

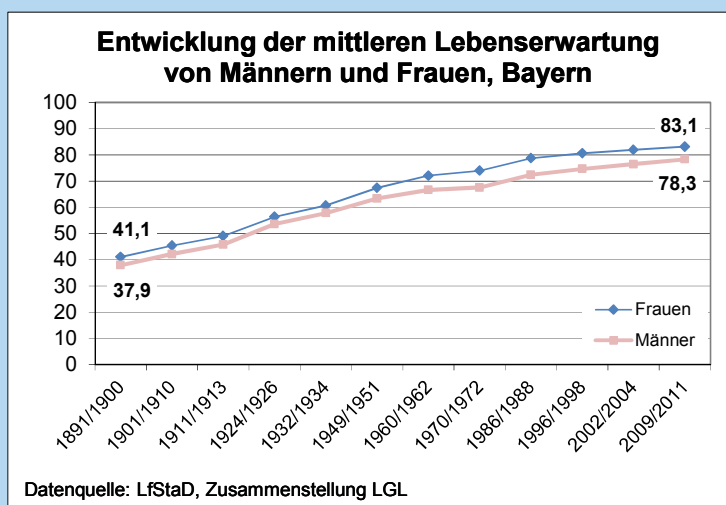


Eckdaten zur Gesundheit in Bayern – Update 2014

Lebenserwartung

Die Lebenserwartung ist der wichtigste Indikator für die Qualität der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. In der Lebenserwartung verdichten sich vielfältige Einflüsse auf die Gesundheit der Menschen – von der genetischen Disposition über die Lebens- und Arbeitsbedingungen, das Gesundheitsverhalten bis hin zur gesundheitlichen Versorgung.

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts hat sich die Lebenserwartung in Bayern mehr als verdoppelt, zunächst vor allem durch den Rückgang der Kindersterblichkeit, heute vor allem durch einen Gewinn an Lebensjahren im Alter.



Die Lebenserwartung in Bayern liegt mit 83,1 Jahren bei den Frauen und 78,3 Jahren bei den Männern sowohl über dem deutschen als auch über dem europäischen Durchschnitt. Im Ländervergleich haben nur die Menschen in Baden-Württemberg sowie die Männer in Hessen und die Frauen in Sachsen eine etwas höhere Lebenserwartung als in Bayern.

Mittlere Lebenserwartung 2009/2011		
	Männlich	Weiblich
Baden-Württemberg	79,2	83,6
Hessen	78,4	82,9
Bayern	78,3	83,1
Rheinland-Pfalz	77,7	82,4
Hamburg	77,6	82,6
Berlin	77,6	82,6
Schleswig-Holstein	77,5	82,3
Niedersachsen	77,4	82,4
Nordrhein-Westfalen	77,3	82,2
Sachsen	77,3	83,2
Brandenburg	77,0	82,4
Saarland	76,7	81,7
Thüringen	76,7	82,3
Bremen	76,5	82,1
Mecklenburg-Vorpommern	75,9	82,3
Sachsen-Anhalt	75,7	81,9
Deutschland	77,7	82,7

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, LfStaD

Ausgabe 2/2014

Der Gesundheitsreport Bayern gibt einen Überblick zu gesundheitspolitisch relevanten Themen in Bayern. Gegenstand dieses Reports sind Eckdaten zur Gesundheit der Bevölkerung in Bayern.

Weitere Daten dazu finden Sie im bayerischen Gesundheitsindikatorensetz und im bayerischen Gesundheitsatlas online unter www.lgl.bayern.de.

Ihre Ansprechpartner:

Dr. Joseph Kuhn
Tel.: 09131/6808-5302
joseph.kuhn@lgl.bayern.de
(Gesundheitsberichterstattung)

Sylvia Zollikofer
Tel.: 09131/6808-5607
sylvia.zollikofer@lgl.bayern.de
(Gesundheitsindikatoren)

Rebekka Schulz
Tel.: 09131/6808-5105
rebekka.schulz@lgl.bayern.de
(Gesundheitsatlas)

Wichtige Datenquellen

Das **Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit** stellt wichtige Eckdaten ländervergleichbar im bayerischen Gesundheitsindikatorensetz zur Verfügung, ergänzend dazu Regionaldaten in kartografischer Form im Bayerischen Gesundheitsatlas:
www.lgl.bayern.de

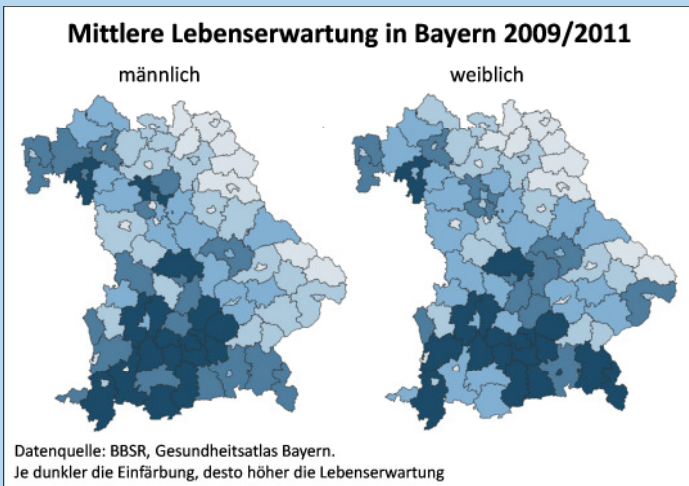
Die Gesundheitsdaten des **Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung** finden Sie unter www.statistik.bayern.de.

Beim **Statistischen Bundesamt** und dem **Robert Koch-Institut (RKI)** sind unter www.gbe-bund.de umfangreiche Gesundheitsdaten für Deutschland und vielfach auch differenziert nach Bundesländern verfügbar.

Beim RKI werden auch bundesweite Surveys zur Gesundheit von Kindern (KIGGS) und Erwachsenen (DEGS, GEDA) durchgeführt. Aus der GEDA-Befragung lassen sich bayerische Daten zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten ausgliedern.



Die Länderunterschiede sind unter anderem sozioökonomisch bedingt: Je besser die soziale Lage, desto höher die Lebenserwartung. Dies erklärt zu einem großen Teil auch die Nordost-Südwestunterschiede der Lebenserwartung in Bayern (LGL 2004).

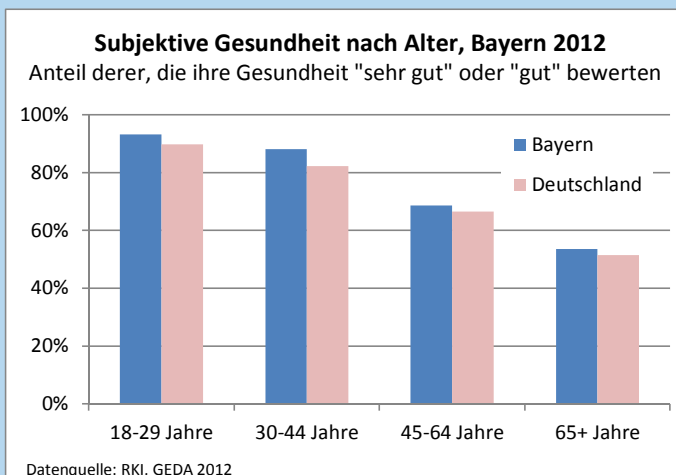


Mit dem Eintritt ins Rentenalter haben Männer in Bayern noch eine **fernere Lebenserwartung** von fast 18 Jahren, Frauen von fast 21 Jahren. Selbst Hochaltrige im Alter von 80 können noch mit ca. acht (Männer) bzw. neun (Frauen) weiteren Lebensjahren rechnen.

Frauen haben eine fast 5 Jahre höhere Lebenserwartung als **Männer**, bedingt durch vielfältige Faktoren von der Genetik bis hin zum Gesundheitsverhalten. Dabei kommt dem Gesundheitsverhalten und den Lebensbedingungen im Vergleich zur Genetik der größere Stellenwert zu (StMUG 2012). Anfang der 1970er Jahre hatten Frauen sogar eine 6,5 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer. Die Lebenserwartung der Frauen hat seitdem etwas weniger schnell zugenommen als die der Männer. Ein Einflussfaktor dabei war die unterschiedliche Entwicklung des Rauchverhaltens bei Männern und Frauen in den letzten Jahrzehnten (siehe auch Seite 9).

