



Gesundheitsreport 2011.

Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten.

Schwerpunktthema: Wie gesund sind junge Arbeitnehmer?

DAK Forschung

Martin Kordt
DAK Zentrale
Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg
Tel.: 040 - 2396 2649; Fax: 040 - 2396 4649
E-Mail: martin.kordt@dak.de

W 403 - 2011

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK erstellt durch das

IGES Institut GmbH

Friedrichstr. 180, D-10117 Berlin,
Tel.: 030 - 230 80 90, Fax 030 - 230 80 911,
Email: iges@iges.de

Rechtlicher Hinweis zur Nutzung dieser Studie:

Die ausschließlichen Rechte für diese Studie liegen bei der DAK – Unternehmen Leben als Auftraggeberin.

Die Nutzung in Print- und Onlinemedien, Radio und TV bedarf keiner vorherigen Genehmigung.

Bedingung für die Nutzung ist der thematische Zusammenhang und die Angabe der Quelle (DAK – Unternehmen Leben).

Das Recht zur Nutzung umfasst nicht Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen, Übersetzungen und die Einspeicherung in elektronische Systeme; diese weitergehende Nutzung ist ohne vorherige Zustimmung der DAK - Unternehmen Leben unzulässig und strafbar.

Februar 2011

Inhalt

Vorwort.....	5
Zusammenfassung der Ergebnisse.....	7
1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2010	11
2 Arbeitsunfähigkeiten 2010 im Überblick.....	13
3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten.....	26
4 Schwerpunktthema: Zur Arbeitssituation und Gesundheit junger Erwerbstätiger	37
5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	107
6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern.....	111
7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	120
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen	123
Anhang II: Tabellen.....	127
Anhang III: Weitere Informationen zum diesjährigen Schwerpunkt	139

Vorwort

Mit dem vorliegenden Gesundheitsreport 2011 setzt die DAK ihre jährliche Berichterstattung zum Krankenstand ihrer Versicherten fort.

Nach der stärksten Rezession der Nachkriegszeit infolge der Finanzkrise erholte sich die deutsche Wirtschaft im vergangenen Jahr schneller als erwartet. Deutschland hatte mit 3,6 Prozent das stärkste Wachstum in Europa und das höchste seit der Wiedervereinigung. Die Arbeitslosigkeit ging 2010 deutlich zurück. Gleichwohl ist das „Vorkrisenniveau“ noch längst nicht erreicht. Wie hoch war der Krankenstand angesichts dieser Rahmenbedingungen?

Die Ganzjahresauswertung aller erwerbstätigen DAK-Versicherten ergab 2010 einen Krankenstand von 3,4 Prozent. Er lag damit auf dem Niveau des Vorjahres. Der anhaltend niedrige Krankenstand seit mehr als zehn Jahren zeigt eine hohe Leistungsbereitschaft und Motivation der Arbeitnehmer, die nicht von Konjunkturzyklen abhängig ist

Die vergleichende Betrachtung der Krankmeldungen der letzten zehn Jahre zeigt, dass Konjunkturveränderungen allein nicht mehr automatisch zu deutlichen weiteren Absenkungen oder Erhöhungen des Krankenstandes führen. Der Krankenstand entwickelt sich weitgehend unabhängig von konjunkturellen Verläufen. Erwerbstätige nehmen wirtschaftliche Veränderungen nicht mehr als beständig wahr. Im Gegensatz zu früher sind die Wirtschaftsbedingungen viel schnelllebiger und die Entwicklung auf den Finanzmärkten ist schwer vorhersehbar. Die Halbwertszeiten von konjunkturellen Auf- und Abschwüngen verkürzen sich zusehends.

Für die zukünftige Entwicklung des Krankenstandes rückt der demografische Wandel in den Vordergrund. Ein weiterer Einflussfaktor ist das veränderte Spektrum beruflicher Tätigkeiten. Auch die Arbeitsverhältnisse selbst ändern sich. Erwerbsbiographien werden immer unsteter. Zeit-, Leih- sowie befristete Arbeit nehmen zu. Diese sogenannten prekären Arbeitsverhältnisse betreffen überproportional junge Erwerbstätige, die erst am Anfang ihres Berufslebens stehen. Die Folge prekärer Arbeitsverhältnisse ist, dass Berufskarrieren und ökonomische Lebensperspektiven gerade für junge Erwerbstätige immer unsicherer und weniger planbar werden. Wie gesund sind junge Arbeitnehmer angesichts dieser Rahmenbedingungen? Welchen Risiken sind sie ausgesetzt und welches Gesundheitsverhalten zeigen sie?

Die DAK hat die jungen Erwerbstätigen in den Mittelpunkt des Gesundheitsreports 2011 gestellt. Hierzu wurden neben den Daten der ambulanten Behandlung auch die Krankschreibungen sowie die Arzneimittelverordnungen von der DAK ausgewertet. Eine repräsentative Befragung junger Erwerbstätiger sowie Einschätzungen namhafter Experten komplettieren die Untersuchung.

Wir hoffen, dass die Ergebnisse unserer Analysen Ihnen Impulse für die Ausgestaltung der Prävention in den Betrieben gibt. Für diese Aufgabe steht die DAK als bewährter Partner gerne zur Verfügung.



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Vorsitzender des Vorstandes

Hamburg, Februar 2011

Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Jahr 2010 lag der Krankenstand bei 3,4 %. Damit ist der Krankenstand im Vergleich zum Vorjahr nicht gestiegen. Der Krankenstand bewegt sich im 10-Jahres-Vergleich weiterhin auf einem moderaten Niveau.

Gesamtkrankenstand unverändert

Die Betroffenenquote lag 2010 bei 46,3 %. Dies bedeutet, dass für 53,7 % der DAK-Mitglieder keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Im Jahr 2010 ist sie nach drei Jahren das erste Mal wieder gesunken (2009: 49,0%).

Betroffenenquote

Auch die Erkrankungshäufigkeit ist mit 111,1 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr gesunken (2009: 114,6 AU-Fälle). Dagegen ist die durchschnittliche Falldauer leicht gestiegen. Diese ist in 2010 mit 11,3 Tagen 0,4 Tage höher als im Vorjahr.

Fallhäufigkeit und -dauer

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie Verletzungen entfielen 2010 mehr als die Hälfte (51,9 %) aller Krankheitstage:

Wichtigste Krankheitsarten:

- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen mit einem Anteil von rund 22 % am Krankenstand und 272 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versichertenjahre wieder an der Spitze aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit rd. 259 Tagen weniger Erkrankungstage auf diese Diagnose.
- Erkrankungen des Atmungssystems lagen mit rund 16 % hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an zweiter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr gab es einen deutlichen Rückgang und zwar sowohl was die Fallhäufigkeit (von 37 auf 32 Fälle pro 100 Versichertenjahre), als auch was die Anzahl der AU-Tage betraf (von 236 auf 199 Tage pro 100 Versichertenjahre).
- Auf Verletzungen konnten 14,3 % des Krankenstandes zurückgeführt werden. Dies entsprach einem Anstieg von 0,7 Prozentpunkten. Ein Drittel der verletzungsbedingten Diagnosen entfiel auf Arbeits- und Wegeunfälle.

Muskel-Skelett-Erkrankungen

Atemwegserkrankungen

Verletzungen

Der Anteil der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen hat 2010 um 1,3 Prozentpunkte zugenommen: Ihr Anteil am Krankenstand betrug im Jahr 2010 12,1%. Bei Frauen machten sie 14,8 % des AU-Volumens aus, bei Männern 10,0 %. Der Anteil am AU-Volumen hat sich bei Frauen und bei Männern gleichermaßen im Vergleich zum Vorjahr erhöht.

Psychische Erkrankungen

Öffentliche Verwaltung mit höchstem Krankenstand

2010 war die „Öffentliche Verwaltung“ mit 4,0 % die Branche mit dem höchsten Krankenstandswert. Der Krankenstand ist hier gegenüber 2009 wieder um 0,1 Prozentpunkte gestiegen. An zweiter Stelle lag die Branche „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ mit einem Krankenstand von 3,9 % (2009: 3,7 %). Am niedrigsten war der Krankenstand in der Branche „Bildung, Kultur, Medien“ mit 2,7 % (2009: 2,8 %).

Unterschiede zwischen den Bundesländern

Auch 2010 bestanden Unterschiede zwischen den Bundesländern: In den westlichen Bundesländern (mit Berlin) beträgt der Krankenstand durchschnittlich 3,3 %, in den östlichen Bundesländern 4,3 %. In den westlichen Bundesländern streut der Krankenstand zwischen dem niedrigsten Wert in Höhe von 2,8 % in Baden-Württemberg und dem höchsten in Berlin mit 4,0 %. Brandenburg steht 2010 gemeinsam mit Mecklenburg-Vorpommern mit einem Wert von jeweils 4,4 % an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer.

Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport

Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

Das erste Kapitel zeigt Ihnen, auf welcher Datengrundlage dieser Gesundheitsreport beruht: Die erwerbstätigen Mitglieder der DAK und ihre Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht.

**Kapitel 1:
Datenbasis**

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der beiden Jahre 2010 und 2009 im Überblick dar. Sie erfahren beispielsweise, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die DAK-Mitglieder überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.

**Kapitel 2:
Arbeitsunfähigkei-
ten im Überblick**

Im dritten Kapitel geht es um die Ursachen von Krankheitsfällen. Dafür werden die Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten aufgeschlüsselt. Die Auswertung beruht auf den medizinischen Hauptdiagnosen, die die Ärzte mit den AU-Bescheinigungen den Krankenkassen übermitteln. Darüber hinaus wird analysiert, in welchem Maße Arbeitsunfälle für Fehlzeiten verantwortlich waren.

**Kapitel 3:
Ursachen von Ar-
beitsunfähigkeiten**

Kapitel 4 befasst sich mit dem Schwerpunktthema des diesjährigen Gesundheitsreports: Der Arbeitssituation und Gesundheit junger Erwerbstätiger .

**Kapitel 4:
Schwerpunktthema**

Die Kapitel 5 und 6 bieten Auswertungen nach der Zugehörigkeit der DAK-Versicherten zu den Wirtschaftsgruppen bzw. nach Bundesländern:

Bei der Analyse nach Wirtschaftsgruppen konzentriert sich die Auswertung auf die Bereiche, in denen der größte Teil der DAK-Mitglieder tätig ist. Im Anhang I finden Sie zudem eine Auswertung nach ausgewählten Berufsgruppen.

**Kapitel 5:
Analyse nach Wirt-
schaftsgruppen**

Im Kapitel 6 finden Sie schließlich eine Untersuchung regionaler Unterschiede im AU-Geschehen auf der Ebene der 16 Bundesländer.

**Kapitel 6:
Regionale
Analysen**

Der Berichtsteil des DAK-Gesundheitsreports 2011 schließt mit einer übergreifenden Zusammenfassung und wesentlichen Schlussfolgerungen der DAK zum Schwerpunktthema.

**Kapitel 7:
Schlussfolgerungen**

Weitere Informationen, Erläuterungen und Tabellen

Anhang I: Erläuterungen

Erläuterungen zu immer wieder auftauchenden Begriffen sowie zur Berechnung der wichtigsten verwendeten Kennzahlen finden Sie im Anhang I. Außerdem wird dort das allgemeine methodische Vorgehen erklärt.

Anhang II: Tabellen

Detaillierte Zahlenmaterialien zu den Arbeitsunfähigkeiten nach Regionen, Krankheitsarten und Wirtschaftsgruppen finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang II). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen finden Sie auf Seite 127.

Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen

Für viele Leserinnen und Leser wird es von Interesse sein, sich ein umfassenderes Bild von der Krankenstandsentwicklung in der Bundesrepublik zu machen. Dies wurde bislang durch unterschiedliche methodische Vorgehensweisen der Krankenkassen bei der Erstellung ihrer Gesundheitsberichte erschwert.

Gesundheitsberichte der Ersatzkassen beruhen auf gemeinsamen Standard

Auf der Ebene der Ersatzkassen sind einheitliche Standards für die Gesundheitsberichterstattung festgelegt worden. Die im vorliegenden Bericht analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten können daher unmittelbar mit den Zahlen in Berichten anderer Ersatzkassen und selbstverständlich auch mit allen bisher veröffentlichten DAK-Gesundheitsreports verglichen werden.

Voraussetzung für Vergleiche zwischen Mitgliederkollektiven mehrerer Krankenversicherungen ist die Bereinigung der Zahlen um den Einfluss unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen. Dies wird durch eine Standardisierung der Ergebnisse anhand einer einheitlichen Bezugsbevölkerung, den Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Jahr 1992, erreicht. Die DAK verwendet dabei – ebenso wie die anderen Ersatzkassen – das Verfahren der *direkten Standardisierung* (vgl. Anhang II).

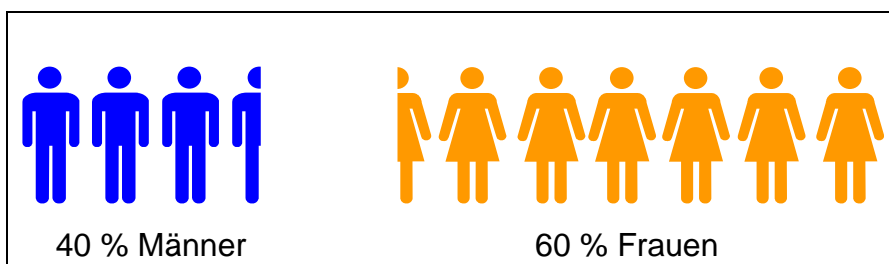
Andere Krankenkassen (z.B. AOK, BKK) verwenden abweichende Standardisierungsverfahren, weshalb Vergleiche nur eingeschränkt möglich sind.

1 Erwerbstätige DAK-Mitglieder im Jahr 2010

Der DAK-Gesundheitsreport 2011 berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2010 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK hatten.

Für diesen Personenkreis erhält die DAK die ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, falls eine Krankheit auftritt. Fehlzeiten im Zusammenhang mit Schwangerschaften (außer bei Komplikationen) und Kuren werden nicht einbezogen.

Die gesamte Datenbasis für das Berichtsjahr 2010 umfasst knapp 2,6 Mio. DAK-Mitglieder, die sich zu 60 % aus Frauen und zu 40 % aus Männern zusammensetzen. Der Anteil der Männer ist in den letzten Jahren stetig gestiegen.



Quelle: DAK AU-Daten 2010

Die DAK versichert aufgrund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkrankenkasse insbesondere Beschäftigte in typischen Frauenberufen (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, in Büroberufen und Verwaltungen). Seit 1996 können auch andere Berufsgruppen Mitglied bei der DAK werden.

Hinsichtlich der Datenbasis ist zu beachten, dass nicht alle erwerbstätigen Mitglieder über das ganze Jahr bei der DAK versichert waren. Daher werden die gut 2,6 Mio. Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ umgerechnet. Für das Jahr 2010 umfasst die Datenbasis rund 2,2 Mio. Versichertenjahre.

In die nachfolgende Auswertung werden nur diejenigen Erkrankungsfälle einbezogen, für die der DAK im Jahr 2010 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

**Datenbasis 2010:
2,6 Mio. DAK-
Mitglieder**

Abbildung 1:

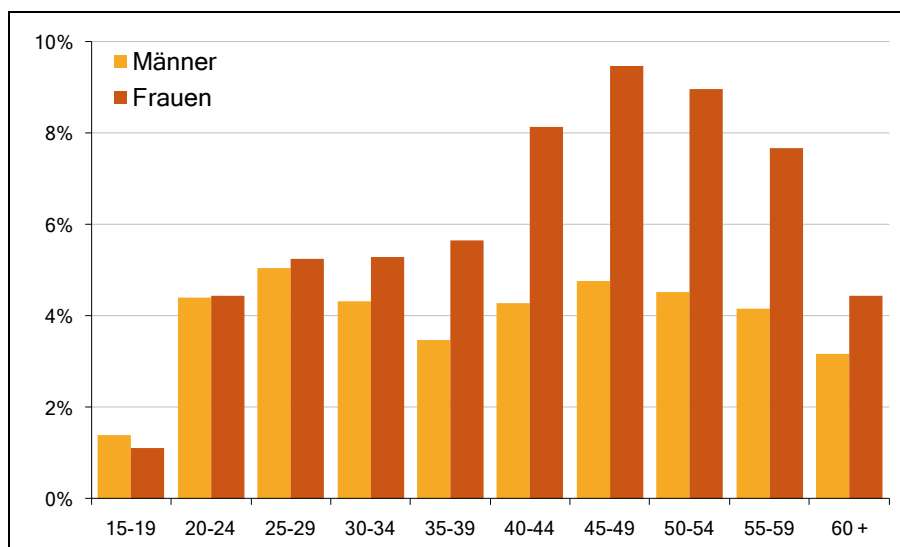
**DAK-Mitglieder
im Jahr 2010
nach Geschlecht**

**2,6 Mio. Mitglie-
der entsprechen
in etwa 2,2 Mio.
Versicherten-
jahre**

Abbildung 2 zeigt die Zusammensetzung der DAK-Mitglieder nach Geschlecht und Alter.

Abbildung 2:

Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen DAK-Mitglieder im Jahr 2010



Quelle: DAK AU-Daten 2010

In fast allen Altersgruppen ist der Anteil der Frauen höher als der der Männer. Lediglich in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen stellen Männer einen geringfügig größeren Anteil. In der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen ist der Anteil der Frauen und Männer gleich hoch sowie auch nahezu in der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen.

Wird die Alters- und Geschlechtsstruktur der DAK-Mitglieder verglichen mit der Standardpopulation, den Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Jahr 1992, zeigen sich einige Unterschiede. Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, werden durch die Standardisierung (vgl. Anhang I) aus den beobachteten Zahlen heraus gerechnet.

Zugleich sichert diese Vorgehensweise die Vergleichbarkeit der Krankenstandswerte mit den Zahlen anderer Ersatzkassen sowie mit den DAK-Gesundheitsreporten der Vorjahre.

2 Arbeitsunfähigkeiten 2010 im Überblick

Der Krankenstand

In welchem Maße eine Volkswirtschaft, eine Wirtschaftsgruppe oder ein Betrieb von Krankheit betroffen ist, wird anhand der Kenngröße „Krankenstand“ ausgedrückt. Der Krankenstand gibt an, wie viel Prozent der Erwerbstätigen an einem Kalendertag durchschnittlich arbeitsunfähig erkrankt waren.

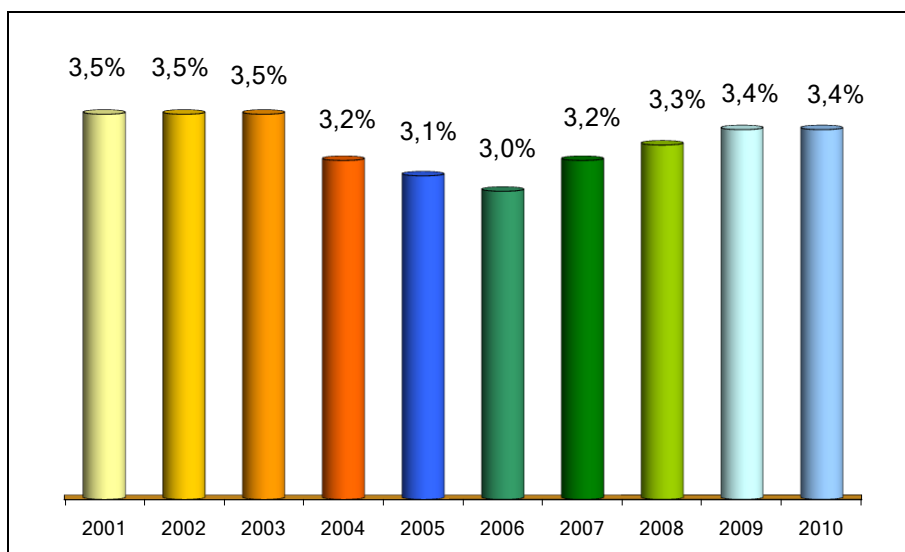


Abbildung 3:

Krankenstand der
DAK-Mitglieder
2001 - 2010

Quelle: DAK AU-Daten 2010

2010 betrug der DAK-Krankenstand 3,4 % und ist gegenüber dem Wert des Vorjahres unverändert.¹

**Krankenstand 2010
unverändert**

Zwischen 2001 und 2003 verzeichnete die DAK über drei Jahre hinweg einen stabilen Krankenstand auf dem Niveau von 3,5 %. Die Krankenstandsentwicklung der letzten Jahre bewegt sich knapp unter diesem Niveau.

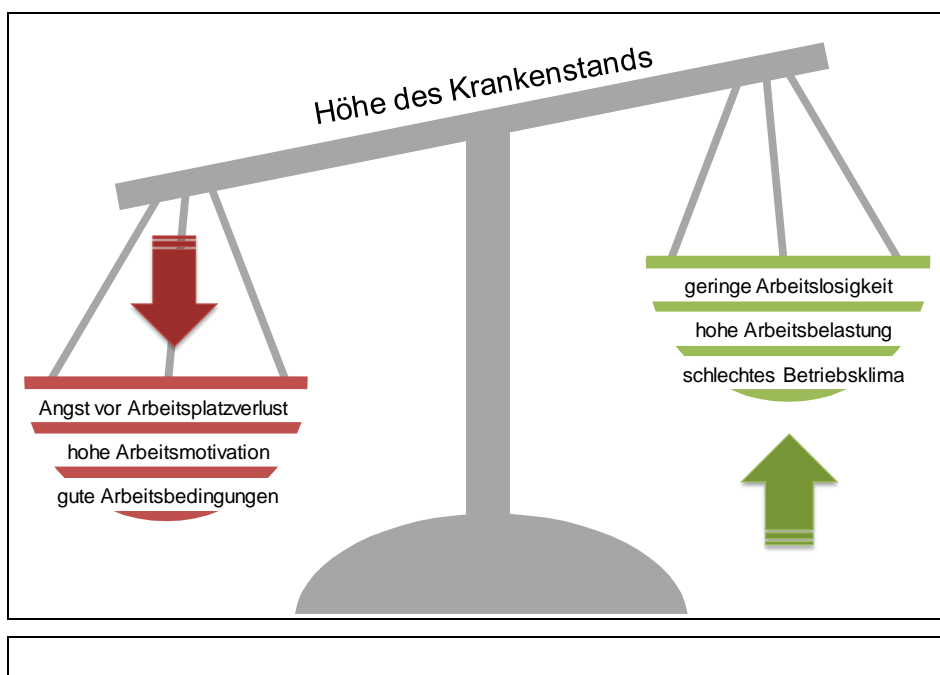
¹ Das Ergebnis zum Krankenstand bzw. den Arbeitsunfähigkeitstagen beruht auf der Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten des gesamten Jahres 2010. Halbjahres- und quartalsbezogene Ergebnisse sind dem Anhang III zu entnehmen. Jeweils im ersten Halbjahr und hier speziell im ersten Quartal des jeweiligen Jahres ist die höchste Zahl an Fehltagen zu beobachten.

Einflussfaktoren auf den Krankenstand

Welche Faktoren verursachen einen Krankenstand auf einem besonders hohen oder niedrigen Niveau? Der Krankenstand wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen und zum Teil auch gegenläufige oder sich aufhebende Wirkungen haben. Es lässt sich also nicht nur ein Mechanismus identifizieren, der z.B. eine radikale Senkung des Krankenstandes bewirken könnte.

Abbildung 4:

Einflussfaktoren auf den Krankenstand



DAK 2010

Wirkmechanismen auf den Krankenstand setzen an unterschiedlichen Stellen an und können auf unterschiedliche Richtungen Einfluss nehmen:

Faktoren auf der volkswirtschaftlichen Ebene:

Konjunktur und Situation am Arbeitsmarkt

Auf der volkswirtschaftlichen Ebene wird allgemein der Konjunktur und der damit verbundenen Lage am Arbeitsmarkt Einfluss auf das Krankenstandsniveau zugesprochen:

- Ist die Wirtschaftslage und damit die Beschäftigungslage gut, steigt der Krankenstand tendenziell an. Schwächt sich die Konjunktur ab und steigt die Arbeitslosigkeit, so sinkt in der Tendenz auch das Krankenstandsniveau.²

² Vgl. Kohler, Hans: "Krankenstand – ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz" in: IAB Werkstattberichte Nr. 1/2003

Die vergleichende Betrachtung der Krankmeldungen der letzten zehn Jahre zeigt, dass Konjunkturveränderungen allein nicht mehr automatisch zu deutlichen weiteren Absenkungen oder Erhöhungen des Krankenstandes führen. Der Krankenstand entwickelt sich weitgehend unabhängig von konjunkturellen Verläufen.

Weitere volkswirtschaftliche Faktoren sind:

- In Zeiten schlechterer Wirtschaftslage verändert sich überdies die Struktur der Arbeitnehmer: Werden Entlassungen vorgenommen, trifft dies eher diejenigen Arbeitskräfte, die aufgrund häufiger oder langwieriger Arbeitsunfähigkeiten weniger leistungsfähig sind. Für das Krankenstandsniveau bedeutet dies einen krankenstandssenkenden Effekt.
- Gesamtwirtschaftlich lassen sich weiterhin Verlagerungen von Arbeitsplätzen vom industriellen in den Dienstleistungssektor beobachten. Das veränderte Arbeitsplatzprofil bringt in der Tendenz auch den Abbau gefährlicher oder körperlich schwerer Arbeit mit sich. Entsprechend führt dieser Wandel zu Veränderungen des Krankheitsspektrums sowie tendenziell zur Senkung des Krankenstandsniveaus. Wie die Statistiken zeigen, ist der Krankenstand in Angestelltenberufen in der Regel deutlich niedriger als im gewerblichen Bereich.

Wandel der Beschäftigtenstruktur

Verlagerung von Arbeitsplätzen vom gewerblichen in den Dienstleistungssektor

Betriebliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand:

- Viele Dienstleistungsunternehmen einschließlich der öffentlichen Verwaltungen stehen verstärkt unter Wettbewerbsdruck bei fortschreitender Verknappung der Ressourcen. In der Folge kommt es zu Arbeitsverdichtungen und „Rationalisierungen“ und vielfach auch zu Personalabbau. Daraus können belastende und krank machende Arbeitsbelastungen (z. B. Stressbelastungen) entstehen, die zu einem Anstieg des Krankenstandes führen.
- Auf der anderen Seite sind von betriebsbedingten Entlassungen vor allem ältere oder gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte betroffen. Da in den AU-Analysen nur die „aktiv Erwerbstätigen“ berücksichtigt werden, tritt hierdurch der sogenannte „healthy-worker-effect“ auf. Die Belegschaft erscheint also allein durch dieses Selektionsprinzip „gesünder“ geworden zu sein.
- Im Zuge umfassender Organisations- und Personalentwicklung haben sich in den letzten Jahren viele Unternehmen verstärkt des Themas „betrieblicher Krankenstand“ angenommen. Insbesondere dem Zusammenhang von Arbeitsmotivation und Betriebsklima in Bezug auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wird im Rahmen von betrieblichen Mitarbeiterzirkeln, -befragungen, Führungsstilanalysen etc. Rechnung getragen.

Steigende Stressbelastung durch Arbeitsverdichtung

„Healthy-worker-effect“ durch das Ausscheiden gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer

Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung

Die systematische Umsetzung von Gesundheitsfördermaßnahmen trägt damit zur Senkung des Krankenstandes in Unternehmen bei.

Wie die Diskussion um die Einflussfaktoren zeigt, wird der Krankenstand von einer Vielzahl einzelner Faktoren beeinflusst, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Und schließlich verbergen sich hinter den Krankenstandswerten unterschiedliche Krankheiten und Gesundheitsrisiken. Auch eine Veränderung des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens kann eine Änderung des Krankenstandsniveaus begründen.

Alles in allem lässt sich nicht der eine Mechanismus identifizieren, der eine starke Absenkung des Krankenstandes bewirken könnte. Es ist daher schwierig, eine zuverlässige Prognose für die zukünftige Entwicklung des Krankenstandes abzugeben.

Grundsätzlich ist die DAK im Interesse der Unternehmen sowie Beschäftigten um eine positive Entwicklung zu weiterhin niedrigen Krankenständen bemüht und möchte die Verantwortlichen dazu ermutigen, in ihrem Bemühen um die Verbesserung von Arbeitsbedingungen und den Abbau von Arbeitsbelastungen nicht nachzulassen.

Strukturmerkmale des Krankenstandes

Vertiefte Analyse des Krankenstands

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein weitergehendes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2010 dargestellt werden, werden diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert:

„AU-Tage pro 100 ganzjährig versicherte Mitglieder“

Eine alternative Darstellungsweise des Krankenstandes ist die Kennziffer „Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr“. Diese Zahl gibt an, wie viele Kalendertage im jeweiligen Berichtsjahr ein DAK-Mitglied durchschnittlich arbeitsunfähig war. Um diese Kennziffer ausweisen zu können, ohne mit mehreren Stellen hinter dem Komma arbeiten zu müssen, berechnet man sie zumeist als „AU-Tage pro 100 Versichertenjahre“ bzw. „AU-Tage pro 100 ganzjährig Versicherter“. Aus Gründen der einfachen Lesbarkeit wird nachfolgend im Allgemeinen nur von „100 Versicherten“ bzw. „100 Mitgliedern“ gesprochen.

„Krankenstand in Prozent“

Der Krankenstand lässt sich berechnen, indem man die AU-Tage je 100 Versichertenjahre (Vj) durch die Kalendertage des Jahres teilt:

$$\text{Krankenstand in \%} = \frac{\text{Anzahl der AU-Tage je 100 Vj}}{365 \text{ Tage}}$$

„Betroffenenquote“

Die Höhe des Krankenstandes wird u. a. davon beeinflusst, wie viele Mitglieder überhaupt – wenigstens einmal – arbeitsunfähig erkrankt waren. Der Prozentsatz derjenigen, die wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit im Bezugsjahr hatten, wird als „Betroffenenquote“ bezeichnet.

- Der Krankenstand in einer bestimmten Höhe bzw. die Anzahl der AU-Tage (pro 100 Versicherte) können durch wenige Erkrankungsfälle mit langer Dauer oder durch viele Erkrankungsfälle mit kurzer Dauer bedingt sein.

Es ist daher bei der Betrachtung des Krankenstandes wichtig zu wissen, wie viele AU-Fälle (je 100 Versicherte) den Krankenstand verursachen und wie hoch die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist.

Der Krankenstand in Prozent kann demnach auch wie folgt berechnet werden:

Krankenstand in % =

$$\frac{\text{Anzahl der AU-Fälle je 100 Vj} \times \text{Dauer einer Erkrankung}}{365 \text{ Tage}}$$

Im Hinblick auf die ökonomische Bedeutung von Erkrankungsfällen ist es ferner interessant, die Falldauer näher zu untersuchen. Hierbei wird zwischen Arbeitsunfähigkeiten unterschieden,

- die in den Zeitraum der Lohnfortzahlung fallen (AU-Fälle bis zu 6 Wochen Dauer) und solchen,
- die darüber hinaus gehen und bei denen ab der siebten Woche Krankengeldleistungen durch die DAK erfolgen (AU-Fälle über 6 Wochen Dauer).

In der öffentlichen Diskussion über den Krankenstand genießen häufig die besonders kurzen Arbeitsunfähigkeiten größere Aufmerksamkeit. Solche Kurzfälle können in einem Unternehmen die Arbeitsabläufe erheblich stören – für die Krankenstandshöhe haben sie jedoch nur geringe Bedeutung.

Jedes dieser Strukturmerkmale beeinflusst die Krankenstandshöhe. Ihre Betrachtung ist daher sinnvoll, wenn man die Krankenstände im Zeitverlauf oder zwischen unterschiedlichen Betrieben, Branchen oder soziodemographischen Gruppen miteinander vergleichen will. In den folgenden Abschnitten werden die genannten Strukturmerkmale des Krankenstandes vertiefend analysiert.

Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

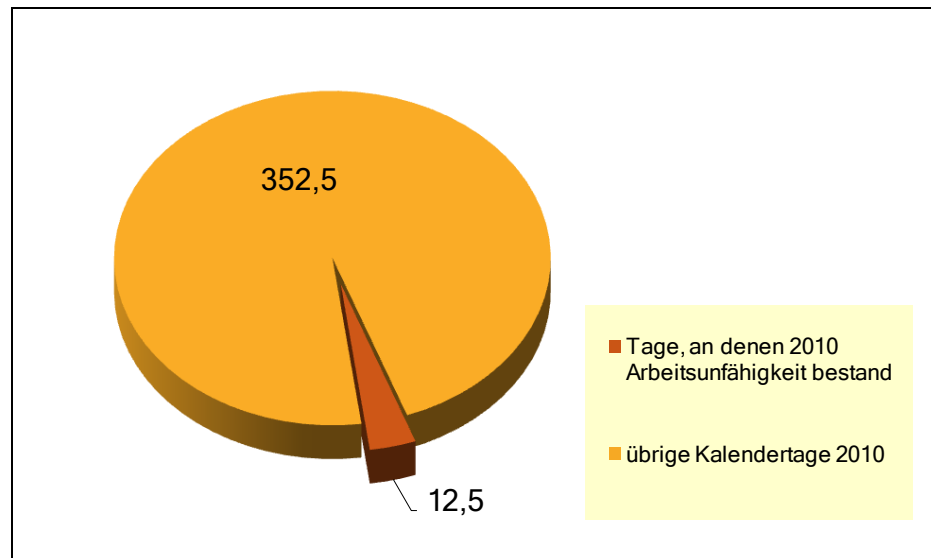
Bei 100 ganzjährig versicherten DAK-Mitgliedern wurden 2010 im Durchschnitt 1.253,1 Fehltage wegen Arbeitsunfähigkeit (AU) registriert. Der Krankenstand von 3,4 % in 2010 wird aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnet: Verteilt man die im Jahr 2010 je 100 Versicherte angefallenen 1.253 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 365 Kalendertage des Jahres 2010, so waren an jedem Tag 3,4 %³ der DAK-versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

„AU-Fälle pro 100 Versicherten-jahre“ bzw. ganzjährig Versicherte und „durchschnittliche Falldauer“

„AU-Fälle bis zu 6 Wochen“ und

„... über 6 Wochen Dauer“

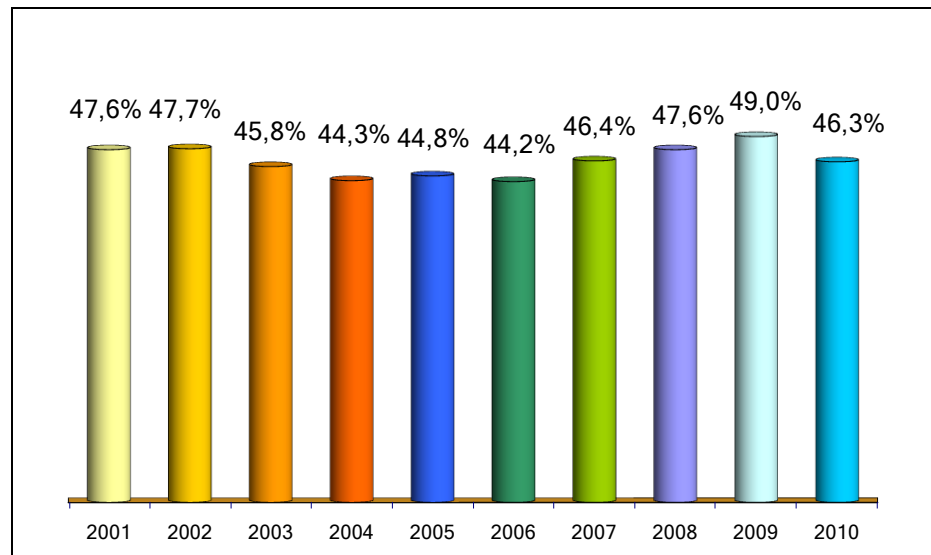
³ Mit zwei Nachkommastellen dargestellt, liegt der Krankenstand 2010 bei 3,43 %.

Abbildung 5:**AU-Tage eines durchschnittlichen DAK-Mitglieds 2010***Basis: 365 Kalendertage*

Quelle: DAK AU-Daten 2010

Betroffenenquote

2010 hatten 46,3 % der DAK-Mitglieder mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Dies bedeutet umgekehrt: Mehr als die Hälfte (53,7 %) waren das ganze Jahr über kein einziges Mal arbeitsunfähig. Abbildung 6: zeigt die Betroffenenquoten für die Jahre 2001 bis 2010.

Abbildung 6:**Betroffenenquote 2010 im Vergleich zu den Vorjahren**

Quelle: DAK AU-Daten 2010

Zwischen 2002 und 2006 ist die Betroffenenquote nahezu kontinuierlich zurückgegangen. Nach einem Anstieg in 2005 um 0,5 Prozentpunkte ist die Betroffenenquote 2006 wieder um 0,6 Prozentpunkte gesunken. Mit 46,3 % in 2010 ist sie seit 2007 erstmalig wieder gesunken..

Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Das Krankenstandsniveau ist 2010 gegenüber dem Vorjahr zwar unverändert, dennoch haben sich die oben genannten Kennziffern verändert:

- Die Erkrankungshäufigkeit lag 2010 mit 111,1 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte niedriger als im Vorjahr (2009: 114,6 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2010 durchschnittlich mehr als einmal arbeitsunfähig.

Rund 111 Erkrankungsfälle pro 100 ganzjährig Versicherte

Abbildung 7 zeigt die Fallhäufigkeit für die Jahre 2001 bis 2010.

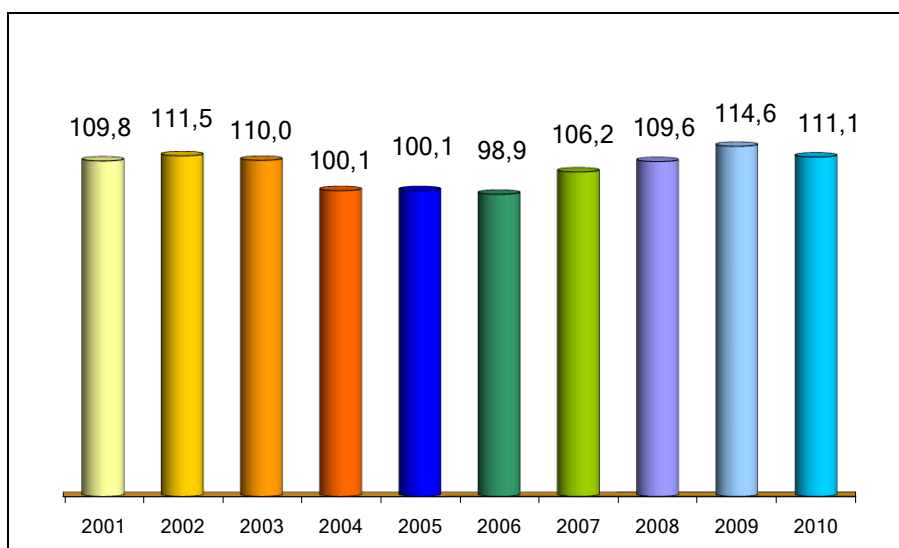


Abbildung 7:

AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 im Vergleich zu den Vorjahren

Quelle: DAK AU-Daten 2010

Im Vergleich der letzten 10 Jahre wird ersichtlich, dass die Fallhäufigkeit im Jahr 2002 mit 111,5 Fällen auf hohem Niveau lag und in den Folgejahren bis 2006 kontinuierlich gesunken ist. Im Vergleich zu der Entwicklung 2008 vs. 2009 ist die Erkrankungshäufigkeit in 2010 gegenüber dem Vorjahr gesunken. Die gleichzeitig gesunkene Betroffenenquote ist ein Indiz dafür, dass nicht nur weniger Beschäftigte erkrankten, sondern der Einzelne auch seltener wiederholt arbeitsunfähig war.

Berücksichtigung von Krankheitsfällen, die bei der DAK nicht registriert werden können

In die vorliegende Auswertung können nur diejenigen Erkrankungsfälle einbezogen werden, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorliegen. Zu beachten ist dabei jedoch, dass nicht alle Arbeitsunfähigkeitsfälle bei der DAK gemeldet werden bzw. die DAK nicht von jeder Erkrankung Kenntnis erhält.

Gründe für Unter- erfassung von AU- Fällen bei den Krankenkassen

Einerseits reichen nicht alle DAK-Mitglieder die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihres Arztes bei der DAK ein. Andererseits ist eine Bescheinigung für den Arbeitgeber in der Regel erst ab dem 4. Kalendertag erforderlich. Kurzzeit-Erkrankungen von ein bis drei Tagen Dauer werden durch die Krankenkassen folglich nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Als Konsequenz dieser Umstände können sowohl die tatsächliche Betroffenenquote als auch die tatsächliche Fallhäufigkeit und damit verbunden die tatsächlich angefallenen AU-Tage in einem Berichtsjahr über den erfassten Werten liegen.

Untersuchung zur AU-„Dunkelziffer“

Um diese „Dunkelziffer“ zu quantifizieren, hat die DAK im Herbst 2007 erneut eine Untersuchung durchgeführt: Berücksichtigt man z. B. auch die AU-Fälle, die den Krankenkassen nicht bekannt werden – entweder weil die Betroffenen gar nicht beim Arzt waren oder weil die ärztliche Bescheinigung nicht bei der Krankenkasse eingereicht wurde – so ergibt sich eine im Durchschnitt um etwa 19 % höhere Fallhäufigkeit. Übertragen auf die DAK-Mitglieder im Jahr 2010 bedeutet dieser Befund, dass die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen geschätzt bei etwa 132 Fällen pro 100 Versicherte liegt.

„wahre“ Fallhäu- figkeit um etwa 19 % höher

„wahrer“ Kranken- stand um 5 % hö- her

Auf Grund der geringen Dauer der nicht registrierten Fälle wird der „wahre“ Krankenstand dagegen nur um 5 % unterschätzt. Korrigiert man den ermittelten DAK-Krankenstand 2010 von 3,43 % um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer Krankenstand“ von etwa 3,60 %.

Das Problem der Untererfassung betrifft nicht nur die Krankenstandsdaten der DAK. Die „Dunkelziffer“ nicht erfasster Arbeitsunfähigkeiten findet sich in den Krankenstandsanalysen aller Krankenkassen und somit auch in der amtlichen Statistik. Für alle Erhebungen gilt: Der tatsächliche Krankenstand und insbesondere die Häufigkeit von Erkrankungen liegen über den von den Krankenkassen ermittelten Daten.

Durchschnittliche Falldauer

Zwischen 2001 und 2004 verweilte die durchschnittliche Erkrankungsdauer auf ähnlich hohem Niveau. 2005 bis 2007 ist sie drei Jahre in Folge gesunken. 2010 ist die durchschnittliche Erkrankungsdauer gegenüber dem Vorjahr wieder gestiegen. Ein AU-Fall dauerte im Durchschnitt 11,3 Tage. Damit ist die durchschnittliche Erkrankungsdauer wieder auf das Niveau des Jahres 2005 angestiegen.

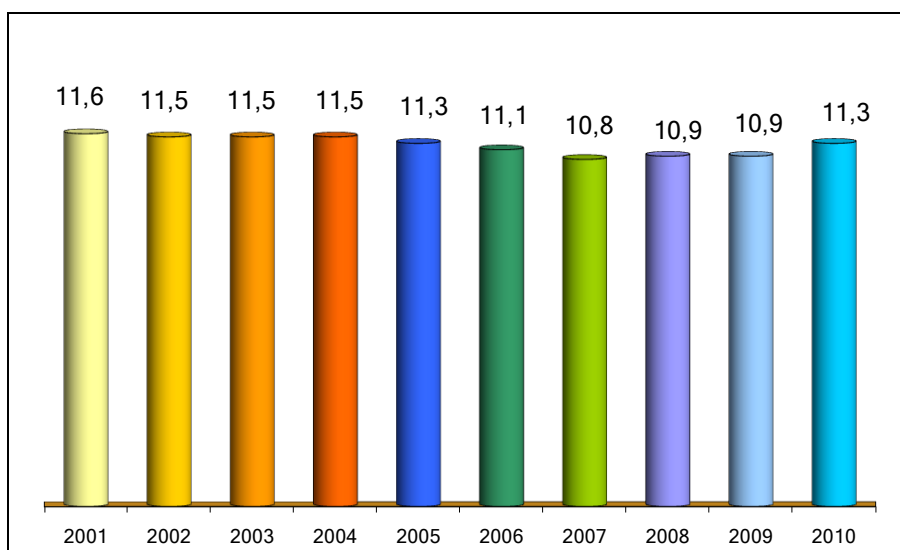


Abbildung 8:

Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2010 im Vergleich zu den Vorjahren

Quelle: DAK AU-Daten 2010

Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsfälle unterschiedlicher Dauer

Hinter der Kennziffer „Krankenstand“ verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang für das Berichtsjahr 2010:

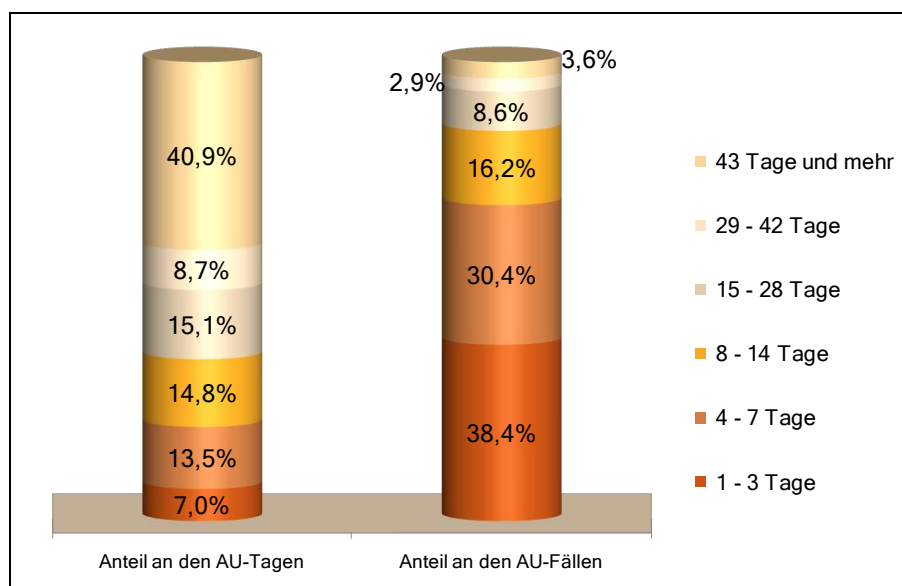
- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machen 68,8 % aller beobachteten AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 38,4 % und 4- bis 7-Tages-Fälle 30,4 %).
- Andererseits sind diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 20,5 % der AU-Tagen – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu 3 Tagen Dauer verursachen nur 7,0 % der Ausfalltage.

Dies bedeutet: Die große Masse der Krankheitsfälle hat aufgrund ihrer kurzen Dauer eine vergleichsweise geringe Bedeutung für den Krankenstand.

AU von kurzer Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

Abbildung 9:

Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2010 insgesamt



Quelle: DAK AU-Daten 2010

2010 machen Langzeitarbeitsunfähigkeiten 40,9 % des Krankenstandes aus

40,9 % der AU-Tage entfielen auf nur 3,6 % der Fälle, und zwar auf die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der Fälle bei den Langzeitarbeitsunfähigkeiten um 0,4 Prozentpunkte gestiegen (2009: 3,2 %). Ihr Anteil an den AU-Tagen ist um 2,7 Prozentpunkte gestiegen (2009: 38,2 %).

Der gestiegene Anteil von Langzeitarbeitsunfähigkeiten am Krankenstand unterstreicht neben dem Erfordernis der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung den Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen sowie auch nach einem Wiedereingliederungsmanagement in Betrieben (BEM).

Langzeitarbeitsunfähigkeiten durch betriebliches Eingliederungsmanagement überwinden

Das durch das am 1. Mai 2004 in Kraft getretene „Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwer behinderter Menschen“ novellierte neunte Sozialgesetzbuch (SGB XI) fordert in § 84 Abs. 2 SGB XI alle Arbeitgeber auf, für alle Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen.

Zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gehören alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung nachhaltig zu sichern.

Rehabilitationsträger und Integrationsämter bieten Betrieben Unterstützung

Zur Umsetzung dieser Vorschrift stehen die Krankenkassen als Rehabilitationsträger sowie auch Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungsträger, Agenturen für Arbeit einschließlich ihrer gemeinsamen Servicestellen neben Integrationsämtern bzw. Integrationsfachdiensten den Betrieben beratend und unterstützend zur Seite.

Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10 stellt den Altersgang des Krankenstands für das Jahr 2010 getrennt nach Geschlecht dar.

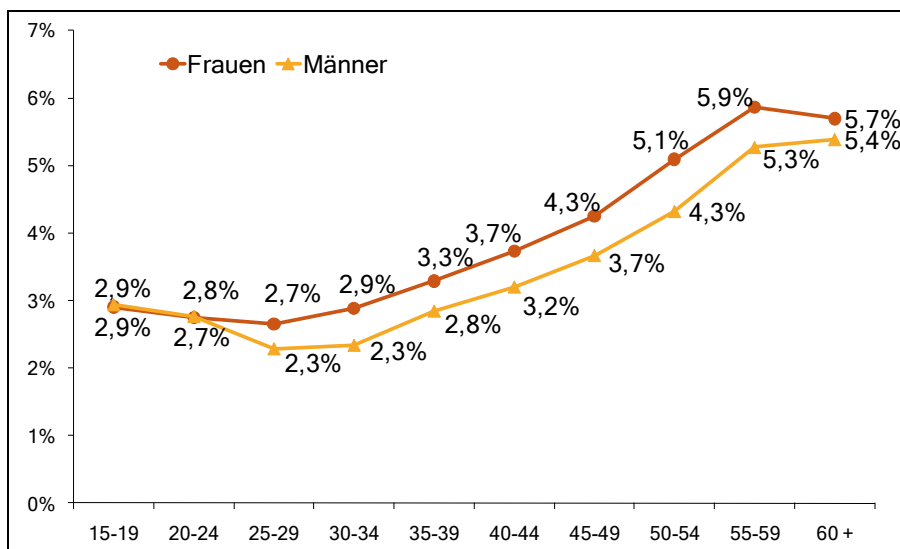


Abbildung 10:

**Krankenstand 2010
nach Geschlecht
und Altersgruppen**

Quelle: DAK AU-Daten 2010

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten ist mit durchschnittlich 3,9 % – wie auch in den Vorjahren – höher als der der männlichen Versicherten (3,5 %). Wie der Altersverlauf zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen ab dem 25. Lebensjahr über dem der Männer.

**Krankenstand bei
Frauen höher als
bei Männern**

Der höhere Krankenstand von Frauen ist nach einer Sonderanalyse der DAK im Gesundheitsreport 2001 u.a. auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen zurückzuführen. Zudem arbeiten Frauen überdurchschnittlich viel in Berufsgruppen mit hohen Krankenständen.

Und warum haben Männer einen niedrigeren Krankenstand als Frauen? Sind Männer gesünder als Frauen? Trotz des im Vergleich zu den Frauen niedrigen Krankenstandes gibt es mänderspezifische Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt, so ein Ergebnis des DAK-Gesundheitsreports 2008 zum Thema "Mann und Gesundheit".

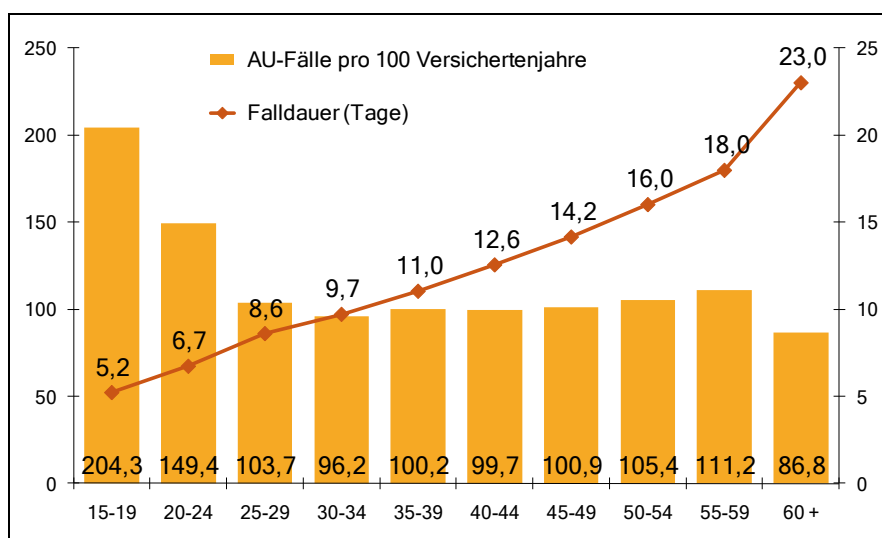
Beide Kurven in Abbildung 10 zeigen ab dem 30. Lebensjahr einen tendenziell ansteigenden Verlauf, der sich erst in der Altersgruppe der über 60-Jährigen umkehrt. Dies ist vermutlich durch den als „healthy-worker-effect“ bezeichneten Selektionsmechanismus bedingt. Gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter scheidet über Frühverrentungsangebote oftmals vorzeitig aus der Gruppe der hier betrachteten aktiven Erwerbstätigen aus.

**Mänderspezifische
Gesundheitsrisiken
in der Arbeitswelt**

Auffällig sind in Abbildung 10 darüber hinaus die jüngsten Altersgruppen: Hier liegt der Krankenstandswert der Männer zweimal gleich auf mit dem der weiblichen DAK-Versicherten. Eine Erklärung für diesen insgesamt typischen Krankenstandsverlauf liefert die Zerlegung des Krankenstandes in seine beiden Komponenten „Erkrankungshäufigkeit“ und „Erkrankungsdauer“.

In Abbildung 11 sind die Fallhäufigkeit (Säulen) und die Falldauer (Rauten) nach Alter differenziert dargestellt.

Abbildung 11:
Falldauer (Rauten)
und Fallhäufigkeit
(Säulen) nach Al-
tersgruppen 2010



Quelle: DAK AU-Daten 2010

Höchste Zahl von
AU-Fällen bei den
jüngsten Mitgliedern

Der in Abbildung 11: erkennbare Altersgang bei der Falldauer und bei der Fallhäufigkeit zeigt ein typisches Bild:

In den jüngeren Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Abstand am häufigsten. Am auffälligsten ist die Gruppe der jüngsten Mitglieder: Bei den unter 20-Jährigen ist im Vergleich zu den Mitgliedern in den mittleren Altersgruppen und der höchsten Altersgruppe die Fallzahl mit mehr als 200 Fällen pro 100 Versicherte etwa doppelt so hoch.

Ein wichtiger Grund für die extrem hohe Fallhäufigkeit in der jüngsten Altersgruppe ist das größere Unfall- und Verletzungsrisiko jüngerer Beschäftigter im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten (Sport). Jüngere Arbeitnehmer sind zudem häufiger aufgrund von eher geringfügigen Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfekten) krankgeschrieben. Daher ist die Falldauer bei den jüngeren Mitgliedern sehr gering und steigt erst mit zunehmendem Alter deutlich an.

Mit anderen Worten: Jüngere Arbeitnehmer werden in der Regel zwar häufiger, allerdings meist nur wenige Tage krank. Eine durchschnittliche Erkrankung eines 15- bis 19-Jährigen dauerte beispielsweise nur 5,2 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 18,0 Tage.

Wegen der kurzen Falldauer wirkte sich die sehr viel größere Fallhäufigkeit der jüngsten Mitglieder nur in einem etwas höheren Krankenstand aus (vgl. Abbildung 10). Die längere durchschnittliche Falldauer der älteren Mitglieder ist darauf zurückzuführen, dass Langzeitarbeitsunfähigkeiten von mehr als 6 Wochen Dauer im Altersverlauf zunehmen und einen erheblich größeren Anteil am Krankheitsgeschehen haben.

Abbildung 12 zeigt, wie viele AU-Tage in der jeweiligen Altersgruppe auf die Fälle von bis zu bzw. über 6 Wochen Dauer zurückzuführen waren. In jeder Altersgruppe sind die Säulen in zwei Teile zerlegt: Einerseits die Tage, die durch kürzere Krankheitsfälle bis 42 Tage Dauer verursacht wurden (blauer Säulenabschnitt) und andererseits die Tage, die auf längere Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen entfielen (gelber Säulenabschnitt).

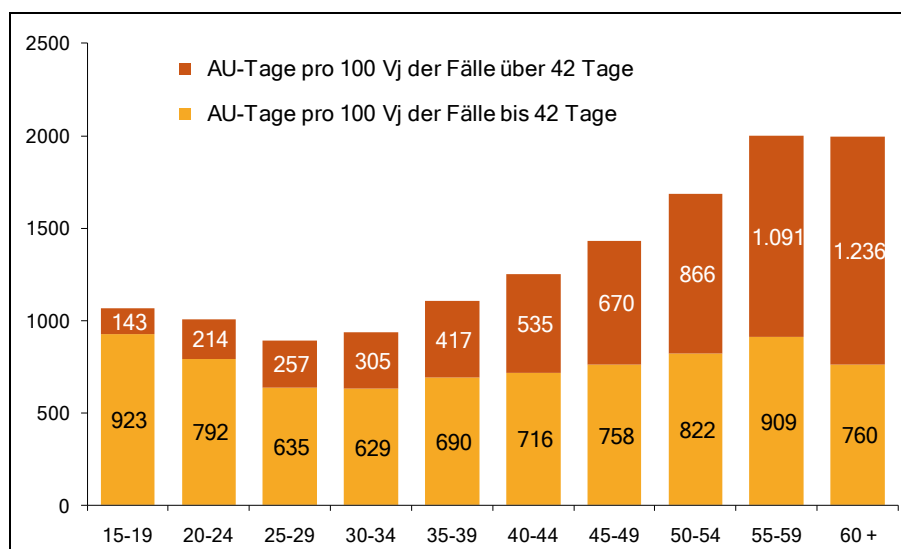


Abbildung 12:

AU-Tage pro 100 Versicherte der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage Dauer nach Altersgruppen

Quelle: DAK AU-Daten 2010

Ein Vergleich der beiden Säulenabschnitte in der jeweiligen Altersgruppe zeigt deutlich, dass die Erkrankungsfälle mit langer Dauer im Altersverlauf an Bedeutung gewinnen:

Während bei den 15- bis 19-Jährigen lediglich ein Anteil von 13,4 % des Krankenstandes auf die Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, beträgt dieser Wert in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 61,9 %. Mit anderen Worten: Bei den über 60-Jährigen werden rd. 62 % des Krankenstandes durch Erkrankungen von über 6 Wochen Dauer verursacht.

Mit zunehmenden Alter dauern Arbeitsunfähigkeiten länger

3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Auswertung der medizinischen Diagnosen

Dieses Kapitel untersucht die Krankheitsarten, die für die Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder ursächlich sind.

Als Krankheitsarten bezeichnet man die Obergruppen, zu denen die einzelnen medizinischen Diagnosen zu Zwecken der Dokumentation und Analyse zusammengefasst werden.

Ausgangspunkt dieser Analyse sind die Angaben der Ärzte zu den medizinischen Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit, die mit Hilfe eines internationalen Schlüsselsystems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden.⁴

Die wichtigsten Krankheitsarten

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Erkrankungstagen und damit am Krankenstand der DAK-Mitglieder sind in Abbildung 13 dargestellt. Abbildung 14 zeigt die Anteile dieser Krankheitsarten an den Erkrankungsfällen.

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, des Atmungssystems sowie Verletzungen entfallen 2010 mehr als die Hälfte aller Krankheitstage (51,8 %):

Muskel-Skelett-Erkrankungen auch 2010 an der Spitze...

- Im Jahr 2010 hatten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems einen Anteil von 21,7 % am Krankenstand. Mit 272,0 AU-Tagen je 100 Versicherte lag diese Krankheitsart – wie schon in den Vorjahren – beim Tagevolumen an der Spitze. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit lagen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 15,8 Erkrankungsfällen pro 100 Versicherte an zweiter Stelle.

... und leichter Anstieg gegenüber dem Vorjahr

Der Krankenstand wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems ist 2010 im Vergleich zum Vorjahr (2009: 258,6 AU-Tage pro 100 Versicherte) gestiegen. Im Jahr 2002 wurde mit 300 AU-Tagen pro 100 Versicherte der bisherige Höchststand registriert.

Gesundheitsreport 2003

In der Hauptgruppe der Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen die Rückenerkrankungen den größten Teilkomplex dar. Mehr Informationen hierzu bieten Sonderauswertungen innerhalb des DAK-Gesundheitsreports 2003.

⁴ Vgl. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>

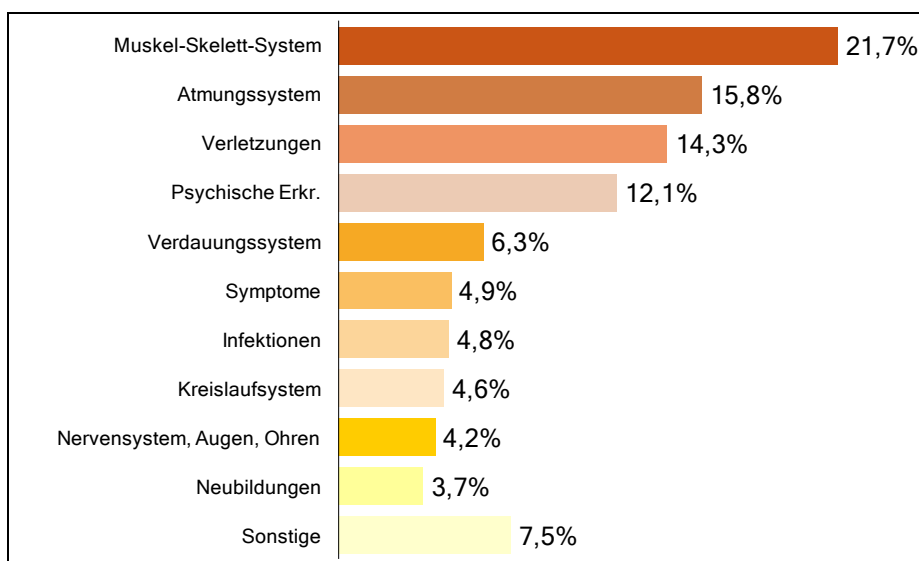


Abbildung 13:

Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen

Quelle: DAK AU-Daten 2010

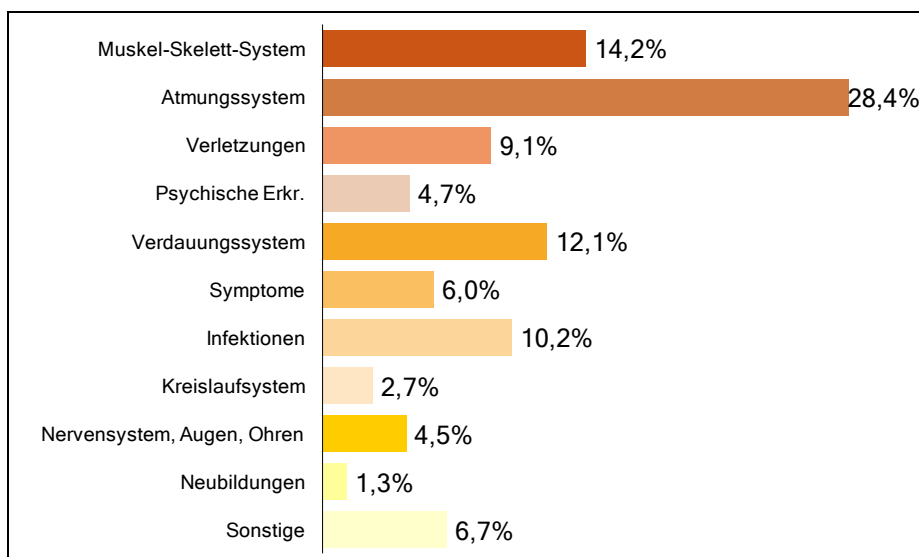


Abbildung 14:

Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen

Quelle: DAK AU-Daten 2010

Atemwegserkrankungen weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 2010 entfielen 28,4 % aller Krankheitsfälle auf derartige Diagnosen. 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 28 Mal wegen Diagnosen aus dieser Krankheitsart arbeitsunfähig.

