr Jahren. Dem Geschlecht nach waren 129 männlich und 101 weiblich.

5. Geisteskrankheiten und Alkoholismus.

An Geisteskranken wurden in den allgemeinen Heilanstalten 1 653 ermittelt, in den besonderen Anstalten für Geistesranke 22 357 und in Familienpflege 5 531, im ganzen 29 541, damit auf 10 000 der Bevölkerung 39,7.

Gliederung nach dem Geschlecht liegt nur für die Anstaltsinsassen vor, von diesen sind 12 785 männlich und 11 225 weiblich. Im Vergleich zur Vorkriegszeit steht die Ziffer der Geisteskranken, namentlich der weiblichen, jetzt höher, nachdem in den Kriegsjahren ein erheblicher Rückgang eingetreten war:

	Geistesranke					
	männlich		weiblich		zusammen	
	abs.	auf 10 000 der Bevölkerung	abs.	auf 10 000 der Bevölkerung	abs.	auf 10 000 der Bevölkerung
1914	11 158	31,9	9 301	25,6	20 459	28,7
1920	8 729	25,1	9 310	24,9	18 039	25,2
1925	11 650	32,8	10 590	27,7	22 240	30,1
1926	12 785	35,7	11 225	29,1	24 010	32,8

Von den Insassen der öffentlichen und privaten Irrenanstalten — ausschließlich der Anstalten für Universitäts-lehrzwecke — sind 2 288 — 11,8% — nachweisbar erblich belastet. Anzunehmen ist freilich, daß der Umfang der Belastung noch weit höher ist, wofür auch eine für die Zeit von 1900 bis 1913 durchgeführte Spezialerhebung spricht¹⁾. Diese ergab eine von Jahr zu Jahr nur wenig wechselnde Quote der Belasteten von über 40%.

Wichtige Beziehungen bestehen ferner zwischen Geisteskrankheit und Alkoholismus. In den vorgenannten Anstalten war bei 1 084 männlichen und 95 weiblichen Insassen Alkoholmißbrauch nachgewiesen, damit in 5,8% aller Fälle. Im ganzen beträgt in sämtlichen Spezialanstalten die Zahl der eigentlichen Alkoholiker 962 — 4,1% — gegen 838 im Vorjahre und 1 001 im Jahre 1913. Die Zahl der Alkoholiker ist also neuerdings wieder im Steigen begriffen, nachdem während des Krieges unter dem Ein-

¹⁾ Die Geisteskranken in den bayerischen Heil- und Pflegeanstalten 1900 bis 1913, Zeitschrift 1925, S. 336 ff.

fluß der Alkoholknappheit ein starker Rückgang eingetreten war. Ähnlich war die Entwicklung in den allgemeinen Heilanstalten: 1914 waren 535 Alkoholiker in Behandlung, 1925: 305, 1926: 338.

Von den Insassen der Spezialanstalten starben 516 männliche und 540 weibliche, im ganzen 1056 - 4,7 0/0; bei den allgemeinen Krankenanstalten sind 32 Gestorbene zu verzeichnen.

Die Quote der als genesen Entlassenen stellt sich auf 4,8 0/0 (1080), die der „Gebesserten“ auf 22,8 0/0 (5023).

6. Selbstmord.

Das Jahr 1926 brachte mit 1 367 Personen, die durch Selbstmord geendet haben, die seit Bestehen der amtlichen Selbstmordstatistik höchste Zahl von Selbstmorden (1913: 1246, 1925: 1210).

Dem Geschlecht nach überwiegen die Männer, dem Alter nach die mittleren Lebensjahre, wo auch die stärkste Zunahme zu verzeichnen ist:

Table with columns: Age Group (bis zu 10 Jahren, über 10 bis 30 Jahre, etc.), Sex (männl., weibl.), Year (1926, 1925) and Total (zusammen). Shows an increase in self-suicides from 1925 to 1926.

Dem Familienstand nach erscheinen die Verheirateten mit stark erhöhter Ziffer, wobei wohl weniger der Familienstand als solcher als das Alter, in dem zumeist die Selbstmorde vorkommen, von Belang ist:

Table showing self-suicides by marital status: ledig (563), verheiratet (612), verwitwet (151), geschieden (25), unermittelt (16).

Von den männlichen Selbstmördern standen 856 - 85,4 0/0 - , von den weiblichen 190 - 52,1 0/0 - im Erwerbsleben. Im einzelnen treten bei den Männern hauptsächlich folgende Berufe hervor:

Table listing professions of male self-suicides: Gewerbliche Arbeiter (252), Selbstständige im Gewerbe (94), Arbeiter in der Landwirtschaft (67), Büropersonal (27), Handlungsgehilfen (19), etc.

Die Selbstmordziffer der Reichswehr, welcher von verschiedenen Seiten besonderes Interesse entgegengebracht wird, ergibt 11 Fälle, und zwar bei den Mannschaften.

Von den erwerbstätigen Frauen, die durch Selbstmord endeten, waren 46 mithelfende Familienangehörige in der Landwirtschaft - darunter 13 ledige -, 33 Hausangestellte, 18 landwirtschaftliche Arbeiterinnen, 15 gewerbliche Arbeiterinnen, 13 Büroangestellte verschiedener Art, 9 Verkäuferinnen, 7 Selbstständige im Handel und 5 Selbstständige im Gewerbe.

Der Konfession nach waren die Selbstmörder:

Table showing self-suicides by confession: Katholiken (642), Protestanten (496), Sonstige Christen (2), Israeliten (31), Sonstige (39).

Als häufigste Todesarten wurden festgestellt:

Table of most frequent causes of death: Erhängen, Erschießen, Ertränken, Einatmen giftiger Gase, Einnehmen von Giften, Überfahrenlassen, Sturz aus der Höhe.

Was die Beweggründe zum Selbstmord anlangt, so bleibt wie gewöhnlich mehr als ein Drittel aller Fälle (503) in Dunkel gehüllt. Unter den benannten Selbstmordursachen sind besonders folgende zu nennen:

Table of motives for suicide: Geisteskrankheit, Trauer und Kummer, Wirtschaftliche Not, Reue und Scham, Körperliches Leiden, Nervenkrankheit, Leidenschaft, Laster, Lebensüberdruß, Alkoholismus, Ärger u. Streit.

Die zeitweise rückläufigen Selbstmorde infolge von Geisteskrankheit und wirtschaftlicher Not haben also wieder erheblich zugenommen, während die seelischen Motive Reue und Scham, Leidenschaft, auch Trauer und Kummer nunmehr weniger hervortreten.

Der Jahreszeit nach entfällt fast ein Drittel der Selbstmorde auf die Monate Mai (147), Juni (131) und Juli (149).

IV. Die dauernd Hilfsbedürftigen.

Über die Zahl der dauernd Hilfsbedürftigen werden die demnächst erscheinenden Ergebnisse der Reichsgebrechlichenzählung 1926 ausführlichen Aufschluß geben. Nach vorläufigen Zusammenstellungen wurden ermittelt:

Table of permanently disabled persons: Blinde, Taubstumme und Ertaubte, Körperlich Gebrechliche, Geistig Gebrechliche.

Für weitere 4 937 Personen war die Art des Gebrechens nicht angegeben.

Demnach dürfte an Hand vorstehender Nachweise über die Geisteskranken die Zahl der geistig Gebrechlichen durch die Gebrechlichenzählung nicht voll erfaßt sein.

Im übrigen stehen vorerst nähere Daten nur hinsichtlich der in Anstalten untergebrachten Gebrechlichen zur Verfügung. Diese verteilen sich nach Art des Gebrechens, Geschlecht und Alter wie folgt:

Table showing distribution of disabled persons by type of disability, sex, and age group (6-15, 16-30, 31-60).

Von den im schulpflichtigen Alter von 6 mit 15 Jahren stehenden Gebrechlichen werden 1832 als bildungsfähig bezeichnet, darunter 835 Taubstumme und 500 Idioten, Kretinen, Blöde und Schwachsinnige.