Subjektive Gesundheit

Die Selbsteinschätzung der Gesundheit ist zum einen der wichtigste Maßstab, an dem die Menschen selbst ihre Gesundheit messen, zum anderen lässt sie jedoch auch gute Prognosen darüber zu, wie sich die Gesundheit der Menschen objektiv entwickelt. In Bayern schätzen 74,2 % der Erwachsenen ihre Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“ ein, verglichen mit 70,4 % im Bundesdurchschnitt.



Daten zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung gibt es des Weiteren bei zahlreichen Akteuren des Gesundheitswesens, z.B. beim **Bundesministerium für Gesundheit** (www.bmg.bund.de), bei der **Krankenversicherung** (www.gkv-spitzenverband.de), der gesetzlichen **Unfallversicherung** (www.dguv.de) oder bei der **Rentenversicherung** (www.deutscherentenversicherung.de).

Gesundheitsdaten auf europäischer Ebene finden Sie bei der **Europäischen Statistikbehörde Eurostat**: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction>

Internationale Gesundheitsdaten stellen die **Weltgesundheitsorganisation (WHO)** und die **Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)** zur Verfügung:

www.who.int/whosis/en/

www.euro.who.int/de/data-and-evidence/databases

www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

Definitionen und mehr ...

Lebenserwartung

Die **mittlere Lebenserwartung** gibt an, wie viele Lebensjahre ein heute geborenes Kind zu erwarten hätte.

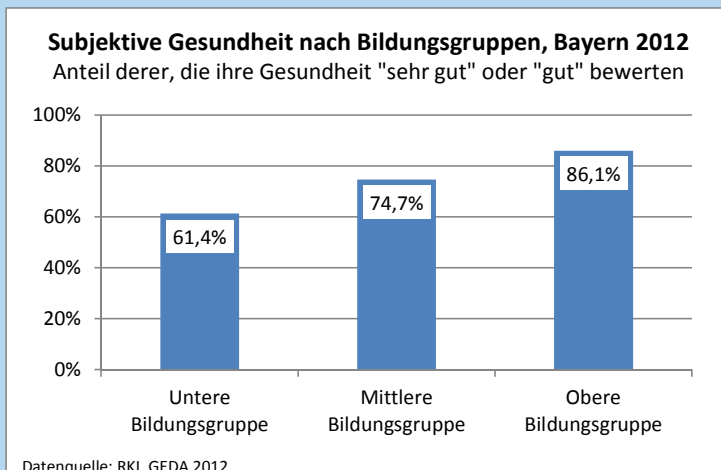
Die amtliche Statistik legt dabei „Periodensterbetafeln“ zugrunde, die von den aktuellen Sterberaten einer Dreijahresperiode ausgehen. Die so berechnete Lebenserwartung gilt prognostisch nur unter der Annahme, dass sich das aktuelle Sterbegeschehen nicht verändert, d.h. dass die Sterbewahrscheinlichkeiten in den einzelnen Altersgruppen in den kommenden Jahren gleich bleiben. Dies ist jedoch unrealistisch, da die Sterbewahrscheinlichkeiten seit Jahrzehnten sinken – und die Lebenserwartung steigt.

Die Lebenserwartung aus Periodensterbetafeln ist daher nur bedingt als Prognose zu verwenden. Sie liefert eher ein anschauliches Bild der aktuellen Sterblichkeit und ist wie die altersstandardisierten Sterbeziffern unabhängig vom Altersaufbau der Bevölkerung.



Dabei nimmt der Anteil der Menschen mit guter subjektiver Gesundheit erwartungsgemäß mit dem Alter ab. Aber auch bei den Über-65-Jährigen in Bayern bewerten 54 % ihre Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“. Frauen schätzen ihre Gesundheit etwas schlechter ein als Männer, hier kommen geschlechterspezifische Wahrnehmungen zur Geltung.

Wie die Lebenserwartung unterscheidet sich auch die subjektive Gesundheit stark nach Merkmalen der sozialen Lage. So schätzen Angehörige der unteren Bildungsgruppe ihre Gesundheit wesentlich schlechter ein als Angehörige der oberen Bildungsgruppe.



Krankenstand

Der Krankenstand ist ein wichtiger Indikator, weil er gesundheitliche und wirtschaftliche Aspekte verbindet: Bei ca. 5 Mio. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Bayern (Jahr 2013) bedeutet 1 % Krankenstand beispielsweise ein ungenutztes Beschäftigungspotenzial von ca. 50.000 Personen.

Der Krankenstand in Bayern liegt wie in den Vorjahren unter dem Bundesdurchschnitt. Im Ländervergleich hat Bayern je nach Kassenart den niedrigsten oder zweitniedrigsten Krankenstand. Seit einigen Jahren steigt der Krankenstand bundesweit wieder etwas.

Krankenstand nach Ländern, 2013			
	AOK	TK	DAK
Baden-Württemberg	4,8%	3,3%	3,3%
Bayern	4,4%	3,4%	3,4%
Berlin	5,1%	4,5%	4,3%
Brandenburg	5,6%	5,0%	5,0%
Bremen	5,5%	3,9%	4,1%
Hamburg	5,2%	4,2%	3,7%
Hessen	5,5%	4,0%	4,2%
Mecklenburg-Vorpommern	5,4%	5,0%	4,9%
Niedersachsen	5,3%	4,1%	3,9%
Nordrhein-Westfalen	5,5%	4,1%	3,9%
Rheinland-Pfalz	5,6%	4,2%	4,3%
Saarland	6,0%	4,4%	4,5%
Sachsen	4,9%	3,9%	4,4%
Sachsen-Anhalt	5,7%	4,7%	4,9%
Schleswig-Holstein	5,3%	4,3%	3,9%
Thüringen	5,5%	4,6%	4,8%
Deutschland	5,1%	4,0%	4,0%

Datenquellen: AOK, TK, DAK


Die **fernere Lebenserwartung** gibt an, wie viele Lebensjahre noch ab einem bestimmten Lebensalter zu erwarten sind. Auch die fernere Lebenserwartung wird über die Sterbetafel ermittelt.

Lebensversicherungen legen bei der Kalkulation der Lebenserwartung Methoden zugrunde, die den Rückgang der Sterbewahrscheinlichkeiten berücksichtigen.

Krankenstand

Die Kennziffer „Krankenstand“ gibt den Anteil kranker Erwerbstätiger an allen Erwerbstätigen oder den Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage an einem definierten Zeitraum an. Der Krankenstand wird nach unterschiedlichen Methoden berechnet, z.B. nach Stichtagsmethoden oder nach kumulierten Totalerhebungen der Arbeitsunfähigkeitstage.

Die hier dokumentierten Daten zum Krankenstand beruhen auf kumulativen Totalerhebungen der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Krankenkassen. Ihnen liegt die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zugrunde. Kurzzeiterkrankungen bis zu drei Tagen Arbeitsunfähigkeit sind dabei nur unzureichend erfasst, weil hier oft keine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden muss. Für den Krankenstand insgesamt spielen die Kurzzeiterkrankungen allerdings nur eine nachrangige Rolle.

 Kassenartenübergreifende Daten zum Krankenstand gibt es bisher auf Länderebene nicht. Das mindert den Nutzen der Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Gesundheitsberichterstattung erheblich.

Beim Krankenstandsvergleich nach Branchen wurde in diesem Report auf AOK-Daten zurückgegriffen. Die AOK hatte in Bayern 2013 einen Anteil von ca. 41 % an allen gesetzlich Krankenversicherten. Da die einzelnen Krankenkassen unterschiedliche Versichertenprofile haben, unterscheiden sich auch die Krankenstände nach Kassenarten etwas. Der Krankenstand der AOK-Versicherten liegt, z.B. bedingt unter anderem durch einen hohen Anteil von gewerblich Beschäftigten, etwas höher als bei den meisten anderen Kassenarten.