Im Vergleich zum Vorjahr sind Erkrankungen des Atmungssystems nennenswert gesunken. Die Fallhäufigkeit ist von 37,0 auf 31,6 AU-Fälle gesunken, die Anzahl der AU-Tage von 236,2 auf 198,5 pro 100 Versicherte. Dies entspricht bei den Maßzahlen einem Rückgang von 15 % der AU-Fälle sowie 16 % der AU-Tage.

Atemwegserkrankungen: Beachtlicher Rückgang der AU-Tage

Bei den meisten Erkrankungen des Atmungssystems handelt es sich um eher leichte Erkrankungen, denn die durchschnittliche Falldauer von 6,3 Tagen ist vergleichsweise kurz. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dauern mit durchschnittlich 17,2 Tagen oder psychische Erkrankungen mit 28,9 Tagen erheblich länger. Daher standen Erkrankungen des Atmungssystems mit einem Anteil von 15,8 % am Krankenstand nur an zweiter Stelle des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens.

Anstieg der AU-Tage wegen Verletzungen

An dritter Stelle stehen hinsichtlich des AU-Tage-Volumens die Verletzungen mit 14,3 % der Ausfalltage. Im Vergleich zum Vorjahr ist mit 179,4 AU-Tagen pro 100 Versicherte eine stärkere Veränderung festzustellen (2009: 168,9 AU-Tage). Zugleich ist die Erkrankungshäufigkeit mit durchschnittlich 10,1 Fällen im Vergleich zu 9,7 Erkrankungsfällen in 2009 gestiegen.

Anteil der AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen gestiegen

Psychische Erkrankungen machen im Jahr 2010 12,1 % des Gesamt Krankenstands aus und stehen damit an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten. Ihr Anteil am Gesamt Krankenstand ist im Vergleich zum Vorjahr um rund 1,3 Prozentpunkte bzw. 12 % gestiegen (2009: 10,8 %). Während die Fallhäufigkeit in Höhe von 5,2 gegenüber 2009 um rund 8 % gestiegen ist (2009: 4,8 Erkrankungsfälle), hat sich die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung mit aktuell 28,9 Tagen im Vergleich zu 28,0 Tagen im Vorjahr lediglich um gut 3 % erhöht.

„Psychische Erkrankungen“ Schwerpunkt in den Jahren 2002 und 2005

Nach epidemiologischen Studien gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen. Die gestiegene Bedeutung von psychischen Erkrankungen hat die DAK bereits mit Sonderanalysen in den Gesundheitsreporten 2002 und 2005 berücksichtigt.

Leichter Anstieg der AU-Tage wegen Erkrankungen des Verdauungssystems

Erkrankungen des Verdauungssystems weisen mit 79,3 AU-Tagen pro 100 Versicherte einen Anteil von 6,3 % am Krankenstand auf. Der einzelne Fall dauerte im Durchschnitt nur 5,9 Tage und es traten 2010 insgesamt 13,4 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte auf. Im Vergleich zum Vorjahr sank das AU-Volumen (2009: 84,3 AU-Tage pro 100 Versicherte) Ihr Anteil am Gesamt Krankenstand sank um 0,5 Prozentpunkte (2009: 6,8 %).

Krankheiten des Kreislaufsystems hatten 2010 einen Anteil von 4,6 % am Krankenstand. Generell sind Erkrankungen dieses Diagnosespektrums von vergleichsweise langer Falldauer. 2010 traten lediglich 3,0 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte mit einer durchschnittlichen Falldauer von 18,8 Tagen auf. Daraus resultiert ein Fehltagelolumen von 57,3 Tagen pro 100 Versicherte.

Im Vergleich zum Vorjahr haben Diagnosen dieser Krankheitsart in ihrer Bedeutung für den Gesamt Krankenstand leicht zugenommen (2009: 4,4 %)

Der bekannteste und schwerwiegendste Vertreter dieser Erkrankungsgruppe ist der Herzinfarkt, eine, wie Sonderanalysen im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports 2008 zum Thema „Mann und Gesundheit“ zeigten, männertypische AU-Diagnose. Im Vergleich zu den Männern sind Frauen von kardiovaskulären Erkrankungen nicht weniger, sondern erst später betroffen. Dies hat nach Analysen im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports 2006 zum Thema "Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter" zur Folge, dass bei Frauen kardiovaskuläre Erkrankungen für den Krankenstand eine geringere Rolle spielen.

Unter den zehn wichtigsten Krankheitsarten befinden sich darüber hinaus Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, Infektionen und parasitäre Krankheiten, Erkrankungen des Nervensystems, des Auges und des Ohres sowie Neubildungen (u.a. Krebserkrankungen). Unter die Diagnosegruppe „Symptome“ fallen Krankheitssymptome oder (Labor-) Befunde, deren Ursache (bisher) nicht festgestellt werden kann. Dies können u. a. körperliche Beschwerden ohne zugrunde liegende bzw. feststellbare krankhafte Organveränderungen sein (z. B. Schmerzen, für die keine Grunderkrankung gefunden werden kann).

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems haben bei Männern mit einem Anteil von 23,5 % eine größere Bedeutung als bei Frauen (19,4 %). Krankheiten des Atmungssystems haben hingegen für Frauen eine größere Bedeutung als für Männer (17,1 % gegenüber 14,9 %). Hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand lagen sie bei den Frauen an zweiter, bei den Männern erst an dritter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr ist bei beiden Geschlechtern ein nennenswerter Rückgang der AU-Tage wegen Erkrankungen des Atmungssystems um etwa 16 % zu beobachten.

An zweiter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten folgten bei den Männern Verletzungen mit einem Anteil von 17,7 %. Verletzungen hatten bei den Männern einen fast doppelt so hohen Anteil am Krankenstand wie bei den Frauen (9,9 %), bei denen Verletzungen erst den vierten Rang einnehmen.

Weitere Auswertungen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den Gesundheitsreporten 2006 und 2008

Muskel-Skelett-Erkrankungen: Männer liegen vorn

Atemwegserkrankungen: Nennenswerter Rückgang bei beiden Geschlechtern

Verletzungen: deutlich mehr AU-Tage bei Männern

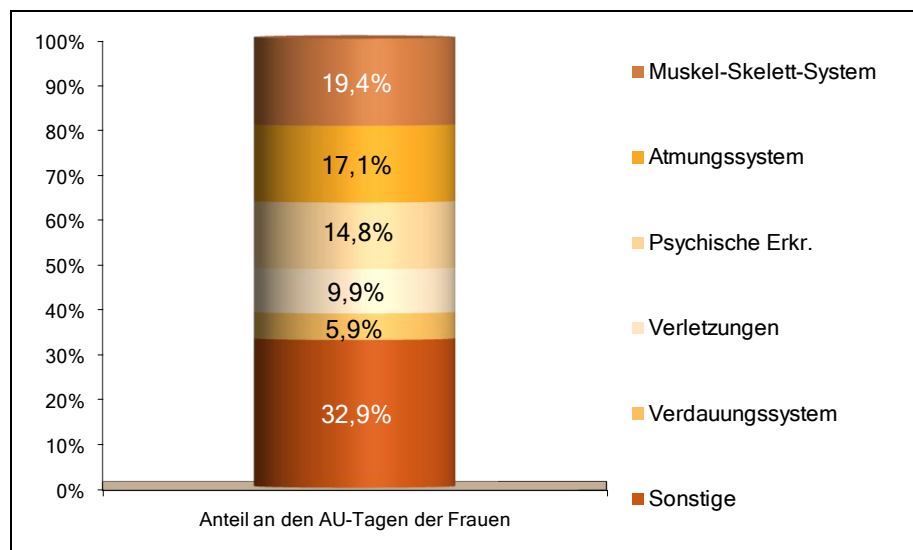
Psychische Erkrankungen: mehr AU-Tage bei Frauen

Bei den Frauen stehen – nach Erkrankungen des Muskel-Skelett- und des Atmungssystems – psychische Erkrankungen an dritter Stelle mit einem Anteil von 14,8 %. Bei den Männern nehmen psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 10,0 % den vierten Rang ein.

Erkrankungen des Verdauungssystems: Abnahme der AU-Tage

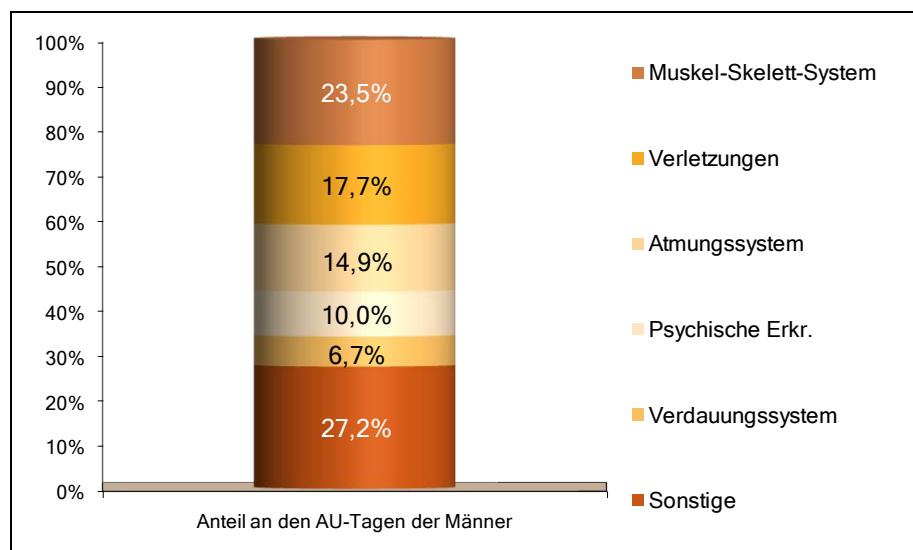
An fünfter Stelle stehen bei beiden Geschlechtern die Erkrankungen des Verdauungssystems mit einem Anteil von 5,9 % (Frauen) und 6,7 % (Männer) am Krankenstand. Im Vergleich zum Vorjahr ist für beide Geschlechter eine Abnahme der AU-Tage pro 100 Versicherte zu beobachten (Frauen: von 82,3 auf 77,8 AU-Tage; Männer: von 85,8 auf 80,4 AU-Tage).

Abbildung 15:
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Frauen



Quelle: DAK AU-Daten 2010

Abbildung 16:
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei den Männern



Quelle: DAK AU-Daten 2010

Ferner wird aus Abbildung 15 und Abbildung 16 deutlich, dass bei den Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (32,9 %) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei den Männern (27,2 %). Dies ist besonders auf den bei Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil von Neubildungen (4,9 % im Vergleich zu 2,8 %) sowie Symptomen (5,4 % im Vergleich zu 4,5 %) und Erkrankungen des Urogenitalsystems (3,1 % im Vergleich zu 1,1 %) zurückzuführen. Auch Erkrankungen des Kreislaufsystems werden in dieser Darstellung den sonstigen Krankheiten zugeordnet (siehe hierzu auch Abschnitt 4.2).

Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Abbildung 17 zeigt die Bedeutung der fünf wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 18 in den fünf höheren Altersgruppen. Wie aus den Abbildungen ersichtlich wird, steigt die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, und zwar von 8,5 % bei den 15- bis 19-Jährigen auf 29,1 % bei den über 60-Jährigen an.

Ursächlich für diesen Anstieg sind verstärkt langwierige chronisch-degenerative Erkrankungen im Alter (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2003: "Rückenerkrankungen").

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems verhält es sich genau umgekehrt: Ihr Anteil am Krankenstand ist in der jüngsten Altersgruppe mit 26,6 % am höchsten. Mit den Jahren nimmt ihre Bedeutung für den Gesamtkrankenstand jedoch ab. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 9,4 % aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose.

Auf die Krankheitsart Verletzungen entfielen bei den jüngsten DAK-Mitgliedern nahezu ein Viertel (23,8 %) aller Krankheitstage. In der obersten Altersgruppe lag ihr Anteilswert nur noch bei 10,1 %. Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, was u.a. auf ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zurückgeführt werden kann.

Der Anteil der psychischen Störungen am Gesamtkrankenstand steigt von 4,4 % bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 14,8 % bei den 40- bis 44-Jährigen an. Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung psychischer Erkrankungen (bei insgesamt steigendem Krankenstandsniveau) dann wieder ab. Ihr Anteil liegt bei den über 60-Jährigen nur noch bei 10,1 %. Möglicherweise hängt dieser Verlauf ab von der vielfach in der Lebensmitte beobachteten Häufung von Krisen und Konflikten (der so genannten „Midlife-Crisis“ zusammen). Konflikte um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Karriereplanung und Überlastungssymptome („Burn-out“) können zu entsprechenden Erkrankungsbildern führen.

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems im Alter

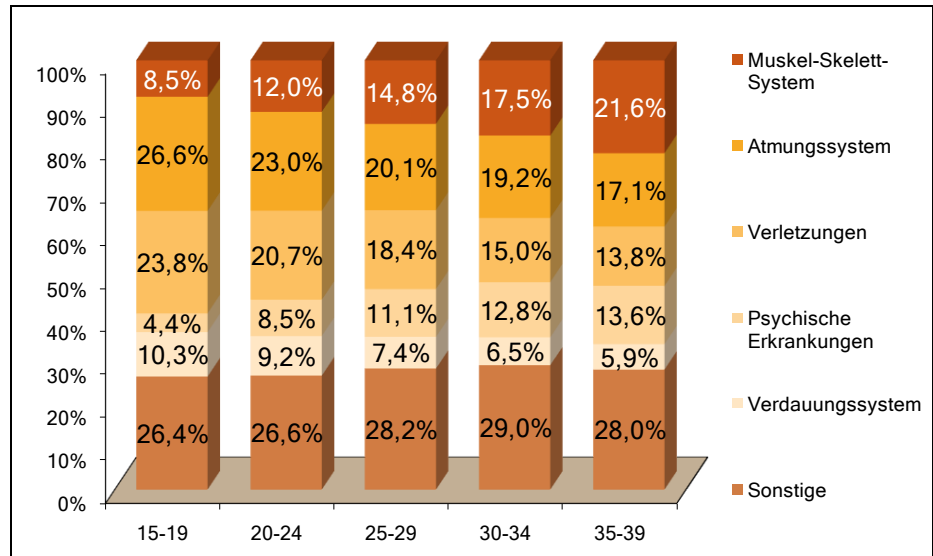
Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems bei den Jüngsten am höchsten

Fehltage aufgrund von Verletzungen sind mit zunehmenden Alter rückläufig

Größere Bedeutung psychischer Erkrankungen zur Lebensmitte

Abbildung 17:

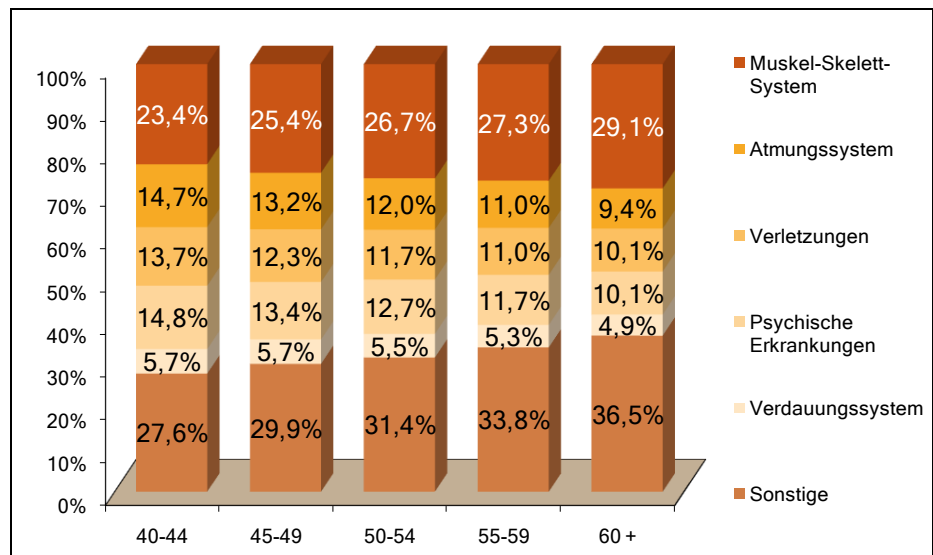
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2010

Abbildung 18:

Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2010

Erkrankungen des Verdauungssystems

Auch Erkrankungen des Verdauungssystems haben hinsichtlich ihrer Altersverteilung eine mit zunehmendem Alter abnehmende Bedeutung für den Krankenstand. Erkrankungen mit dieser Diagnose sind bei den 15- bis 19-Jährigen für 10,3 % des Krankenstands verantwortlich, bei den über 60-Jährigen ist der Anteil mit 4,9 % nur noch halb so groß.

Wie aus der Abbildung ersichtlich, hat auch die Kategorie „Sonstige“ einen mit dem Alter deutlich zunehmenden Verlauf. Dies ist vor allem auf Erkrankungen des Kreislaufsystems zurückzuführen, die im höheren Lebensalter häufiger auftreten. In der Gruppe der über 60-Jährigen beträgt ihr Anteil am AU-Volumen 10,5 %. Erkrankungen des Kreislaufsystems sind jedoch hier nicht abgebildet, da sie wegen ihrer geringen Bedeutung in den jüngeren Altersgruppen im Durchschnitt aller Altersgruppen nicht unter die fünf wichtigsten Krankheitsarten fallen. Beispielsweise in der Gruppe der 35-39-Jährigen liegt ihr Anteil lediglich bei 2,7 %.

Alles in allem muss bei der Interpretation der Zahlen berücksichtigt werden, dass der sinkende Anteil einiger Krankheitsarten mit zunehmendem Alter zu einem Teil darauf zurückzuführen ist, dass andere Krankheitsarten in ihrer Bedeutung deutlich zunehmen. Durch das insgesamt steigende Krankenstandniveau kann die relative Bedeutung einer Krankheitsart trotz gleich bleibender Zahl von Ausfalltagen sinken.

Die wichtigsten Einzeldiagnosen

Bisher wurde der Anteil der Krankheitsarten (ICD 10-Kapitel) am Krankenstand der DAK-Mitglieder betrachtet. Tabelle 1 zeigt nun auf der Ebene der Einzeldiagnosen, welche konkreten Erkrankungen innerhalb der ICD 10-Kapitel die Höhe des Krankenstandes maßgeblich beeinflusst haben.

Die Rangliste wurde nach dem Kriterium des Anteils an den AU-Tagen erstellt. Im Anhang I zu diesem Report wird diese Rangliste auch differenziert für Männer und Frauen ausgewiesen.

An der Spitze der AU-Tage stehen erwartungsgemäß „Rückenschmerzen“ (M54). Weitere wichtige Einzeldiagnosen, die unter die Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems fallen, sind „sonstige Bandscheibenschäden“ (M51), „Binnenschädigung des Kniegelenkes“ (M23), „Schulterläsionen“ (M75) sowie „Enthesopathien“ (M77).

Sonstige Erkrankungen

Um Geschlechtsunterschiede erweiterte Tabelle im Anhang I

Rang 1: Rückenbeschwerden

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2010

ICD 10	Diagnose	Anteil AU-Tage	Anteil AU-Fälle
M54	Rückenschmerzen	7,1%	6,1%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	5,1%	10,4%
F32	Depressive Episode	3,9%	1,1%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	2,5%	1,9%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,3%	1,2%
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	2,0%	5,2%
J20	Akute Bronchitis	1,9%	3,2%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,8%	0,6%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,7%	2,8%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	1,6%	4,0%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,5%	0,6%
F48	Andere neurotische Störungen	1,3%	0,7%
M75	Schulterläsionen	1,3%	0,6%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,2%	0,4%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,1%	2,2%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,1%	0,9%
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,1%	0,2%
J03	Akute Tonsillitis	1,0%	1,9%
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	1,0%	1,4%
M77	Sonstige Enthesopathien	1,0%	0,7%
Summe		41,5%	46,1%

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems sind, wie auch in den Vorjahren, „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06) die wichtigste Einzeldiagnose. Weitere wichtige Einzeldiagnosen dieser Erkrankungsgruppe waren „akute Bronchitis“ (J20), „sonstige Bronchitis“ (J40) sowie „akute Tonsillitis“ (J03) (Mandelentzündung).

Rang 2:**Akute Atemwegsinfektionen**

An dritter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen wie im Vorjahr "Depressive Episoden" (F32). Zwei weitere wichtige Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen, die zu den insgesamt 20 wichtigsten Einzeldiagnosen zählen, sind „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) und „Andere neurotische Störungen“ (F48). Für alle psychischen Diagnosen gilt, dass ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich niedriger ist als ihr Anteil an den AU-Tagen. Das bedeutet, dass es sich hier zumeist um längerfristige Krankheitsfälle handelt.

Rang 3:**Depressive Episoden**

An vierter Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen 2010 die „Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion“ (T14). Darüber hinaus sind aus der Gruppe der Verletzungen „Luxationen, Verstauchungen und Zerrungen des Kniegelenks und von Bändern des Kniegelenks“ (S83), „Luxationen (Verrenkungen), Verstauchungen und Zerrungen der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes“ (S93) sowie „Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes“ (S82) wichtige Einzeldiagnosen in 2010.

Rang 4:**Allgemeine Verletzungen**

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen außerdem als Erkrankung des Verdauungssystems die „nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis“ (K52).

Die so genannten Magen-Darm-Infektionen „Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ (A09) sowie Sonstige Viruserkrankungen „Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation“ (B34) werden den „Infektionen“ zugeordnet.

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr:

Gegenüber dem Vorjahr sind nur wenige signifikante Veränderungen aufgetreten, die mehr als 0,3 Prozentpunkte ausmachen.

Die Einzeldiagnose „Akute Infektionen an mehreren nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ sank von 6,7 % auf 5,1 %. Der Anteil der „Depressiven Episoden“ am AU-Volumen stieg hingegen von 3,4 % auf 3,9 %. Ebenfalls um 0,5 Prozentpunkte ist der Anteil „Sonstiger und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ angewachsen.

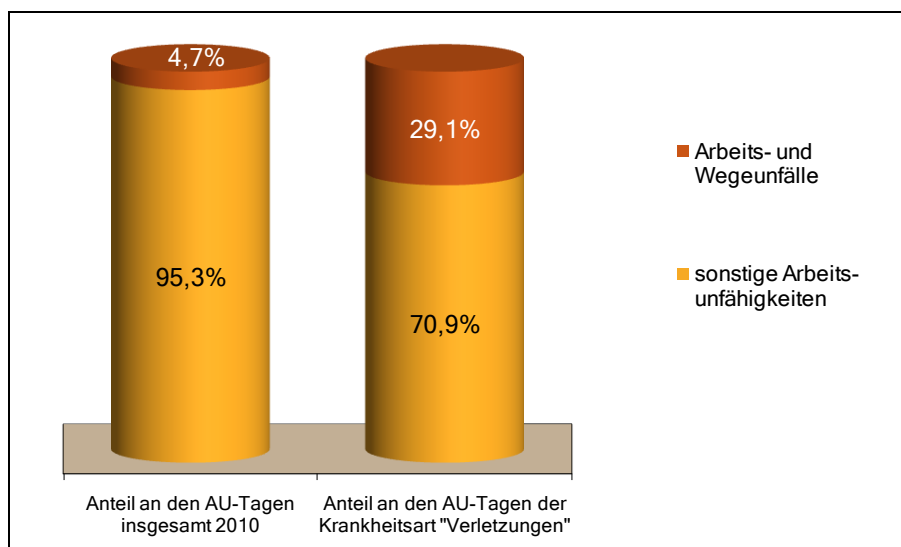
Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen

Die DAK arbeitet mit den Unfallversicherungsträgern bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eng zusammen. Im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports ist es daher von Interesse, welchen Anteil Arbeits- und Wegeunfälle an den Arbeitsunfähigkeiten der DAK-Mitglieder haben.

In den Daten der DAK ist vermerkt, wenn beim Krankheitsfall eines Mitgliedes aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen oder auch Berufskrankheiten eine Leistungspflicht eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers besteht. Da Berufskrankheiten nur einen verschwindend geringen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben, beschränkt sich die Analyse in diesem Kapitel auf die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen.

Abbildung 19:

Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“



Quelle: DAK AU-Daten 2010

2010 wurden je 100 ganzjährig versicherter DAK-Mitglieder 58,9 AU-Tage und 3,1 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamtkrankenstand betrug 4,7 %.

Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier fast 30 % (29,1 %). Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle am Gesamtkrankenstand (2009: 4,3 %) leicht gestiegen und an der AU-Krankheitsart Verletzungen (31,8 % in 2009) gesunken.

4 Schwerpunktthema: Zur Arbeitssituation und Gesundheit junger Erwerbstätiger

Das diesjährige Schwerpunktthema rückt junge Erwerbstätige (Auszubildende, Arbeiter, Angestellte etc.) im Alter von 18 bis 29 Jahren in den Fokus. Damit beschäftigt sich die DAK mit einem zentralen Entwicklungsabschnitt:

- Jugendliche und junge Erwachsene lösen sich aus familiären und schulischen Kontexten heraus, treten in die Ausbildungs- und Arbeitswelt ein und etablieren sich in der "Erwachsenenwelt". Eine gute körperliche, psychische und soziale Gesundheit hilft ihnen dabei, die Herausforderungen auf dem Weg ins Arbeitsleben erfolgreich zu meistern.
- Die berufliche Integration ist aber nicht nur von maßgeblicher Bedeutung für ein selbstbestimmtes Leben und Wohlergehen in diesem Lebensabschnitt, sondern auch für den weiteren Erwerbsverlauf. Zugleich ist die nachhaltige Integration in die Arbeitswelt, nicht zuletzt mit Blick auf die Auswirkungen des demographischen Wandels, wichtig für die Gesellschaft und für Unternehmen.

Berichte zur Beschreibung von Gesundheit und Wohlergehen, Belastungen und Gesundheitsverhalten im Jugendalter sind nicht neu, häufig haben sie jedoch ausschließlich Kinder und Jugendliche zur Zielgruppe oder begrenzen das junge Erwachsenenalter auf unter 25 Jahre.

Auch liegen national sowie auch international nur wenige Studien zum Gesundheitszustand und zu Gesundheitsaspekten junger Erwerbstätiger vor. Es existieren kaum Untersuchungen, wenn dann zumeist nur branchen- oder berufsgruppenspezifisch, zu spezifischen arbeitsbedingten Risikofaktoren. Wenig ist bekannt zu Stressempfindungen, Auswirkungen und Bewältigungsmöglichkeiten und noch weniger zu erlebten Herausforderungen auf dem Weg ins Arbeitsleben und deren Bewältigung. Auch wurden die Beziehungen und Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Arbeitswelt in dieser Lebensphase, z.B. auf der Grundlage von Versorgungsdaten, bislang noch nicht beleuchtet.

Vor diesem Hintergrund rückt das Schwerpunktthema speziell die gesundheitliche Lage von jungen Erwerbstätigen sowie deren spezifische Gesundheitsrisiken und -potentiale beim Übergang in die betriebliche Ausbildungs- und Arbeitswelt in den Fokus. In Abgrenzung zu ausschließlich jugendorientierten Berichten schließt der diesjährige DAK-Gesundheitsreport Erwerbstätige im Alter von 18 bis unter 30 Jahren ein. Bei spezifischen Auswertungen von Versorgungsdaten werden auch jüngere Erwerbstätige ab dem 15. Lebensjahr berücksichtigt.

Welche Themen und damit Fragestellungen stehen konkret im Blickpunkt? – Gliederung des Schwerpunktthemas

Kapitel 1

Die Arbeitssituation junger Erwerbstätiger - die Perspektive der 18- bis 29-Jährigen

Der DAK-Gesundheitsreport 2011 fokussiert die Arbeitssituation von jungen Erwerbstätigen. Aufbauend auf aktuellen Daten einer repräsentativen Umfrage der DAK werden Erfahrungen beim Einstieg in das Arbeitsleben thematisiert: Inwieweit ist der Einstieg in das Arbeitsleben gelungen? Wie entwickeln sich die beruflichen Karrieren? Wie schätzen junge Erwerbstätige ihre aktuelle berufliche Situation und ihre Zukunftsperspektiven ein? Welche Einstellungen zu Arbeit und Karriere sind vorherrschend?

Kapitel 2

Wie schätzen junge Erwerbstätige ihre Gesundheit und das Gesundheitsverhalten ein?

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Einstieg ins Arbeitsleben konzentriert sich dieser Abschnitt auf die Befragungsergebnisse zu Aspekten wie allgemeiner Gesundheitszustand, subjektive Beschwerden sowie chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen. Ergänzend werden Fragestellungen zu Gesundheitseinstellungen sowie gesundheitsbezogenem Wissen und Verhaltensweisen erläutert. Alkoholkonsum als Beispiel für ein potenziell problematisches Gesundheitsverhalten wird eingehender betrachtet.

Kapitel 3

Inanspruchnahme von ärztlicher Versorgung, Diagnosen und Arzneiverordnungen: Bestandsaufnahme zum Patientenkontext *Junge Erwerbstätige*

Für eine differenzierte Einschätzung zum Patientenkontext der Gruppe der jungen Erwerbstätigen werden zentrale Parameter ärztlicher Inanspruchnahme in vergleichender Perspektive betrachtet. Neben den Fragen, welche Diagnosen Ärzte jungen Erwerbstätigen am häufigsten stellen und welche Arzneimittel sie am häufigsten verordnen, geht es auch darum, in welchem Umfang Krankschreibungen gerade bei jungen Erwerbstätigen ambulante Arztkontakte bestimmen.

In einem abschließenden Exkurs wird vertiefend auf wichtige Krankenstandskennziffern des Jahres 2010 für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen eingegangen. Eine zentrale Fragestellung ist dabei, bei welchen Kennziffern das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen dieser Beschäftigtengruppe sich von dem der erwerbstätigen Gesamtversichertenpopulation der DAK unterscheidet.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: Zum Bedarf einer zielgruppenspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung

Kapitel 4

Mit Blick auf die Ergebnisse in den vorangegangenen Abschnitten des Schwerpunktthemas steht in diesem Abschnitt die Frage nach dem Bedarf an einer zielgruppenspezifischen Gesundheitsinformation sowie an Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten im Fokus.

Welche Datenquellen werden genutzt?

Zur Beantwortung der aufgeworfenen Fragestellungen wurde für den DAK-Gesundheitsreport 2011 ein Methodenmix gewählt:

1. Es wurde eine Bevölkerungsbefragung durchgeführt. Insgesamt wurden 3.000 Erwerbstätige im Alter von 18 bis 29 Jahren zum subjektiven Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten etc. befragt, die sich in betrieblicher bzw. berufsfachschulischer Ausbildung oder bereits im Beruf befanden. Hierbei handelt es sich um eine deutschlandweite Repräsentativbefragung. Die Stichprobe wurde generiert auf der Basis einer ADM-Telefonstichprobe (computergestützte Zufallsauswahl von 18- bis 29-jährigen Erwerbstätigen in Haushalten). Die Telefoninterviews anhand eines eigens entwickelten Fragebogen wurden vom 11. Oktober bis zum 05. November 2010 geführt.
2. Neben den speziell für das Thema "Gesundheit junger Erwerbstätiger" erhobenen Daten werden routinemäßig verfügbare Leistungsdaten der DAK aus den Bereichen der ambulanten ärztlichen Versorgung, Arzneiverordnungen und zur Arbeitsunfähigkeit der DAK-Mitglieder ausgewertet. Für weitergehende Einschätzungen zur Gesundheitssituation junger Erwerbstätiger im Alter von 15 bis 29 Jahren werden ferner die Leistungsdaten der gleichaltrigen nicht-erwerbstätigen Versicherten betrachtet. Bei zusammengefassten Werten auf Basis der betrachteten DAK-Versichertenpopulationen handelt es sich um alters- und/oder geschlechtsstandardisierte Werte.
3. Ergänzend wurden im Rahmen einer Expertenbefragung Fachleute aus Wissenschaft und Praxis um ihre Einschätzung zum Thema „Arbeits- und Gesundheitssituation junger Erwerbstätiger“ gebeten. Dabei standen Fragen zum Forschungsbedarf, Entwicklungsanforderungen, spezifische Gesundheitsrisiken und -ressourcen junger Erwerbstätiger im Vordergrund. Die Statements der Experten werden erst in der noch folgenden Buchpublikation aufgeführt.