Quelle: „Zeitschrift des Bayerischen Statistischen Landesamts“, 60. Jahrgang, München 1928

Bayerische Gesundheitstafel 1938, 1947 und 1948 (Fortsetzung)

Arbeitsgebiet	1938	2. Viertel- jahr 1947	3. Viertel- jahr 1947	2. Viertel- jahr 1948	3. Viertel- jahr 1948	Oktober 1948	No- vember 1948	Dezember 1948
Krankenhäuser¹⁾								
Bettenzahl insgesamt	63 566	85 555 ²⁾	86 333 ²⁾	88 816 ²⁾	87 373 ²⁾	.	.	86 052 ²⁾
davon belegt	.	74 699	75 527	76 267	73 214	.	.	67 379
davon Allgemeine Krankenhäuser, Zahl	486	473	470	467	470	.	.	461
Bettenzahl	37 723	45 830	46 532	47 543	46 972	.	.	46 643
Betten belegt	.	40 017	41 040	40 432	38 792	.	.	35 710
Tuberkulose Krankenanstalten, Zahl	26	76	76	82	86	.	.	81
Bettenzahl	3 100	8 589	8 704	9 636	9 834	.	.	9 613
Betten belegt	.	8 254	8 316	9 379	9 395	.	.	8 853
Nervenheilstätten, Zahl	28	21	20	20	20	.	.	20
Bettenzahl	15 494	12 206	12 086	11 959	12 150	.	.	12 370
Betten belegt	.	11 471	11 430	11 255	11 519	.	.	11 411
Geschlechtskrankenanstalten, Zahl ³⁾	3	52	52	48	48	.	.	48
Bettenzahl	576	4 776	4 778	4 003	4 003	.	.	4 003
Betten belegt	.	2 782	2 353	1 712	1 339	.	.	1 080
Andere Anstalten, Zahl	120	142	145	158	155	.	.	143
Bettenzahl	6 678	14 153	14 234	15 675	14 414	.	.	13 423
Betten belegt	.	12 175	12 388	13 489	12 169	.	.	10 325
Gewicht der Bevölkerung in kg								
Männer von 20 bis unter 30 Jahren	.	59.7	59.5	59.5	60.3	60.9	60.0	.
" 30 " " 40 " "	.	59.6	58.9	59.6	60.1	60.8	59.6	.
" 40 " " 50 " "	.	59.3	58.5	58.7	59.2	60.1	59.2	.
" 50 " " 60 " "	.	58.5	57.3	57.7	58.2	58.8	57.7	.
" 60 Jahren und älter	.	56.1	55.7	55.1	56.5	57.1	56.1	.
Frauen von 20 bis unter 30 Jahren	.	54.1	53.4	53.3	53.9	55.4	54.6	.
" 30 " " 40 " "	.	53.6	52.9	53.1	54.0	54.7	55.0	.
" 40 " " 50 " "	.	53.6	52.3	53.3	53.9	54.8	54.7	.
" 50 " " 60 " "	.	53.3	52.6	52.3	52.9	53.2	53.6	.
" 60 Jahren und älter	.	51.1	50.4	50.2	51.3	52.2	51.4	.
Untersuchungen								
Chemische Proben insgesamt	.	2 627	3 665	3 886	3 800	3 773	4 694	4 322
darunter beanstandet Fleisch	.	76	108	37	53	31	34	59
Milch	.	214	176	365	272	196	204	157
Bakteriologische Untersuchungen insges.	.	29 757	34 619	28 621	28 468	29 230	24 770	22 149
darunter Positiv insgesamt	.	3 741	4 678	3 481	3 593	4 070	3 752	3 456
Trinkwasserbeanstandungen	.	37	69	53	103	90	50	69
Krankenstand der Ortskrankenkassen								
1937	1937							
Bayern insgesamt vH der Versicherten	3.64	3.00	3.13	3.28	2.78	2.56	2.52	2.61
dar. München " " " "	.	4.90	4.80	4.62	4.66	4.01	4.16	4.13
Nürnberg " " " "	.	2.89	3.23	3.51	2.35	2.20	2.20	2.28
Augsburg " " " "	.	3.21	3.52	4.06	2.78	2.22	2.71	2.65
Regensburg " " " "	.	2.56	2.38	2.37	2.31	2.45	2.58	2.52
Heilpersonal (im Dienst)								
1939	1939							
Ärzte	4 856	8 459 ²⁾	8 908 ²⁾	9 420 ²⁾	9 778 ²⁾	.	.	10 079 ²⁾
Zahnärzte	1 493	1 745	1 557	1 718	1 805	.	.	1 848
Dentisten	2 557	2 081	2 199	2 390	2 487	.	.	2 591
Schwester und Pfleger	14 225	15 287	16 238	17 297	17 466	.	.	17 506
Hebammen	2 623	2 193	2 250	2 316	2 344	.	.	2 327
Apotheker	1 623	1 269	1 308	1 363	1 354	.	.	1 332
Sonstige	2 473	536	677	750	759	.	.	760
Veterinärwesen								
A. Tierseuchen (soweit sie auf den Menschen übertragbar sind)								
Milzbrand	.	.	.	1	1	—	1	—
Rotz	.	.	.	—	21	4	—	—
Abortus Bang	.	.	.	723	607	766	863	973
Maul- und Klauenseuche	.	.	.	—	83	1 751	3 807	8 197
Tuberkulose	.	.	.	—	—	1	1	2
Paratyphus	.	.	.	—	—	—	—	—
B. Bakt. Fleischuntersuchungen								
davon festgest. Fleischvergifter	.	.	.	1 440	1 594	1 448	1 763	1 413
festgest. Tierseuchenerreger	.	.	.	1	3	96	1	2
C. Staatl. Veterinäranstalten								
1. bakt. Untersuchungen	.	.	.	9 432	1 506	2 218	2 646	3 295
2. path. anatom. Untersuchungen	.	.	.	367	1 159	495	299	564

¹⁾ Seit Januar 1948 vierteljährliche Erhebung. ²⁾ Am Ende des Vierteljahres (gilt für sämtliche Krankenhäuser und für das Heilpersonal). ³⁾ Einschließlich der VD-Abteilungen in Allgemeinen Krankenhäusern.