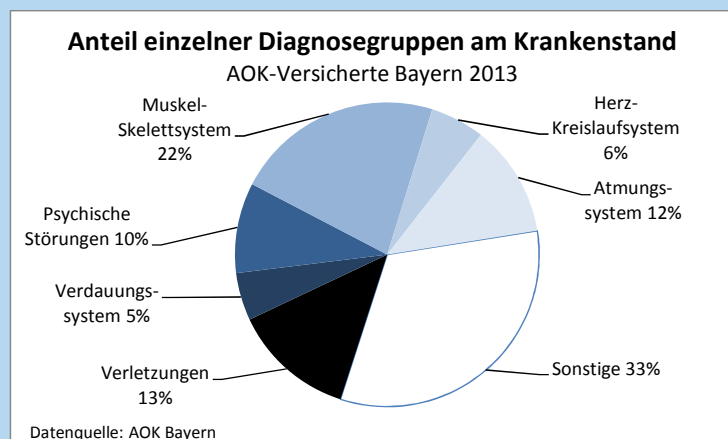
Der Krankenstand ist von vielen Faktoren abhängig, z.B. vom sozialen Status der Beschäftigten, ihrem Alter, den Arbeitsbelastungen oder der Betriebsgröße. Demzufolge gibt es auch deutliche Unterschiede im Krankenstand zwischen einzelnen Branchen.

Krankenstand nach Branchen 2013	
AOK-Versicherte Bayern	
Energie/Wasser/Entsorgung/Bergbau	5,5%
Verarbeitendes Gewerbe	4,9%
Verkehr/Transport	4,9%
Baugewerbe	4,8%
Gesundheits-/Sozialwesen	4,8%
Öffentliche Verwaltung/Sozialversicherung	4,8%
Handel	4,1%
Dienstleistungen	3,6%
Erziehung/Unterricht	3,5%
Land-/Forstwirtschaft	3,1%
Banken/Versicherungen	2,8%

Datenquelle: AOK Bayern

Bei den Diagnosen, die den Krankenstand bestimmen, stehen die Muskel-Skeletterkrankungen, Verletzungen und Erkrankungen des Atmungssystems bei allen Kassenarten im Vordergrund, auch wenn ihr prozentualer Anteil je nach Versichertenklientel leicht unterschiedlich ausfällt.

Ebenfalls bei allen Kassenarten nimmt der Anteil der psychischen Störungen am Krankenstand seit Jahren zu. Sie machen je nach Kassenart inzwischen 10 % bis 15 % des Krankenstands aus. In erster Linie geht es dabei um Depressionen und Belastungsreaktionen.



Krankenhausbehandlungen

Im Jahr 2012 gab es ca. 2,9 Mio. **stationäre Behandlungsfälle** bei den Frauen und Männern in Bayern. Die Fallzahlen waren bei den Frauen mit 1,5 Mio. Fällen etwas höher als bei den Männern. Dies ist zum einen auf frauenspezifische Behandlungen rund um die Schwangerschaft zurückzuführen, zum anderen darauf, dass die Fallzahlen mit dem Alter zunehmen und es mehr ältere Frauen als ältere Männer gibt.

Altersstandardisiert haben Männer jedoch bei den meisten Diagnosegruppen höhere stationäre Behandlungsraten. Dabei standen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems an erster Stelle, gefolgt von Verletzungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.

In Wirtschaftsstatistiken wird häufig auch von „**Fehlzeiten**“ gesprochen. Der Begriff hat keine einheitliche Definition. Hier können z.B. auch Urlaubs- oder Weiterbildungszeiten enthalten sein.

ICD

ICD ist die Abkürzung für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“. Nach diesem von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Klassifikationssystem werden in vielen Statistiken medizinische Diagnosen einheitlich verschlüsselt, von den Todesursachen über die ambulanten und stationären Befunde bis hin zu den krankheitsbedingten Frühberentungen. In Gebrauch ist zurzeit die 10. Revision. Der ICD-Katalog ist online beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information unter www.dimdi.de verfügbar.

Ein weiteres wichtiges Klassifikationsschema ist die ICF, die „International Classification of Functioning, Disability and Health“. Sie bildet funktionale Einschränkungen der Gesundheit und Behinderungen ab. Auch die ICF ist beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information verfügbar.

Krankenhausbehandlung

Die Krankenhausstatistik ist eine amtliche Statistik, die auf Auskünften der Krankenhäuser beruht. Dabei werden vor allem Patientenbewegungen, Diagnosen und Kosten erfasst. Einbezogen sind sowohl allgemeine Krankenhäuser als auch Vorsorge- und Rehaeinrichtungen. Bei Letzteren werden die Diagnosen nur in Häusern mit mehr als 100 Betten erfasst.

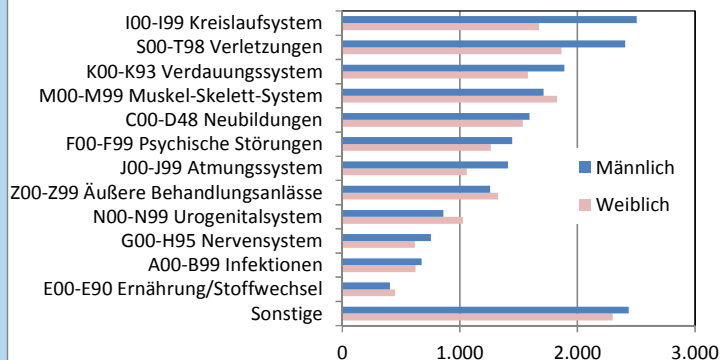
Die Diagnosen der Krankenhausstatistik beruhen auf einer Fallstatistik, d.h. die Zahl der Diagnosen ist nicht gleich der Zahl der behandelten Personen. Eine Person kann im Laufe eines Jahres mehrere Behandlungsfälle verursachen.

Für die Krankenhausplanung wichtige Kennziffern sind der Nutzungsgrad der Krankenhausbetten und die durchschnittliche Verweildauer. In Bayern lag der durchschnittliche **Nutzungsgrad** der Betten 2012 bei 76 %. Mit der Größe der Krankenhäuser steigt der Nutzungsgrad.



Krankenhausfälle in Bayern 2012 nach ICD-Hauptgruppen

Fälle pro 100.000 Ew., altersstandardisiert



Datenquelle: Statistisches Bundesamt. Standardbevölkerung: Europa alt.
Ohne O00-O99 (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett)

In den letzten 10 Jahren hat die Zahl der stationären Behandlungen um ca. 10 % zugenommen. Von den absoluten Fallzahlen her war der Anstieg bei den Muskel-Skeletterkrankungen am größten (mit einer Zunahme um mehr als 60.000 Fälle), prozentual haben Behandlungen rund um die Geburt, z.B. infolge von Frühgeburtlichkeit, mit mehr als 70 % am stärksten zugenommen.

Krankheitsbedingte Frühberentungen

Im Jahr 2012 gingen in Bayern etwa 160.000 Menschen in Rente, davon 22.693 krankheitsbedingt. Im Durchschnitt lag das Rentenzugangsalter bei den krankheitsbedingten Frühberentungen bei den Männern bei 51, bei den Frauen bei 50 Jahren. Betroffen waren 11.730 Männer und 10.963 Frauen. Die Rate der krankheitsbedingten Frühberentungen liegt mit 371,3 je 100.000 aktiv Versicherten in Bayern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 446,6 je 100.000 aktiv Versicherten.

Bei den Diagnosen stehen seit einigen Jahren die psychischen Störungen an erster Stelle. Sie verursachen inzwischen ca. 40 % der krankheitsbedingten Frühberentungen. Die Muskel-Skeletterkrankungen, die lange Zeit die häufigste Diagnose waren, machen gegenwärtig noch ca. 15 % der krankheitsbedingten Frühberentungen aus. Neubildungen (Krebs) verursachen ebenfalls ca. 15 % der krankheitsbedingten Frühberentungen, Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems knapp 10 %.

Krankheitsbedingte Rentenzugänge

Bayern 2012

	männlich	weiblich
Psychische Störungen	4.024	5.041
Neubildungen	1.720	1.640
Muskel-Skelettsystem	1.753	1.539
Herz-Kreislaufsystem	1.515	596
Sonstige	2.718	2.147
Insgesamt	11.730	10963

Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung Bund

Todesursachen

Bei den Todesursachen stehen – eine Folge der hohen Lebenserwartung – Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs als typische Erscheinungen des höheren Lebensalters im Vordergrund, gefolgt von den Erkrankungen der Atmungsorgane sowie den Verletzungen.