Befragung junger Erwerbstätiger im Alter von 18 bis 29 Jahren

Leistungsdaten der DAK

Expertenbefragung

4.1 Die Arbeitssituation von jungen Erwerbstätigen

Die DAK-Befragung von jungen Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 29 Jahren zu ihrer Arbeitssituation rückt den Einstieg ins Arbeitsleben in den Fokus. Dieser stellt einen komplexen Entscheidungs- und Gestaltungsprozess dar. Junge Arbeitnehmer entwickeln für sich berufliche Vorstellungen und Perspektiven. Es liegt nahe, dass diese Vorstellungen für ihre weitere Lebensführung nicht nur eine wesentliche Handlungsorientierung darstellen, sondern auch weitere Konsequenzen für ihre Gesundheit im mittleren und höheren Erwachsenenalter haben.

Zur Einordnung der Ergebnisse wird zunächst die Befragten-Stichprobe in Bezug auf wesentliche soziodemographische Merkmale vorgestellt.

Die Zusammensetzung der Befragten-Stichprobe

Geschlecht

An der Befragung beteiligten sich 3.003 Personen, darunter 1.614 Männer (53,7%) und 1.389 Frauen (46,3%). Die Erwerbsquote der Männer liegt in Deutschland auch in den hier betrachteten Altersbereichen höher als die der Frauen. Der höhere Männeranteil in der Umfrage entspricht ziemlich genau dem tatsächlichen Geschlechterverhältnis der Erwerbstätigen in diesen Altersgruppen in Deutschland.⁵

Alter

Für altersdifferenzierte Analysen unterscheiden wir drei Altersgruppen (18 bis 21 Jahre, 22 bis 25 Jahre und 26 und 29 Jahre). Die Tabelle 2 zeigt die Besetzung dieser drei Altersgruppen nach Geschlecht.

Tabelle 2: Verteilung der Stichprobenmerkmale Alter und Geschlecht

Altersgruppen	Männer		Frauen		Gesamt
	absolut	in %	absolut	in %	
18 - 21 Jahre	391	53,1	345	46,9	736
22 - 25 Jahre	486	51,5	458	48,5	944
25 - 29 Jahre	737	55,7	586	46,3	1.323
Gesamt	1.614	53,7	1.389	46,3	3.003

Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

⁵ Vgl. Statistische Jahrbücher, Tabelle Erwerbstätige nach Altersgruppen.

Die Befragten der jüngsten Gruppe sind im Durchschnitt seit 2,4 Jahren erwerbstätig, in der mittleren Altersgruppe sind es 4,8 Jahre und die 26- bis 29-Jährigen sind im Durchschnitt seit 8,2 Jahren erwerbstätig.

Dauer der Erwerbstätigkeit

Etwa ein Fünftel der Befragten sind in einer beruflichen Ausbildung (inkl. in Umschulung), zwei Drittel arbeiten Vollzeit und 12 Prozent Teilzeit (vgl. Tabelle 3).

Erwerbsstatus

Tabelle 3: Verteilung der Befragten nach Alter und Erwerbsstatus

Altersgruppen	Vollzeit		Teilzeit		in Ausbildung/ Umschulung		Gesamt
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	
18 - 21 Jahre	264	35,9	67	9,1	405	55,0	736
22 - 25 Jahre	642	67,9	104	11,0	199	21,1	944
25 - 29 Jahre	1.088	82,2	194	14,7	41	3,1	1.323
Gesamt	1.994	66,4	365	12,2	645	21,5	3.003

Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

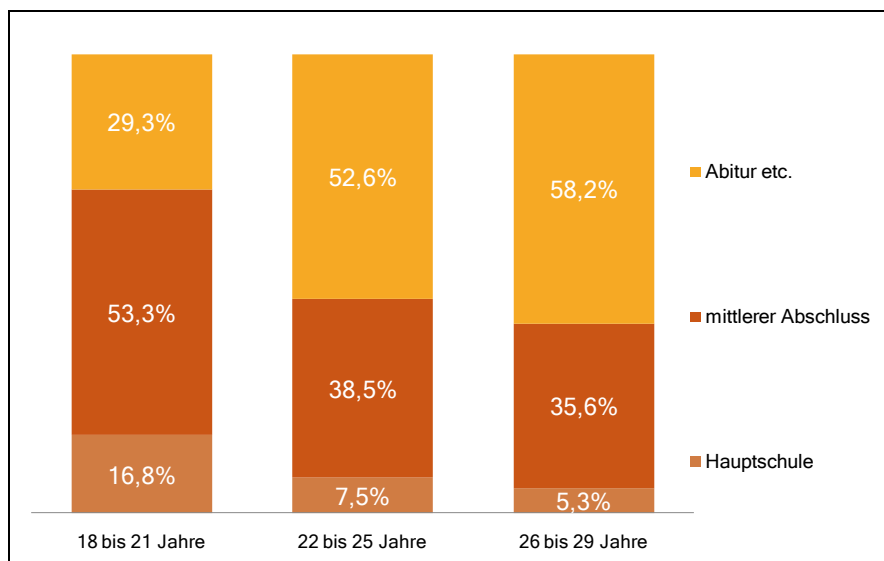
Es zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied dahingehend, dass Frauen mehr als doppelt so häufig wie Männer teilzeitbeschäftigt sind. In der Gruppe der Auszubildenden zeigt sich dieser Unterschied nicht.

Höhere Bildungsabschlüsse sind in der Regel gleichzusetzen mit einem längeren Verbleib in den schulischen und akademischen Institutionen, was zu einem späteren Einstieg in Arbeitsleben führt. Daher ist in der jüngsten Gruppe (Erwerbstätige zwischen 18 und 21 Jahre) der Anteil von Befragten mit höheren Bildungsabschlüssen (Abitur usw.) erwartungsgemäß am geringsten, der Anteil mit Hauptschulabschluss bzw. mittlerem Schulabschluss hingegen am höchsten (vgl. Abbildung 20).

Bildungsabschluss

Abbildung 20:

**Befragte differenziert
nach Alter und Bil-
dungsabschluss**



Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Partnerschaft

In der Altersgruppe der 18- bis 21-Jährigen sind 99 Prozent ledig, aber etwa 14 Prozent leben mit einem Partner zusammen. Der Anteil Lediger sinkt in der nächsten Altersgruppe der 22- bis 25-Jährigen nur leicht auf 93,4 Prozent, aber fast ein Drittel (32,2 %) lebt mit Partner/in zusammen. In der höchsten Altersgruppe kommt es zu einem deutlichen Absinken der Ledigenquote auf 76 Prozent, knapp die Hälfte (44 %) lebt in einer Partnerschaft.

Im Hinblick auf das Heiratsverhalten sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern gering: Die Männer sind in der höchsten Altersgruppe zu 79 Prozent ledig, die Frauen zu 73 Prozent. Größer sind die Unterschiede im Hinblick auf die Partnerschaften: In der höchsten Altersgruppe geben 39 Prozent der Männer, aber 51 Prozent der Frauen an, mit einem Partner zusammen zu leben.

Wie gut gelingt der Einstieg ins Berufsleben?

Eine der wichtigsten Entwicklungsaufgaben Jugendlicher und junger Erwachsener ist der Übergang von den Ausbildungsinstitutionen (Schule, Hochschule etc.) in das Arbeitsleben. Daher ist von Interesse, wie gut der Einstieg in das Arbeitsleben gelungen ist, d.h. inwieweit die jungen Erwerbstätigen ihre beruflichen Vorstellungen realisieren können und welche Hürden sie dabei überwinden müssen. In diesem Zusammenhang wird auch der Frage nach der Belastbarkeit bzw. Stressresistenz nachgegangen. Eine nachhaltige Integration ins Arbeitsleben erfordert neben Motivation und Beharrlichkeit nicht selten ein hohes Maß an Belastbarkeit.

Zunächst wenden wir uns jedoch den Beschäftigungsmerkmalen zu, die als Wegmarken die bislang erreichte Integration ins Arbeitsleben kennzeichnen:

Beschäftigungsmerkmale

Insgesamt ein gutes Viertel der Befragten (26,4 %) ist in einem befristeten Beschäftigungsverhältnis. Ohne die Gruppe der Auszubildenden – Ausbildungsverträge haben zwar ein Enddatum, arbeitsrechtlich haben sie jedoch nicht den Status einer befristeten Beschäftigung – reduziert sich der Anteil auf 22,8 Prozent.

Befristungen

Teilzeitbeschäftigte haben zu 38,4 Prozent ein befristetes Beschäftigungsverhältnis; bei den Vollzeitbeschäftigten weisen mit 19,9 Prozent deutlich weniger dieses Merkmal auf. Differenziert man nach Bildungsabschluss, so sind die Unterschiede relativ gering: 25 Prozent der Befragten mit einem Hauptschulabschluss und 29 Prozent Befragten mit Abitur etc. sind befristet beschäftigt.

Knapp fünf Prozent sind als Zeit- oder Leiharbeiter tätig. Unter ihnen sind die Befragten mit niedrigeren Bildungsabschlüssen deutlich überrepräsentiert.

Zeitarbeit

Insgesamt ein gutes Viertel leistet Schichtarbeit, regelmäßige Bereitschaft geben 13 Prozent an. Häufiges Arbeiten an Samstagen, an Sonn- und Feiertagen bestätigen etwa 35 Prozent. Fasst man die höheren Belastungen aus den Arbeitszeitregelungen zusammen, so arbeiten 45 Prozent der jungen Erwerbstätigen unter einer oder mehreren der genannten Bedingungen.

Arbeitszeitregelungen

Knapp 72 Prozent der "Berufsstarter" erklären, dass sie in ihrem Wunschberuf arbeiten bzw. ihrer Wunschtätigkeit nachgehen: Es zeigt sich ein nennenswerter Geschlechtsunterschied: Bei den Frauen sind es 75,2 Prozent; bei den Männern 68,5 Prozent (Chi-Quadrat-Test: $p < .001$).

Knapp drei Viertel arbeiten in ihrem Wunschberuf.

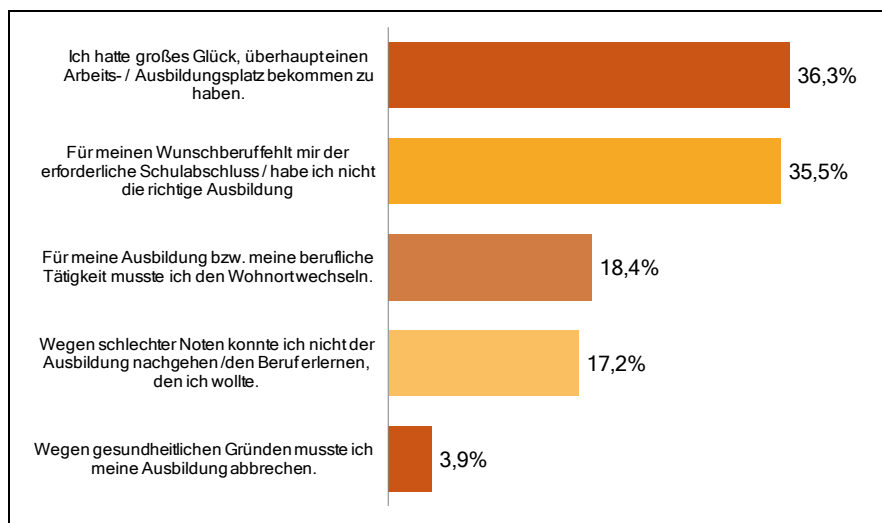
Nur bei 55 Prozent der Zeit- und Leiharbeiter entspricht die Tätigkeit den Wunschvorstellungen. Keinen Einfluss hat es hingegen, ob die Befragten Schicht- und Wochenendarbeit oder Bereitschaftsdienste leisten. Auch die befristet Beschäftigten arbeiten zu etwa 70% in ihrem Wunschberuf.

Die 28 Prozent der Befragten (N=853), die nicht im Wunschberuf arbeiten bzw. ausgebildet werden, wurden nach ihren Erfahrungen beim Einstieg in das Arbeitsleben gefragt (vgl. Abbildung 21).

Abbildung 21:**Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Berufseinstieg**

N = 853; nur Befragte, die nicht ihren Wunschberuf lernen bzw. ihrer Wunsch-tätigkeit nachgehen

Frage: Welche Erfahrungen haben Sie im Zusammenhang mit dem Berufseinstieg gemacht?



Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Für die Gruppe der Befragten, die nicht im Wunschberuf tätig ist, verlief der Einstieg in das Arbeitsleben erwartungsgemäß nicht reibungslos. In Bezug auf die Erfahrungen zeigen sich einige interessante Unterschiede zwischen jungen erwerbstätigen Männern und Frauen:

Unzureichende Qualifikation

- Bezüglich der erforderlichen Qualifikationen gaben mehr Frauen als Männer an, dass ihnen für den Wunschberuf der erforderliche Schulabschluss fehlte (Männer: 34 %, Frauen: 38 %). Von den Männern wird dagegen häufiger das Problem genannt, dass sie wegen unzureichender Schulnoten nicht den Wunschberuf ergreifen konnten (Männer: 19 %, Frauen 14 %).
- Deutlich mehr Frauen als Männer meinen, dass sie großes Glück hatten, überhaupt einen Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz bekommen zu haben (Männer: 33 %, Frauen 41 %).

Wohnortwechsel

Knapp ein Fünftel musste für seine Ausbildung bzw. berufliche Tätigkeit den Wohnort wechseln. Anzunehmen ist, dass dies für die Befragten eine belastende Entwicklungsanforderung darstellte, da vertraute Lebensumstände aufgegeben werden müssen. Einige mögen hingegen gerne ihre Chance genutzt haben, aktiv eine Veränderung herbeizuführen und ihre Selbständigkeit unter Beweis zu stellen.

Aber auch Befragte, die in ihrem Wunschberuf arbeiten, mussten zu einem größeren Teil den Wohnort wechseln:

- 23,4 Prozent geben an, dass sie für ihre Ausbildung bzw. Berufstätigkeit den Wohnort wechseln mussten. In der Gruppe, die nicht im Wunschberuf arbeitet liegt der Anteil mit 18,4 Prozent signifikant niedriger.

Dies kann ein Indiz dafür sein, dass eine gewisse räumliche Mobilität, die Bereitschaft zum Wohnortwechsel, die Realisierung der beruflichen Wunschvorstellungen zu verbessern vermag.

Der Anteil, der in seinem Wunschberuf arbeitet, nimmt mit höherem Alter zu – von 68 Prozent bei den 18- bis 21-Jährigen auf 74 Prozent bei den 26- bis 29-Jährigen. Für diese Zunahme dürften zwei Gründe verantwortlich sein: Zum einen haben die älteren Befragten eher höhere Schulabschlüsse, was ihre Chancen auf den Wunschberuf erhöht. Zum anderen erreichen manche Beschäftigte erst nach einem oder mehreren Arbeitsgeberwechseln im Laufe ihrer beruflichen Laufbahn ihre Wunschtätigkeit.

Bevor die Frage nach selbstinitiierten Arbeitsgeberwechseln aufgeworfen wird, geht es im Weiteren um die Belastbarkeit junger Erwerbstätiger im Sinne einer Gesamteinschätzung:

Wie es um die Belastbarkeit junger Erwerbstätiger steht bzw. ob sie im Ausbildungs- und Arbeitsalltag subjektiv Stress erleben, wurde relativ umgangssprachlich über eine dreiteilige Skala erfasst. Demnach schätzt mehr als die Hälfte seinen Arbeitsalltag als etwas belastend ein; gut ein Fünftel empfindet diesen als sehr belastend bzw. stressig. Knapp 30 Prozent bewerten ihren Alltag als eher locker (vgl. Abbildung 22).

Belastbarkeit junger Erwerbstätiger

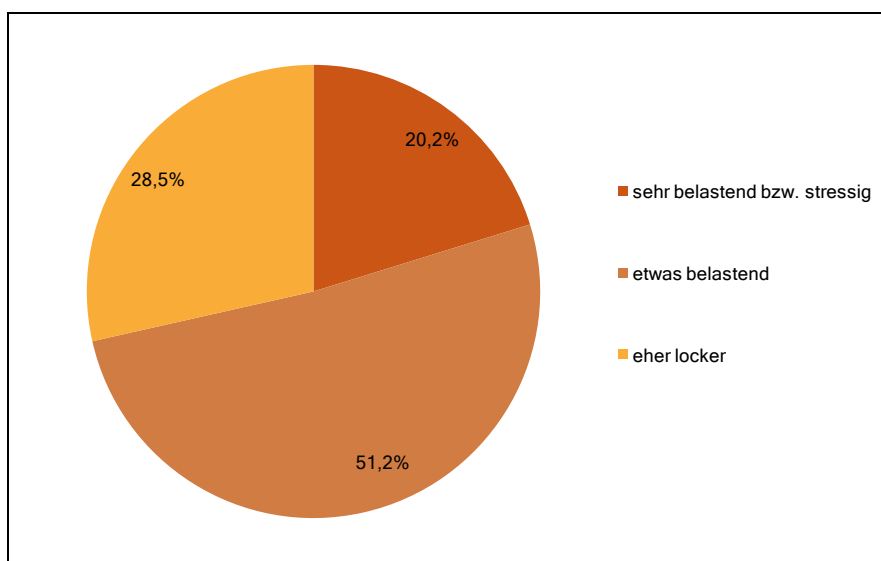


Abbildung 22:

Einschätzung des Arbeitsalltags junger Arbeitnehmer

(N = 3.003)

Interviewfrage: Wie erleben Sie Ihren Arbeitsalltag im Allgemeinen?

Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Eine gewisse Belastbarkeit ist neben guter Gesundheit, Selbstvertrauen und Fleiß eine wesentliche Voraussetzung, um den beruflichen Alltag bestmöglich meistern zu können. Wird die Belastbarkeit im Zuge von zu starken Anforderungen und Belastungen auf Dauer überstrapaziert und die Widerstandsfähigkeit damit herabgesetzt, besteht für Betroffene das Risiko gesundheitliche Einschränkungen zu erfahren.

Betrachtet man das Ergebnis im Zusammenhang mit Beschäftigungsmerkmalen, so fällt auf, dass Befragte mit häufigen bis regelmäßigen Arbeitszeitlagen an Samstagen, an Sonn- und Feiertagen, in Form von Bereitschaftsdiensten oder Schichtarbeit deutlich häufiger ihren Arbeits- und Ausbildungstag als sehr belastend bzw. stressig empfinden. Liegen diese Beschäftigungsmerkmale vor, trifft dies auf jeweils mehr als ein Viertel der Befragten zu.

Zu diesem Ergebnis passt auch, dass lediglich 18,1 Prozent der Befragten, die im Wunschberuf tätig sind, ihren Arbeitsalltag als sehr belastend bzw. stressig empfinden. Bei den Befragten, die sich hingegen nicht im Wunschberuf verorten, beklagen dies 25,6 Prozent.

Eigene Karrieregestaltung: Was bewegt zu einem Arbeitgeberwechsel?

Die Gruppe der Berufsstarter gilt auf dem Arbeitsmarkt als die insgesamt "aktivste", da sich bei ihnen die höchsten Mobilitätsraten zeigen.⁶ Aus der Perspektive der Arbeitsmarktforschung ist berufliche Mobilität im Sinne eines Job- bzw. Arbeitgeberwechsels eine wesentliche Anforderung an junge Beschäftigte. In einer Zeit sich verändernder Erwerbsbedingungen kann sie eine unerlässliche Voraussetzung für den Zugang zu stabiler Beschäftigung darstellen.

Knapp ein Drittel hat bereits den Arbeitgeber gewechselt

Insgesamt haben 30,5 Prozent der Befragten bereits einmal oder mehrfach von sich aus den Arbeitsplatz gewechselt und 8 Prozent haben vor, dies in Kürze zu tun. Wie aus der Abbildung 23 ersichtlich wird, nimmt der Anteil der Wechsler mit zunehmendem Alter deutlich zu, bei den 26- bis 29-jährigen hat fast die Hälfte schon einmal gewechselt oder beabsichtigt es in Kürze.

⁶ Vgl. Struck et al (2006). Beschäftigungsstabilität: Entwicklung und Ursachen ihrer Veränderung. Arbeitspapier des SFB 580 an der Universität Jena unter <http://www.sfb580.uni-jena.de/veroeffentlichungen/b2/discussionpaper10.pdf> (Zugriff: 17.12.2010).

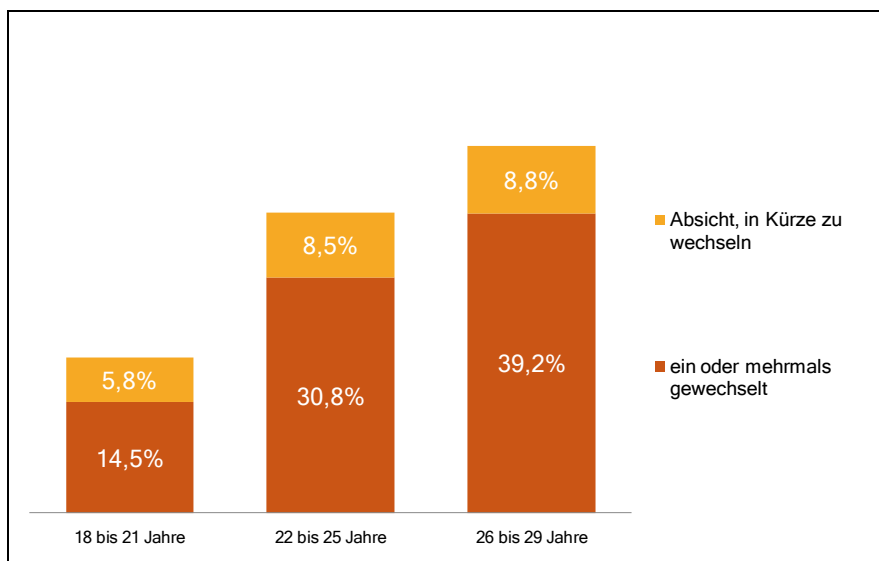


Abbildung 23:

Häufigkeit von Arbeitgeberwechseln differenziert nach Alter

(N = 3.003)

Frage: *Haben Sie schon einmal oder mehrmals von sich aus den Arbeitgeber gewechselt oder haben Sie die Absicht, in Kürze zu wechseln?*

Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Die Antworten auf die Frage nach den Motiven für den selbst initiierten Arbeitgeberwechsel geben einen ersten Eindruck davon, wie junge Arbeitnehmer ihre Arbeitssituation sowie auch ihre Beschäftigungs- und Karriereperspektiven einschätzen.

Als häufigstes Motiv werden von 66 Prozent der Wechsler bessere Perspektiven und Verdienstmöglichkeiten am neuen Arbeitsplatz genannt. Für die jungen erwerbstätigen Männer (71 %) sind diese Aussichten noch deutlich anspornender als bei den gleichaltrigen Kolleginnen (60 %). Auch ist dieses Motiv in der Regel nicht das einzige:

- Knapp 44 Prozent waren zudem auch unzufrieden mit den Arbeitsbedingungen am alten Arbeitsplatz.
- 41 Prozent fehlten die Herausforderungen, ihr Arbeitsalltag bestand zum größten Teil aus Routine und Langeweile.
- 36 Prozent gaben sogar an, „der vorige Job tat mir nicht gut. Angst, Stress oder Ärger waren ständige Begleiter in der Arbeit“.

Was bewegt zum Arbeitgeberwechsel?

Betrachtet man diese Ergebnisse erneut im Zusammenhang mit der Frage, ob jemand in seinem Wunschberuf arbeitet oder nicht, so fällt auf, dass Arbeitsplatzwechsel noch erheblich häufiger auftreten, wenn jemand nicht in seinem Wunschberuf arbeitet (47 % Wechsler gegenüber 35 %, wenn man im Wunschberuf arbeitet). Auch die negativen Motive für den Arbeitsplatzwechsel haben in dieser Gruppe eine deutlich stärkere Bedeutung.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass es etwa drei Viertel der jungen Erwerbstätigen vor dem 30. Lebensjahr schaffen, in ihrem Wunschberuf bzw. einer Wunschtätigkeit zu arbeiten. Einem Viertel gelingt dies trotz Arbeitsplatzwechseln innerhalb des hier betrachteten Altersspektrums leider nicht.

Wie schätzen junge Erwerbstätige ihre aktuelle berufliche Situation und ihre Zukunftsperspektiven ein?

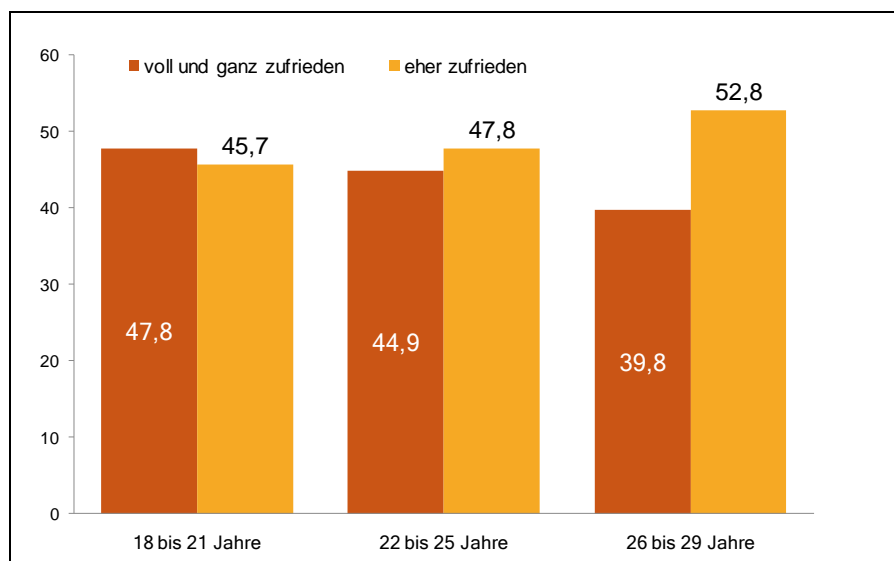
Mit ihrer Arbeit insgesamt sind 43 Prozent der Befragten „voll und ganz zufrieden“. Dabei nimmt der Anteil der vollauf Zufriedenen von der jüngsten zur ältesten Befragtengruppe kontinuierlich von 48 Prozent auf 40 Prozent ab (vgl. Abbildung 24).

Abbildung 24:

Arbeitszufriedenheit insgesamt

(N = 3.000)

Frage: Und wie zufrieden sind sie mit ihrer Arbeit insgesamt?



Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Insgesamt 49 Prozent sind mit ihrer Arbeit nur eher zufrieden. Der Rückgang der vollauf Zufriedenen wird im Altersverlauf durch einen Zuwachs in der Kategorie "eher zufrieden" kompensiert. Nur geringe Unterschiede gibt es, wenn man nach der Art des Beschäftigungsverhältnisses (Zeit-/ Leiharbeit, befristete Beschäftigung) oder Schicht- und Wochenendarbeit differenziert.

Um in Ergänzung zur Gesamtzufriedenheit mit der Arbeit ein differenziertes Bild zur Arbeitssituation junger Erwerbstätiger zu erhalten, wurde auch nach der Zufriedenheit zu insgesamt sechs Teilaspekten der Tätigkeit gefragt:

- Einkommen bzw. finanzielle Anerkennung
- Art bzw. Inhalt der Tätigkeit
- berufliche Entwicklungsmöglichkeiten

- betriebliches Weiterbildungsangebot
- Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Arbeitsklima, Verhältnis zu anderen Kollegen

Abbildung 25 zeigt die Ergebnisse zu diesen sechs Einzelaspekten für die Gesamtgruppe der Befragten.

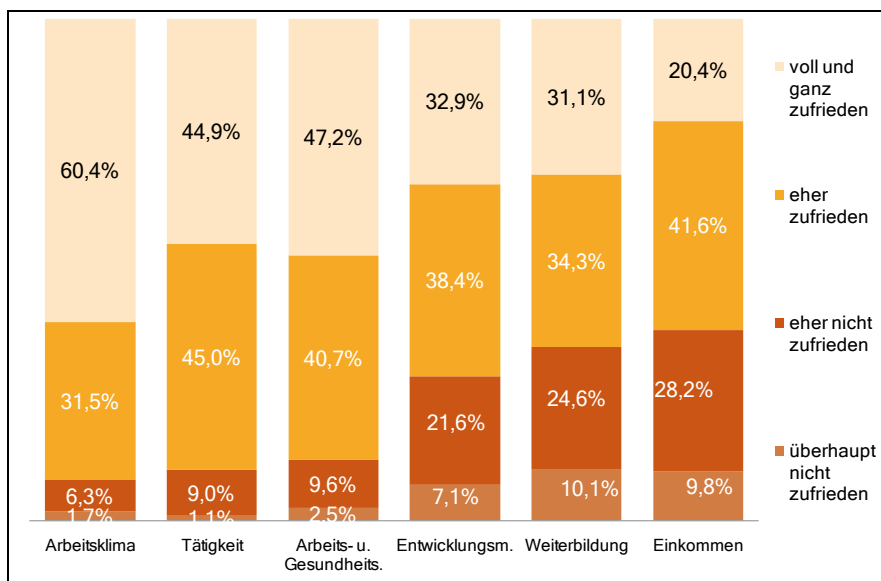


Abbildung 25:

Zufriedenheit mit Teilaspekten der Tätigkeit

(N = 3.003)

Interviewfrage: *Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Punkten Ihrer Tätigkeit?*

Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Mit dem statistischen Analyseverfahren einer multiplen linearen Regression wurde untersucht, welchen Einfluss die Zufriedenheit bezüglich dieser sechs Einzelaspekte auf die Gesamtzufriedenheit mit der Arbeit bei den jungen Erwerbstätigen hat. Als möglicherweise wichtige Hintergrundfaktoren wurden ferner das Alter der Befragten, das Geschlecht und ihr Schulabschluss in die Analyse einbezogen.

Hohe Zufriedenheit bei differenzierter Betrachtung von Teilaspekten

Unabhängig vom Einfluss der Zufriedenheitsvariablen nimmt die Arbeitszufriedenheit mit zunehmendem Alter der Befragten signifikant ab ($p < .01$). Auch ein höherer Schulabschluss korrespondiert mit einer etwas geringeren Zufriedenheit ($p < .05$), wenn gleichzeitig die sechs Einzelaspekte der Arbeitssituation im Modell berücksichtigt werden.

Die weitaus größte Bedeutung - gemessen am Beta-Gewicht der Variablen in der Regression - für die Gesamtzufriedenheit der jungen Erwerbstätigen hat die Zufriedenheit mit Art und Inhalt der Tätigkeit ($p < .001$).

Arbeitsinhalte sind der weitaus wichtigste Einflussfaktor auf die Arbeitszufriedenheit.

Mit weitem Abstand folgt die Zufriedenheit mit den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten sowie etwa gleichauf die Zufriedenheit mit dem Arbeitsklima (beide $p < .001$). Die Zufriedenheit mit dem Einkommen folgt erst an vierter Stelle – mit nur wenig größerem Gewicht, wie die Zufriedenheit mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz (beide $p < .001$).

Die Arbeitsinhalte sind also der weitaus wichtigste Einflussfaktor auf die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation. Damit rückt wieder der bereits im vorigen Abschnitt eingehend betrachtete Aspekt der Übereinstimmung zwischen Wunschberuf und tatsächlicher Tätigkeit in den Fokus. Unzufriedenheit mit Art und Inhalt der Tätigkeit ist kennzeichnend für Erwerbstätige, die nicht in ihrem Wunschberuf arbeiten:

- 26 Prozent der Befragten, die nicht in ihrem Wunschberuf arbeiten sind mit Art und Inhalt ihrer Tätigkeit und 19 Prozent sind mit der Arbeit insgesamt eher nicht oder überhaupt nicht zufrieden.
- In der Gruppe, die in ihrem Wunschberuf arbeitet sind nur 4 Prozent mit Art und Inhalt ihrer Arbeit bzw. 3 Prozent mit der Arbeit insgesamt nicht zufrieden.