Bayerische Gesundheitstafel 1938, 1947 und 1948 (Fortsetzung)				
Todesursache	1. Vierteljahr 1948	2. Vierteljahr 1948	3. Vierteljahr 1948	4. Vierteljahr 1948
	auf 100 000 der Bevölkerung und 1 Jahr			
Todesursachen nach Meldungen der Standesämter (Vorläufige Zahlen)				
1. Typhus und Paratyphus (1, 2)	2.6	4.6	3.7	2.3
2. Pest (3)	—	—	—	—
3. Scharlach (8)	0.3	0.4	0.4	0.7
4. Keuchhusten (9)	2.1	2.7	3.4	4.2
5. Diphtherie (10)	6.7	3.1	2.2	5.1
6. Tuberkulose der Atmungsorgane (13)	58.5	62.3	47.5	40.5
7. Tuberkulose der Hirnhaut und des Zentralnervensystems (14) ..	2.3	3.6	2.0	1.2
7. Tuberkulose anderer Organe und Miliartuberkulose (15—22)	6.0	7.5	4.6	4.5
8. Malaria (28)	0.1	0.2	0.3	0.3
9. Syphilis (30)	3.3	2.8	2.6	2.8
10. Grippe oder Influenza (33)	9.5	23.7	2.2	3.8
11. Pocken (34)	—	—	—	—
12. Masern (35)	1.5	1.8	1.4	0.2
13. Fleckfieber (39)	0.04	—	—	—
14. Andere übertragbare Krankheiten (4—7, 11, 12, 23—27, 29, 31, 32, 36—38, 40—44)	11.3	9.2	12.6	13.4
15. Krebs und andere bösartige Gewächse (45—55)	147.8	147.9	148.3	157.5
16. Sonstige Gewächse (56, 57)	16.2	14.2	12.0	12.5
17. Chronischer Gelenkrheumatismus und Gicht (59, 60)	8.0	6.0	4.7	5.7
18. Zuckerkrankheit (61)	5.4	4.7	3.9	6.7
19. Chronische und akute Alkoholvergiftung (77)	0.04	0.2	0.04	—
20. Avitaminosen, andere Allgemeinkrankheiten, Krankheiten des Blutes und chronische Vergiftungen (58, 62—76, 78, 79)	12.8	14.2	9.8	8.8
21. Hirnhautentzündungen und Krankheiten des Rückenmarks (81, 82)	12.7	9.1	6.0	7.3
22. Gehirnblutung und sonstige von den Gefäßen ausgehende Hirn- schäden (83)	117.0	108.4	87.2	104.2
23. Andere Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (80, 84—89)	18.5	18.3	12.4	12.8
24. Krankheiten des Herzens (90—95)	119.0	106.5	82.3	114.7
25. Andere Krankheiten der Kreislauforgane (96—103)	39.1	53.2	37.3	48.3
26. Bronchitis (106)	22.5	20.4	6.8	10.2
27. Lungenentzündung (107—109)	112.4	93.5	41.0	57.6
28. Andere Krankheiten der Atmungsorgane (104, 105, 110—114) ..	30.6	26.9	15.0	24.1
29. Darmkatarrh und Durchfall (119, 120)	18.2	19.2	16.6	12.2
30. Blinddarmentzündung (121)	4.2	5.2	3.8	3.7
31. Krankheiten der Leber und der Gallenwege (124—127)	17.3	17.1	16.3	16.6
32. Andere Krankheiten des Verdauungskanal (115—118, 122, 123, 128, 129)	32.3	33.5	32.8	30.1
33. Nierenentzündung (130—132)	11.6	13.4	11.3	13.9
34. Andere Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (133—139)	22.7	15.8	13.8	13.3
35. Kindbettfieber bei Fehlgeburt und Entbindung (140, 147)	1.7	1.0	1.1	1.3
36. Andere Krankheiten und Zufälle der Schwangerschaft, der Ent- bindung und des Wochenbetts (141—146, 148—150)	2.5	2.7	1.9	1.9
37. Krankheiten der Haut, des Zellgewebes, der Knochen und Be- wegungsorgane (151—156)	10.6	8.2	7.6	5.4
38. Angeborene Mißbildungen und besondere Krankheiten der ersten Lebenszeit (157—161)	74.1	76.7	62.8	63.9
39. Altersschwäche (162)	143.4	135.0	81.7	89.6
40. Selbstmord (163, 164)	12.0	14.7	15.1	15.5
41. Mord und Totschlag (165—168)	1.0	1.5	1.2	1.4
42. Verunglückung mit und durch Kraftfahrzeuge (170)	2.9	3.7	3.7	7.1
43. Andere Verunglückung oder äußere Einwirkung (169, 171—198)	34.1	37.4	43.1	36.9
44. Plötzlicher Tod und nicht oder ungenau angegebene Ursachen (199, 200)	65.2	75.1	54.2	52.2
Insgesamt	1 220.4	1 205.5	916.7	1 014.7

In Klammern beigegeben sind die Zahlen des ausführlichen internationalen Todesursachen-Verzeichnisses

Bezeichnung	Einheit	2015	2016	2017	2017		2018			
		Monatsdurchschnitt			Juni	Juli	April	Mai	Juni	Juli
Gewerbeanzeigen ¹										
* Gewerbebeanmeldungen ²	1 000	10,2r	9,7r	9,6	8,8	9,2	9,5	8,8	9,3	...
* Gewerbeabmeldungen ³	1 000	9,2r	8,6r	8,6	7,1	7,5	7,6	7,1	7,8	...
Produzierendes Gewerbe										
Verarbeitendes Gewerbe, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden ⁴										
* Betriebe mit 50 oder mehr Beschäftigten	Anzahl	3 911	3 965	4 005	4 022	4 018	4 056	4 054	4 052	4 052
* Beschäftigte	1 000	1 135	1 153	1 176	1 172	1 178	1 203	1 206	1 207	1 214
davon										
Vorleistungsgüterproduzenten	1 000	388	392	408	408	410	420	422	423	426
Investitionsgüterproduzenten	1 000	542	551	554	551	553	567	569	568	571
Gebrauchsgüterproduzenten	1 000	36	37	38	38	38	38	38	38	38
Verbrauchsgüterproduzenten	1 000	166	171	174	174	176	175	175	176	178
Energie	1 000	2	2	2	2	2	2	2	2	2
* Geleistete Arbeitsstunden	1 000	146 141	147 575	148 923	142 792	152 513	153 232	145 894	155 259	160 551
* Bruttoentgelte	Mill. €	4 885	5 083	5 286	5 685	5 755	5 558	5 780	5 932	6 154
* Umsatz (ohne Mehrwertsteuer)	Mill. €	27 327	27 292	29 463	30 051	29 108	30 326	29 738	31 976	30 608
davon										
* Vorleistungsgüterproduzenten	Mill. €	7 416	7 463	8 094	8 335	8 030	8 371	8 437	8 993	8 554
* Investitionsgüterproduzenten	Mill. €	15 358	15 807	16 619	16 919	16 341	17 272	16 528	18 020	17 161
* Gebrauchsgüterproduzenten	Mill. €	.	.	.	.	.	.	.	.	.
* Verbrauchsgüterproduzenten	Mill. €	3 221	3 238	3 403	3 475	3 414	3 320	3 410	3 489	3 488
* Energie	Mill. €	.	.	.	.	.	.	.	.	.
* darunter Auslandsumsatz	Mill. €	14 717	14 991	16 119	16 612	15 817	16 590	16 336	17 569	16 488
Index der Produktion für das Verarbeitende Gewerbe, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (2010 = 100) ⁴										
Verarbeitendes Gewerbe, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden										
von Steinen und Erden	%	112,8	114,7	119,1	122,0	119,9	120,7	118,2	128,3	125,6
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	%	91,2	101,3	92,5	103,1	106,6	102,0	104,0	109,6	104,7
Verarbeitendes Gewerbe	%	112,9	114,8	119,2	122,0	119,9	120,8	118,3	128,4	125,7
Vorleistungsgüterproduzenten	%	109,8	112,7	119,1	121,0	120,7	123,0	123,5	129,0	126,6
Investitionsgüterproduzenten	%	116,5	117,5	121,7	126,0	121,6	123,4	118,5	132,3	128,7
Gebrauchsgüterproduzenten .....	%	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Verbrauchsgüterproduzenten	%	108,0	110,2	111,6	112,3	114,4	109,8	112,4	117,4	117,4
Energie .....	%	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Index des Auftragseingangs im Verarbeitenden Gewerbe (preisbereinigt) (2010 = 100) ⁴										
Verarbeitendes Gewerbe ⁵ insgesamt										
Inland	%	118,3	123,5	131,4	134,6	127,5	134,8	128,4	141,4	125,2
Ausland	%	110,0	114,9	119,8	116,2	120,2	112,8	112,8	118,4	120,4
Vorleistungsgüterproduzenten	%	123,7	129,0	138,9	146,5	132,3	148,9	138,5	156,3	128,2
Investitionsgüterproduzenten	%	114,1	116,6	128,1	134,0	127,5	145,7	126,4	135,0	133,5
Gebrauchsgüterproduzenten	%	120,6	127,4	134,1	137,0	128,8	132,5	131,1	146,4	122,9
Verbrauchsgüterproduzenten	%	100,8	100,9	108,7	103,1	97,0	110,3	103,0	116,4	105,8
Energie	%	116,8	114,6	117,4	109,1	119,9	103,9	104,0	105,3	114,1

* Diese Positionen werden von allen Statistischen Ämtern der Länder im „Zahlenspiegel“ und unter www.statistikportal.de unter dem jeweiligen Thema veröffentlicht.

1 Ohne Reisegewerbe.

2 Vormalig nur Neugründungen und Zuzüge (ohne Umwandlungen und Übernahmen), ab sofort Gewerbebeanmeldungen insgesamt.

3 Vormalig nur vollständige Aufgaben und Fortzüge (ohne Umwandlungen und Übernahmen), ab sofort Gewerbeabmeldungen insgesamt.

4 In der Abgrenzung der WZ 2008. Abweichungen gegenüber früher veröffentlichten Zahlen sind auf den Ersatz vorläufiger durch endgültige Ergebnisse zurückzuführen oder ergeben sich durch spätere Korrekturen. Aufgrund revidierter Betriebsmeldungen sind die Umsatzwerte ab dem Jahr 2014 mit den vorhergehenden Zeiträumen nicht vergleichbar.