Die durchschnittliche **Verweildauer** lag in bayerischen Krankenhäusern 2012 bei 7,4 Tagen. Im langjährigen Trend ist die Aufenthaltsdauer rückläufig. Vorsorge- und Rehaeinrichtungen haben wesentlich längere Verweildauern als die allgemeinen Krankenhäuser.



Die Krankenhausbehandlung ist der größte Posten bei den Leistungsausgaben der Krankenkassen. Im Jahr 2013 entfielen in Deutschland von insgesamt 183 Mrd. Euro Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung 35 % auf die Krankenhausbehandlung. Zum Vergleich: Auf die ärztliche Behandlung entfielen 17 %, auf Arzneimittel ebenfalls 17 %, auf die zahnärztliche Behandlung 7 % (Quelle: KF12 Bund, Stand Juni 2014).

Eine andere wichtige Datenquelle zu Krankenhausbehandlungen sind die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) aufbereitet werden:
www.g-drug.de/cms/

Die Daten stehen auszugsweise auch über die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur Verfügung: www.gbe-bund.de

Frühberentungen

Die Rentenstatistik wird von der Rentenversicherung geführt. Erfasst werden Rentenbestand, Rentenzugänge und Rentenabgänge. Die krankheitsbedingten Frühberentungen („Rentenzugänge wegen Erwerbsminderung“) sind eine Teilmenge der Rentenzugänge. Daten dazu gibt es bei der Rentenversicherung (www.deutsche-rentenversicherung.de), Eckdaten auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de).

Sterblichkeit, Todesursachen

Die Sterbefälle in Deutschland werden in der amtlichen Todesursachenstatistik erfasst. Merkmale dabei sind vor allem das zum Tode führende Grundleiden, Geschlecht, Familienstand, Nationalität, Wohnort und Sterbealter. Die Todesursachenstatistik ist eine der ältesten Gesundheitsstatistiken.

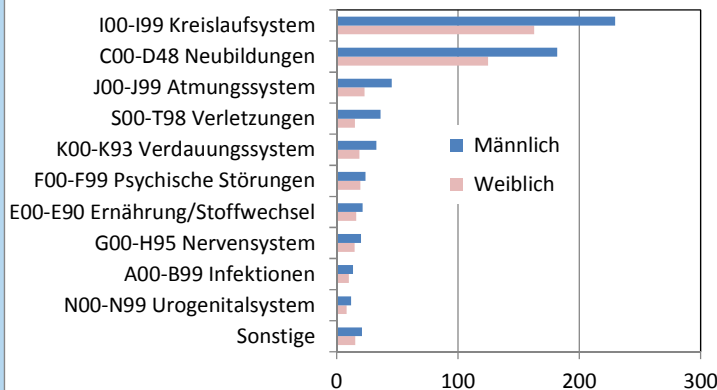


Infolge der Alterung der Bevölkerung nimmt die absolute Zahl der Krebssterbefälle zwar zu. Beseitigt man diesen demografischen Effekt statistisch („Altersstandardisierung“), sinkt die Krebssterblichkeit jedoch, d.h. das Risiko, an Krebs zu sterben, geht in den einzelnen Altersgruppen zurück. Bei den Herz-Kreislauferkrankungen sinkt u.a. aufgrund der besseren medizinischen Versorgung sogar die absolute Zahl der Sterbefälle.

Im **Geschlechtervergleich** zeigt sich bei allen wichtigen Diagnosegruppen eine höhere Sterblichkeit der Männer.

Todesursachen in Bayern 2012 nach ICD-Hauptgruppen

Gestorbene pro 100.000 Ew., altersstandardisiert



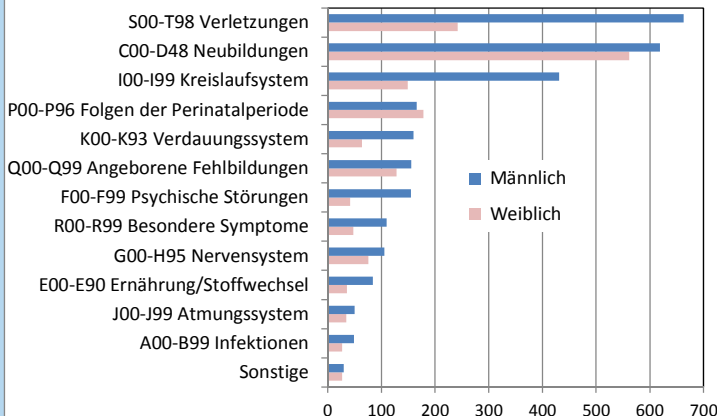
Datenquelle: Statistisches Bundesamt. Standardbevölkerung: Europa alt

Für die Planung von Präventionsmaßnahmen sind **vorzeitige Sterbefälle** von besonderer Bedeutung. Als „vorzeitig“ gelten Sterbefälle vor dem 65. oder dem 70. Lebensjahr, hier geht man davon aus, dass ein großer Teil vermeidbar gewesen wäre. Eine der Kennziffern zur Erfassung der vorzeitigen Sterblichkeit sind die „verlorenen Lebensjahre“. Dabei wird die Zeit vom Sterbejahr bis zum (fiktiven) 65. Lebensjahr aufaddiert. Dieser Indikator gewichtet Todesfälle also umso stärker, je jünger die Verstorbenen waren.

In der Rangordnung der Todesursachen rücken dabei bei den Männern die Verletzungen nach oben, bedingt durch tödliche Verkehrsunfälle und Selbsttötungen im jungen Erwachsenenalter. Bei den Frauen stehen die Neubildungen an erster Stelle, wobei hier besonders Brustkrebsfälle ausschlaggebend sind.

Vorzeitige Sterblichkeit nach Diagnosen, Bayern 2012

Verlorene Lebensjahre pro 100.000 Ew., altersstandardisiert



Datenquelle: Statistisches Bundesamt. Standardbevölkerung: Europa alt

Bei äußeren Todesursachen (Unfällen und Vergiftungen) werden weitere Merkmale erfasst, z.B. ob der Sterbefall auf einen Unfall oder einen Suizid zurückgeht und welchem Lebensbereich (Arbeit, Schule, häuslicher Lebensbereich) ein Unfall zuzuordnen ist.

Künftig soll eine „multikausale Todesursachenstatistik“ nicht nur das Grundleiden, sondern auch die darauf folgenden Diagnosen dokumentieren.

Rohe Sterbeziffern sind die Quotienten aus Sterbefällen und Bevölkerung. Rohe Sterbeziffern mehrerer Regionen sind nicht gut vergleichbar, da sie Unterschiede im Altersaufbau der Bevölkerungen nicht berücksichtigen. Daher berechnet man für Regionalvergleiche **altersstandardisierte Sterbeziffern**.

Dabei kommen zwei verschiedene Verfahren zum Einsatz, die direkte und die indirekte Altersstandardisierung. Standardisierte Sterbeziffern in diesem Report sind direkt standardisiert.

Mehr zur Methode der Altersstandardisierung können Sie in der Handlungshilfe „Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Begriffe, Methoden, Beispiele“ nachlesen, die auf der Seite des Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit online abrufbar ist (www.lgl.bayern.de).

Säuglingssterblichkeit

Bei der Säuglingssterblichkeit werden anders als sonst bei Sterberaten die Sterbefälle nicht mit der Bevölkerung ins Verhältnis gesetzt. Da hier der Bezug zu den Geburten von Interesse ist, wird sie als Quotient der Sterbefälle im ersten Lebensjahr und den Lebendgeborenen berechnet.

Arbeits- und Wegeunfälle

Arbeits- und Wegeunfälle mit Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder mit Todesfolge sind meldepflichtig und werden von den Unfallversicherungsträgern statistisch erfasst. Aus der Kostenerstattung liegen den Unfallversicherungsträgern zudem auch Daten zu den nicht meldepflichtigen Unfällen vor.



Die eher im höheren Alter auftretenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen fallen dagegen bei diesem Indikator weniger stark ins Gewicht, wobei die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr bei den Männern wesentlich bedeutsamer ist als bei den Frauen.

