

STATISTIK- TAGE

Fotos: Nawri12, Magnus Gertkemper

2018
BAMBERG | FÜRTH

Die Gesundheit der Gesellschaft

Potenziale und Grenzen amtlicher Daten
für die Gesundheitsforschung

19. und 20. Juli 2018
AULA der Universität Bamberg

Impressum

StatistikTage Bamberg|Fürth 2018

Organisation

Bayerisches Landesamt für Statistik
Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Ansprechpartnerin

Dr. Doreen Zillmann
Telefon 0911 98208-6238
E-Mail statistiktage@statistik.bayern.de
Internet www.statistiknetzwerk.bayern.de/statistiktage2018

© **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.

Donnerstag, 19. Juli 2018

- 12:00 Uhr **Registrierung, Begrüßungskaffee**
- 13:00 Uhr **Grußworte**
 Präsident Dr. Thomas Gößl
Bayerisches Landesamt für Statistik
 Vizepräsidentin für Forschung
 Prof. Maike Andresen
Otto-Friedrich-Universität Bamberg
- 13:30 Uhr **Daten für die Gesundheitsforschung**
Intelligente Zusammenführung und Nutzung amtlicher Gesundheitsdaten am Beispiel des Freistaats Bayern
 Amtschefin Ruth Nowak
Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
- 14:00 Uhr **Pause**
- 14:30 Uhr **Die NAKO-Gesundheitsstudie als Ressource der nationalen Gesundheitsforschung**
 Prof. Wolfgang Ahrens
Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS
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
- 15:30 Uhr **Pause**
- 16:00 Uhr **Geografie der Gesundheit**
Effekte von Wohngebieten auf die Krankheiten der Bewohner/innen. Empirische Ergebnisse und planerische Vorschläge
 Prof. em. Jürgen Friedrichs
Universität zu Köln
Kleinräumige Probleme bei der Altersstandardisierung
 Dr. Joseph Kuhn
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Möglichkeiten und Anwendungen von Erreichbarkeitsanalysen im Gesundheitswesen
 Prof. Jürgen Rauh und Sebastian Rauch
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
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
- 18:15 Uhr **Ende erster Veranstaltungstag**
- 19:00 Uhr **Conference Dinner**
 Alt-Ringlein (Restaurant und Biergarten)

Freitag, 20. Juli 2018

08:30 Uhr **Begrüßungskaffee**

09:00 Uhr **Arbeitsmarkt und Gesundheit**

Der Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen

Christian Mackenrodt

Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Krankheitsbedingte Erwerbsunterbrechungen im Kontext sozialpolitischer Institutionen

Karolin Hiesinger

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

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

10:30 Uhr **Pause**

11:00 Uhr **Gesundheitsökonomische Perspektiven**

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

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

Dr. Susanne Walter

Bayerisches Landesamt für Statistik

Jobmotor Gesundheit: Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft

Dr. Michaela Fuchs und Dr. Antje Weyh

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder

Patrick Schaumburg

Bayerisches Landesamt für Statistik

13:00 Uhr **Verabschiedung**

13:15 Uhr **Tagungsende**

Intelligente Zusammenführung und Nutzung amtlicher Gesundheitsdaten am Beispiel des Freistaats Bayern

Amtschefin Ruth Nowak, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Zur Person:

Juristin

- ab 1987 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 Staatsministerium
für Gesundheit und Pflege

Abstract:

Der Freistaat Bayern hat auch bei der Digitalisierung den Anspruch mitzugestalten. Herausragende Projekte des StMGP im Rahmen der Digitalisierungsoffensive 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.

Die NAKO-Gesundheitsstudie als Ressource der nationalen Gesundheitsforschung

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

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, Krebsepidemiologie, 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 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 Teilnehmer (n=40.000) wird ein umfangreiches Untersuchungsprogramm (Level 2) durchgeführt. Zusätzlich werden in fünf der 18 Studienzentren insgesamt 30 000 Studienteilnehmer 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 Gesamtdau-



er 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.

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

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 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

2008–2010 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.

Effekte von Wohngebieten auf die Krankheiten der Bewohner/innen. Empirische Ergebnisse und planerische Vorschläge

Prof. em. Jürgen Friedrichs, Universität zu Köln

Zur Person:

Jürgen Friedrichs, Prof. Dr., geb. 1938, Studium der Soziologie, Philosophie, Psychologie. Assistent im Institut für Soziologie der Universität Hamburg, dort 1974 Berufung auf eine Professur für Soziologie; 1983 auf einen Lehrstuhl für Soziologie. Von 1991 Lehrstuhl für Soziologie an der Universität zu Köln, Direktor des Forschungsinstitutes für Soziologie und Mitherausgeber der „Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie“ (bis 2012). Seit 2007 emeritiert, aber weiterhin im Institut in der Lehre und Forschung tätig. Aktuelle Forschungsprojekte: Kontexteffekte von Wohngebieten, Integration von Flüchtlingen, Städtische Armutsgebiete, Gentrification.