5 Nur auftragseingangsmeldepflichtige Wirtschaftsklassen.

Bezeichnung	Einheit	2013	2014	2015	2016	2017	2017	2018		
		Durchschnitt ¹					Nov.	Februar	Mai	August
Noch: Preise										
Preisindex für Bauwerke ² (2010 = 100)										
* Wohngebäude insgesamt (reine Baukosten)	%	107,8	110,0	111,6	113,9	117,5	118,9	121,3	122,0	...
davon Rohbauarbeiten	%	107,9	109,8	110,8	112,9	116,7	118,3	120,7	121,3	...
Ausbauarbeiten	%	107,7	110,3	112,4	114,7	118,2	119,3	121,8	122,7	...
Schönheitsreparaturen in einer Wohnung	%	103,8	105,9	106,8	108,8	111,6	112,1	114,3	114,3	...
Bürogebäude	%	107,6	109,9	111,6	113,8	117,6	119,1	121,4	122,2	...
Gewerbliche Betriebsgebäude	%	107,6	109,7	111,2	113,4	117,1	118,4	120,5	121,2	...
Straßenbau	%	107,8	109,2	109,2	110,0	112,7	113,6	115,0	115,7	...
							2017		2018	
							2 Vj.	3 Vj.	4 Vj.	1 Vj.
Baulandpreise je m²										
Baureifes Land	€	223,59	234,86	235,17	261,25	315,07	297,21	294,15	375,69	275,62
Rohbauland	€	59,72	50,19	50,93	56,68	74,16	87,64	78,10	72,13	36,39
Sonstiges Bauland	€	61,06	67,30	68,30	83,24	80,57	79,13	67,05	98,04	96,69

Nachrichtlich: Ergebnisse für Deutschland

Bezeichnung	Einheit	2013	2014	2015	2016	2017	2017	2018		
		Durchschnitt ¹					August	Juni	Juli	August
* Verbraucherpreisindex (2010 = 100)										
Gesamtindex	%	105,7	106,6	106,9	107,4	109,3	109,5	111,3	111,6	111,7
Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke	%	110,4	111,5	112,3	113,2	116,4	115,7	119,3	118,8	118,5
Alkoholische Getränke, Tabakwaren	%	107,0	110,3	113,4	116,0	118,9	119,8	123,5	123,7	123,8
Bekleidung und Schuhe	%	104,4	105,5	106,3	107,0	108,5	105,9	108,2	101,8	105,0
Wohnung, Wasser, Strom, Gas und andere Brennstoffe	%	107,5	108,4	108,0	107,9	109,6	109,6	111,6	111,7	111,9
Möbel, Leuchten, Geräte u. a. Haushaltszubehör	%	102,1	102,5	103,2	103,8	104,1	104,0	105,1	104,9	104,8
Gesundheitspflege	%	99,4	101,4	103,4	105,1	107,0	107,3	108,4	108,5	108,6
Verkehr	%	107,5	107,3	105,5	104,6	107,6	107,5	111,4	111,7	112,0
Nachrichtenübermittlung	%	93,4	92,3	91,2	90,3	89,8	89,6	89,2	89,1	89,0
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	%	103,1	104,4	105,0	106,1	108,0	111,1	108,9	113,8	112,9
Bildungswesen	%	95,1	93,1	92,8	94,4	95,5	95,3	98,1	98,0	91,6
Beherbergungs- und Gaststättendienstleistungen	%	106,0	108,2	111,0	113,2	115,5	116,1	118,3	118,3	118,4
Andere Waren und Dienstleistungen	%	104,3	106,1	107,2	109,2	109,2	109,6	110,4	110,5	110,5
Außenhandels-, Erzeuger- und Großhandelspreise in Deutschland										
Index der Einfuhrpreise ³ (2010 = 100)	%	105,9	103,6	100,9	97,8	101,5	99,8	105,0	104,8	...
Index der Ausfuhrpreise ⁴ (2010 = 100)	%	104,3	104,0	104,9	104,0	105,9	105,6	107,7	107,7	...
Index der Erzeugerpreise gew. Produkte ⁴ (Inlandsabsatz); (2010 = 100)										
Vorleistungsgüterproduzenten	%	104,6	103,5	102,3	100,8	104,3	104,3	107,4	107,4	...
Investitionsgüterproduzenten	%	103,0	103,5	104,2	104,8	105,9	106,0	107,2	107,4	...
Konsumgüterproduzenten zusammen	%	108,4	109,0	108,1	108,8	111,8	112,5	112,8	112,9	...
Gebrauchsgüterproduzenten	%	104,3	105,7	107,1	108,4	109,6	109,7	111,4	111,5	...
Verbrauchsgüterproduzenten	%	109,0	109,5	108,3	108,8	112,1	112,9	113,0	113,1	...
Energie	%	112,0	108,5	102,6	96,6	99,9	99,3	104,8	105,3	...
Erzeugung landwirtschaftlicher Produkte ⁴ (2010 = 100)	%	120,7	111,1	106,9	106,6	115,2p	121,2	110,4p	112,6p	...
Pflanzliche Erzeugung	%	120,2	103,8	114,3	117,2	114,1p	122,8	112,6p	118,1p	...
Tierische Erzeugung	%	121,1	115,9	102,1	99,7	115,8	120,2	109,0p	109,0p	...
Großhandelsverkaufspreise ⁴ (2010 = 100)	%	107,4	106,1	104,8	103,8	107,4	107,1	110,5	110,5	...
darunter Großhandel mit										
Nahrungs- u. Genussmitteln, Getränken, Tabakwaren	%	111,5	111,8	112,9	114,4	116,5	116,8	118,6	118,3	...
festen Brennstoffen, Mineralölzeugnissen	%	115,8	110,2	95,0	86,0	93,6	91,1	103,5	103,8	...
Einzelhandel und Kraftfahrzeughandel										
zusammen (2010 = 100)	%	104,4	105,0	105,3	105,9	107,9	107,5	109,7	109,1r	109,5
darunter Einzelhandel mit Waren verschiedener Art	%	107,2	108,3	108,8	109,4	111,9	111,6	114,5	113,9	113,8
Einzelhandel mit Nahrungs- und Genussmitteln, Getränken und Tabakwaren	%	108,8	110,1	111,8	113,4	115,4	115,1	118,5	118,3	118,1
Kraftfahrzeughandel	%	101,8	102,1	103,0	104,1	105,5	105,8	106,8	107,3	107,4

* Diese Positionen werden von allen Statistischen Ämtern der Länder im „Zahlenspiegel“ und unter www.statistikportal.de unter dem jeweiligen Thema veröffentlicht.

1 Durchschnitt aus 12 Monatsindizes, ausgenommen: Erzeugerpreise landwirtschaftlicher Produkte (Vierteljahresdurchschnittsmesszahlen der einzelnen Waren mit den entsprechenden Monats- bzw. Vierteljahresumsätzen im Kalenderjahr 1995), Preisindex für Bauwerke (Durchschnitt aus den 4 Erhebungsmonaten Februar, Mai, August und November) und Bauland-