Sehr gering ist inzwischen die **Säuglingssterblichkeit**. 2012 sind in Bayern 284 Kinder im ersten Lebensjahr gestorben (2,7 Sterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene). 1960 waren es noch 36,3 pro 1.000, 1990 noch 6,2 pro 1.000. Die Säuglingssterblichkeit in Bayern war dabei in den letzten 20 Jahren stets niedriger als im Bundesdurchschnitt, dort lag sie 2012 bei 3,3 pro 1.000 Lebendgeborenen.

Jungen haben dabei eine etwas höhere Säuglingssterblichkeit als Mädchen (Deutschland 2012: 3,5 versus 3,0 pro 1.000; Bayern: 2,7 versus 2,6 pro 1.000). Bei ausländischen Familien ist die Säuglingssterblichkeit mehr als doppelt so hoch als bei deutschen Familien, betroffen sind vor allem Familien, die noch nicht lange in Deutschland leben (Ethikrat 2010).

Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene, Bayern								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Deutsche	3,3	3,1	3,6	3,0	3,0	2,8	2,9	2,5
Ausländer	8,3	8,9	10,0	5,1	8,2	9,2	7,6	5,7
Insgesamt	3,5	3,3	3,8	3,1	3,2	3,0	3,1	2,7

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Arbeitsbedingungen

Die Gesundheit der Beschäftigten hängt von vielen Einflussfaktoren ab, privaten wie beruflichen. Bei den **Arbeitsbedingungen** sehen sich Männer häufiger körperlich belastet als Frauen – bedingt vor allem durch die unterschiedlichen Tätigkeiten. Psychische Belastungen sind für beide Geschlechter von hoher Bedeutung.

Das Belastungsniveau in Bayern ist insgesamt ähnlich wie im Bundesdurchschnitt, bei einigen Belastungsarten etwas niedriger.



Arbeitsunfälle

Die meldepflichtigen Arbeitsunfälle sind im langfristigen Trend durch den Wandel der Wirtschaftsstruktur und Verbesserungen der betrieblichen Unfallverhütung stark zurückgegangen. In Bayern gab es 2012 gut 160.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle, also Unfälle mit mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeit. Hinzu kommen leichtere, nicht meldepflichtige Unfälle in der gleichen Größenordnung. 127 tödliche Arbeitsunfälle wurden registriert. Die Unfallhäufigkeit in Bayern entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt.

Auf Länderebene können Unfallraten nur näherungsweise berechnet werden, da die Unfallversicherungsträger ihre Versichertenzahlen nicht länderspezifisch ausweisen. In diesem Report wurden die Arbeitsunfälle behelfsweise auf die Zahl der Erwerbstätigen bezogen. Detaillierte Zahlen zu den Arbeits- und Wegeunfällen finden Sie z.B. bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin unter www.baua.bund.de.

Verkehrsunfälle

Verkehrsunfälle werden durch die amtliche Verkehrsunfallstatistik erfasst. Grundlage sind die polizeilich aufgenommenen Unfälle auf öffentlichen Wegen und Plätzen. Erfasst werden Unfälle mit Personen- oder Sachschaden. Dabei kommt das Unfallortprinzip zur Anwendung, d.h. die Verkehrsunfallstatistik erfasst die Unfälle nach dem Ort des Unfalls.

Gesundheitsverhalten

Die wichtigsten verhaltensbedingten Risikofaktoren sind das Rauchen, Alkoholmissbrauch, ungünstige Ernährung und Bewegungsmangel. Die meisten der sogenannten „Zivilisationskrankheiten“, z.B. Herzinfarkt, Lungenkrebs, Darmkrebs, Diabetes und sogar dementielle Erkrankungen, stehen damit in engem Zusammenhang.

Verhaltensbedingte Risikofaktoren sind jedoch nicht unabhängig von den Lebensverhältnissen. Im Allgemeinen gilt: Je schlechter die soziale Lage, desto ungünstiger ist auch das Gesundheitsverhalten.

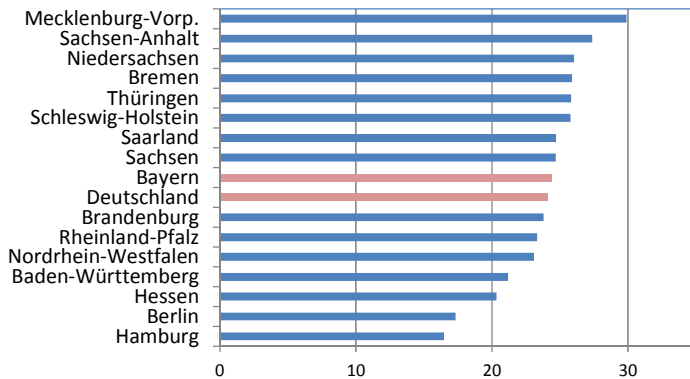
Eine kontinuierliche Beobachtung des Gesundheitsverhaltens durch einen bayerischen Survey gibt es zurzeit nicht. Ländervergleiche für die größeren Bundesländer ermöglicht z.B. die in diesem Report zitierte GEDA-Befragung des Robert Koch-Instituts.

Auch im Mikrozensus, einer jährlichen Befragung von 1 % der deutschen Haushalte, gibt es einige wenige Gesundheitsdaten (Gesundheitliche Einschränkungen, Rauchen, Körpergröße und Körpergewicht) im Ländervergleich. Sie werden alle vier Jahre erhoben, zuletzt im Jahr 2013.



Meldepflichtige Arbeitsunfälle (ohne Wegeunfälle) 2012

je 1.000 Erwerbstätige



Datenquelle: BMAS, Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2012, eig. Berechnungen

Verkehrsunfälle

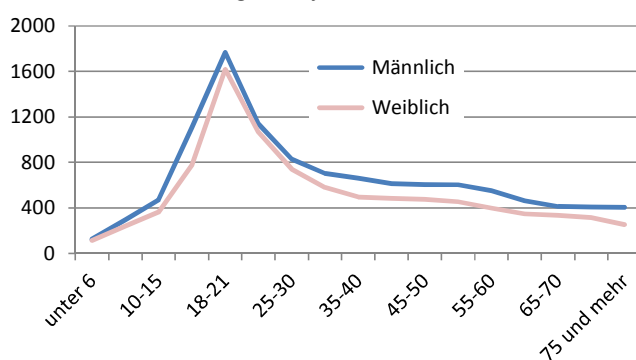
Im Jahr 2013 wurden in Bayern 69.777 Menschen bei Verkehrsunfällen verletzt, 680 kamen ums Leben.

Die Unfallrate liegt in Bayern seit Jahren etwas über dem Bundesdurchschnitt. Die Zahl der Verkehrstoten ist im langfristigen Trend trotz des stark gestiegenen Verkehrsaufkommens rückläufig. 1970 sind in Bayern noch 3.804 Menschen durch Kraftfahrzeugunfälle ums Leben gekommen. Zu diesem Rückgang haben neben dem Ausbau des Rettungswesens und Fortschritten der Unfallmedizin vor allem auch präventive Maßnahmen, z.B. die Gurtpflicht, eine bessere Sicherheitstechnik der Fahrzeuge und bessere Verkehrswege beigetragen.

Bei etwa 4 % aller Unfälle mit Personenschäden und ca. 10 % aller Unfälle mit tödlichen Folgen war Alkohol im Spiel. Auch der Anteil der alkoholbedingten Unfälle nimmt ab.

Unfallrisiko im Straßenverkehr, Bayern 2012

Verunglückte je 100.000 Ew.



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Gesundheitsverhalten

Beim Gesundheitsverhalten werden hier exemplarisch das Rauchen, der Alkoholkonsum sowie als Folge von Bewegungsmangel und ungünstiger Ernährung die Adipositas herausgegriffen.

Das **Rauchen** ist der wichtigste vermeidbare Risikofaktor des Gesundheitsverhaltens. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung geht davon aus, dass in Deutschland jährlich 110.000 Menschen vorzeitig infolge des Tabakkonsums sterben. Auf Bayern übertragen wären das ca. 17.000 vorzeitige Sterbefälle jährlich.