Abstract:

In der Diskussion über Gesundheit und Krankheitsrisiken wird häufig die Bedeutung des Wohnviertels übersehen. Es geht um den (Kontext-)Effekt des Wohngebiets auf die Gesundheit der Bewohner/innen. Dieser Forschungszweig ist Teil der allgemeineren Forschungen über die Kontexteffekte von sozialen und räumlichen Einheiten auf das Verhalten der Mitglieder des jeweiligen Kontexts (u.a. Dietz 2002, Friedrichs 2014, 2017 Galster 2009, 2012, Jencks und Mayer 1990, van Ham et al. 2012, 2013). Es geht dabei um die Auswirkungen des Ausmaßes der Armut, des Lärms, der Kriminalität oder der Ausstattung des Gebiets auf die mentale und physische Gesundheit. So zeigt sich, dass Armut zu Kreislaufversagen, Depressionen und Übergewicht führen kann, bei Jugendlichen zu verstärkter Externalisierung (u.a. Wut, Aggressionen) und Internalisierung (Ängstlichkeit, Depressionen). Fehlende soziale Kontrolle wirkt sich auf Angst, Schizophrenie und schlechte selbstberichtete Gesundheit aus.

Zwei Eigenschaften zeichnen diese Forschungen aus: Erstens sind die Ergebnisse der Studien kumulativ, so dass wir von gesicherten Befunden sprechen können. Zweitens werden auch die sozialen und biologischen Mechanismen – also die kausalen Zusammenhänge – analysiert, die diese Effekte bewirken.

In dem Vortrag möchte ich wesentliche Befunde dieser Forschung und die Mechanismen darstellen. Abschließend erörtere ich die Folgerungen für eine gesundheitliche Planung.

Kleinräumige Probleme bei der Altersstandardisierung

Dr. Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

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 Städte 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.

Möglichkeiten und Anwendungen von Erreichbarkeitsanalysen im Gesundheitswesen

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

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 kann 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.

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

Zu den Personen:

Dr. Daniel Kreft ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Empirische Sozialforschung und Demografie an der Universität Rostock und 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 lebensbiographischen 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 Forschung 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:

Demografische 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 –2,01PP) und am Schwächsten für durchschnittlich wohlständige Städtereionen (Männer: –0,08PP, Frauen –0,31PP) ist. Bei schwerer Pflege können stabile Werte (dynamisches Gleichgewicht) bis leichte Kompression (Männer bis zu 0,35PP, Frauen bis 0,49PP) gezeigt werden; jedoch eine Expansion für strukturschwache, ländliche Räume (Männer –0,71PP, Frauen –0,39PP). 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.

Der Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen

Christian Mackenrodt, Statistik der Bundesagentur für Arbeit

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.

Krankheitsbedingte Erwerbsunterbrechungen im Kontext sozialpolitischer Institutionen

Karolin Hiesinger, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

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 Prozent 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 Biografiedaten 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.

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

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 2009-2017 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 Zugangstatus 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 Prozent 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 tech-



nische 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.

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

Zu den Personen:

Simon Reif ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Er studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Hull (BA), Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (BSc), und Volkswirtschaftslehre an der LMU München (MSc). Sein Forschungsschwerpunkt liegt an der Schnittstelle von Experimental- und Gesundheitsökonomie.

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.

Prof. Dr. Amelie Wuppermann hat seit 2012 die Juniorprofessur für Mikroökonomie an der Volkswirtschaftlichen Fakultät der LMU München inne. Sie studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Göttingen (BA) und der LMU München (MA), an der sie auch promovierte (Dr. oec. publ.). Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der Analyse von Gesundheits- und Krankenversicherungssystemen.

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 Schwellenwerts signifikant höher ist. Diese Anreizstruktur führt, wie mehrfach nachgewiesen wurde, zu einem massiven Under-reporting 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 Überlebenschance haben als Kinder knapp darüber.

Da vergütungsrelevante und diagnostische Geburtsgewichtsschwellen oftmals zusammenfallen, könnte also ein Neugeborenes durch das Under-reporting 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 8 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 Under-reporting nicht zufällig stattfindet, sondern, dass Neugeborene, bei denen höhere Behandlungskosten erwartet werden, häufiger unter die Geburtsgewichtsschwelle 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 Geburtsgewichtsmanipulation nur ein Mittel ist trotz ökonomischen Drucks allen Patienten die medizinisch notwendige Behandlung zukommen zu lassen.

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

Dr. Susanne Walter, Bayerisches Landesamt für Statistik

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 Personalisierte 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 Unternehmensdemografie 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 Unternehmensdemografie, 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 Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi).

Jobmotor Gesundheit: Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft

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

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 Demografie und Arbeitsmarkt, Arbeitsmarktprognosen sowie der Transformationsforschung bezüglich Ostdeutschlands.

Abstract:

Die Gesundheitswirtschaft besitzt für den Arbeitsmarkt in Deutschland eine sehr große Bedeutung. Zum Stichtag 30.06.2016 waren rund 4,7 Mio. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Gesundheitswesen, dem Handel mit und der Herstellung von gesundheitsrelevanten Produkten sowie in weiteren Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft tätig. Dies entspricht etwa 15 Prozent aller Beschäftigten. Seit 2010 nahm ihre Zahl um 15 Prozent 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 Prozent ausmacht. Auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte sind die Unterschiede noch ausgeprägter. Hier reicht die Spannweite von 6,0 Prozent in Wolfsburg bis zu 31 Prozent in Heidelberg. Die Ursachen hierfür sind dabei vielfältig.

Die künftige Entwicklung in der Gesundheitswirtschaft wird entscheidend durch den demografischen 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 demografischen Wandel resultieren.

Gesundheitsökonomische Gesamtrechnungen der Länder

Patrick Schaumburg, Bayerisches Landesamt für Statistik

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 bayerischen 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.

www.statistiknetzwerk.bayern.de/statistiktage2018