Gelingt der Übergang in das Arbeitsleben weniger reibungslos bzw. haben die Befragten einen "Fehlstart", wirkt sich dies gravierend nachteilig auf die Arbeitszufriedenheit aus.

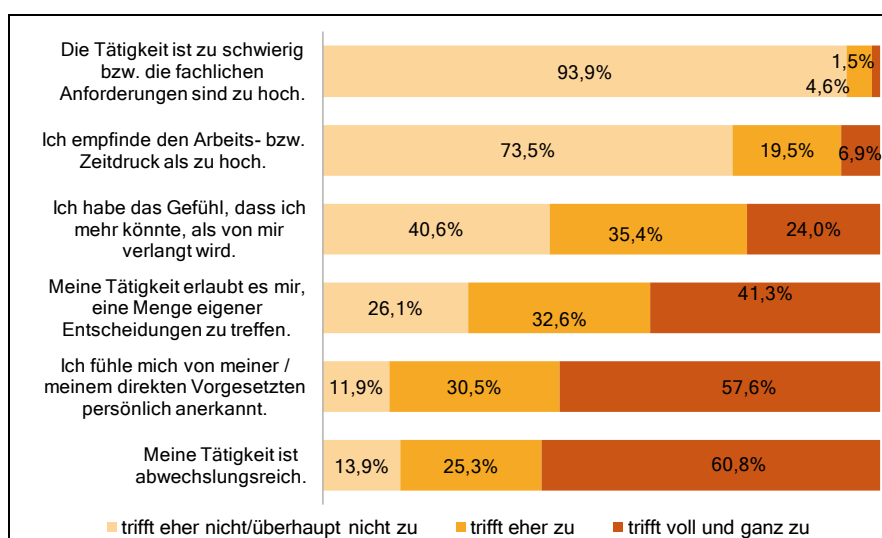
Weiteren Aufschluss über die berufliche Wirklichkeit der jungen Erwerbstätigen geben sechs Fragen zu unmittelbaren Merkmalen der persönlichen Arbeitssituation. Abbildung 26 zeigt das Ergebnis für die Gesamtgruppe der Befragten.

Abbildung 26:

Merkmale der Arbeitssituation

(N = 3.003)

Frage: Nun zu einigen Aspekten Ihrer Erwerbstätigkeit. In welchem Maße treffen folgende Aussagen auf Sie und Ihre Tätigkeit zu?



Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Die Aussage, die Tätigkeit sei zu schwierig bzw. die fachlichen Anforderungen wären zu hoch, wird von der großen Mehrheit der Befragten zurückgewiesen (rd. 94 % trifft nicht/ eher nicht zu). Dabei besteht so gut wie kein Unterschied zwischen Befragten mit/ohne Wunschberuf. Lediglich für etwa sechs Prozent der Befragten besteht das Problem der fachlichen Überforderung.

Die Mehrheit beurteilt die an sie gestellten fachlichen Anforderungen als nicht zu schwierig.

Von Seiten vieler Arbeitgeber wird bisweilen eine zunehmende fachliche Überforderung der Auszubildenden und jungen Erwerbstätigen aufgrund mangelhafter schulischer Vorbildung beklagt. Bei differenzierter Auswertung der DAK-Umfrage zeigen sich Unterschiede zwischen Subgruppen, die mit dieser Sichtweise in Einklang stehen:

- Der Anteil Befragte, die ihre Tätigkeit als zu schwierig empfinden bzw. sich fachlich überfordert fühlen (Anteil trifft eher/voll und ganz zu) liegt in der Teilgruppe der Befragten, die sich in Berufsausbildung befinden mit 6,9% etwas höher als in der Gesamtgruppe. Die Auszubildenden mit Hauptschulabschluss fühlen sich jedoch zu 22,1% überfordert.

Überforderung in Abhängigkeit von schulischer Vorbildung

Bei den übrigen Einschätzungen ist wieder sehr aufschlussreich, danach zu unterscheiden, ob jemand seinen Wunschberuf erreicht hat oder nicht:

- Den Arbeits- und Zeitdruck bei der Arbeit empfinden rd. 27 Prozent als zu hoch; bei den Befragten, die nicht im Wunschberuf arbeiten sind es mit 30 Prozent etwas mehr als in der Gruppe der übrigen Befragten (25 %).
- Junge Erwerbstätige, die ihren Wunschberuf ausüben, erleben ihre Tätigkeit zu 92 Prozent als abwechslungsreich, 81 Prozent können bei der Arbeit „eine Menge eigener Entscheidungen treffen“ und 90 Prozent fühlen sich von ihren direkten Vorgesetzten persönlich anerkannt (jeweils Nennungen trifft eher/voll und ganz zu).
- Bei den Befragten, die bisher nicht ihre Wunschtätigkeit erreicht haben, liegen die entsprechenden Anteile nur bei 72 Prozent, 57 Prozent bzw. 78 Prozent.
- Ein großer Teil der Befragten, die nicht in ihrem Wunschberuf arbeiten, erleben sich als unterfordert: Der Aussage „Ich habe das Gefühl, dass ich mehr könnte, als von mir verlangt wird“ stimmen 39 Prozent voll und ganz zu, bei den Befragten im Wunschberuf ist der Anteil mit 18 Prozent weniger als halb so groß.

Gut ein Viertel empfindet den Arbeits- und Zeitdruck als zu hoch.

Es zeigt sich somit recht anschaulich, was den Befragten fehlt, die nicht ihren Wunschberuf erreicht haben. Es sind letztlich genau die Faktoren, die in der Variablen „Art und Inhalte der Arbeit“ zusammengefasst sind und die sich als die wichtigsten für die Arbeitszufriedenheit herausgestellt haben.

Welche Einstellungen zu Arbeit, Karriere sowie auch Problemen am Arbeitsplatz sind unter jungen Erwerbstätigen vorherrschend?

Als ein weiterer sehr wichtiger Themenkomplex wurden auch die Sichtweisen der jungen Erwerbstätigen hinsichtlich ihrer beruflichen Zukunft erhoben. Gerade bei den jungen Erwerbstätigen dürften die grundsätzlichen Lebenseinstellungen zum Stellenwert von Arbeit und Karriere und die Fähigkeiten zum Umgang mit berufsbezogenen Stress auslösenden Faktoren eine wichtige Rolle für die künftige Gesundheit spielen.

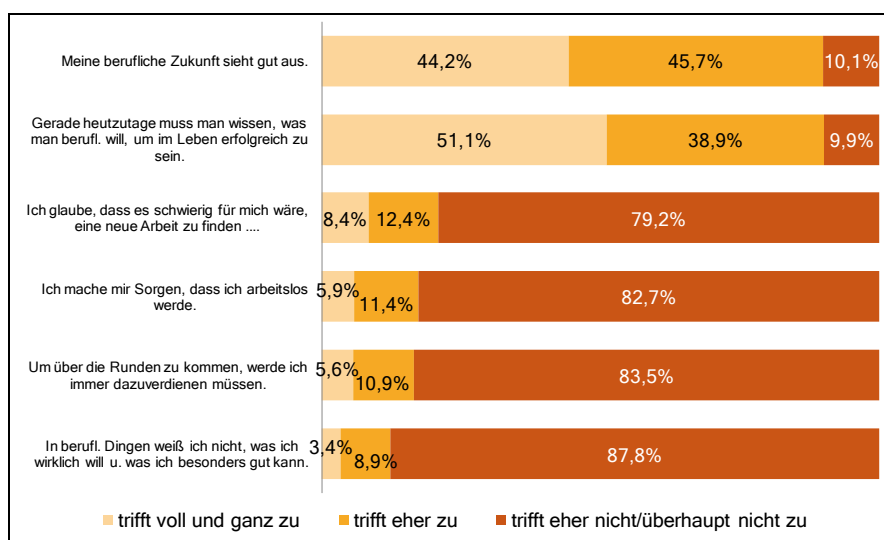
In diesem Zusammenhang ist es erfreulich, dass gut 90 Prozent der Befragten der Meinung sind, dass ihre berufliche Zukunft gut aussieht (Kategorien "trifft eher/voll und ganz zu" zusammengefasst). Zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen gibt es keine nennenswerten Unterschiede. Abbildung 27 zeigt das Ergebnis im Überblick für die Gesamtgruppe der Befragten.

Abbildung 27:

Vorstellungen von den beruflichen Perspektiven (1)

(N = 3.003)

Frage: Jeder hat bestimmte Vorstellungen vom Leben und seinen beruflichen Perspektiven. Welche Aussagen treffen in welchem Maße auf Sie zu?



Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Die weit verbreitete positive Grundhaltung hinsichtlich der beruflichen Zukunft geht einher mit der ebenso weit verbreiteten Ansicht, dass man als Grundlage von Erfolg eine klare Zielvorstellung darüber benötigt, was man beruflich erreichen möchte. Gut jede/r Zweite unterstreicht dies voll und ganz. Junge Frauen sind in etwa genauso häufig wie die Männer dieser – vermutlich zutreffenden – Auffassung.

Der hohen Zahl an "Zukunftsoptimisten" ist die Gruppe der Bedenkenträger bzw. der "Zukunftspessimisten" in beruflichen Belangen gegenüber zu stellen:

- Etwa 17 Prozent machen sich Sorgen, arbeitslos zu werden und rd. 21 Prozent glauben, dass es schwierig für sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn sie arbeitslos wären. Die Frauen sind bei beiden Fragen etwas stärker besorgt als die Männer. Ferner macht sich die jüngste Gruppe der Befragten (18- 21-Jährige) stärkere Sorgen, was einleuchtet, da sie beruflich noch nicht so etabliert sein dürfte, wie die etwas älteren Befragten.
- Eher pessimistisch im Hinblick auf ihre wirtschaftliche Situation sind rd. 17 Prozent der Befragten. Dabei zeigt sich kein nennenswerter Unterschied zwischen jungen erwerbstätigen Männern und Frauen. Auch sind es wieder die Jüngsten (18 bis 21 Jahre), die etwas häufiger befürchten, dass sie nebenher immer etwas dazuverdienen müssen, um finanziell über die Runden zu kommen (19,2 %).

Etwa ein Fünftel schaut sorgenvoll in die Zukunft.

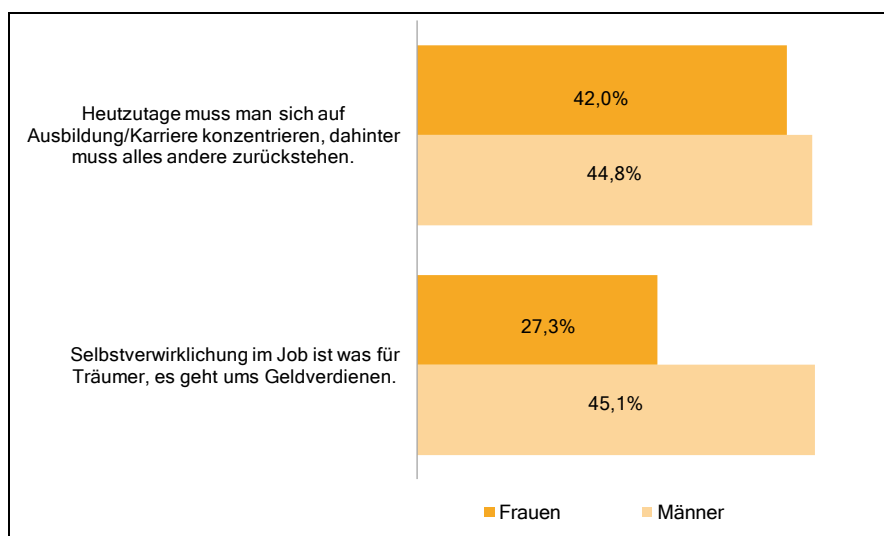
Deutlich pessimistischer im Hinblick auf ihre berufliche Zukunft und besorgter hinsichtlich des Risikos arbeitslos zu werden, sind erwartungsgemäß die Befragten in befristeten Beschäftigungsverhältnissen bzw. in Zeit-/Leiharbeit sowie mit den niedrigeren Bildungsabschlüssen (Hauptschule, mittlerer Bildungsabschluss). Auch zeigen sich große Unterschiede, je nachdem, ob die Befragten ihren Wunschberuf ausüben oder nicht.

Zu den grundsätzlichen Einstellungen – die sich im weitesten Sinne dem Thema der „Work-Life-Balance“ zuordnen lassen – wurden zwei Fragen gestellt. Die Analyse der Antworten zeigt eine deutliche Differenz zwischen den Geschlechtern, die dem traditionellen Muster einer stärkeren Berufs- und Karriereorientierung der Männer entspricht: Junge Frauen sind etwas weniger bereit als die Männer, der Berufskarriere alles andere im Leben unter zu ordnen.

Gleichgewicht zwischen Beruflichem und Privatem

Gut vier von zehn Befragten betonen, dass man sich heutzutage auf seine Ausbildung und Karriere konzentrieren und dahinter alles andere zurückstellen muss. Diese Arbeitsorientierung ist unter jungen erwerbstätigen Frauen etwas schwächer ausgeprägt als bei den Männern. Zugleich halten Frauen aber auch stärker als die Männer an dem Ziel der Selbstverwirklichung im Beruf fest (vgl. Abbildung 28).

Allerdings ist festzuhalten, dass das Ziel der beruflichen Erfüllung auch für die Mehrheit der männlichen Befragten keineswegs nur „etwas für Träumer“ ist.

Abbildung 28:**Vorstellungen von den beruflichen Perspektiven (2) differenziert nach Geschlecht***(N = 3.003)**Kategorien "trifft eher zu" und "trifft voll und ganz zu" zusammengefasst*

Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Zeigen junge Erwerbstätige im Umgang mit Problem ein aktives Lösungsverhalten am Arbeitsplatz?

Es bleibt festzuhalten, dass junge Erwerbstätige ausgesprochen optimistisch sind in Bezug auf ihre beruflichen Perspektiven. Ein weiteres wichtiges Thema in diesem Zusammenhang ist, inwieweit junge Erwerbstätige ein aktives Verhalten im Umgang mit Problem und damit mit Stressoren in der Arbeitswelt zeigen. Mit der Aufgabenvielfalt, den Entscheidungsspielräumen, Anerkennung durch Vorgesetzte sowie Über- und Unterforderung sind bereits einige der wichtigsten Faktoren betrachtet worden, die für die Entstehung von arbeitsbedingtem Stress und in der Folge auch von arbeitsbedingten Erkrankungen verantwortlich sind.

Im Hinblick auf die Bewältigung von Problemen am Arbeits- oder Ausbildungsplatz wurden den Befragten mehrere denkbare Verhaltensmuster vorgeschlagen und gebeten anzugeben, was auf einen persönlich zutrifft (vgl. Abbildung 29).

Mehrheitlich zeigt sich ein konstruktives Problemlösungsverhalten

Die große Mehrheit der jungen Erwerbstätigen beschreibt sich selbst als aktive Problemlöser. Dabei gibt es keine Alters- oder Geschlechtsunterschiede. Entsprechend dieser aktiven Grundhaltung sagen 75 Prozent von sich, dass sie Probleme gegenüber Ausbildern oder Vorgesetzten sofort ansprechen und sie nicht tagelang mit sich herumtragen.

Neben dieser konstruktiven Haltung ist unter den Befragten jedoch auch die Auffassung vertreten, dass Stress im Job einfach dazu gehört und man daran nichts ändern kann. Rund 30 Prozent sind davon "voll und ganz" überzeugt. Etwa 20 Prozent sind zudem der Auffassung, dass es nicht gut sei, Probleme anzusprechen, vielmehr sei es besser, im Betrieb nichts zu sagen, um nicht negativ aufzufallen. Jedoch nur eine Minderheit von 4 Prozent ist davon "voll und ganz" überzeugt.

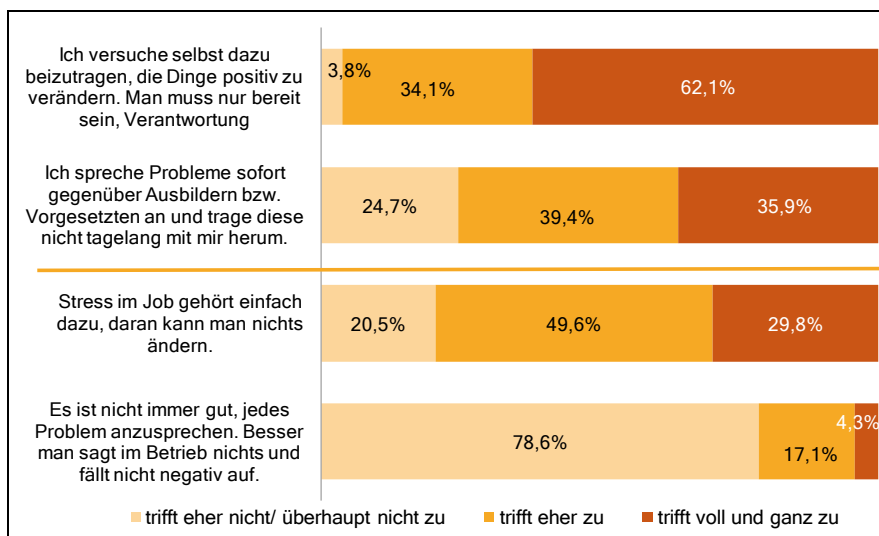


Abbildung 29:

Verhaltens- und Lösungsorientierung bei Problemen am Arbeitsplatz

(N = 3.003)

Frage: Wenn man Probleme, speziell am Arbeits- und Ausbildungsplatz hat, kann man die Situation unterschiedlich einschätzen und reagieren. Was trifft auf Sie in welchem Maße zu?

Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Fazit zur Arbeitssituation von jungen Erwerbstätigen

Als ein wesentliches Ergebnis der Befragung bleibt festhalten, dass über 90 Prozent der jungen Erwerbstätigen mit ihrer Arbeit alles in allem zufrieden sind und zwar um so mehr, je mehr sie die Arbeitsinhalte als abwechslungsreich und fordernd einstufen, je eher sie eigene Entscheidungsspielräume haben und von ihren Vorgesetzten Anerkennung erhalten.

Auch präsentiert sich die Mehrheit optimistisch hinsichtlich ihrer beruflichen Zukunft. Ein Fünftel sorgt sich jedoch auch, möglicherweise arbeitslos zu werden. Demnach geht die erwartungsvolle und konstruktive Lebenseinstellung nicht einher mit einer ausgeprägten Sorglosigkeit.

So sehr sich die Befragten in Bezug auf ihre berufliche Zukunft positiv präsentieren, so sehr sehen sie sich selbst auch in der Verantwortung, wenn es um Belastungen und Probleme geht. Problemen am Arbeitsplatz begegnen drei Viertel konstruktiv mit einer aktiven Bewältigungshaltung. Auch die Angaben zur Beurteilung der persönlichen Arbeitssituation zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der jungen Erwerbstätigen gut in der Arbeitswelt angekommen ist.

Ungünstiger sieht die Situation für die 20 bis 25 Prozent aus, deren berufliche Situation nicht ihren Vorstellungen entspricht. Sie empfinden häufiger ihren Arbeitsalltag als sehr belastend. Dennoch haben sie auch vielfach das Gefühl, dass sie am gegenwärtigen Arbeitsplatz unter ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten bleiben. Sie klagen vor allem über weniger abwechslungsreiche Arbeit, die ihnen nicht so viele Spielräume für eigene Entscheidungen lässt.

Ferner zeigen die Ergebnisse der Umfrage auch, dass Auszubildende und Berufsanfänger mit niedrigeren Bildungsabschlüssen zu einem erheblich größeren Anteil auf Probleme - im Sinne von erlebter fachlicher Überforderung - treffen und ihre berufliche Zukunft deutlich häufiger als unsicher einstufen.

4.2 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von jungen Erwerbstätigen

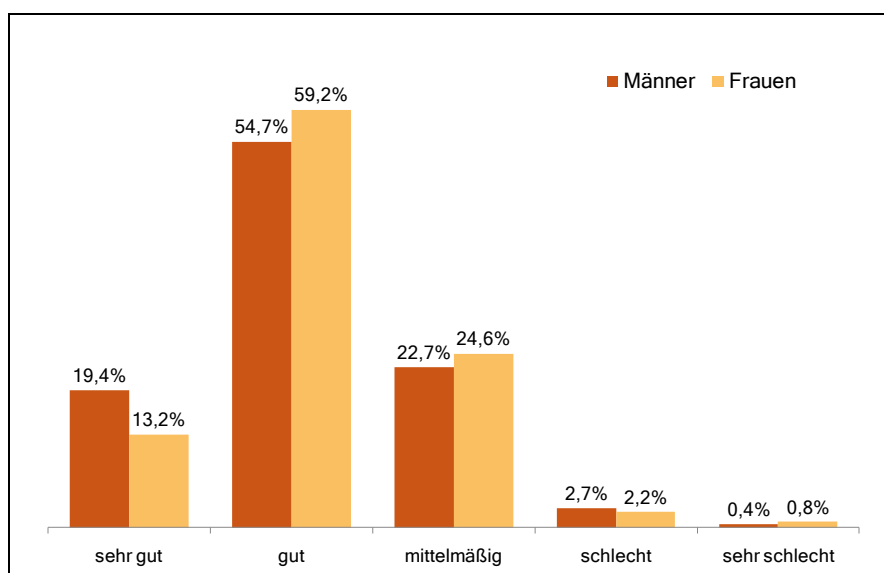
Die überwiegende Mehrheit (73,3 %) der jungen Erwerbstätigen beurteilt ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen als "gut" oder "sehr gut". Ein nennenswerter Geschlechtsunterschied zeigt sich vorrangig bei den Kategorien "sehr gut" und "gut" (vgl. Abbildung 30).

Abbildung 30:

Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand differenziert nach Geschlecht

(N = 3.003)

Frage: Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Allgemeinen?.



Quelle: IGES, nach DAK-Befragung 2010

Befragte, die ihren Gesundheitszustand negativ beurteilen leiden zu einem großen Teil an einer chronischen Krankheit oder Behinderung: Bei den Befragten, die ihre Gesundheit als „sehr schlecht“ einstufen, sind es 61 Prozent, bei denen, die „schlecht“ angaben sind es 42 Prozent.

Befragte mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen

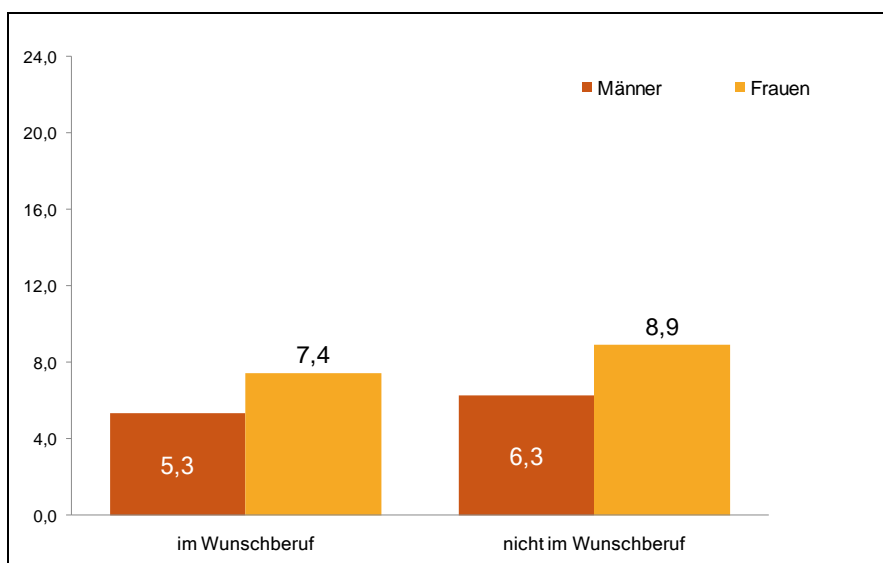
Insgesamt gab gut ein Fünftel der Befragten (21 %) an, dass sie an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen oder einer Behinderung leiden. Trotz chronischer Krankheit oder Behinderung bezeichnen 58 Prozent dieser jungen Menschen ihren Gesundheitszustand aber als „sehr gut“ oder „gut“. In dieses Bild passt auch, dass nur 10 Prozent der Befragten der Meinung sind, dass ihre dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung sich "stark" oder "sehr stark" nachteilig auf den Beruf bzw. die Tätigkeit allgemein auswirkt.

Häufigkeit von Beschwerden in den letzten 12 Monaten

Zusätzlich zum Gesundheitszustand im Allgemeinen wurde auch die Häufigkeit des Auftretens von acht Beschwerden erhoben, die vielfach nicht nur bei körperlichen Erkrankungen, sondern auch als Folge von Stress und Belastungen im Berufs- und Privatleben auftreten.

Neben einer Analyse der einzelnen Beschwerden wird häufig auch die Gesamtbelastung durch diese Beschwerden als Hinweis gewertet, dass eine möglicherweise gesundheitsgefährdende Stresssituation vorliegt. Aus den acht Einzelbeschwerden und ihrer Häufigkeit (nie=0, eher selten=1, eher oft=2, sehr oft=3) wird daher durch Summenbildung ein Beschwerdeindex berechnet, der Werte zwischen 0 (alle Einzelbeschwerden treten nie auf) und 24 (alle treten "sehr oft" auf) annehmen kann.

Frauen leiden unter jeder der acht abgefragten Beschwerden deutlich häufiger als Männer, ihr Beschwerdeindex liegt im Durchschnitt über alle Befragten bei 7,8, der aller Männer liegt bei 5,6. Zugleich zeigt sich bei diesem Gesamtwert wieder der Unterschied hinsichtlich "im Wunschberuf tätig" oder "nicht im Wunschberuf" tätig (vgl. Abbildung 31).



Quelle: IGES, nach DAK-Befragung 2010

Wird in die Analysen noch das Merkmal Bildungsabschluss mit einbezogen, so zeigt sich sein Einfluss insbesondere bei den Frauen. Hier liegt der Beschwerdewert in der Gruppe "Abitur/Hochschulabschluss" bei 7,6 und nimmt über die Gruppe "mittlerer Schulabschluss" (8,0) zur Gruppe "Hauptschulabschluss" deutlich zu (8,5).

Bildung eines Indexes als Maßzahl für die Häufigkeit von Beschwerden insgesamt

Abbildung 31:

Beschwerdeindex differenziert nach Geschlecht sowie Tätigkeit im Wunschberuf

(N = 3.003)

Wertebereich [0; 24]

Bei Frauen mit Hauptschulabschluss, die zudem "nicht im Wunschberuf" tätig sind, steigt der Beschwerdewert sogar auf 11,0 Punkte.

Darüber hinaus haben mehrere weitere Merkmale der Arbeitssituation Einfluss auf die Beschwerdehäufigkeit (Ergebnisse einer multiplen linearen Regression): Ein als zu hoch empfundener Arbeits- und Zeitdruck sowie starke Konkurrenz unter den Kollegen/innen wirken sich besonders negativ aus, eine abwechslungsreiche Arbeit sowie Anerkennung durch den direkten Vorgesetzten erweisen sich dagegen als beschwerdemindernd.

Nachfolgend zur Einzelbetrachtung der einzelnen Beschwerden:

Muskelverspannungen führen die Liste häufiger Beschwerden an gefolgt von Kopfschmerzen.

- Am häufigsten leiden junge Erwerbstätige unter Muskelverspannungen, z.B. im Rücken-, Nacken- oder Schulterbereich: 13 Prozent antworteten mit „sehr oft“ und weitere 35 Prozent mit „eher oft“.
- An zweiter Stelle stehen Kopfschmerzen; diese betreffen 7,5 Prozent „sehr oft“ und 22,6 Prozent „eher oft“.
- Die dritte Position nehmen Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit oder Unruhe ein; 3,7 Prozent leiden darunter „sehr oft“ und 17,2 Prozent „eher oft“.

Wie bereits berichtet zeigt sich ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied bei allen Beschwerden. Werden die Kategorien "eher oft" und "sehr oft" zusammengefasst, dann fällt dieser auf Ebene der Einzelitems am größten aus bei "Schwindelgefühl; Herzrasen, Kreislaufbeschwerden" sowie bei den "Kopfschmerzen" (vgl. Abbildung 32).

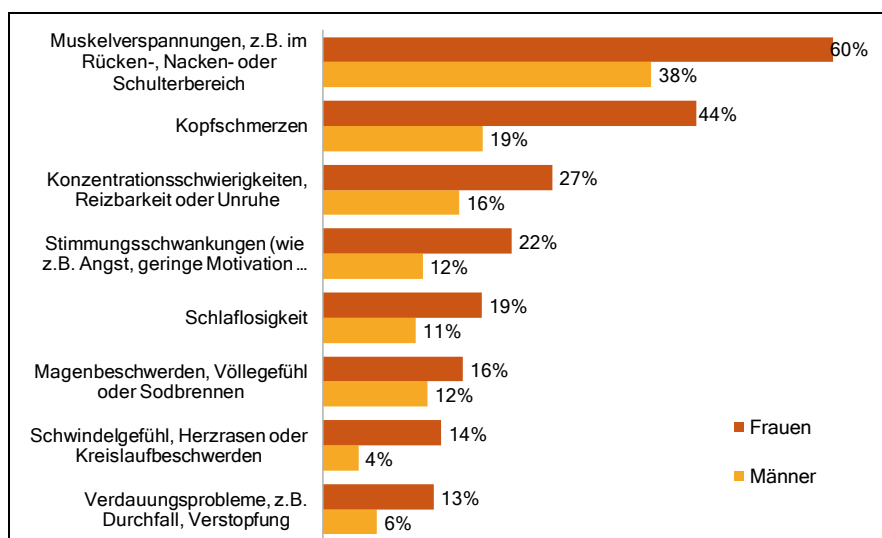
Abbildung 32:

Häufigkeit von Beschwerden differenziert nach Geschlecht

Kategorien "eher oft" und "sehr oft" zusammengefasst.

(N = 3.003)

Frage: Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten folgende Beschwerden?



Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Im Rahmen von Befragungen ist häufig zu beobachten, dass die Jahresprävalenz von Allgemeinbeschwerden im Altersverlauf zunimmt. Unter den von der DAK befragten jungen Erwerbstätigen, d.h. im jungen Altersverlauf von 18 bis 29 Jahren lässt sich diese Altersabhängigkeit der Beschwerdehäufigkeit jedoch weder auf Ebene der Einzelbeschwerden noch beim Summenwert beobachten.

Gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen junger Erwerbstätiger

Neben dem Gesundheitszustand wurden in der DAK-Befragung auch gesundheitsbezogene Einstellungen junger Erwerbstätiger sowie Verhaltensweisen und Wissen in Bezug auf Gesundheitsrisiken untersucht. Nach der Befragung sind 25,6 Prozent der Befragten *eher* und 58,2 Prozent *voll und ganz* der Meinung, dass Gesundheit in erster Linie dadurch bestimmt wird, was man selbst dafür tut.

Damit besitzt die Mehrheit der Befragten (94%; Männer: 95 %; Frauen: 93 %) eine wesentliche Voraussetzung zur Entwicklung einer persönlichen Gesundheitskompetenz. Dies schließt aber nicht aus, dass gut ein Viertel (24 %) *eher* und sechs Prozent sogar *voll und ganz* der Meinung sind, dass Gesundheit in der Hauptsache eine Frage von guter Veranlagung und Glück ist.