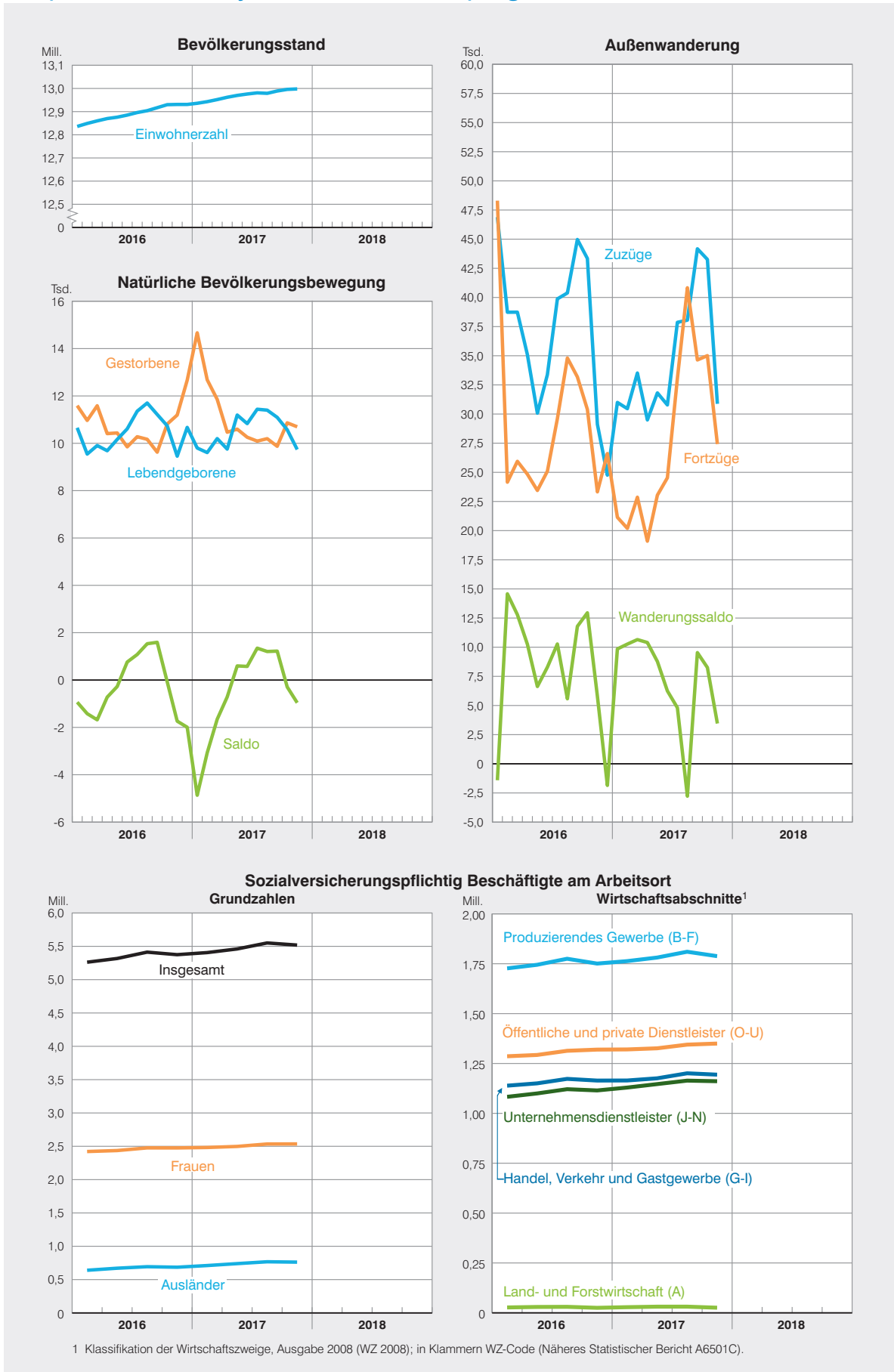
preise (Monatsdurchschnitt für die Jahre aus der Jahresaufbereitung).

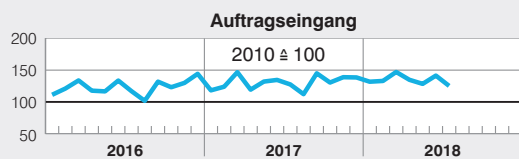
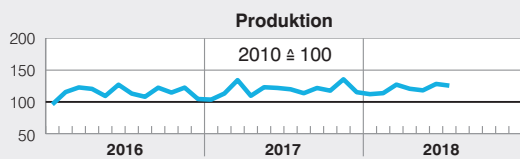
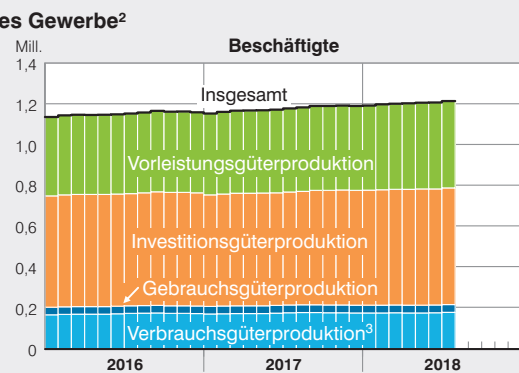
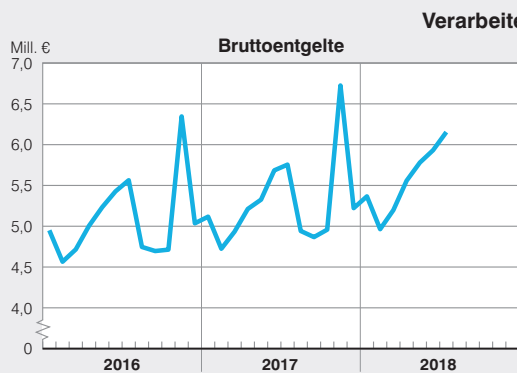
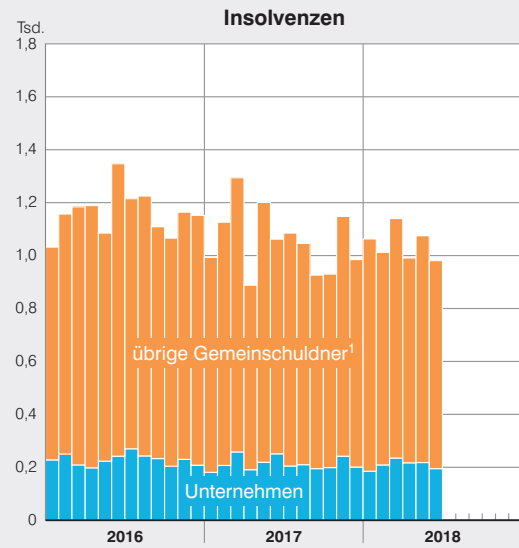
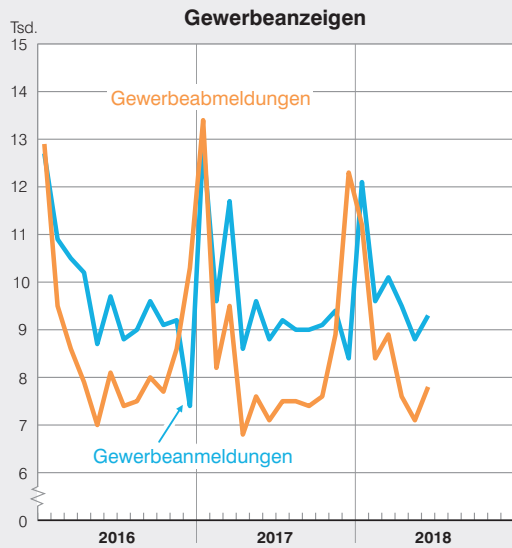
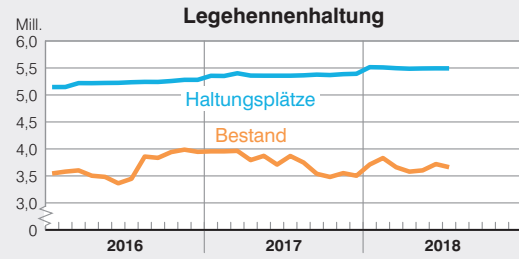
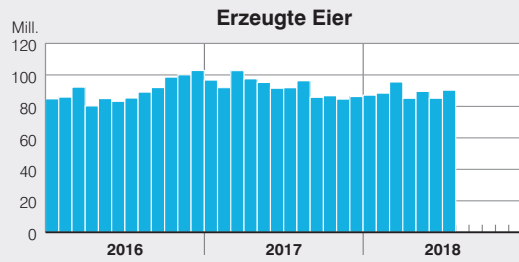
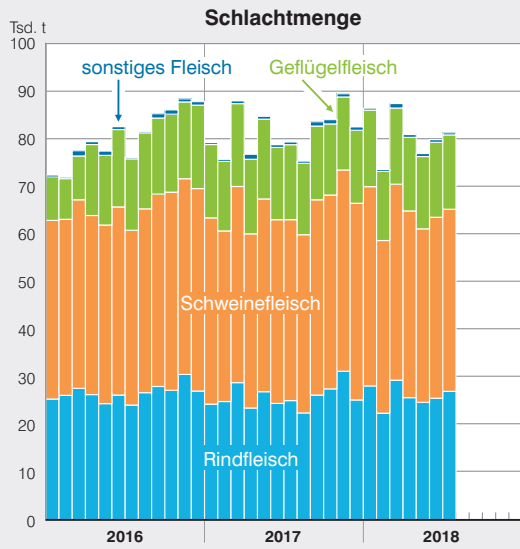
2 Einschl. Mehrwertsteuer.