Daten zum **Suchtverhalten** erhebt regelmäßig die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), zum Suchtmittelkonsum von Kindern und Jugendlichen z.B. in den seit 1973 durchgeführten Drogenaffinitätsstudien: www.bzga.de

Die Daten der BZgA sind nicht nach Ländern differenzierbar. Bayerische Daten zum Suchtmittelkonsum Jugendlicher gibt es aus der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD), Daten zum Suchtmittelkonsum von Erwachsenen aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey. Die Daten beider Erhebungen finden Sie beim Institut für Therapieforschung in München unter www.ift.de.

Starkes Übergewicht oder **Adipositas** ist einerseits ein Risikofaktor für viele Erkrankungen, andererseits kann die Adipositas selbst Krankheitswert haben. Leichtes Übergewicht steht nach derzeitigem Erkenntnisstand zwar mit Stoffwechselstörungen und anderen Beschwerden in Zusammenhang, scheint aber nicht zu einer vorzeitigen Sterblichkeit zu führen. Im Gegenteil weisen einige Studien darauf hin, dass Menschen mit leichtem Übergewicht länger leben als Menschen mit Normalgewicht.

Zur Beurteilung, ob eine Adipositas vorliegt, wird aus Körpergröße und Gewicht der „Body Mass Index“ (BMI) errechnet. Die Formel lautet:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$$

Bei Erwachsenen spricht man ab einem BMI von 25 von Übergewicht, ab einem BMI von 30 von Adipositas.

Für Kinder und Jugendliche gibt es aufgrund des nicht abgeschlossenen Wachstums und der sich demzufolge noch verändernden Körperproportionen altersabhängige Grenzwerte.

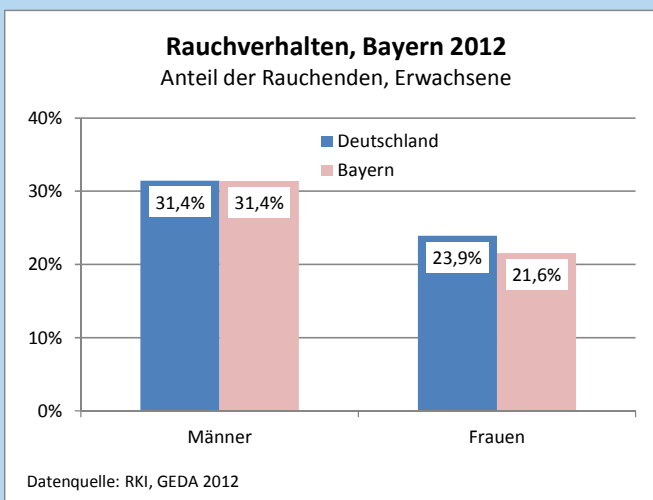
Neben dem BMI gibt es einige weitere Bestimmungsgrößen für das Übergewicht, z.B. den Bauchumfang oder das Waist-Hip-Ratio (WHR), die je nach Fragestellung Vorteile gegenüber dem BMI haben.



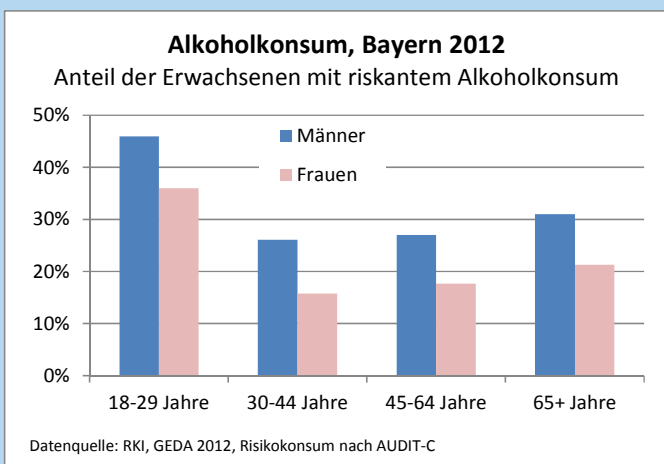
Bei den Jugendlichen raucht nach den letzten Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nur noch etwa jeder Zehnte. Bei den Erwachsenen raucht der GEDA-Studie des Robert Koch-Instituts zufolge dagegen noch mehr als jeder Vierte. Nach Daten früherer Studien lag die Raucherrate in Bayern traditionell etwas unter dem Bundesdurchschnitt – vermutlich ein Grund dafür, dass Bayern auch eine etwas niedrigere Lungenkrebsrate hat. Man geht davon aus, dass ca. 90 % der Lungenkrebserkrankungen durch das Rauchen verursacht werden.

Der Sozialstatus hat auch beim Rauchen starken Einfluss: Es rauchen wesentlich mehr Angehörige der unteren Bildungsgruppe als Angehörige der oberen Bildungsgruppe.

Männer rauchen nach wie vor häufiger und mehr als Frauen, dies gilt für Bayern wie für Deutschland insgesamt.



Auf einen übermäßigen **Alkoholkonsum** werden in Deutschland bis zu 74.000 Sterbefälle jährlich zurückgeführt, auf Bayern übertragen mehr als 10.000 Fälle. Auch beim riskanten Alkoholkonsum sind Männer stärker betroffen als Frauen. Vor allem junge Erwachsene haben lebensphasentypisch häufig einen riskanten Alkoholkonsum (als „riskant“ gilt in der GEDA-Studie ein Konsum, der definierte Skalenwerte des AUDIT-C-Tests überschreitet (RKI 2012: 140)).



Der Zusammenhang zwischen riskantem Alkoholkonsum und **Sozialstatus** folgt dabei nicht dem üblichen Muster: Vielmehr geben Männer im mittleren Lebensalter und Frauen ab 30 aus der oberen Bildungsgruppe häufiger einen riskanten Alkoholkonsum an als in der mittleren und unteren Bildungsgruppe.

Gesundheitsversorgung

In Deutschland waren Routedaten aus dem Versorgungsgeschehen lange nur schwer zugänglich. Ein systematisches Versorgungsmonitoring war nicht möglich. Seit einigen Jahren werden zunehmend Routedaten der Gesundheitsversorgung erschlossen und z.B. auch für Gesundheitsberichte in Bayern genutzt (siehe z.B. StMGP 2014).

Zudem war die Auswertung von Versorgungsdaten für Zwecke der Qualitätssicherung der Versorgung und für die Forschung zwar rechtlich zulässig, allerdings nur unter sehr restriktiven Rahmenbedingungen. Verbesserungen soll hier die neue **Datentransparenzregelung** nach § 303a – § 303f SGB V bringen. Vorgesehen ist ein (antrags- und gebührenpflichtiger) Datenzugang über das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (www.dimdi.de).

Der Bayerische Landtag hat mit Beschluss vom 17.3.2011 den Ausbau der Versorgungsforschung in Bayern unterstützt und den Aufbau einer Informationsinfrastruktur beauftragt (Landtagsdrucksache 16/8005). Dazu wurde beim Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit eine „Plattform Versorgungsforschung“ sowie eine Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsversorgungsforschung eingerichtet. Mehr dazu finden Sie unter www.lgl.bayern.de.

Die Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern“

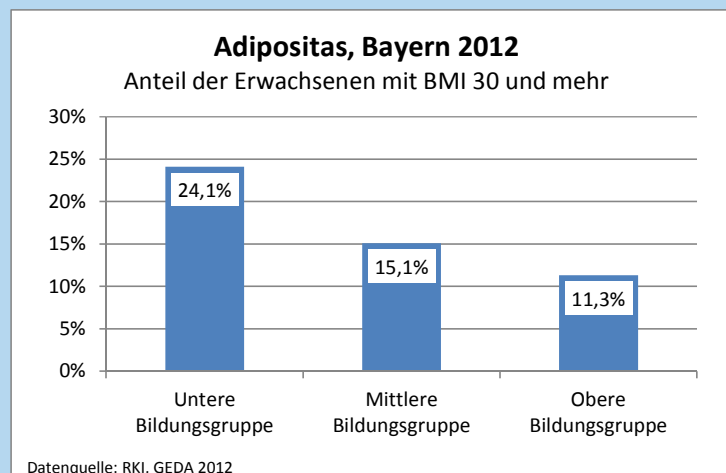
An Prävention und Gesundheitsförderung richten sich große Erwartungen, was die Gesunderhaltung in einer älter werdenden Gesellschaft angeht.