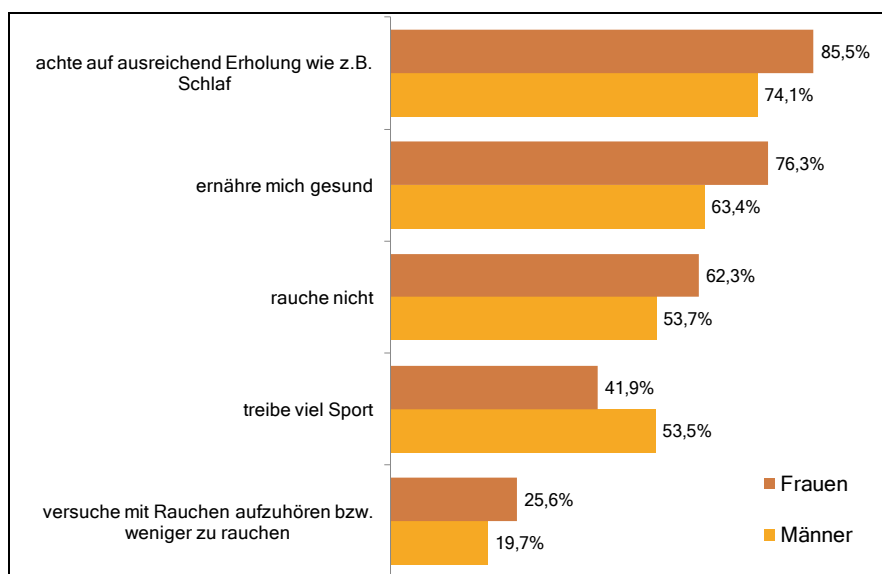
Weitverbreitetes Bewusstsein einer selbstverantworteten Gesundheit

Angesichts des hohen Ergebnisses in Bezug auf eine selbstverantwortete Gesundheit interessiert die Fragestellung, inwieweit dieses Bewusstsein sich auch in konkretem gesundheitsbewussten Verhalten äußert: "Was tun Sie persönlich in Ihrem Alltag für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden?" Es wurden fünf konkrete Verhaltensweisen vorgegeben:

- Erwartungsgemäß wurde mit insgesamt 80 Prozent am häufigsten das Achten auf genügend Erholung angegeben, da dies den meisten Befragten wohl insgesamt am leichtesten fallen dürfte.
- Gesunde Ernährung, Nicht-Rauchen und viel Sport treiben wurden deutlich seltener genannt (69 %; 58 % bzw. 48 %).
- 23,0 Prozent versuchen mit dem Rauchen aufzuhören bzw. weniger zu rauchen. Bezogen auf die Gruppe der Befragten, die nach eigenen Angaben nicht zu den "Nichtrauchern" zu zählen sind, versucht folglich knapp die Hälfte der Raucher (49 %) dies einzuschränken oder aufzugeben.

Alltägliche gesundheitsbezogene Verhaltensweisen

Bei dieser Betrachtung zeigen sich wieder einige Unterschiede, ob jemand in seinem Wunschberuf arbeitet oder nicht. Auch in Bezug auf den Bildungsabschluss sowie das Alter ergeben sich innerhalb der Befragten-Stichprobe einige nennenswerte Unterschiede. Die deutlichsten Differenzen zeigen sich jedoch bei allen fünf Aspekten zwischen den Geschlechtern (vgl. Abbildung 33).

Abbildung 33:**Alltägliche Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen****(N = 3.003)****Frage:** Was tun Sie persönlich in Ihrem Alltag für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden?

Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sich die Befragten mehrheitlich um ein gesundheitsgerechtes Verhalten im Alltag bemühen. Eine wichtige Fragestellung in diesem Zusammenhang ist daher, wie die jungen Erwerbstätigen ihre persönliche Situation in Bezug auf eine gesundheitsbewusste Lebensführung im Ausbildungs- oder Arbeitsalltag einschätzen.

Gesundheitsbewusst zu sein, findet ein beachtlicher Teil der jungen Erwerbstätigen als anstrengend.

Zur Bewertung stand die Aussage "Ich empfinde es als zusätzlich anstrengend, wenn ich neben meiner Tätigkeit auch noch auf ausreichend Sport und Bewegung sowie gesunde Ernährung achten soll"; der insgesamt 38 Prozent zustimmen (26 % stimmen *eher* und 12 % *voll und ganz* zu). 62 Prozent lehnen dies eher bis völlig ab.

Aufschlussreich ist, die zwei typischen Merkmale einer gesundheitsbewussten Lebensweise, nämlich "Sport treiben" und "sich gesund ernähren" vor dem Hintergrund dieser Bewertung erneut zu betrachten. Für die Analyse in Abbildung 34 wurde die Befragten-Stichprobe in diese zwei Gruppen unterteilt. Von den Befragten, denen gesundheitsbewusst zu sein, nicht zu anstrengend ist, ernähren sich nennenswert mehr Befragte gesund. Wird dies hingegen als eher bis sehr anstrengend empfunden, geht dies deutlich zu Lasten einer gesunden Ernährung. Noch deutlicher fällt diese Differenz in Bezug auf das Merkmal "treibe viel Sport" aus.

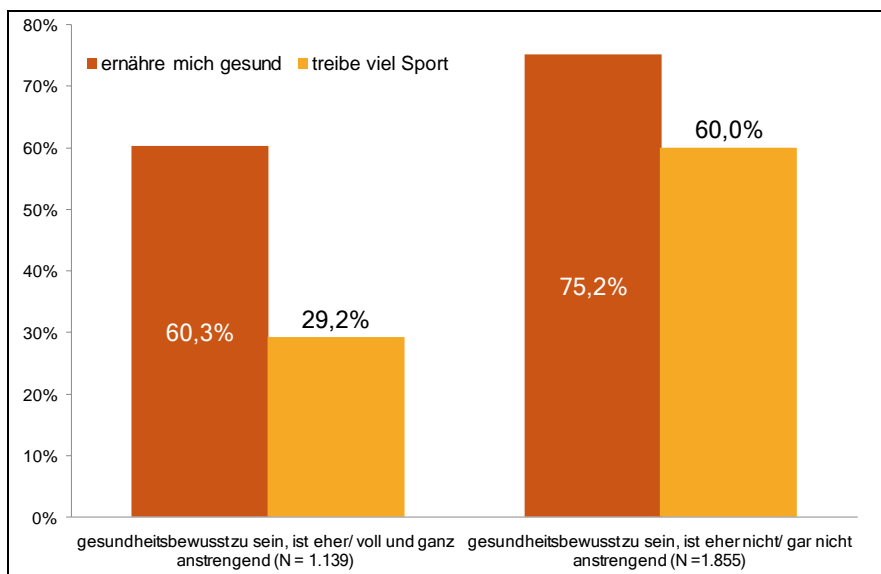


Abbildung 34:

Alltägliche Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen differenziert nach "gesundheitsbewusst zu sein, ist eher oder nicht anstrengend"

Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Weiteren Aufschluss über das gesundheitsbezogene Verhalten junger Erwerbstätiger, insbesondere in der Gruppe derjenigen, denen die gesundheitsbewusste Lebensführung zu mühevoll ist, ergibt sich im Zuge einer Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitsverhaltens. Entsprechend wurde die Frage gestellt, in welchem Umfang die Betroffenen hier ein Verbesserungspotential sehen.

Insgesamt, d.h. über die gesamte Befragten-Stichprobe, werden Gesundheits- bzw. Präventionsüberlegungen dahingehend gehgt,

- dass 33,5 Prozent der Meinung sind, dass sie an ihrem Gesundheitsverhalten *einiges verbessern* müssten.
- *Sehr viel verbessern* müssten ihrer Meinung nach lediglich 3,5 Prozent.

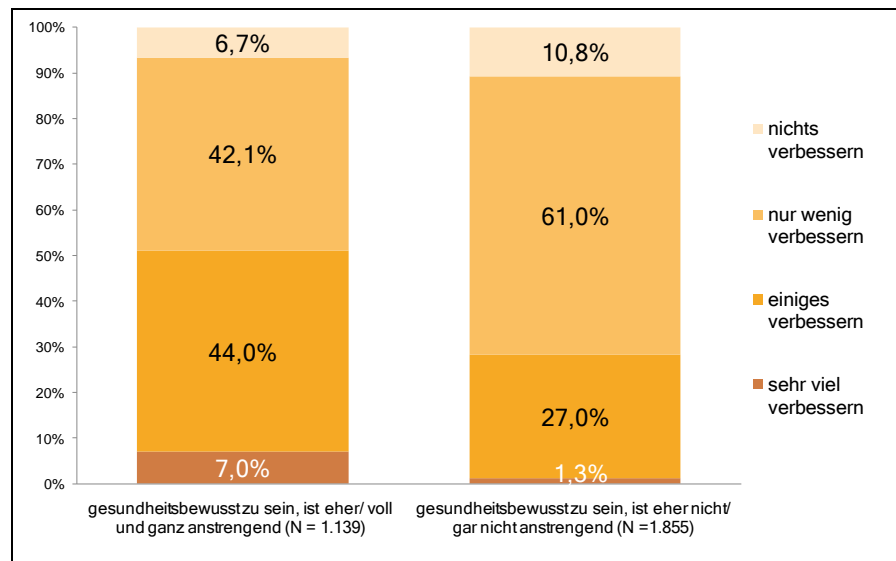
Mit insgesamt 63 Prozent überwiegen die Befragten, die nur *wenig* (54 %) bis *gar nichts* (9 %) verbessern wollen.

Interessant ist diesbezüglich vor allem wieder ein Vergleich zwischen den zuvor eingeführten Gruppen (Abbildung 35). In der Gruppe der Befragten, denen eine gesunde Lebensführung neben der Erwerbstätigkeit zu anstrengend ist, sind deutlich mehr Befragte davon überzeugt, dass sie ihr gesundheitsbezogenes Verhalten steigern sollten.

Gesamtbeurteilung des Gesundheitsverhaltens

Abbildung 35:

Gesundheitsverhalten: Selbsteingeschätztes Verbesserungspotential differenziert nach "gesundheitsbewusst zu sein, ist eher oder nicht anstrengend"



Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Nachzutragen ist, dass Frauen insgesamt ihr persönliches Verbesserungspotential höher einschätzen als die Männer im Alter von 18 bis 29 Jahren. Dies gilt auch für Befragte mit einem höheren Bildungsabschluss.

Alkohol: Verbreitung gesundheitlich riskantem Verhalten

Für einen ersten Eindruck zum Thema Alkoholkonsum wurde nach den Einschätzungen zur Wirkung von Alkohol auf die berufliche Leistungsfähigkeit gefragt:

Alkohol hat als Genussmittel in Alltagssituationen eine hohe Akzeptanz; seine Auswirkungen werden in vielen Fällen als nicht leistungsbeeinträchtigend eingeschätzt.

- Gut ein Viertel (24 %) der jungen Erwerbstätigen stimmen *eher bzw. voll und ganz* zu, dass Alkohol dazu gehört, "wenn man beim Ausgehen Spaß und Vergnügen haben will". Unter den Männern teilt jeder Dritte (33 %) diese Einstellung (Frauen: 19 %).
- Gut ein Fünftel (21 %) sieht die berufliche Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigt, wenn man sich am Abend betrinkt. Auch hier teilen wieder mehr Männer (27 %) als Frauen (18 %) diese Einstellung.

Insgesamt zeigen die Daten eine recht verbreitete Akzeptanz von Alkohol unter den jungen Erwerbstätigen. Als gesundheitsrelevantes Verhalten wurde das Thema Alkohol im Rahmen der Befragung vertiefend betrachtet.

Es zeigt sich – wie auch in allen anderen Untersuchungen zu diesem Thema – ein deutlicher Geschlechtsunterschied: Bezogen auf den Konsum in den letzten drei Monaten geben Frauen deutlich seltener an, Alkohol zu trinken als Männer.

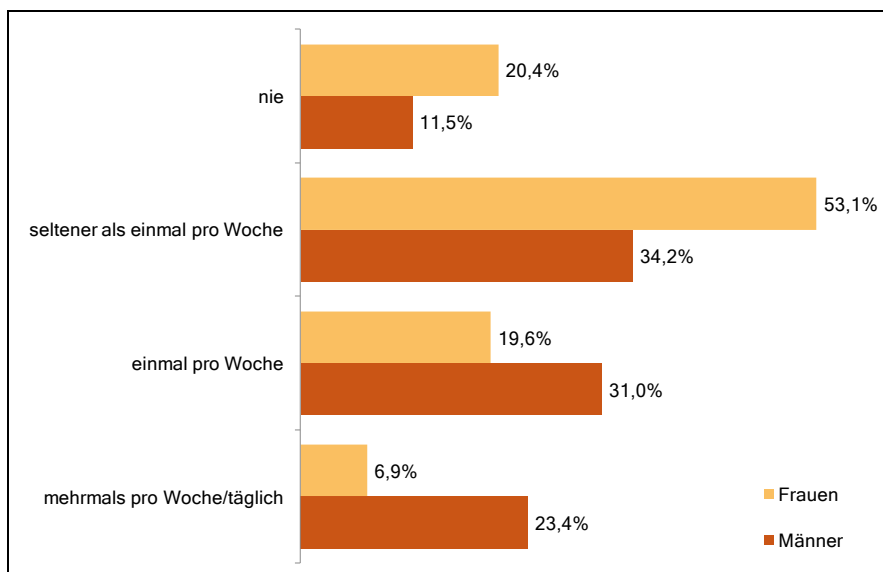


Abbildung 36:

Alkoholkonsum in den letzten drei Monaten differenziert nach Geschlecht

(N = 3.003)

Frage: Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten Alkohol, z.B. ein Glas Bier, getrunken?

Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Jede fünfte junge erwerbstätigen Frau und etwa jeder zehnte Mann geben an, dass sie in den letzten drei Monaten nie z.B. ein Glas Bier getrunken haben. Bezogen auf die gesamte Befragten-Stichprobe trifft dies auf 15,6 Prozent zu. Diese Alkoholabstinenz-Quoten stimmen nahezu völlig überein mit den Ergebnissen die das Robert-Koch-Institut in der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (RKI 2009) für die Gesamtbevölkerung dieser Altersspanne ermittelt hat.

Insgesamt vier von 10 Befragten trinken regelmäßig Alkohol (Angaben *mindestens einmal in der Woche*); bei den Männern sind es mehr als die Hälfte (55 %), bei den Frauen nur gut ein Viertel (27 %). Bereits in der Gruppe der 18- bis 21-Jährigen beträgt der Anteil der Befragten mit mindestens wöchentlichen Konsum 40,1 Prozent (22 - 25 Jahre: 39,8 %; 26 - 29- Jahre: 43,4 %).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) ermittelt in ihrer aktuellen Studie der "Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010" (BZgA 2011) etwas niedrigere Anteile von Personen mit regelmäßigem Alkoholkonsum (mindestens einmal pro Woche): Für die Gruppe der 18 bis 21-Jährigen sowie für die Gruppe der 22 bis 25-Jährigen kommt die BZgA auf Werte in Höhe von 34,7 bzw. 34,4 Prozent.⁷

Alkoholabstinenz

40 % trinken regelmäßig, d.h. mindestens einmal die Woche Alkohol.

⁷ Vgl. Kurzbericht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011) unter <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/> (Zugriff: 07.02.2011).

Eine Ursache für diesen Unterschied zu den DAK-Ergebnissen könnte zum einen in dem unterschiedlichen Referenzzeitraum liegen: In der DAK-Umfrage wurde nach der Konsumhäufigkeit in den zurückliegenden 3 Monaten gefragt, in der BzGA-Erhebung nach der Häufigkeit in den letzten 12 Monaten. Zum anderen erstreckt sich die BzGA-Untersuchung auf die Gesamtbevölkerung der genannten Altersspanne, wogegen die DAK-Umfrage nur Erwerbstätige einbezogen hat.

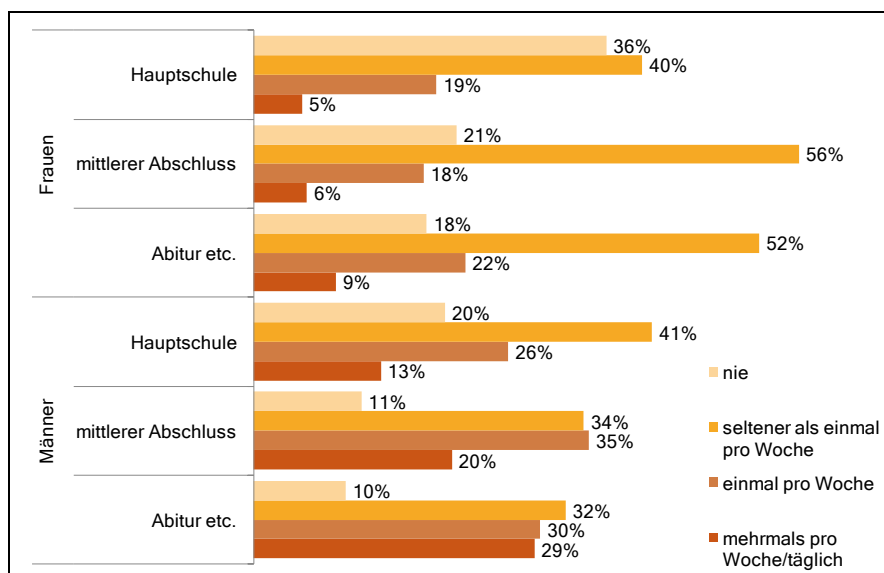
Bei vertiefender Analyse nach Untergruppen fällt ferner auf, dass mit höherem Schulabschluss der angegebene Alkoholkonsum steigt – und zwar bei beiden Geschlechtern. Bei den Männern mit Abitur und vergleichbaren Abschlüssen liegt der Anteil der Befragten, die mehrmals wöchentlich bis täglich Alkohol trinken nach diesen Ergebnissen mehr als doppelt so hoch, wie bei den Befragten mit Hauptschulabschluss (vgl. Abbildung 37).

Abbildung 37:

Alkoholkonsum in den letzten drei Monaten differenziert nach Geschlecht und Bildungsabschluss

(N = 3.003)

Frage: Wie häufig haben Sie in den letzten drei Monaten Alkohol, z.B. ein Glas Bier, getrunken?



Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Anders sieht es hingegen beim Konsum von größeren Mengen Alkohol auf Partys usw., also dem sogenannten "Rauschtrinken" aus. Hier kehrt sich der Zusammenhang um:

Auf die Frage, wie oft sie auf einer Party oder in Gesellschaft fünf oder mehr alkoholische Getränke innerhalb von zwei bis drei Stunden trinken, antworteten etwa doppelt so viele Befragte mit Hauptschulabschluss oder mittlerem Bildungsabschluss als Personen mit Abitur, dass sie das einmal oder gar mehrmals pro Woche tun (vgl. Abbildung 38).

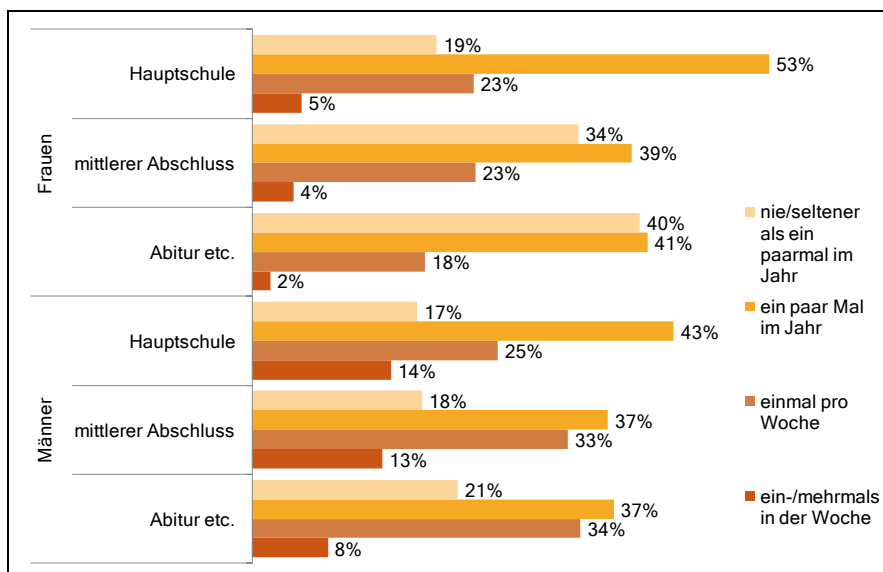


Abbildung 38:

Riskanter Alkoholkonsum differenziert nach Geschlecht und Bildungsabschluss

(N = 3.003)

Frage: Wie oft trinken Sie auf einer Party oder in Gesellschaft fünf oder mehr alkoholische Getränke innerhalb von zwei bis drei Stunden?

Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Bezogen auf die Gesamtstichprobe trinken insgesamt 34 Prozent mindestens einmal im Monat wenigstens fünf alkoholische Getränke in kurzer Zeit hintereinander bei Partygelegenheiten oder in Gesellschaft (Frauen: 19,7 Prozent; Männer: 43,1 Prozent).

Insgesamt ist der Anteil der regelmäßigen und starken Trinker unter den befragten jungen Erwerbstätigen relativ gering: 3,8% aller Befragten geben an, dass sie mehrmals pro Woche oder täglich Alkohol trinken und gleichzeitig auch mindestens einmal pro Woche viel Alkohol in kurzer Zeit zu sich nehmen. Etwa die Hälfte der Befragten hat nach eigenen Angaben dagegen einen sehr geringen Alkoholkonsum.

Ein gutes Drittel zeigt problematisches Rauschtrinken.

Fehlzeiten junger Erwerbstätiger als ausweichendes Gesundheitsverhalten?

In der Befragung wurde erhoben, ob man in den letzten 12 Monaten am Arbeitsplatz gefehlt habe, „obwohl man sich noch nicht richtig krank gefühlt habe“. Derartige Abwesenheiten, die in der Regel nicht durch ein ärztliches Attest begründet sind, werden in der Literatur u.a. als motivational bedingt (Absentismus), im Sinne eines Rückzugs von unzufrieden machenden Arbeitsbedingungen, eingestuft. Auch können sie Ausdruck eines bewusst abweichenden Verhaltens sein, mit dem Ziel, Regeln zu unterlaufen.⁸ Daher stellt sich auch die Frage, ob die häufigen kurzen Arbeitsunfähigkeiten u.U. mit dem Freizeitverhalten (z.B. Feiern, Alkoholgenuss) oder mit Schwierigkeiten, sich in die Arbeitswelt einzufinden, zusammenhängen.

Knapp 16 Prozent gaben an, dass es vorgekommen sei (Antworten „eher selten bis „sehr häufig“ zusammengefasst), dass sie in den letzten 12 Monaten am Arbeitsplatz gefehlt haben, obwohl sie sich nicht richtig krank gefühlt haben. Schließt man die Befragten aus, die sich als chronisch krank oder behindert beschreiben, so reduziert sich der Anteil auf 14 Prozent, die Fehlzeiten hatten, ohne sich richtig krank zu fühlen.

Deutlich höhere Anteile mit solchen Fehlzeiten finden sich sowohl unter den Befragten, die häufig bei Partys in kurzer Zeit viel Alkohol trinken, als auch bei Personen, die nicht in ihrem Wunschberuf arbeiten, mit Art und Inhalt ihrer Tätigkeit unzufrieden sind und unter vielen Beschwerden leiden (gemessen an der Höhe des Beschwerdeindex). Diese vier Faktoren erwiesen sich in einer multivariaten Analyse als signifikante Einflussfaktoren:

- Befragte, die mindestens einmal wöchentlich viel Alkohol in kurzer Zeit trinken bestätigen zu 26 Prozent solche Fehlzeiten.
- Handelt es sich zusätzlich um Personen, die nicht in ihrem Wunschberuf arbeiten, so steigt der Anteil sogar auf 36 Prozent.

Die Befragungsdaten sprechen somit dafür, dass Fehlzeiten in stärkerem Maße von Personen in Anspruch genommen werden, die entweder mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden sind bzw. deren Einstieg ins Berufsleben weniger gelungen ist oder die häufiger Partys mit viel Alkohol feiern (oder beides).

⁸ Vgl. Ziegler et al. (1996). Ursachen des Absentismus: Alltagsvorstellungen von Arbeitern und Meistern und psychologische Erklärungsmodelle. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 40, 204-208.

Fazit zum Gesundheitszustand, gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen junger Erwerbstätiger

Als ein wesentliches Ergebnis der Befragung bleibt festzuhalten, dass gut drei Viertel ihren Gesundheitszustand als *gut* bis *sehr gut* beurteilen. Wird nach dem Auftreten gesundheitlicher Beschwerden gefragt, erweisen sich Muskelverspannungen, z.B. im Nacken-, Schulter- oder Rückenbereich als häufigste Beschwerdeart.

Junge Erwerbstätige sind sich, allgemein gefragt, durchaus bewusst, dass das eigene Verhalten die eigene Gesundheit bestimmt. Damit besitzt die Mehrheit der Befragten eine wesentliche Voraussetzung zur Entwicklung einer persönlichen Gesundheitskompetenz. Es kann aber auch festgestellt werden, dass das eigene Gesundheitsverhalten, auch bei den Frauen, die ein insgesamt gesünderes Verhalten zeigen, nicht in vollem Einklang mit dieser Grundhaltung steht. Mit anderen Worten: Das hohe Bewusstsein führt nicht dazu, dass die befragten Männer und Frauen sich völlig gesundheitsbewusst verhalten. Noch nicht einmal die Hälfte der Befragten gibt an, dass sie viel Sport treiben.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Gruppe herauszustellen, denen eine derartige Lebensführung im Arbeitsalltag zu anstrengend ist. Ebenfalls hervorzuheben ist, dass die sichtbare Diskrepanz zwischen der allgemeinen Einstellung und dem konkreten Verhalten nur bedingt durch Verbesserungsüberlegungen kompensiert wird. Eindeutige Veränderungsabsichten äußert nur eine Minderheit.

Alkoholkonsum als gesundheitsrelevantes Verhalten ist im Rahmen der Befragung gesondert untersucht worden: Zwar wurde Alkohol in den letzten 3 Monaten von der Mehrheit der Befragten sehr moderat bis gar nicht konsumiert, dieser Gruppe stehen jedoch die 34 Prozent gegenüber, die mindestens einmal im Monat sogenanntes Rauschtrinken praktizieren. Rund vier Prozent der Befragten wurden als wöchentliche bis tägliche Konsumenten identifiziert, die zudem mindestens einmal in der Woche rauschhaft trinken.

Die Umfragedaten zeigen auch, dass riskanter Alkoholkonsum mit häufigeren Fehlzeiten einhergeht.

4.3 Inanspruchnahme von ärztlicher Versorgung, Diagnosen und Arzneiverordnungen: Bestandsaufnahme zum Patientenkontext *Junge Erwerbstätige*

Im Hinblick auf eine differenziertere Einschätzung des Gesundheitszustands junger Erwerbstätiger wird der Schwerpunkt nun auf folgende Fragestellungen gelegt:

- Wie häufig werden niedergelassene Ärzte aufgesucht und welche Erkrankungen werden durch diese dokumentiert?
- Welche Art von Erkrankungen gehen häufiger mit einer Arbeitsunfähigkeit einher?
- Welche Arzneimittel werden jungen Erwerbstätigen besonders häufig verordnet?

Zur Beantwortung der aufgezeigten Fragestellungen werden Daten der DAK zur ambulanten ärztlichen Versorgung des Jahres 2009 ausgewertet. Weitergehende Analysen beziehen zugleich die Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2009 sowie die Arzneimittelverordnungen des Jahres 2009 an junge Erwerbstätige ein.

Datenbasis: Leistungen in 2009

Inanspruchnahme ambulanter Ärzte

Zwei wichtige Kennziffern, die einen ersten Eindruck zur Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsleistungen durch die Gruppe der jungen Erwerbstätigen vermitteln, sind die Behandlungsquote sowie die Anzahl der Behandlungsfälle:

Inanspruchnahme-Parameter

- Die Behandlungsquote entspricht dem Anteil der Versicherten, die 2009 wenigstens einmal ambulant von einem niedergelassenen Arzt behandelt wurden.
- Ein Behandlungsfall umfasst alle Besuche eines Patienten bei ein und demselben Arzt innerhalb eines Quartals.

Sucht ein Patient z.B. aufgrund wiederkehrender Beschwerden seinen Hausarzt dreimal im Quartal auf, so resultiert hieraus lediglich ein Behandlungsfall. Wechselt der Patient den Hausarzt im selben Quartal oder nimmt er weitere Fachärzte in Anspruch, so entsteht jeweils ein weiterer Behandlungsfall je in Anspruch genommenen Arzt. Ob dabei eine Überweisung vorlag oder nicht ist hierbei unwesentlich, jeder Besuch bei einem neuen Arzt löst bezogen auf ein Quartal einen Fall aus.

Tabelle 4 weist für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen im Vergleich zur erwerbstätigen Gesamtversichertenpopulation der DAK die Behandlungsquoten aus. Dabei werden jeweils die Gesamtwerte betrachtet sowie nach Geschlecht differenziert.

Tabelle 4: Behandlungsquoten (in Prozent) in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen und DAK gesamt differenziert nach Geschlecht (standardisierte Werte)

	Junge Erwerbstätige (15- bis 29-Jährige)	Erwerbstätige gesamt (15- bis 65-Jährige)	Abweichung
insgesamt	98%	99%	-1,0%
Männer	97%	98%	-1,2%
Frauen	98%	99%	-0,7%

Quelle: IGES nach DAK Ambulante Versorgung 2009

Von den jungen, bei der DAK versicherten Erwerbstätigen weisen 98 Prozent der Versicherten mindestens einen ambulanten Behandlungsfall und damit wenigsten einen Arztkontakt bezogen auf das Jahr auf. Umgekehrt bedeutet dies, dass lediglich zwei Prozent der jungen Erwerbstätigen keinerlei Leistungen in Anspruch genommen haben-

Junge Erwerbstätige gehen genauso häufig wenigsten einmal im Jahr zum Arzt wie der DAK-Durchschnitt.

Dass mit Blick auf die Behandlungsquote kaum ein Unterschied zwischen der Gruppe der jungen Erwerbstätigen im Vergleich zum DAK-Durchschnitt besteht, ist ein bemerkenswertes und so nicht erwartetes Ergebnis, da junge Menschen im Allgemeinen gesünder sind. Den Daten nach gehen junge Erwerbstätige jedoch genauso häufig wenigsten einmal im Jahr zum Arzt wie der Durchschnitt aller erwerbstätigen DAK-Versicherten.

Nennenswerte Unterschiede ergeben sich hingegen, wenn die aus der Behandlungsquote resultierende Anzahl der Behandlungsfälle je ganzjährig versicherte Person betrachtet wird: Im Jahr 2009 weisen junge Erwerbstätige rund 10 Prozent weniger Behandlungsfälle je versicherte Person auf als im DAK-Durchschnitt (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Behandlungsfälle je ganzjährig Versicherte in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen und DAK gesamt differenziert nach Geschlecht

	Junge Erwerbstätige (15- bis 29-Jährige)	Erwerbstätige gesamt (15- bis 65-Jährige)	Abweichung
insgesamt	7,6	8,5	-9,6%
Männer	5,7	7,0	-17,9%
Frauen	10,0	10,6	-5,0%

Quelle: IGES nach DAK Ambulante Versorgung 2009

Bei den jungen erwerbstätigen Männern liegt die Behandlungsfallzahl deutlich unter dem DAK-Vergleichswert (minus 18%). Im Durchschnitt begründen junge erwerbstätige Frauen kaum weniger Behandlungsfälle als im Durchschnitt aller Frauen (minus 5%).

Die im Vergleich zu den jungen Männern deutlich höhere Fallzahl bei den jungen erwerbstätigen Frauen kann insbesondere mit der Inanspruchnahme frauentypischer Kontrolluntersuchungen und beratender Konsultationen im Zusammenhang mit kontrazeptiven Maßnahmen in Verbindung gebracht werden. Auch sind Krebsvorsorgeuntersuchungen zu nennen, die Frauen ab dem 20. Lebensjahr in Anspruch nehmen können.

Für eine weitergehende Gesamteinschätzung der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung durch junge Erwerbstätige ist es sinnvoll, die zwei Parameter – die Behandlungsquote und die Fallzahl – auch im Vergleich zu den übrigen gleichaltrigen Versicherten der DAK zu betrachten.