3 Ohne Zölle, Abschöpfungen, Währungsausgleichsbeträge und Einfuhrumsatzsteuer.

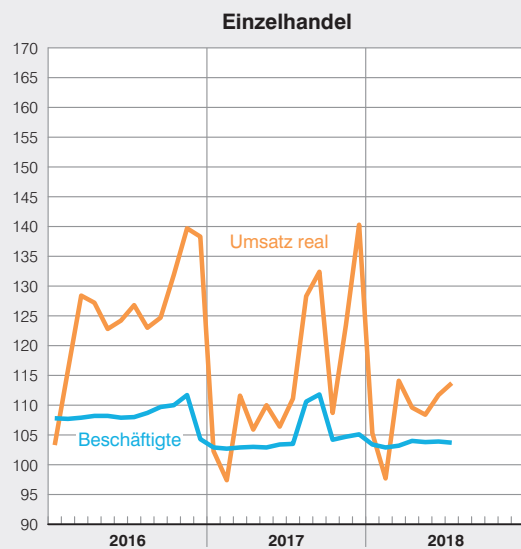
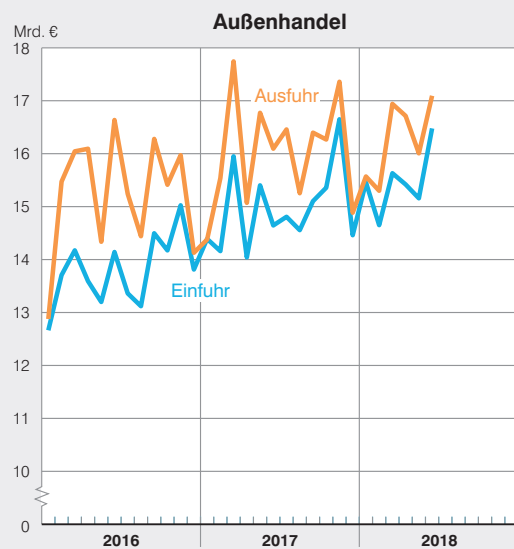
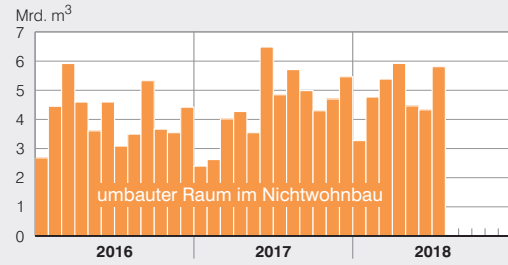
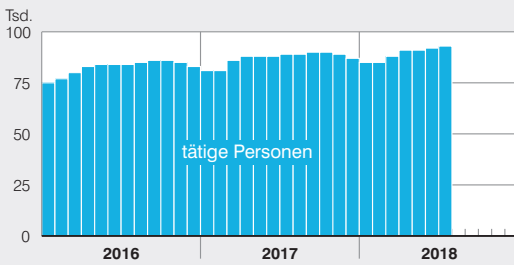
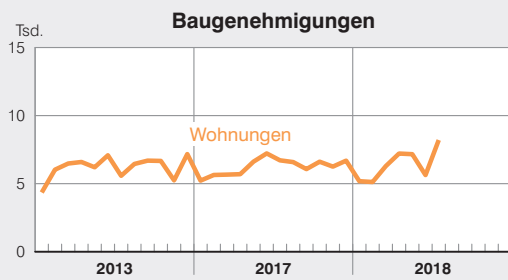
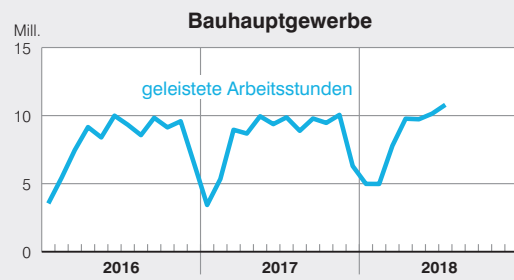
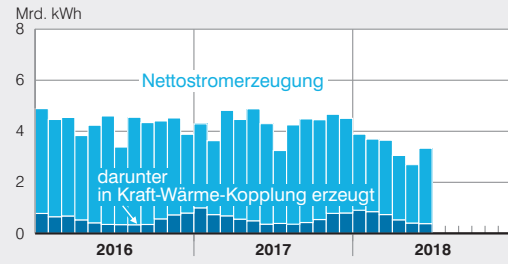
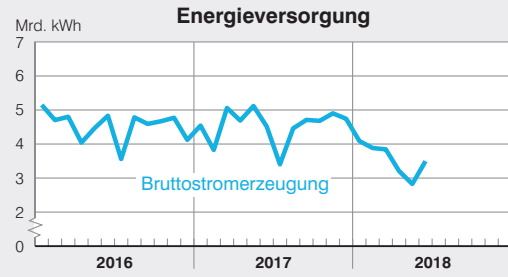
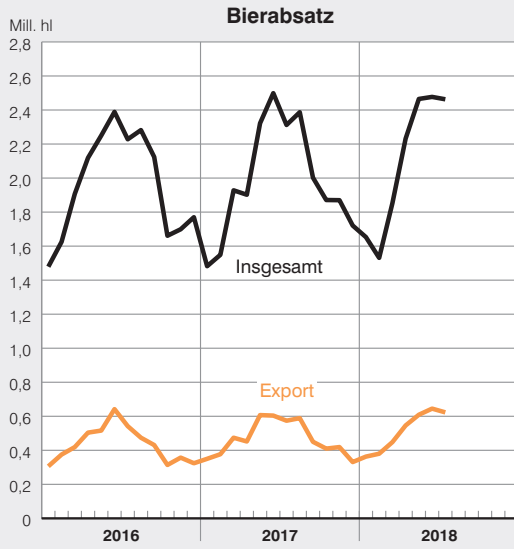
4 Ohne Mehrwertsteuer.