Mit dem geplanten Präventionsgesetz, das 2015 verabschiedet werden soll, wird ein Ausbau der Prävention in Deutschland in die Wege geleitet. Handlungsbedarf besteht dabei sowohl beim Ausgabenvolumen als auch bei der infrastrukturellen Weiterentwicklung der Prävention, z.B. der besseren Ausrichtung am Bedarf, der Stärkung regionaler Strukturen, der akteursübergreifenden Koordination sowie der Evaluation des Erfolgs.



Zu wenig **Bewegung** und eine ungünstige **Ernährung** sind weitere wichtige Risikofaktoren des Gesundheitsverhaltens. In Bayern erreicht den GEDA-Daten zufolge mehr als die Hälfte der Erwachsenen nicht die von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen 2,5 Stunden **körperlicher Aktivität** pro Woche. Dies gilt in gleicher Weise für Deutschland insgesamt. Des Weiteren zeigen Ernährungsstudien, dass vor allem Männer zu wenig **Obst und Gemüse** essen und insgesamt zu viel Fett und Zucker konsumiert wird.

Dies trägt dazu bei, dass immer mehr Erwachsene **übergewichtig** sind. Starkes Übergewicht (Adipositas) erhöht das Risiko z.B. für Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Gelenkerkrankungen und einige Krebserkrankungen. Auch die Adipositas tritt in sozial benachteiligten Gruppen häufiger auf.



Befragungsdaten wie die GEDA-Studie geben zwar die Sozialstruktur der Adipositas verlässlich wieder, sie unterschätzen allerdings die Häufigkeit der Adipositas erheblich. Gemessene Daten zeigen, dass derzeit ca. ein Viertel der Erwachsenen in Deutschland adipös ist (Mensink et al. 2013).

Gesundheitsversorgung

Das Statistische Bundesamt beziffert die direkten **Gesundheitsausgaben** in Deutschland für das Jahr 2012 auf 300 Mrd. Euro. In Bayern ist von fast 50 Mrd. Euro auszugehen. Etwa die Hälfte der Gesundheitsausgaben in Deutschland entfällt auf ambulante Einrichtungen (Ärzte, Apotheken etc.), ein gutes Drittel auf stationäre Einrichtungen, der Rest auf die Gesundheitsverwaltung, private Ausgabenträger und sonstige Akteure.

Von den 300 Mrd. Euro Gesamtausgaben 2012 entfielen 200 Mrd. Euro auf die Krankenversicherung (172 Mrd. Euro auf die gesetzlichen Krankenkassen, 28 Mrd. Euro auf private Krankenkassen).

2013 waren in Bayern 84 % der Bevölkerung gesetzlich und 16 % privat versichert bzw. in sonstigen Versicherungsverhältnissen.

Krankenversicherungsschutz in Bayern 2013	
Allgemeine Ortskrankenkassen	34,5%
Ersatzkassen	25,9%
Betriebskrankenkassen	19,1%
Innungskrankenkassen	2,1%
Landwirtschaftliche Krankenkasse	1,9%
Knappschaft, Bahn, See	0,5%
Private Krankenkasse, sonstiger Versicherungsschutz	16,0%

Datenquellen: BMG, Statistisches Bundesamt. Berechnungen LGL

Mit der **Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern.“** ist das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege auf Landesebene hier bereits aktiv geworden. Die Gesundheitsinitiative ist auf epidemiologisch bedeutsame Handlungsfelder ausgerichtet, sie unterstützt das gemeinsame Handeln von Akteuren, fördert besonders Projekte für sozial Benachteiligte und sieht eine Evaluation des Erfolgs der Maßnahmen vor. Dabei gibt es derzeit sechs Aktionsfelder:

- Gesunde Ernährung und Bewegung
- Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol
- Gesunde Arbeitswelt
- Prävention von psychischen Erkrankungen
- Rauchfrei leben
- Gesundheit im Alter

Zu ausgewählten Themen organisiert das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege zudem „**Jahresschwerpunkte**“ mit gemeinsamen Aktionen mit Partnern aus dem Gesundheitswesen. 2012 war die Männergesundheit Jahresschwerpunktthema, 2013 Krebs, 2014 Diabetes mellitus. 2015 wird die Kindergesundheit Jahresschwerpunktthema sein.

Derzeit wird in Weiterentwicklung der Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern.“ ein **Bayerischer Präventionsplan** erarbeitet, der die Prävention und Gesundheitsförderung in Bayern stärker ressort- und akteursübergreifend organisieren soll. Grundlage dazu ist eine Regierungserklärung des Bayerischen Ministerpräsidenten vom 12.11.2013. Der Bayerische Präventionsplan soll 2015 vorliegen.

Gesund.Leben.Bayern.



Mehr Information zur bayerischen Gesundheitsinitiative finden Sie unter www.gesundheit.bayern.de.

Gesundheitsreport Bayern

Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



In Deutschland lag der Anteil der gesetzlich Versicherten mit 87 % etwas höher (Basis: Zensusbevölkerung 31.12.2012).

Betrachtet man die beiden wichtigsten Versorgungssektoren, die **ambulante und stationäre Versorgung**, so weist Bayern im ambulanten Bereich insgesamt eine überdurchschnittliche Arztdichte auf, mit regionalen Unterschieden je nach Facharztgruppe.

Ärzte und Psychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung, 2013 Rate je 100.00 GKV-Versicherte	
Hamburg	328,1
Bremen	324,7
Berlin	321,5
Saarland	246,5
Bayern	244,4
Hessen	241,6
Baden-Württemberg	237,1
Schleswig-Holstein	228,7
Rheinland-Pfalz	227,1
Nordrhein-Westfalen	226,5
Niedersachsen	217,7
Sachsen	212,3
Thüringen	206,5
Mecklenburg-Vorpommern	206,5
Sachsen-Anhalt	191,9
Brandenburg	185,5
Deutschland	232,8

Datenquellen: KVB, BMG. Berechnungen LGL

In der stationären Versorgung liegt die Bettenzahl in Bayern einwohnerbezogen etwas niedriger als im Bundesdurchschnitt.

Krankenhausbetten 2012 Betten je 100.000 Ew.	
Bremen	777,0
Thüringen	732,6
Sachsen-Anhalt	707,4
Nordrhein-Westfalen	678,0
Hamburg	671,5
Saarland	639,2
Mecklenburg-Vorpommern	636,8
Rheinland-Pfalz	634,7
Sachsen	633,6
Brandenburg	612,8
Bayern	601,3
Hessen	593,6
Berlin	571,8
Schleswig-Holstein	562,4
Niedersachsen	531,6
Baden-Württemberg	524,1
Deutschland	612,2

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, LfStaD

Die Zahl der Krankenhausbetten ist bundesweit seit Jahren rückläufig, liegt aber im internationalen Vergleich noch immer über dem Durchschnitt der europäischen OECD-Länder.

Der ganz überwiegende Teil der Gesundheitsausgaben in Deutschland entfällt auf die **kurative Behandlung** von Krankheiten. Für **Prävention** werden (einschließlich Früherkennungsuntersuchungen) nur knapp 4 % der Gesundheitsausgaben aufgewendet.

Literatur

BMAS (2014) Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2012. Dortmund, Berlin, Dresden.

Ethikrat (2010) Deutscher Ethikrat: Migration und Gesundheit. Berlin. www.ethikrat.org.

LGL (2004) Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Regionale Unterschiede der Sterblichkeit in Bayern. Erlangen. www.lgl.bayern.de.

Mensink GBM et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 65: 786 – 794.

RKI (2012) Robert Koch-Institut: Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Berlin.

StMUG (2012) Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit: Gesund in Bayern – Männergesundheit. München.

StMGP (2014) Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Bayerischer Diabetesbericht. München.

Gesundheitsreport Bayern

Der Gesundheitsreport ist Teil der bayerischen Gesundheitsberichterstattung nach Art. 10 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes. Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht, Belegexemplar erbeten.