Bei dieser Vergleichsgruppe handelt es sich um Versicherte, die nicht die Merkmale "erwerbstätig" und "Anspruch auf Krankengeldleistungen" aufweisen. Demzufolge handelt es sich u.a. um Studierende, Arbeitslose, Familienmitversicherte etc. Da eine Erwerbstätigkeit hier nicht im Vordergrund steht, wird diese Gruppe einfach halber als "Nicht-Erwerbstätige" bezeichnet.

Vergleich mit gleichaltrigen Nicht-Erwerbstätigen

Tabelle 6 weist die Behandlungsquoten für die jungen Erwerbstätigen sowie Nicht-Erwerbstätigen insgesamt sowie differenziert nach altersdifferenzierten Subgruppen und Geschlecht für das Jahr 2009 aus.

Tabelle 6: Behandlungsquoten (in Prozent) junger Erwerbstätiger sowie Nicht-Erwerbstätiger differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht

		15 - 19 Jahre	20 - 24 Jahre	25 - 29 Jahre	15 - 29 Jahre insgesamt
Erwerbstätige DAK-Versicherte	insgesamt	96%	97%	99%	98%
	Männer	96%	96%	98%	97%
	Frauen	97%	98%	99%	98%
Nicht-erwerbstätige DAK-Versicherte	insgesamt	88%	77%	76%	81%
	Männer	67%	68%	85%	73%
	Frauen	87%	88%	93%	89%

Quelle: IGES nach DAK Ambulante Versorgung 2009

Anders als ihre bei der DAK versicherten nicht-erwerbstätigen Altersgenossen (81 %) suchen junge Erwerbstätige (98 %) nennenswert häufiger mindestens einmal im Jahr einen Arzt auf (+21 %). Dieser Unterschied ist in der Gruppe der jungen Männer

deutlich größer (+33 %) als bei den jungen Frauen (+10 %).

**"Erwerbstätigkeit"
führt zu einer höheren
Behandlungsprävalenz**

Insgesamt zeigt dieser Vergleich, dass unter jungen Versicherten im Alter von 15 bis 29 Jahren das Merkmal "Erwerbstätigkeit" die Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen sichtbar beeinflusst. Dieser Effekt ist bei erwerbstätigen Männern im Alter von 15 bis 19 Jahren im Vergleich zu den gleichaltrigen Nicht-Erwerbstätigen am größten.

Die höheren Behandlungsquoten der jungen Erwerbstätigen spiegeln sich auch in der Zahl der Behandlungsfälle wider. Ebenso fallen die Unterschiede im Vergleich zu den Nicht-Erwerbstätigen insgesamt und in den Subgruppen im Niveau deutlich größer aus als bei den Behandlungsquoten (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Behandlungsfälle je ganzjährig Versicherten in der Gruppe junger Erwerbstätiger sowie Nicht-Erwerbstätiger differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht

		15 - 19 Jahre	20 - 24 Jahre	25 - 29 Jahre	15 - 29 Jahre insgesamt
Erwerbstätige DAK-Versicherte	insgesamt	7,5	7,6	7,7	7,6
	Männer	5,8	5,6	5,7	5,7
	Frauen	9,7	9,8	10,3	10,0
Nicht-erwerbstätige DAK-Versicherte	insgesamt	5,1	4,1	3,8	4,4
	Männer	2,4	2,5	3,8	3,0
	Frauen	5,7	5,9	6,6	6,1

Quelle: IGES nach DAK Ambulante Versorgung 2009

In vergleichender Perspektive beobachtet die DAK für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen je Versicherten durchschnittlich 7,6 im Vergleich zu 4,4 Behandlungsfällen, was einem Unterschied in Höhe von 3,2 Fällen bzw. 73 Prozent entspricht. Anders ausgedrückt: Junge Erwerbstätige weisen je Quartal knapp zwei Behandlungsfälle auf, die Gruppe der Nicht-Erwerbstätigen weist etwas mehr als einen Behandlungsfall je Quartal auf.

Ein junger erwerbstätiger Mann kommt im Vergleich zu den nicht-erwerbstätigen Altersgenossen auf fast doppelt so viele Behandlungsfälle; bei den erwerbstätigen Frauen sind es gegenüber der Vergleichsgruppe 3,9 mehr Behandlungsfälle, was einem Unterschied von 64 Prozent entspricht.

Da ärztliche Einstellungsuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz, die speziell die Gruppe der 15- bis 19-Jährigen betreffen, keine GKV-Leistung darstellen, können diese nicht die höhere Behandlungsprävalenz erklären. Und abgesehen von

betrieblichen Regelungen, die eine ärztliche Krankschreibung ggf. bereits ab dem ersten Fehltag fordern, sind weitere mögliche Erklärungsansätze in Betracht zu ziehen:

- Hinter der höheren Inanspruchnahme in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen im Vergleich zu den gleichaltrigen Nicht-Erwerbstätigen können Unterschiede im Erkrankungsgeschehen stehen.
- Zugleich ist nicht auszuschließen, dass jüngere Erwerbstätige ggf. bereits schon bei den ersten Krankheitsanzeichen zum Arzt gehen, nicht zuletzt auch um eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt zu bekommen, während Nicht-Erwerbstätige ggf. erst einmal abwarten, wie sich die Beschwerden entwickeln.

Unterschiede im

**Erkrankungs-
geschehen**

und/oder

**im Gesundheits-
verhalten**

Hieraus ergeben sich für die Gruppe der 15- bis 29-jährigen Versicherten zwei Untersuchungsfragen. Bevor das Morbiditätsspektrum der jungen Erwerbstätigen näher betrachtet wird, wendet sich der Bericht zunächst der Frage nach der Anzahl an Behandlungsfällen zu, die zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. Wie verhält sich die Zahl der Behandlungsfälle in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen im Vergleich zu den Nicht-Erwerbstätigen, wenn die Behandlungsfälle, die zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt haben, nicht in die Betrachtung einbezogen werden?

Behandlungsfälle, die zur Arbeitsunfähigkeit führen

Die Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung sind über versichertenbezogene Pseudonyme mit den Arbeitsunfähigkeitsdaten, die ausschließlich die Erwerbstätigen betreffen, verknüpfbar. Auf diese Weise kann geprüft werden, wie viele ambulante Behandlungsfälle zu einer Krankschreibung führen.⁹

**Verknüpfung der AU-
Daten mit den ambu-
lanten Versorgungs-
daten**

In der Gruppe der jungen Erwerbstätigen sind dies mit einem Anteil in Höhe von 19 Prozent deutlich mehr Behandlungsfälle, die zu einer Arbeitsunfähigkeit führen als im Gesamtdurchschnitt der DAK-Mitglieder (14 %). Mit 24 Prozent sind es bei den jungen erwerbstätigen Männern anteilig deutlich mehr Behandlungsfälle mit einer Krankschreibung als bei den gleichaltrigen Kolleginnen (15 %).

Wird die Anzahl der Behandlungsfälle, die mit einer Krankschreibung einhergehen, versichertenbezogen ausgewiesen, dann ergeben sich für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen durchschnittlich je ganzjährig Versicherten 1,4 Behandlungsfälle mit Arbeitsunfähigkeit.

⁹ Je nach Schwere von Erkrankungen, die ärztlich behandelt werden, können Ärzte die Arbeitsfähigkeit der Erwerbstätigen durch die Folgen der Erkrankung als eingeschränkt beurteilen. Der Patient erhält in diesem Fall eine ärztliche Krankschreibung, die sogenannte AU-Bescheinigung.

Tabelle 8 weist dieses Ergebnis insgesamt und altersdifferenziert innerhalb der Gruppe der Erwerbstätigen aus.

Tabelle 8: Anzahl Behandlungsfälle mit AU je ganzjährig versicherte Person in der Gruppe der Erwerbstätigen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht

	15 - 19 Jahre	20 - 24 Jahre	25 - 29 Jahre	15 - 29 Jahre insgesamt	15 - 65 Jahre insgesamt
insgesamt	2,2	1,6	1,1	1,4	1,1
Männer	2,2	1,5	1,0	1,4	1,1
Frauen	2,3	1,6	1,2	1,5	1,2

Quelle: IGES nach DAK Ambulante Versorgung und AU-Daten 2009

Junge Erwerbstätige werden bei Behandlung häufiger krankgeschrieben.

Es zeigt sich in vergleichender Perspektive zu der erwerbstätigen Gesamtversichertenpopulation, dass junge Erwerbstätige durchschnittlich je versicherte Person mehr Behandlungsfälle aufweisen, die zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt haben (+27 %).

Dieses Ergebnis kann folgendermaßen interpretiert werden: Wenn die jungen Erwerbstätigen nur eine den älteren DAK-Mitgliedern vergleichbare Zahl von AU-Fällen hätten, dann wäre vermutlich ihre Zahl von ambulanten Behandlungsfällen nicht gleich hoch wie bei allen erwerbstätigen DAK-Mitgliedern, sondern deutlich niedriger. Mit anderen Worten: Die überdurchschnittliche AU-Fallhäufigkeit und -Betroffenenquote der jungen Erwerbstätigen trägt zu der hohen Fallzahl und Behandlungsquote dieser Gruppe in der ambulanten ärztlichen Versorgung bei.

Die beobachtete Differenz gegenüber den Referenzwerten fällt in der Gruppe der jungen erwerbstätigen Männer (+27 %) kaum größer aus als bei den gleichaltrigen Frauen (+25 %). Junge Erwerbstätige im Alter von 15 bis 19 Jahren weisen im Durchschnitt die meisten Behandlungsfälle mit einer Arbeitsunfähigkeit auf.

AU-Betroffenenquote

Das bedeutet auch, dass die Gruppe der jungen Erwerbstätigen im Alter von 15 bis 19 Jahren mit 61 Prozent die höchste AU-Betroffenenquote aufweist. Im Durchschnitt der jungen Erwerbstätigen insgesamt führt die nennenswert höhere Zahl an Behandlungsfällen mit Arbeitsunfähigkeit jedoch nur zu einer unwesentlich höheren AU-Betroffenenquote: 51 Prozent wurden 2009 wenigstens einmal krankgeschrieben (49 % im DAK-Durchschnitt).

Nachfolgend wenden wir uns der Anzahl der Behandlungsfälle ohne Krankschreibung zu. In die Betrachtung dieser Behandlungsfälle ohne AU werden auch wieder die versichertenbezogenen Behandlungsfälle der Nicht-Erwerbstätigen einbezogen (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Behandlungsfälle ohne Krankschreibung je Versicherter: junge erwerbstätige Versicherte im Vergleich zu Nicht-Erwerbstätigen nach Altersgruppen und Geschlecht

		15 - 19 Jahre	20 - 24 Jahre	25 - 29 Jahre	Erwerbstätige (15- bis 29-J.)	Erwerbstätige (15- bis 65-J.)
Erwerbstätige DAK-Versicherte	insgesamt	5,3	6,0	6,6	6,2	7,3
	Männer	3,7	4,1	4,7	4,3	5,9
	Frauen	7,4	8,2	9,1	8,5	9,3
Nicht- erwerbstätige DAK-Versicherte	insgesamt	4,1	4,1	3,8	4,4	—¹⁰
	Männer	2,4	2,5	3,8	3,0	—
	Frauen	5,7	5,9	6,6	6,1	—

Quelle: IGES nach DAK Ambulante Versorgung und AU-Daten 2009

Zunächst zum Vergleich zwischen den jungen Erwerbstätigen und den gleichaltrigen Nicht-Erwerbstätigen:

- Unter Ausschluss aller Behandlungsfälle mit Arbeitsunfähigkeit fällt die Zahl der Behandlungsfälle in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen insgesamt je versicherte Person um 1,8 Fälle bzw. um 41 Prozent höher aus.
- Diese Differenz besteht in allen Altersklassen sowie auch jeweils in der Gruppe der Männer und Frauen.

Werden die jungen Erwerbstätigen wiederum mit der erwerbstätigen Gesamtversichertenpopulation der DAK verglichen, so fällt - auch unter Berücksichtigung des Ergebnisses in Tabelle 5 - auf,

- dass junge Erwerbstätige unter Ausschluss aller Behandlungsfälle mit Arbeitsunfähigkeit insgesamt 1,1 Behandlungsfälle je versicherte Person weniger aufweisen als im Gesamtdurchschnitt. Dies entspricht einer Abweichung von 15 Prozent.
- Junge erwerbstätige Männer weisen zum Gesamtdurchschnitt insgesamt 17 Prozent weniger Behandlungsfälle ohne AU auf; in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen Frauen beträgt diese Differenz 0,8 Fälle bzw. 11 Prozent.

Insgesamt zeigt sich, dass Behandlungen, die zu einer Krankschreibungen führen, einen nennenswerten Anteil der Arztkontakte in der ambulanten Versorgung bestimmen. Werden die ärztlichen Behandlungsfälle um die Fälle mit Krankschreibung bereinigt, bleiben dennoch nennenswerte Unterschiede bestehen.

¹⁰ Die Daten der nicht erwerbstätigen Versicherten der DAK in Alter von 30 bis 65 Jahren wurden aus forschungsökonomischen Gründen nicht in die Betrachtung einbezogen.

Die auffällig höhere Zahl von ambulanten Behandlungsfällen bei den jungen Erwerbstätigen im Vergleich zu den gleichaltrigen Nicht-Erwerbstätigen lässt sich offenbar nicht allein durch die Notwendigkeit der Vorlage von AU-Bescheinigungen erklären. Mögliche andere Hintergründe können im Rahmen des vorliegenden Reports nicht untersucht werden und müssen weiteren Analysen vorbehalten bleiben.

Für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen sowie für die erwerbstätige Gesamtversichertenpopulation der DAK werden im Rahmen dieses Schwerpunkts nachfolgend nun die ärztlichen Diagnosen dargestellt, die sowohl das ambulante Behandlungs-, als auch das AU-Geschehen bestimmen.

Erkrankungsgeschehen: Ambulante Behandlungsdiagnosen und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen im Vergleich

Für den Bereich der ärztlichen Versorgung besteht im Rahmen der Abrechnung ärztlicher Behandlungen die Pflicht zur Kodierung der Diagnosen unter Anwendung der ICD-10-GM. Demnach muss jeder Behandlungsfall mindestens eine Behandlungsdiagnose aufweisen; ein Behandlungsfall kann jedoch mehrere Diagnosen umfassen aufweisen, wobei die Reihenfolge nicht vorgegeben wird, sondern beliebig ist

Durchschnittliche Anzahl dokumentierter Diagnosen je Fall

Bei jungen Erwerbstätigen umfasst ein Behandlungsfall im Durchschnitt 2,9 unterschiedliche, bis zu fünfstellige Diagnosen. Im Querschnitt der erwerbstätigen Gesamtversichertenpopulation sind es hingegen 3,9 Diagnosen. Für die Frage nach dem Erkrankungsgeschehen junger Erwerbstätiger werden im Folgenden die durch die Ärzte gestellten Diagnosen betrachtet. Eine Einschränkung ist dieser Betrachtung jedoch vorzuschicken:

Erst seit dem 1. Januar 2011 gelten in der ambulanten-ärztlichen Versorgung die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR¹¹), wodurch perspektivisch eine einheitliche und korrekte Verschlüsselung angestrebt wird. Nach dieser Richtlinie sind beispielsweise Diagnosen, die keine Behandlungsdiagnosen darstellen, nicht zu kodieren. Diagnosen aus einem Vorquartal dürfen nur übernommen werden, wenn diese Diagnose erneut die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllen.

Daraus ergibt sich für die hier betrachteten Daten aus dem Jahr 2009 die Möglichkeit, dass nicht alle Diagnosen je Behandlungsfall mit einer Behandlungsrelevanz einhergehen bzw. dass ggf. nicht für alle Diagnose im abzurechnenden Quartal Leistungen im Sinne von Diagnostik und Therapie erbracht wurden. Dies betrifft insbesondere die Diagnoseeinträge, die in der ärztlichen Dokumentation aus Vorquartalen ohne erneute Beurteilung fort dauern, obwohl.

¹¹ Vgl. Ambulante Kodierrichtlinien unter <http://www.kbv.de/kodieren/25222.html>

sie im aktuellen Fall gar nicht zu der Arztanspruchnahme geführt haben oder sogar nicht mehr bestehen. Dies kann dazu führen, dass die im Folgenden berichteten Diagnoseprävalenzen die tatsächlichen Krankheitsprävalenzen gewissermaßen überschätzen

Dessen ungeachtet sind die seitens der ambulanten Ärzte dokumentierten Diagnosen (ohne Ausschlussdiagnosen) ein möglicher Anhaltspunkt zur Einschätzung des Gesundheitszustands der jungen Erwerbstätigen.¹² Eine wesentliche Kennziffer ist hier die "Betroffenenquote", d.h. der Anteil der Versicherten mit mindestens einem Diagnoseeintrag pro ICD-Kapitel innerhalb des Kalenderjahres (= Diagnosehäufigkeit). Auf diese Weise können in vergleichender Perspektive häufige und damit wichtige Krankheitsarten in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen identifiziert werden.

Von den insgesamt 22 ICD-Kapiteln werden in die Betrachtung nur die eingeschlossen, die eine Diagnosehäufigkeit von mindestens 10 Prozent aufweisen (vgl. Abbildung 39). Demgemäß entfallen u.a. Diagnosen wie z.B. Schwangerschaft etc.. Hier liegt die Diagnosehäufigkeit der jungen Erwerbstätigen bei 4,4 im Vergleich zu 3,3 Prozent im Gesamtdurchschnitt. Nicht berücksichtigt werden zudem "Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme führen". Hier liegt die Häufigkeit zwar bei rd. 51 Prozent, überwiegend repräsentieren sie jedoch Vorsorgeuntersuchungen und sind damit in erster Linie nicht Ausdruck von Erkrankungen.

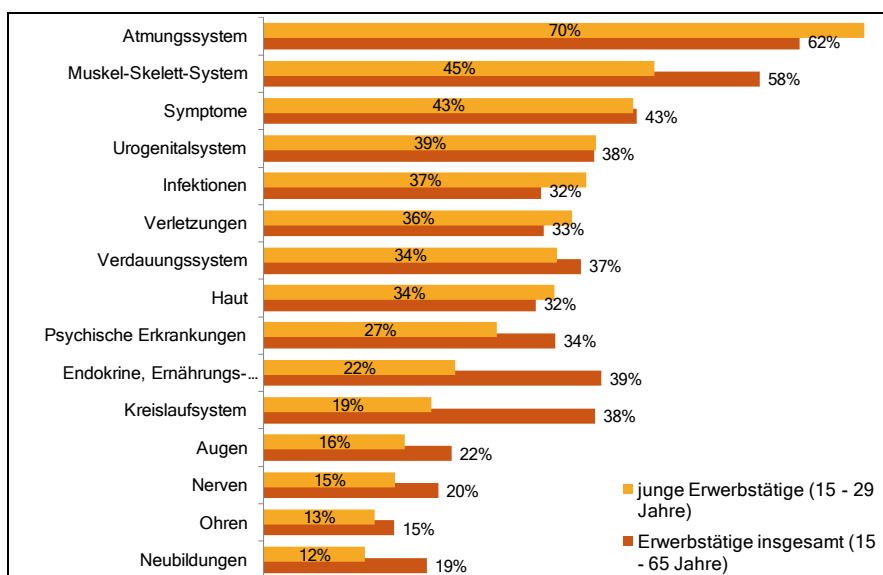


Abbildung 39:

**Diagnosehäufigkeiten
Junger Erwerbstätiger
im Vergleich zu DAK-
Gesamt differenziert
nach Krankheitsarten**

Quelle: IGES nach DAK; ambulante ärztliche Diagnosen 2009

¹² Zur Präzisierung von Diagnosen sollen diese im Rahmen der Codierung mit Zusätzen (G = gesichert; V = Verdachtsdiagnose; Z = (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose und A = ausgeschlossene Diagnose) versehen werden. Bis auf Ausschlussdiagnosen werden alle Diagnosen für die Auswertungen als relevant eingeschätzt. .

Abbildung 39 weist die Diagnosehäufigkeiten in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen in absteigender Reihenfolge und im Vergleich zum jeweiligen DAK-Gesamtwert aus:

Diagnosen aus dem Kapitel der Erkrankungen des Atmungssystems wurden den jungen Erwerbstätigen am häufigsten gestellt. Bereits mit deutlichem Abstand folgen Diagnosen aus dem ICD-Kapitel der Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie aus dem der "Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind".

Einige nennenswerte Unterschiede zeigen sich, wenn die Gruppe der jungen Erwerbstätigen differenziert nach Geschlecht betrachtet wird:

Unterschiede zwischen jungen erwerbstätigen Frauen und Männern

- 75 % der jungen erwerbstätigen Frauen wurde eine Diagnose aus dem Kapitel "Erkrankungen des Urogenitalsystems" gestellt, bei den gleichaltrigen Männern sind es lediglich neun Prozent.
- Frauen wurden nennenswert häufiger Diagnosen aus den Kapiteln "Symptome" (53 %), "Erkrankungen der Haut und der Unterhaut" (39 %) oder auch "Psychische Erkrankungen" (35 %) gestellt. Die Häufigkeiten auf Seiten der jungen erwerbstätigen Männer betragen hingegen 35 Prozent, 29 Prozent oder 21 Prozent.
- Jungen erwerbstätigen Männern wurde nennenswert häufiger eine Diagnose aus dem Kapitel "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" gestellt (39 % im Gegensatz zu 32 %).

Im Vergleich zum Durchschnitt aller erwerbstätigen DAK-Mitglieder wurde jungen Erwerbstätigen deutlich häufiger wenigstens einmal im Jahr 2009 eine ambulante Behandlungsdiagnose gestellt aufgrund von

Typische ambulante Behandlungsdiagnosen junger Erwerbstätiger

- Infektionen (plus 16 %),
- Erkrankungen des Atmungssystems (plus 12 %) und
- Verletzungen (plus 10 %).

Bei diesen drei Krankheitsarten liegen die spezifischen Diagnosehäufigkeiten mindestens 10 Prozent über den jeweiligen DAK-Durchschnittswerten. Dies bedeutet aber nicht, dass sie maßgeblich die Inanspruchnahme innerhalb der Gruppe der jungen Erwerbstätigen bestimmen. Mit Diagnosehäufigkeiten von über 30 Prozent ist diese Gruppe auch häufig betroffen von Erkrankungen des Urogenitalsystems, Erkrankungen des Verdauungssystems und der Haut.

Gemessen an den Diagnosehäufigkeiten weisen junge Erwerbstätige im Vergleich zum Durchschnitt aller bei der DAK versicherten Erwerbstätigen im Alter von 15 bis 65 Jahren deutlich weniger Diagnosen auf aus den ICD-Kapiteln

- Erkrankungen des Kreislaufsystems (minus 49 %),
- Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (minus 43 %),
- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (minus 21 %)
- Psychische und Verhaltensstörungen (minus 20 %)

Bei einem Viertel der jungen Erwerbstätigen wurde im Laufe des Jahres 2009 von einem niedergelassenen Arzt eine psychische Erkrankung diagnostiziert, im DAK-Durchschnitt trifft dies auf gut ein Drittel zu.

Alles in allem zeigt der Vergleich der ambulanten Behandlungsdiagnosen nach ICD-Kapiteln, dass abgesehen von drei Krankheitsarten die Häufigkeiten in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen hinter dem DAK-Durchschnitt zurückbleiben.

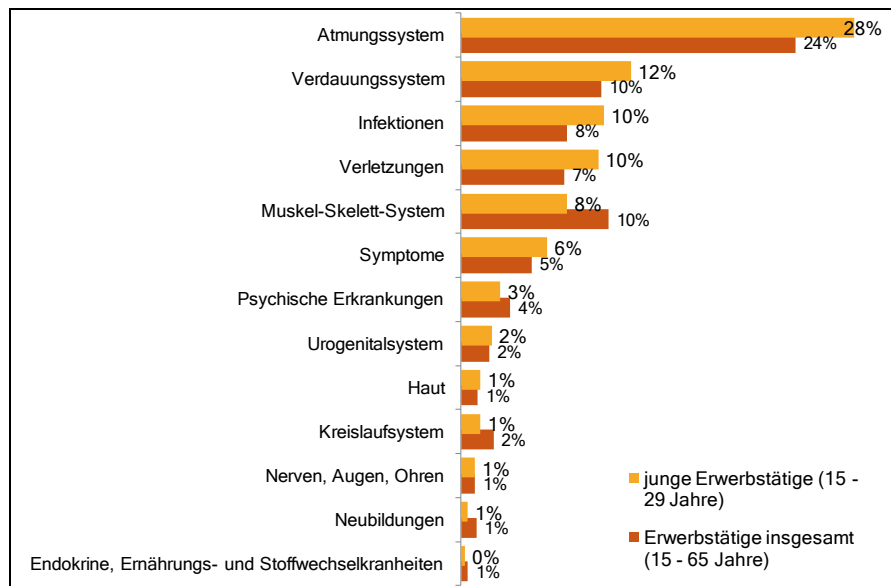
Dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen. Dennoch ist festzuhalten, dass mit Diagnosehäufigkeiten von über 20 oder 30 Prozent viele junge Erwerbstätige bereits ein vielfältiges und breites Krankheitsspektrum aufweisen.

Die Frage, inwieweit die für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen als typisch identifizierten Behandlungsdiagnosen sich auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen widerspiegeln, wird nachfolgend mittels der AU-Betroffenenquote differenziert nach ICD-Kapiteln betrachtet.

Hierbei zeigt sich, dass 2009 insgesamt 28 Prozent der jungen Erwerbstätigen mindestens eine Krankmeldung aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems aufweisen (vgl. Abbildung 40).

Abbildung 40:

AU-Betroffenenquote Junger Erwerbstätiger im Vergleich zu DAK- Gesamt differenziert nach Krankheitsarten



Quelle: IGES nach DAK AU-Daten 2009

Erkrankungen des Atmungssystems dominieren nicht nur das ambulante Behandlungsgeschehen insgesamt, sondern auch das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der jungen Erwerbstätigen. Deutlich nachrangiger sind Erkrankungen des Verdauungssystems mit einer Quote von 12 Prozent sowie Infektionen und Verletzungen mit jeweils 10 Prozent. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie Symptome begründen lediglich bei acht bzw. 6 Prozent eine Arbeitsunfähigkeit.

Im Vergleich zum Durchschnitt aller erwerbstätigen DAK-Mitglieder hatten junge Erwerbstätige 2009 deutlich häufiger wenigstens einmal eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund von

Typische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen junger Erwerbstätiger

- Infektionen (plus 35 %),
- Verletzungen (plus 33 %),
- Erkrankungen des Verdauungssystems (plus 21 %) und
- Erkrankungen des Atmungssystems (plus 18 %).

Bis auf die Erkrankungen des Verdauungssystems zeigt sich bei den Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen ein nahezu identisches Bild wie bei den Häufigkeiten der ambulanten Behandlungsdiagnosen. Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der jungen Erwerbstätigen wird im Vergleich zum DAK-Durchschnitt vorrangig durch häufig akut auftretende und vielfach geringfügige Erkrankungen bestimmt.

Die häufigsten ambulanten Behandlungsdiagnosen

In Ergänzung zur Auswertung der Diagnosen auf Ebene der ICD-Kapitel ermöglicht die Betrachtung der häufigsten Einzeldiagnosen, den Stellenwert einzelner Krankheiten zu analysieren. Für diesen Zweck wurden für die Gruppe der *jungen Erwerbstätigen* die 40 Einzeldiagnosen (ICD-3-Steller) gefiltert, die im Jahr 2009 diesen Versicherten bei ambulanten Behandlungen am häufigsten gestellt wurden.¹³

Neben der Einzeldiagnose "Maßnahmen der Empfängnisverhütung (Kontrazeptive Maßnahmen)" (Z30), die im Durchschnitt 34,4 Prozent bzw. 55,3 Prozent der jungen erwerbstätigen Frauen gestellt wurde und die Liste der 40 häufigsten Einzeldiagnosen anführt, sind folgende zwei Diagnosen als die häufigsten Erkrankungen anzusehen:

- Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (J06), die bei insgesamt 31,0 % der Versicherten festgestellt wurden (Frauen: 31,6 %; Männer: 30,0 %);
- Rückenschmerzen (M54), die bei 22,8 Prozent diagnostiziert wurden (Frauen: 24,0 %; Männer: 21,9 %);

Die zwei häufigsten krankheitsbezogenen Einzeldiagnosen

Bereits bei mehr als einem Fünftel der jungen Erwerbstätigen wurde die Diagnose Rückenschmerzen (M54) gestellt. Mit Bezug zu den bereits berichteten Befragungsdaten sei erinnert, dass Muskelverspannungen, wie z.B. im Rückenbereich eine der häufigsten Beschwerden darstellen. Insgesamt 48 % gaben an, in den letzten 12 Monaten oft bis sehr davon betroffen gewesen zu sein.

Werden die Behandlungsfälle betrachtet, die eine Diagnose M54 "Rückenschmerz" aufweisen, zeigt sich, Folgendes:¹⁴

Im Alter zwischen 15 und 29 Jahren nimmt die Häufigkeit der Behandlungsfälle mit der Diagnose M54 „Rückenschmerz“ kontinuierlich zu. Dieser Anstieg ist jedoch nicht auf eine Zunahme der Behandlungsfälle mit Krankschreibung zurückzuführen, wie Abbildung 41 zeigt: Je 100 Versicherte bleibt die Zahl der Behandlungsfälle mit Diagnose M54 und mit Krankschreibung in etwa konstant (zwischen 4,9 und 5,4 je 100 Versichertenjahre). Die Behandlungsfälle mit dieser Diagnose, aber ohne Arbeitsunfähigkeit, nehmen dagegen deutlich zu (von 23,6 auf 42,4 je 100 Versichertenjahre) (vgl. Abbildung 41).

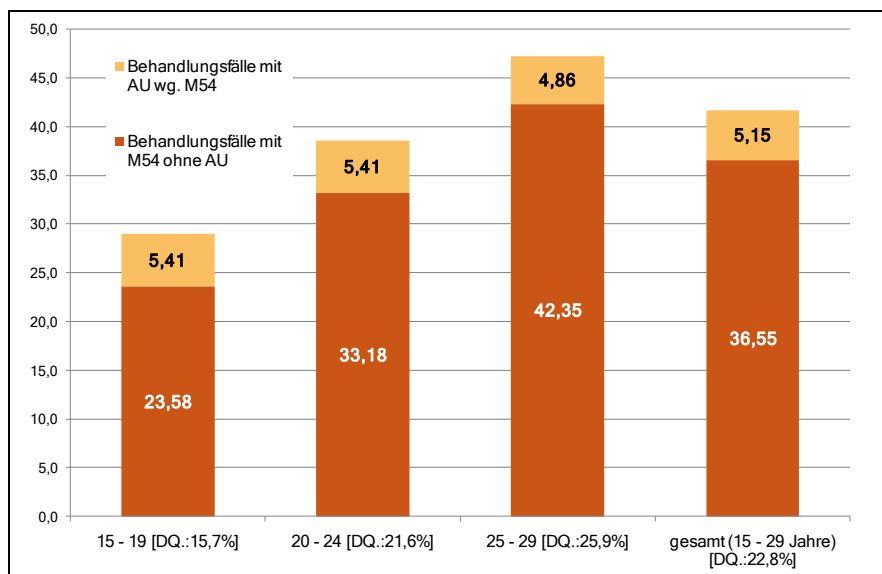
¹³ Im Anhang III werden die für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen 40 häufigsten Behandlungsdiagnosen ausgewiesen, die hinter der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen stehen. Je Diagnose wird der Vergleichswert der Gesamtversichertenpopulation gegenüber gestellt.

¹⁴ Auch für diese und die folgenden Betrachtungen gilt die Einschränkung bezüglich der Häufigkeit von Behandlungsdiagnosen je Fall.