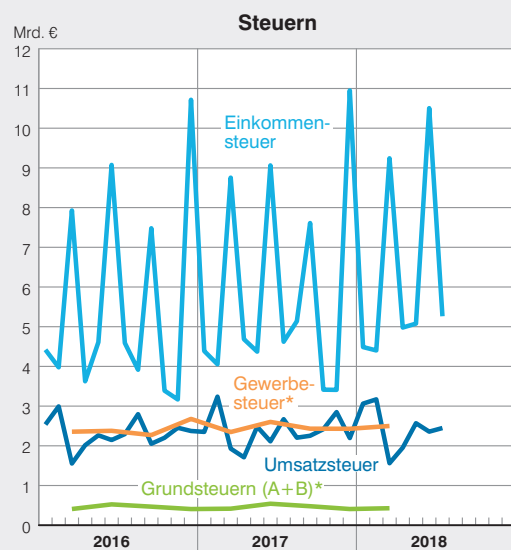
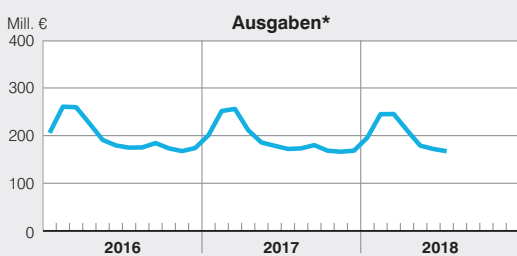
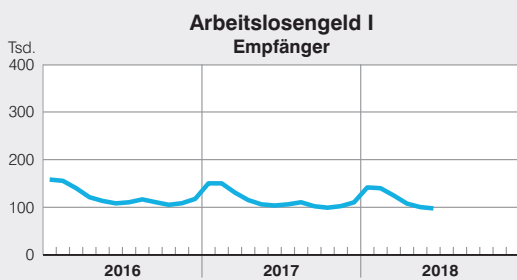
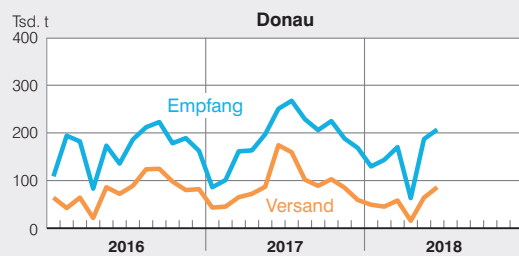
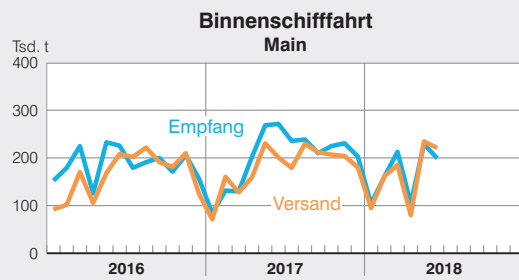
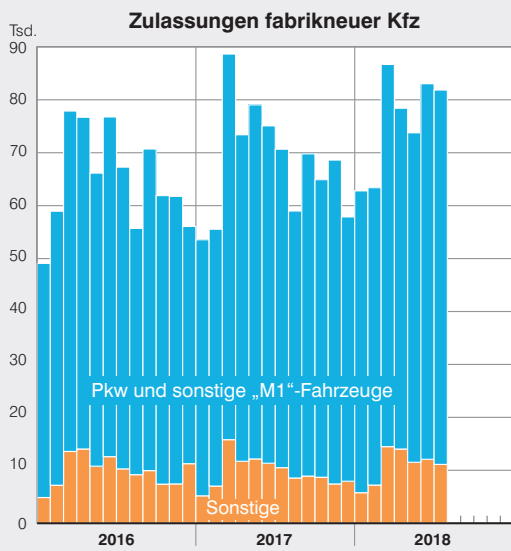
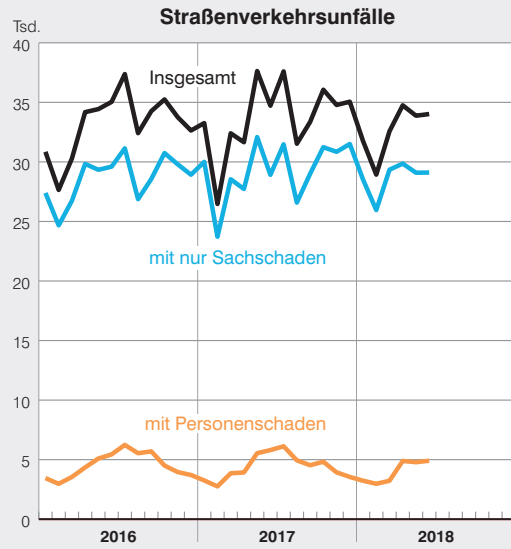
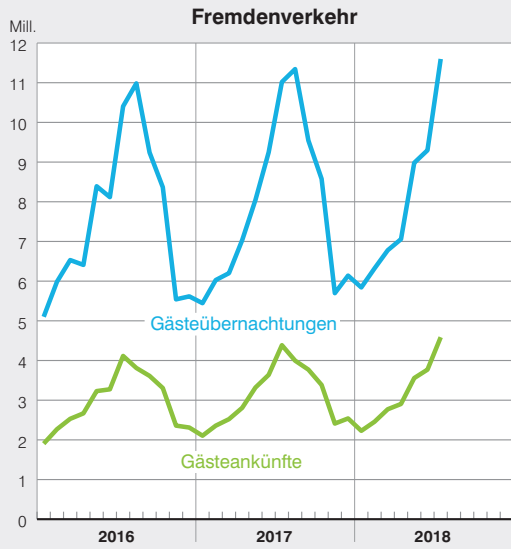
Graphiken zum Bayerischen Zahlenspiegel





1 Einschließlich Verbraucherinsolvenzen.
 2 Sowie Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden; ab Jan. 2007 nur Betriebe mit 50 oder mehr Beschäftigten, davor Betriebe von Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten.
 3 Einschließlich Energie.

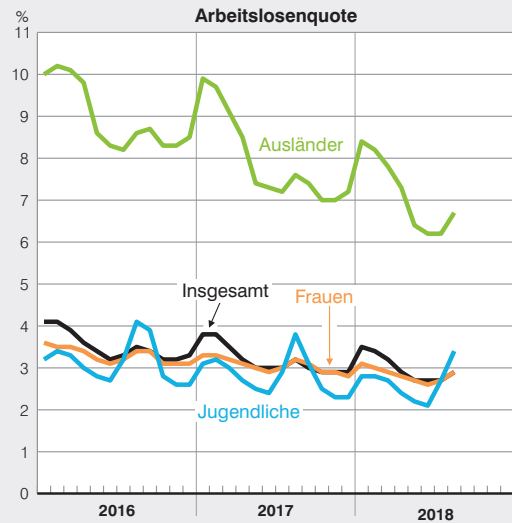
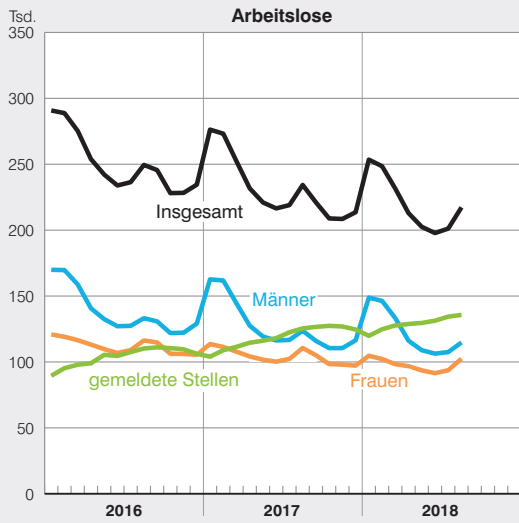




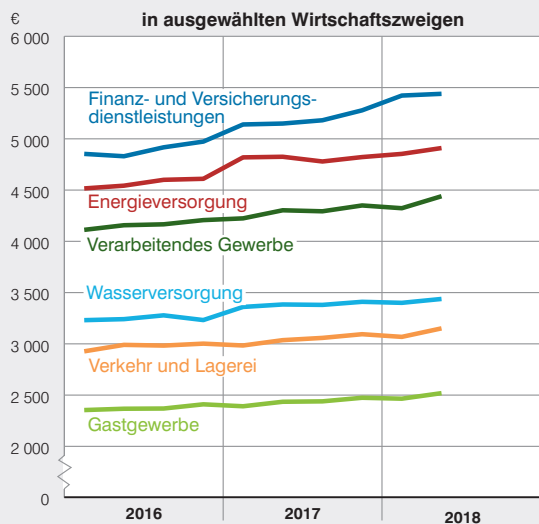
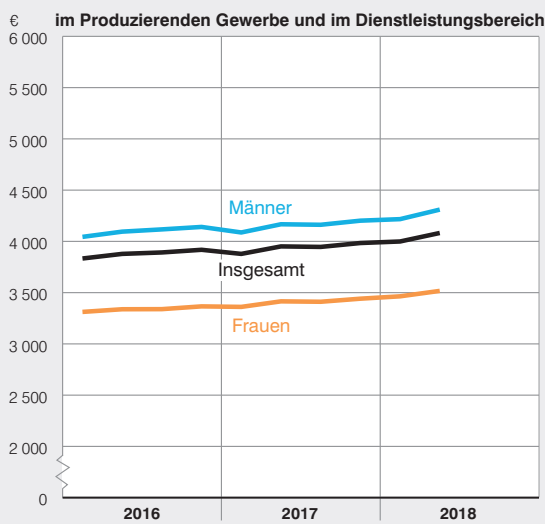
* ab 2016 inklusive Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung.

* Quartalswerte.