Gesundheitsberichterstattung für Bayern

Impressum

Herausgeber:

Bayerisches Landesamt
für Gesundheit und
Lebensmittelsicherheit
Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen
Tel.: 09131/6808-0

www.lgl.bayern.de
pressestelle@lgl.bayern.de
Erlangen, August 2014



Tabellenanhang

Lebenserwartung in Bayern im Alter von ...		
Sterbetafel 2009/2011		
	männlich	weiblich
bei Geburt	78,31	83,14
5 Jahre	73,65	78,40
10 Jahre	68,68	73,42
15 Jahre	63,72	68,46
20 Jahre	58,83	63,52
25 Jahre	53,99	58,59
30 Jahre	49,15	53,67
35 Jahre	44,32	48,75
40 Jahre	39,51	43,86
45 Jahre	34,77	39,04
50 Jahre	30,18	34,31
55 Jahre	25,80	29,69
60 Jahre	21,65	25,20
65 Jahre	17,77	20,87
70 Jahre	14,12	16,68
75 Jahre	10,76	12,69
80 Jahre	7,86	9,14
85 Jahre	5,57	6,26
90 Jahre	3,94	4,27

Datenquelle: LfStaD



Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren 2009/2011		
	weiblich	männlich
Ingolstadt (Krfr. St)	83,0	78,6
München (Krfr. St)	84,3	79,6
Rosenheim (Krfr. St)	83,8	77,6
Altötting (Lkr)	82,0	77,4
Berchtesgadener Land (Lkr)	83,3	79,2
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lkr)	83,9	80,0
Dachau (Lkr)	82,4	78,7
Ebersberg (Lkr)	83,7	80,3
Eichstätt (Lkr)	83,7	80,1
Erding (Lkr)	83,4	79,5
Freising (Lkr)	83,2	79,6
Fürstenfeldbruck (Lkr)	83,8	79,8
Garmisch-Partenkirchen (Lkr)	82,4	79,7
Landsberg am Lech (Lkr)	83,4	80,6
Miesbach (Lkr)	83,3	78,9
Mühldorf a. Inn (Lkr)	81,7	76,9
München (Lkr)	84,0	81,5
Neuburg-Schrobenhausen (Lkr)	82,3	77,4
Pfaffenhofen a. d. Ilm (Lkr)	83,1	78,5
Rosenheim (Lkr)	83,1	79,1
Starnberg (Lkr)	84,2	81,4
Traunstein (Lkr)	83,5	78,8
Weilheim-Schongau (Lkr)	82,9	78,9
Oberbayern	83,6	79,5
Landshut (Krfr. St)	80,9	77,5
Passau (Krfr. St)	81,5	77,0
Straubing (Krfr. St)	79,4	74,4
Deggendorf (Lkr)	82,1	77,1
Freyung-Grafenau (Lkr)	80,8	76,4
Kelheim (Lkr)	83,0	77,9
Landshut (Lkr)	82,5	78,0
Passau (Lkr)	83,2	77,5
Regen (Lkr)	80,8	76,4
Rottal-Inn (Lkr)	82,8	77,2
Straubing-Bogen (Lkr)	81,7	76,7
Dingolfing-Landau (Lkr)	82,5	77,7
Niederbayern	82,3	77,3
Amberg (Krfr. St)	80,4	75,5
Regensburg (Krfr. St)	82,9	77,8
Weiden i. d. OPf. (Krfr. St)	79,7	74,7
Amberg-Weizbach (Lkr)	81,8	77,0
Cham (Lkr)	82,8	77,6
Neumarkt i. d. OPf. (Lkr)	82,6	77,6
Neustadt a. d. Waldnaab (Lkr)	81,2	76,3
Regensburg (Lkr)	83,0	78,3
Schwandorf (Lkr)	82,4	77,3
Tirschenreuth (Lkr)	80,8	76,5
Oberpfalz	82,3	77,4
Bamberg (Krfr. St)	81,2	76,6
Bayreuth (Krfr. St)	81,8	76,9
Coburg (Krfr. St)	80,4	75,5
Hof (Krfr. St)	80,1	73,8
Bamberg (Lkr)	81,8	77,4
Bayreuth (Lkr)	81,7	76,9
Coburg (Lkr)	82,0	77,0
Forchheim (Lkr)	82,9	78,3
Hof (Lkr)	81,3	75,5
Kronach (Lkr)	80,7	75,1
Kulmbach (Lkr)	81,2	76,6
Lichtenfels (Lkr)	80,9	77,0
Wunsiedel i. Fichtelgebirge (Lkr)	80,2	75,8
Oberfranken	81,6	76,7
Ansbach (Krfr. St)	81,3	75,5
Erlangen (Krfr. St)	82,9	79,2
Fürth (Krfr. St)	81,5	76,3
Nürnberg (Krfr. St)	83,0	77,6
Schwabach (Krfr. St)	81,3	76,6
Ansbach (Lkr)	82,9	77,5
Erlangen-Höchstadt (Lkr)	83,1	79,5
Fürth (Lkr)	83,1	79,2
Nürnberger Land (Lkr)	82,6	77,9
Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim (Lkr)	82,4	77,8
Roth (Lkr)	82,1	77,8
Weißenburg-Gunzenhausen (Lkr)	81,8	76,8
Mittelfranken	82,7	77,8
Aschaffenburg (Krfr. St)	82,2	77,5
Schweinfurt (Krfr. St)	81,4	76,1
Würzburg (Krfr. St)	82,9	78,2
Aschaffenburg (Lkr)	83,2	78,8
Bad Kissingen (Lkr)	82,5	77,6
Rhön-Grabfeld (Lkr)	82,2	78,0
Haßberge (Lkr)	81,9	76,7
Kitzingen (Lkr)	82,6	78,0
Miltenberg (Lkr)	83,0	78,8
Main-Spessart (Lkr)	82,6	78,8
Schweinfurt (Lkr)	83,0	78,4
Würzburg (Lkr)	84,1	80,3
Unterfranken	82,9	78,5
Augsburg (Krfr. St)	82,9	78,0
Kaufbeuren (Krfr. St)	80,3	76,1
Kempton (Allgäu) (Krfr. St)	81,5	77,5
Memmingen (Krfr. St)	80,5	75,8
Aichach-Friedberg (Lkr)	83,4	79,5
Augsburg (Lkr)	83,3	79,7
Dillingen a. d. Donau (Lkr)	82,6	77,9
Günzburg (Lkr)	82,2	77,5
Neu-Ulm (Lkr)	83,1	79,1
Lindau (Bodensee) (Lkr)	82,4	78,7
Ostallgäu (Lkr)	82,5	79,6
Unterallgäu (Lkr)	83,5	79,0
Donau-Ries (Lkr)	82,9	78,2
Oberallgäu (Lkr)	83,5	79,7
Schwaben	82,8	78,7
Bayern	82,9	78,4

Datenquelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), bayerischer Gesundheitsindikatorenstatistik
Hinweis: Das BBSR berechnet die Lebenserwartung nicht in exakt der gleichen Weise wie die das Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, die Werte für Bayern weichen daher zwischen beiden Quellen etwas voneinander ab.



Sterbefälle in Bayern 2012

	Beide Geschlechter	Männlich	Weiblich
A00-T98 Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	125.448	59.554	65.894
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	2.934	1.274	1.660
C00-D48 Neubildungen	31.813	16.818	14.995
C00-C97 Bösartige Neubildungen	30.612	16.265	14.347
C19-C21 Bösartige Neubildung des Rektums (Darmkrebs)	1.250	757	493
C32-C34 Bösartige Neubildung des Larynx, der Trachea, der Bronchien und der Lunge	5.287	3.488	1.799
C43-C44 Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut	575	328	247
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse	2.654	25	2.629
D50-D90 Krankheiten des Blutes	473	206	267
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	4.726	2.002	2.724
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	5.864	2.183	3.681
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	4.011	1.918	2.093
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	51.893	22.379	29.514
I10-I15 Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	5.663	1.641	4.022
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	18.330	9.848	8.482
I21-I22 Herzinfarkt	8.148	4.667	3.481
I30-I52 Sonstige Formen der Herzkrankheit	14.775	5.490	9.285
I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten	8.895	3.641	5.254
I60-I61 Subarachnoidalblutung und intrazerebrale Blutung (Schlaganfall)	1.649	740	909
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	8.275	4.508	3.767
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	5.569	2.899	2.670
L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	18	7	11
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	600	209	391
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	2.753	1.209	1.544
O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett			5
P00-P96 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	158	79	79
Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	225	124	101
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, andernorts nicht klassifiziert	1.734	948	786
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	4.397	2.791	1.606

Datenquelle: Statistisches Bundesamt