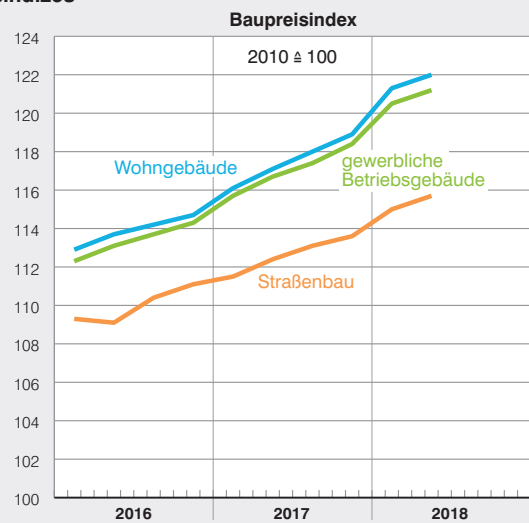
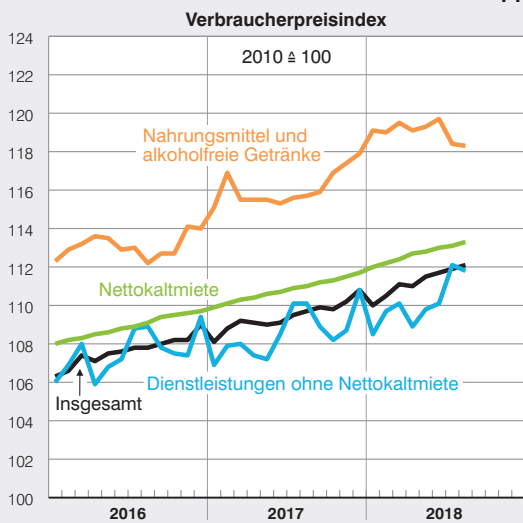
Arbeitsmarkt



Bruttomonatsverdienste der vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer



Preisindizes



Veröffentlichungen des Landesamts im August 2018

Statistische Berichte

Bevölkerungsstand

- Einwohnerzahlen am 31. März 2016, 30. Juni 2016, 30. September 2016, 31. Dezember 2016, 31. März 2017, 30. Juni 2017 und 30. September 2017
Gemeinden, Kreise und Regierungsbezirke in Bayern
Basis: Zensus 2011

Wanderungen

- Wanderungen in Bayern 2016
Nach Regierungsbezirken, kreisfreien Städten und Landkreisen

Allgemeinbildende Schulen

- Förderzentren und Schulen für Kranke in Bayern
Stand: Oktober 2017

Berufliche Schulen, Berufsbildung

- Berufliche Schulen in Bayern Schuljahr 2017/18
Stand: Oktober 2017

Hochschulen, Hochschulfinanzen

- Lehrerbildung in Bayern
Teil 2: Fachwissenschaftliche Ausbildung im Wintersemester 2017/18

Viehwirtschaft

- Viehbestände der landwirtschaftlichen Betriebe Bayerns am 1. März 2016
Totalerhebung
- Viehbestände in Bayern 2018
Viehzählung im Mai

Agrarstruktur

- Landwirtschaftliche Betriebe mit ökologischem Landbau in Bayern 2016
Totalerhebung

Gewerbeanzeigen

- Gewerbeanzeigen in Bayern im Juni 2018

Verarbeitendes Gewerbe

- Verarbeitendes Gewerbe in Bayern im Juni 2018 (sowie Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden)
- Index der Produktion für das Verarbeitende Gewerbe in Bayern im Juni 2018 (sowie Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden), Basisjahr 2010
- Index des Auftragseingangs für das Verarbeitende Gewerbe in Bayern im Juni 2018
Basisjahr 2010

Baugewerbe (Bauhauptgewerbe und Ausbaugewerbe)

- Bauhauptgewerbe in Bayern im Juni 2018

Handwerk

- Handwerk in Bayern 2017
Endgültige Ergebnisse der vierteljährlichen Handwerksberichterstattung zum zulassungspflichtigen Handwerk

Bautätigkeit

- Baugenehmigungen in Bayern im Juni 2018

Handel, Tourismus, Gastgewerbe

- Umsatz und Beschäftigte im bayerischen Einzelhandel im Juni 2018
- Umsatz und Beschäftigte im bayerischen Kraftfahrzeughandel und Großhandel im Mai 2018
- Unternehmensstruktur im bayerischen Binnenhandel Ergebnisse der Jahreserhebung 2016
- Ausfuhr und Einfuhr Bayerns im Juni 2018
- Tourismus in Bayern im Juni 2018
- Umsatz und Beschäftigte im bayerischen Gastgewerbe im Juni 2018
- Unternehmensstruktur im bayerischen Gastgewerbe 2016 Ergebnisse der Jahreserhebung

Straßen- und Schienenverkehr

- Straßenverkehrsunfälle in Bayern im Mai 2018
Ausgewählte Ergebnisse des Berichts- und Vorjahresmonats

Schiffsverkehr

- Binnenschifffahrt in Bayern im Mai 2018

Dienstleistungen

- Struktur des bayerischen Dienstleistungssektors 2016

Ausbildungsförderung

- Aufstiegsfortbildungsförderung nach dem AFBG in Bayern 2016

Gemeindefinanzen

- Gemeindefinanzen in Bayern
2. Vierteljahr 2018

Preise- und Preisindizes

- Verbraucherpreisindex für Bayern im Juli 2018 sowie Jahreswerte von 2015 bis 2017 mit tiefgegliederten Ergebnissen nach Gruppen und Untergruppen
- Verbraucherpreisindex für Bayern
Monatliche Indexwerte von Januar 2013 bis Juli 2018 (mit Gliederung nach Haupt- und Sondergruppen)
- Verbraucherpreisindex für Deutschland im Juli 2018

Verzeichnisse

- Verzeichnis der Förderzentren und Schulen für Kranke in Bayern
Stand: Oktober 2017
- Verzeichnis der Fachschulen in Bayern
Stand: Oktober 2017
- Verzeichnis der Berufsfachschulen in Bayern ohne Berufsfachschulen des Gesundheitswesens
Stand: Oktober 2017
- Verzeichnis der Berufsfachschulen des Gesundheitswesens in Bayern
Stand: Oktober 2017
- Verzeichnis der Fachakademien in Bayern
Stand: Oktober 2017

Publikationsservice

Das Bayerische Landesamt für Statistik veröffentlicht jährlich über 400 Publikationen. Das aktuelle Veröffentlichungsverzeichnis ist im Internet als Datei verfügbar, kann aber auch als Druckversion kostenlos zugesandt werden.

Kostenlos

ist der Download der meisten Veröffentlichungen, z. B. von Statistischen Berichten (PDF- oder Excel-Format).

Kostenpflichtig

sind alle Printversionen (auch von Statistischen Berichten), Datenträger und ausgewählte Dateien (z. B. von Verzeichnissen, von Beiträgen, vom Jahrbuch).

Newsletter Veröffentlichungen

Die Themenbereiche können individuell ausgewählt werden. Über Neuerscheinungen wird aktuell informiert.

Webshop

Alle Veröffentlichungen sind im Internet verfügbar unter



www.statistik.bayern.de/veroeffentlichungen

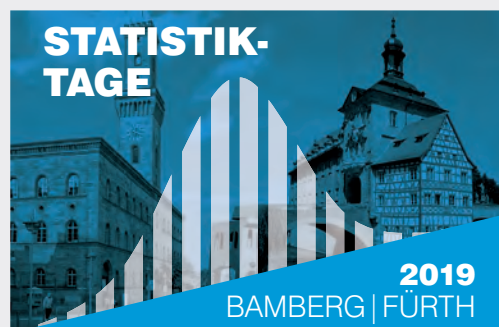
Vorankündigung

8. StatistikTage Bamberg | Fürth 2019

Die Otto-Friedrich-Universität Bamberg und das Bayerische Landesamt für Statistik organisieren im Rahmen des Statistik Netzwerks Bayern am 25. und 26. Juli 2019 zum achten Mal die StatistikTage Bamberg | Fürth.

Das Tagungsthema in 2019 lautet „**Vollzeit, Teilzeit, Freizeit – Erwerbstätigkeit in Deutschland**“. Experten der amtlichen Statistik und der empirischen Forschung präsentieren die Ergebnisse ihrer Arbeiten und stellen sie zur interdisziplinären Diskussion.

Die Tagungsteilnahme ist kostenlos. Um vorherige Anmeldung über das Onlineformular wird gebeten.



Weitere Informationen zu den StatistikTagen finden Sie unter www.statistiknetzwerk.bayern.de



Impressionen von den StatistikTagen 2018

Bayerisches Landesamt für Statistik – Tagungsbüro, Nürnberger Straße 95, 90762 Fürth
Telefon 0911 98208-6218 | www.statistiknetzwerk.bayern.de | statistiktage@statistik.bayern.de