Abbildung 41:

M54 "Rückenschmerz: "reine" und Behandlungsfälle mit Arbeitsunfähigkeit je 100 ganzjährig versicherte junge Erwerbstätiger insgesamt und nach Alter

[DQ = ambulante Diagnosehäufigkeit]



Quelle: IGES nach DAK Ambulante Versorgung und AU-Daten 2009

Kennzeichnend für den Gesundheitszustand *Junger Erwerbstätiger* ist ferner, dass unter den TOP 40 der Einzeldiagnosen neben Rückenschmerzen (M54) weitere Schmerzdiagnosen zu finden sind:

Schmerzdiagnosen

- Bauch- und Beckenschmerz (R10) (Position 7; 13,8 %) (Frauen: 22,3 %; Männer: 6,9 %)
- Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus (N94) (Position 11; 12,1%) (nur Frauen: 26,9 %)
- Kopfschmerz (R51) (Position 25; 8,0 %) (Frauen: 9,2 %; Männer: 7,1 %)
- Migräne (G43) (Position 34; 6,1 %) (Frauen: 9,3 %; Männer: 3,6 %)

Prävalenz von Migräne und Kopfschmerzen

Migräne zählt zu den primären Kopfschmerzerkrankungen und stellt ein chronisches bzw. chronisches wiederkehrendes Leiden dar.¹⁵ Den Diagnoseangaben nach lag die Jahresprävalenz bei den jungen Frauen bei gut 10 Prozent.

Gezielte Studien haben ergeben, dass Frauen ungefähr dreimal häufiger von Migräne betroffen sind als Männer.¹⁶ Diese geschlechtsspezifische Differenz ist auch in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen zu beobachten.

¹⁵ Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (Jahr): Chronische Schmerzen, Heft 7 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

¹⁶ Vgl. DAK (2006): Gesundheitsreport 2006. Kopfschmerz und Migräne im Fokus. Hamburg/Berlin.

Bereits im Rahmen der Befragungsdaten zeigte sich die große Bedeutung von Kopfschmerzen bei jungen Erwerbstätigen (30 % oft bis sehr oft) (vgl. Abbildung 32). Die Daten der ambulanten Versorgung zeigen, dass die Zahl der Behandlungsfälle mit einer Diagnose R51 "Kopfschmerz" ab dem 20. Lebensjahr sehr stark zunimmt. Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Kopfschmerz ist dabei speziell ein Thema in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen (vgl. Abbildung 42).

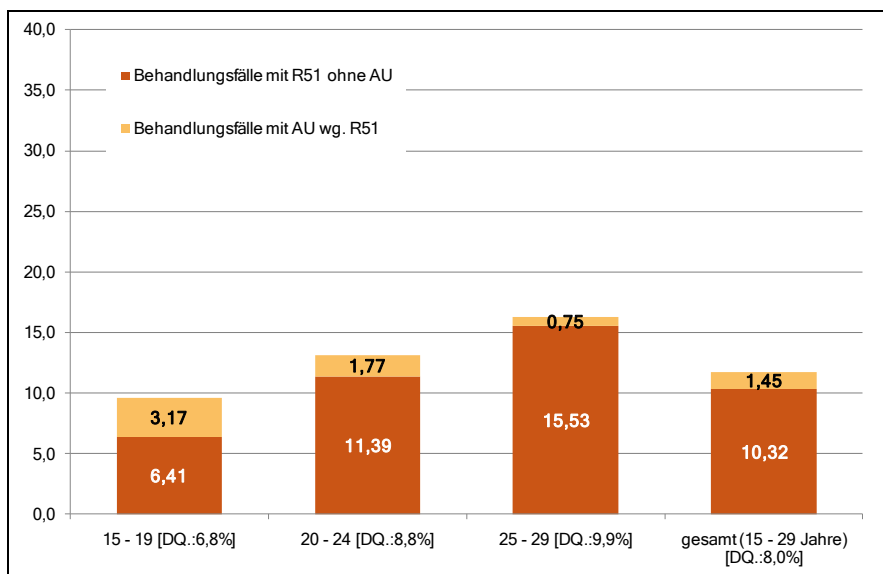


Abbildung 42:

R51 "Kopfschmerz: "reine" und Behandlungsfälle mit Arbeitsunfähigkeit je 100 ganzjährig versicherte junger Erwerbstätiger insgesamt und nach Alter

[DQ = ambulante Diagnosehäufigkeit]

Quelle: IGES nach DAK Ambulante Versorgung und AU-Daten 2009

Insgesamt neun Einzeldiagnosen aus dem ICD-Kapitel Erkrankungen des Atmungssystems finden sich unter den Top 40. Als chronische Erkrankungen sind hier *Allergische Rhinitis* (J30) (Heuschnupfen) (Position 10; 12,4 %) (Frauen: 12,7 %; Männer: 12,1 %), *Asthma bronchiale* (J45) (Position 21; 8,9 %) (Frauen: 8,9 %; Männer: 8,9 %), *Chronische Sinusitis* (J32) (Position 22; 8,5 %) (Frauen: 9,7 %; Männer: 7,5 %), hervorzuheben. Anders als bei den Diagnosen Rücken- oder Kopfschmerz zeichnet sich den Daten nach keine ungünstige Entwicklung im Altersverlauf ab: Die Behandlungszahlen sowie der Arbeitsunfähigkeitsfälle bleiben nahezu konstant.

Chronische Erkrankungen des Atmungssystems

Auch rangieren unter den TOP 40 bereits Einzeldiagnosen wie z.B. *Adipositas* (E66) (Position 38; 5,9 %) (Frauen: 7,7 %; Männer: 4,4 %) oder *Essentielle (primäre) Hypertonie* (I10) (Position 36; 5,9 %) (Frauen: 4,6 %; Männer: 6,9 %). Hierbei handelt es sich um Erkrankungen, die deutlich in Verbindung stehen mit ungünstigen Lebensgewohnheiten wie zum Beispiel Bewegungsmangel, Fehl- oder Überernährung, Rauchen etc. und, teils in Kombination mit weiteren Gesundheitsbeeinträchtigungen wie Diabetes, Arteriosklerose etc., langfristig über das dritte Lebensjahrzehnt hinauswirken (können).

Rund 6 % weisen die Diagnosen Adipositas oder auch Bluthochdruck auf.

Psychische Erkrankungen

Weitere langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die unter den 40 häufigsten ambulanten Behandlungsdiagnosen zu finden sind, zählen zum Kapitel der psychischen und Verhaltensstörungen. Mit F45 "Somatoforme Störungen", F32 "Depressive Episode" und F43 "Reaktionen auf schwere Belastungsstörungen" sind es bereits drei Einzeldiagnosen:

- "Somatoforme Störungen" (F45) sind die psychische Störung, die in der ambulanten Versorgung am häufigsten vorkommt. Darauf verweist eine Diagnoseprävalenz in Höhe von 10,3 % (Position 20 von 40 Einzeldiagnosen). Demnach zeigt sich bei gut jedem/jeder Zehnten im Alter von 15 bis 29 Jahren bereits eine zur Chronifizierung neigende, körperbezogene psychische Störung, die mit erheblichen Gesundheitseinschränkungen einhergeht (Frauen: 13,3 %; Männer: 5,8 %).
- Somatoforme Störungen werden häufig von Depressionen begleitet. 6,5 Prozent der jungen Erwerbstätigen wurde im Jahreszeitraum mindestens einmal die Diagnose *Depressive Episode* (F32) (Position 31 von 40) gestellt (Frauen: 8,9 %; Männer: 4,6 %). Die Jahresprävalenz im Bevölkerungsquerschnitt liegt nach Wittchen und Jacobi (2005) bei 10,9 Prozent in Deutschland. In der DAK-Gesamtpopulation aller Erwerbstätigen entspricht die Diagnosehäufigkeit in Höhe von 10,8 Prozent nahezu exakt dieser Jahresprävalenz.

Dass der Anteil bei den jungen Erwerbstätigen hingegen geringer ausfällt, dürfte mit dem durchschnittlichen Ersterkrankungsalter von 31 Jahren in Zusammenhang stehen.¹⁷

- Die Diagnose *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (F43) wurde 2009 insgesamt bei 5,7 Prozent der jungen Erwerbstätigen gestellt (Position 40). Frauen wurde die Diagnose nennenswert häufiger gestellt als den jungen Männern (8,3 % vs. 3,7 %).

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen werden durch ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis oder eine besondere Veränderung im Leben ausgelöst. An der Entstehung von Depressionen ist nach aktuellem Forschungsstand hingegen eine Vielzahl an Faktoren beteiligt.

Persönlich bedeuten Depressionen für Betroffene, dass sie in ihrer Leistungsfähigkeit und Lebensqualität teils erheblich eingeschränkt sind. Jedoch nicht jede Depression bzw. jeder Behandlungsfall, der eine Depressionsdiagnose aufweist, führt stets zu

¹⁷ Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (2010): Depressive Erkrankungen, Heft 51 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

einer Arbeitsunfähigkeit (vgl. Abbildung 43).

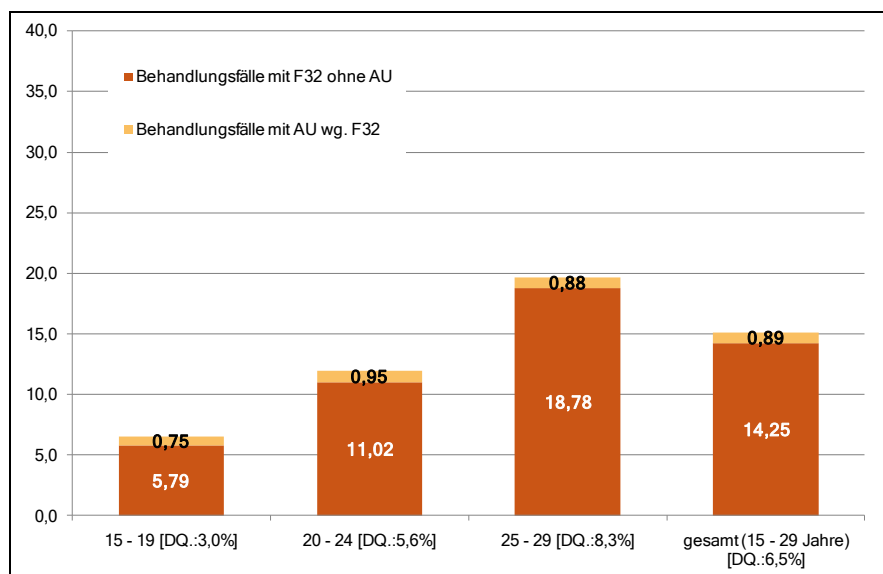


Abbildung 43:

F32 "Depressive Episode": reine" und Behandlungsfälle mit Arbeitsunfähigkeit je 100 ganzjährig versicherte junge Erwerbstätige insgesamt und nach Alter

[DQ = ambulante Diagnosehäufigkeit]

Quelle: IGES nach DAK Ambulante Versorgung und AU-Daten 2009

In der Gruppe der jungen Erwerbstätigen ist im Altersgang eine Zunahme der Behandlungsfälle mit einer Diagnose F32 "Depressive Episode" zu beobachten. Die Verdopplung der Behandlungsfälle (+ 90 %) von der Gruppe der 15 bis 19-Jährigen zur Gruppe der 20- bis 24-Jährigen kann nahezu vollständig auf eine Verdopplung der Diagnosehäufigkeiten (+87 %) zurückgeführt werden. Die Zahl der Behandlungsfälle, die zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt haben, entwickelt sich hingegen moderater (+26 %).

In der Regel sind es die Patienten mit schweren Depressionen, die eher arbeitsunfähig werden. Im Durchschnitt der jungen Erwerbstätigen liegt der Anteil der Behandlungsfälle mit einer Arbeitsunfähigkeit an allen Behandlungsfällen bei 5,8 Prozent; in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen ist dieser Wert mit 11,5 Prozent etwa doppelt so groß.

Alles in allem zeigen die 40 häufigsten Einzeldiagnosen in der ambulanten ärztlichen Versorgung junger Erwerbstätiger, dass neben akuten und oftmals infektiösen Erkrankungen mit meist unproblematischem Verlauf bzw. kurzer Genesungsdauer verhältnismäßig zahlreich bereits Gesundheitsbeeinträchtigungen zu finden sind, die als Langzeiterkrankungen bzw. chronisch wiederkehrende Erkrankungen sich langfristig ungünstig auf die weitere berufliche Leistungsfähigkeit der Betroffenen auswirken können. Mit Blick auf die ausgewählten Behandlungsschwerpunkte sind die deutlich ansteigenden Entwicklungen der Behandlungshäufigkeiten nicht zu übersehen.

Verordnung von Arzneimitteln: Häufig verordnete Wirkstoffgruppen bei jungen Erwerbstätigen

Für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen werden nachfolgend die häufigsten verordneten Arzneimittelgruppen betrachtet. Die Analyse erfolgt über die dritte Ebene des anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC¹⁸) Klassifikationssystem (vierstelliger ATC), auf der pharmakologisch vergleichbare Wirkstoffe zusammengefasst werden. Aus diesen Ordnungsdaten können in Ergänzung zu den Diagnosenennungen weitere gesundheitsbezogene Informationen und Erkenntnisse abgeleitet werden.

Das anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem unterteilt Arzneimittel in insgesamt fünf Ebenen (Tabelle 10).

Tabelle 10: Ebenen des ATC-Klassifikationssystem für Arzneimitte

ATC	Ebene	Beispiel
A	Erste Ebene: Anatomische Hauptgruppe	Alimentäres System und Stoffwechsel
A10	Zweite Ebene: Therapeutische Untergruppe	Antidiabetika
A10B	Dritte Ebene: Pharmakologische Untergruppe	Antidiabetika excl. Insuline
A10BA	Vierte Ebene: Chemische Untergruppe	Biguanide
A10BA02	Fünfte Ebene: Chemische Substanz	Metformin

Quelle:IGES, eigene Darstellung nach WHO

Die Relevanz der in die Betrachtung eingeschlossenen Arzneimittelgruppen wurde anhand der Verordnungshäufigkeiten ermittelt. Tabelle 11 umfasst die 20 am häufigsten verordneten Arzneimittel- bzw. Wirkstoffgruppen für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen sowie die entsprechenden Verordnungsmengen in Tagesdosen (DDD¹⁹). Ergänzend werden die Ordnungsquoten und -häufigkeiten aller erwerbstätigen DAK-Versicherten gegenüber gestellt.

¹⁸ In der ATC-Klassifikation werden Wirkstoffe nach ihren anatomischen, therapeutischen und chemischen Eigenschaften klassifiziert. Informationen unter <http://www.dimdi.de/static/de/amg/atcddd/index.htm>.

¹⁹ Die definierte Tagesdosis (defined daily dose; DDD) entspricht der angenommenen, mittleren täglichen Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen.

Tabelle 11: 20 häufigsten Verordnungen: VO-Quoten, DDD je Versicherten mit Verordnung und DDD je 100 Vj. nach ATC-4-Stellern bei jungen Erwerbstätigen und DAK gesamt

ATC	Bezeichnung	Rang	VO-Quote	DDD je Vs. mit VO	DDD je 100 Vj.	VO-Quote	DDD je Vs. mit VO	DDD je 100 Vj.	Rang
		Junge Erwerbstätige (15 bis 29-J.)				Erwerbstätige gesamt (15 bis 65-J.)			
M01A	Nichtsteroidale Anti-phlogistika und Antirheumatika	1	30,6%	27,01	656,03	35,3%	39,02	1.232,24	1
J01F	Makrolide, Lincosamide und Streptogramine	2	24,1%	11,06	211,59	20,8%	9,90	183,94	2
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	3	20,0%	21,51	341,19	16,3%	18,90	275,83	3
A03F	Prokinetika	4	11,8%	8,26	77,21	8,8%	9,99	78,19	9
J01D	Anderer Beta-Lactam-Antibiotika	5	10,9%	14,46	124,67	9,6%	13,02	112,40	7
N02B	Anderer Analgetika und Antipyretika	6	10,3%	8,93	72,83	11,3%	14,18	143,61	5
J01A	Tetracycline	7	8,5%	27,30	183,30	7,5%	24,50	164,41	12
G03A	Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung	8	8,3%	302,61	1.991,67	2,9%	301,83	781,59	27
A02B	Mittel bei peptischem Ulkus/ gastroesophagealer Refluxkr.	9	8,3%	99,10	650,29	13,7%	164,75	2.012,19	4
J01M	Chinolone	10	7,5%	8,36	49,71	8,2%	8,11	59,68	10
D07A	Corticosteroide, rein	11	7,4%	62,55	367,99	8,0%	54,91	394,75	11
R03A	Inhalative Sympathomimetika	12	5,9%	145,71	685,23	6,8%	160,66	983,77	15
R05D	Antitussiva, exkl. Kombinationen mit Expektoranzien	13	5,8%	7,31	33,92	5,8%	6,53	33,87	17
J01E	Sulfonamide und Trimethoprim	14	4,6%	9,53	34,73	3,6%	8,78	28,48	23
H03A	Schilddrüsenpräparate	15	4,6%	212,88	773,75	9,3%	231,02	1.929,68	8
H02A	Corticosteroide zur system. Anwendung, rein	16	4,2%	108,10	359,19	6,4%	99,07	567,11	16
N02A	Opioide	17	3,8%	28,07	84,56	5,4%	55,58	266,74	18
D10A	Aknemittel zur topischen Anwendung	18	3,7%	57,13	167,67	3,3%	25,48	74,67	24
R01A	Dekongestiva u. andere Rhinologika zur topisch. Anwendung	19	3,7%	49,64	145,50	3,9%	51,74	179,56	22
N06A	Antidepressiva	20	3,6%	228,09	642,95	7,0%	225,29	1.421,00	14

Quelle: IGES nach DAK Arzneimittel-Daten 2009

Arzneimittel zur Schmerzbehandlung

In der Gruppe der jungen Erwerbstätigen weisen nicht-steroidale Antiphlogistika und Antirheumatika (NSAR) die höchste Verordnungsquote auf. Diese Arzneimittel werden zur symptomatischen Therapie entzündlicher Gelenkerkrankungen, bei Gelenkschmerzen durch degenerative Gelenkerkrankungen oder bei Rückenschmerzen eingesetzt.

An Position 6 (Andere Analgetika und Antipyretika) und an Position 17 (Opiode) befinden sich weitere Wirkstoffgruppen, die ebenfalls zur Schmerzbehandlung eingesetzt werden. Diese Wirkstoffe - insbesondere die stark-wirksamen Opiode - werden bei den jungen Erwerbstätigen seltener und vor allem auch in deutlich geringerer Gesamtdosis²⁰ verordnet, als bei der Gesamtheit der Erwerbstätigen, was auf einen geringeren Schweregrad bzw. geringere Chronifizierung der Grunderkrankungen zurückzuführen sein wird. Von der Verordnungsquote nehmen Schmerzmittel bei den jüngeren Versicherten aber einen ebenso hohen Stellenwert ein wie in der Gesamtbetrachtung.

Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass die hohe Relevanz, die unterschiedliche Arzneimittel zur Schmerzbehandlung bereits in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen aufweisen, vermutlich im Zusammenhang steht mit der bereits berichteten hohen Prävalenz von schmerzbezogenen Diagnosen unterschiedlicher Lokalisationen wie z.B. Rücken, Kopf etc. in der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Antibiotika zur systemischen Anwendung

Auf der zweiten und dritten Position folgen zwei Wirkstoffgruppen, die unterschiedliche Wirkprinzipien der Antibiotika repräsentieren. Verschiedene Arten von Antibiotika zur systemischen Anwendung (ATC J01) befinden sich insgesamt sechsmal unter den 20 am häufigsten verordneten Wirkstoffgruppen. Antibiotika werden von Ausnahmen abgesehen bei akuten bakteriellen Infektionen für einen begrenzten Zeitraum eingesetzt, so dass die Verordnungsmengen je Patienten niedrig sind. Die insgesamt hohe Verordnungshäufigkeit von Antibiotika spiegelt die erhebliche Bedeutung wider, die akute Infektionskrankheiten unterschiedlicher Lokalisationen (Harnwege, Lunge, HNO etc.) in der medizinischen Versorgung der jungen Erwerbstätigen einnehmen und übertrifft die Häufigkeit in der Gesamtbetrachtung deutlich.

Mittel gegen Magen-Darm-Erkrankungen

An vierter Stelle befinden sich die Prokinetika, eine Wirkstoffgruppe gegen Beschwerden des Magen-Darm-Traktes wie insbesondere Übelkeit und Erbrechen. Nahezu jeder Achte der jungen Erwerbstätigen hat 2009 ein derartiges Präparat verordnet bekommen. Das Verordnungsvolumen in Höhe von etwa 8 Tageseinheiten je Fall indiziert einen verhältnismäßig kurzfristigen Gebrauch.

²⁰ Die Höhe der Gesamtdosis wird sowohl durch die Einzeldosis als auch durch die Behandlungsdauer beeinflusst.

Deutlich geringer als im Gesamtvergleich fällt bei den jüngeren Erwerbstätigen die Verordnungshäufigkeit und der Verbrauch Magensäure-hemmender Arzneimittel aus (A02B: Mittel bei peptischem Ulcus / gastroesophagealer Refluxkrankheit). Diese Mittel werden häufig als Komedikation - insbesondere bei längerfristigen oder mit Kortikosteroiden kombinierten Schmerzmittelverordnungen - zur Verbesserung der Verträglichkeit ("Magenschutz") verordnet, wodurch sich der Mehrverbrauch bei älteren Patienten erklärt.

Wird statt der Verordnungsquote das Verordnungsvolumen betrachtet, treten weitere Wirkstoffgruppen in den Fokus:

Das höchste Verordnungsvolumen wird durch Kontrazeptiva erzielt. Abgesehen davon, dass diese nur in Ausnahmefällen kurativ eingesetzt werden, stellen die empfängnisverhütenden Mittel insofern einen Sonderfall dar, als Verordnungen nur bis zum 20. Lebensjahr eine GKV-Leistung darstellen. Die Verordnungsquote liegt in der Untergruppe der 15- bis 19-Jährigen weiblichen Erwerbstätigen mit 77 Prozent deutlich über den Durchschnittswerten der anderen Versichertengruppen.

**Hormonelle
Kontrazeptiva**

Ansonsten können hohe Verordnungsmengen je Patient aus einer überdurchschnittlich hohen Dosierung von Arzneimitteln resultieren und somit ein Indikator für den Schweregrad der Erkrankung oder den Einsatz in einer speziellen Indikation sein; in der Regel erklären sie sich allerdings aus der regelmäßigen Verordnung über einen längeren Erkrankungszeitraum und sind somit ein Indikator, dass länger anhaltende oder chronische Erkrankungen behandelt werden:

**Chronische
Erkrankungen**

- Die höchsten Tagesdosen je versicherte Person werden in der Arzneimittelgruppe der Antidepressiva verordnet. Das mittlere Ersterkrankungsalter der Depression liegt im Bundesdurchschnitt bei 31 Jahren²¹; entsprechend beträgt die Anzahl der behandelten Patienten etwa die Hälfte im Vergleich zu allen Erwerbstätigen. Werden die Verordnungsquoten in Beziehung gesetzt zur Diagnoseprävalenz depressiver Episoden (F32), ergibt sich für die Gesamtversichertenpopulation ein höherer Versorgungsgrad mit Antidepressiva.

Antidepressiva

Ursache ist möglicherweise der vermehrte Einsatz nicht-medikamentöser Therapien bei Jüngeren. Im Fall einer Behandlung mit Antidepressiva sind die Verordnungsmengen je behandelten Patienten jedoch bei den jungen Erwerbstätigen genauso hoch wie in der Vergleichsgruppe, so dass sich keine Hinweise auf Unterschiede bezüglich

²¹ Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (2010): Depressive Erkrankungen, Heft 51 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.

Schweregrad, Episodendauer und Episodenhäufigkeit der Erkrankung ergeben.

Schilddrüsenpräparate

- Weiterhin von Bedeutung für die jungen Erwerbstätigen sind Schilddrüsenpräparate, welche vorrangig zur Behandlung der Schilddrüsenunterfunktion eingesetzt werden. Die im Vergleich zur Gesamtheit der Erwerbstätigen geringere Verordnungshäufigkeit ist in der sich altersabhängig entwickelnden Prävalenz der Erkrankung begründet.

Mittel gegen obstruktive Atemwegerkrankungen

- Die mengenmäßig ebenfalls bedeutsamen inhalativen Sympathomimetika werden zur Behandlung von obstruktiven Atemwegerkrankungen verwendet. Hierunter fallen unterschiedliche Erkrankungen mit epidemiologisch gegenläufigen Tendenzen:

Während die Prävalenz für Asthma bronchiale bei Jüngeren höher ist, tritt die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, "Raucherlunge") häufiger in späteren Lebensabschnitten auf und verläuft progredient. Insofern ist davon auszugehen, dass bei dieser Arzneimittelgruppe innerhalb der jungen Erwerbstätigen die Behandlung von Asthma bronchiale im Vordergrund steht, was auch eine Diagnosehäufigkeit von 8,9 Prozent in der ambulanten ärztlichen Versorgung nahelegt.

Die Listung der 20 häufigsten verordneten Arzneimittelgruppen nach Einsatzgebieten bestätigt in vielen Punkten das Ergebnis zu den typischen Behandlungsdiagnosen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Im Vergleich zu den Verordnungshäufigkeiten, die auf die Gesamtversichertenpopulation zurückgehen, werden lediglich unterschiedliche Antibiotika jungen Erwerbstätigen häufiger verordnet.

Zwischenfazit zum Patientenkontext *Junge Erwerbstätige in der ambulanten ärztlichen Versorgung*

Als ein wesentliches Ergebnis der Analyse der Versorgungsdaten bleibt festzuhalten, dass junge Erwerbstätige genauso häufig wenigstens einmal im Jahr zum Arzt gehen wie der Durchschnitt der erwerbstätigen Gesamtversichertenpopulation. Wird hingegen die Anzahl der Behandlungsfälle je versicherte Person betrachtet, weisen junge Erwerbstätige gegenüber dem Gesamtdurchschnitt 10 Prozent weniger Fälle auf.

Auch konnte im Zuge eines Vergleichs mit gleichaltrigen Nicht-Erwerbstätigen, die bei der DAK versichert sind, aufgezeigt werden, dass die Erwerbstätigkeit zu einer insgesamt höheren Behandlungsprävalenz führt. Anders als ihre nicht-erwerbstätigen Altersgenossen suchen junge Erwerbstätige nicht nur nennenswert häufiger einen Arzt auf, auch kommen sie in vergleichender Perspektive auf über 70 Prozent mehr Behandlungsfälle.

Weitere Auswertungen ergaben, dass Behandlungen, die zu einer Krankschreibung führen, in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen bereits einen nennenswert Anteil der Arztkontakte in der ambulanten Versorgung begründen. Junge Erwerbstätige weisen im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt aller Erwerbstätigen insgesamt weniger Behandlungsfälle ohne Krankschreibung auf, im Gegenzug jedoch deutlich mehr Behandlungsfälle mit Arbeitsunfähigkeit.

Typische ambulante Behandlungsdiagnosen der jungen Erwerbstätigen stammen aus den Krankheitsarten der Infektionen, der Krankheiten des Atmungssystems und der Verletzungen. Gemeinsam mit Erkrankungen des Verdauungssystems handelt es hierbei auch um die Krankheitsarten, die typischer Weise eine Arbeitsunfähigkeit von jungen Erwerbstätigen begründen.

Dass junge Erwerbstätige jedoch nicht nur von zumeist akut und häufig infektiösen Erkrankungen, in der Regel mit unproblematischem Verlauf und/oder kurzer Genesungsdauer betroffen sind, ist ein wesentliches Ergebnis, das aus

Die Betrachtung der 40 häufigsten Einzeldiagnosen in der ambulanten-ärztlichen Versorgung sowie auch der häufigsten Arzneiverordnungen nach Wirkstoffgruppen zeigt, dass junge Erwerbstätige auch zu einem nennenswerten Teil auch bereits unter dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden.

Bei den häufiger zu beobachtenden langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, handelt es sich um diverse chronische Erkrankungen des Atmungssystems, Schmerzdiagnosen unterschiedlicher Lokalisation sowie psychische Erkrankungen. Bereits ab dem 20. Lebensjahr sind hier deutliche Anstiege bei den Behandlungsprävalenzen zu beobachten.

Im Übergang zum folgenden Exkurs zum Krankenstand junger Erwerbstätiger in 2010 ist nachzutragen, dass den ambulanten Behandlungsfällen aus dem Jahr 2009, die bei jungen Erwerbstätigen zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt haben, ein Krankenstand in Höhe von 2,7 Prozent gegenüber steht.

Exkurs: Arbeitsunfähigkeitsgeschehen junger Erwerbstätiger in 2010

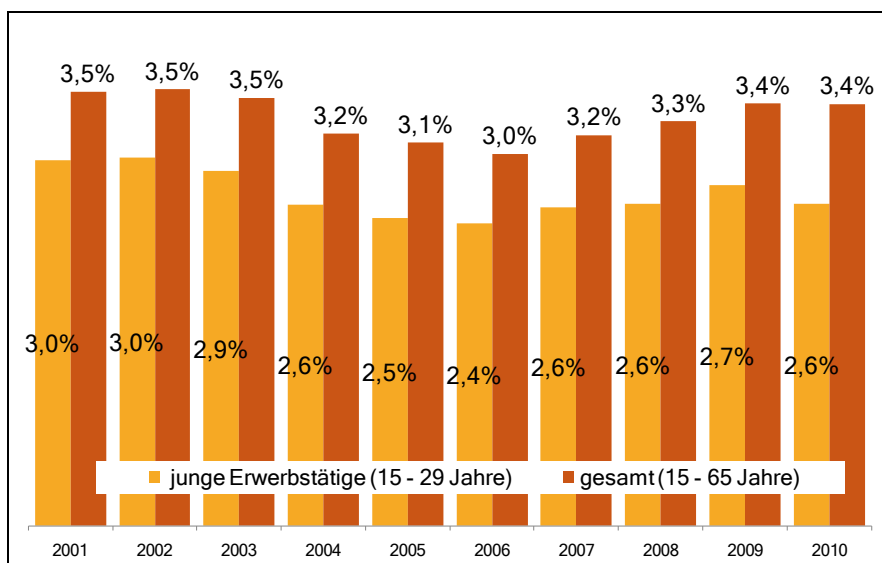
Ziel dieses Abschnitts ist es, ergänzend zu den altersspezifischen Betrachtungen der Kapitel 2 und 3 im Rahmen der Arbeitsunfähigkeitsanalysen für das Jahr 2010 wichtige und bislang nicht berichtete Kennziffern für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen darzustellen. Hierbei wird der Vergleich zum Durchschnitt der erwerbstätigen Gesamtversichertenpopulation weiter verfolgt.

Krankenstand in 2010 und in den Vorjahren

Die Gruppe der jungen Erwerbstätigen hat im Vergleich zur DAK insgesamt erwartungsgemäß einen niedrigeren Krankenstand. 2010 lag der Wert bei 2,6 Prozent im Vergleich zu 3,4 Prozent, was einer Unterschreitung des Durchschnitts in Höhe von rd. 14 Prozent bzw. 296 AU-Tagen je 100 ganzjährig Versicherte entspricht. Abbildung 44 zeigt die Krankenstände für die Jahre 2001 bis 2010.

Abbildung 44:

Krankenstände der jungen erwerbstätigen DAK-Mitglieder (15 bis 29 Jahre) im Vergleich zum Durchschnitt aller Mitglieder (15 bis 65 Jahre) in 2001 bis 2010



Quelle: DAK AU-Daten 2001 - 2010

Dieser deutliche Unterschied im Niveau kann auch für die Vorjahre beobachtet werden. Im Vergleich zum DAK-Durchschnittswert fällt auf, dass in der 10-Jahresperspektive die Entwicklung bei den jungen Erwerbstätigen, zwar auf niedrigerem Niveau, in etwa aber parallel verläuft.

Werden die jungen Erwerbstätigen im Zeitverlauf altersdifferenziert betrachtet, zeigt sich das schon aus Kapitel 2 annähernd bekannte Bild. Die Gruppe der 15- bis 19-Jährigen ist gemessen am Krankenstand eine weniger gesunde Beschäftigtengruppe als die 20- bis 24-Jährigen. Und die 20- bis 24-Jährigen sind weniger gesund als die 25- bis 29-Jährigen, ein Ergebnis, dass sich auch für die Vorjahre zeigt (vgl. Abbildung 45).

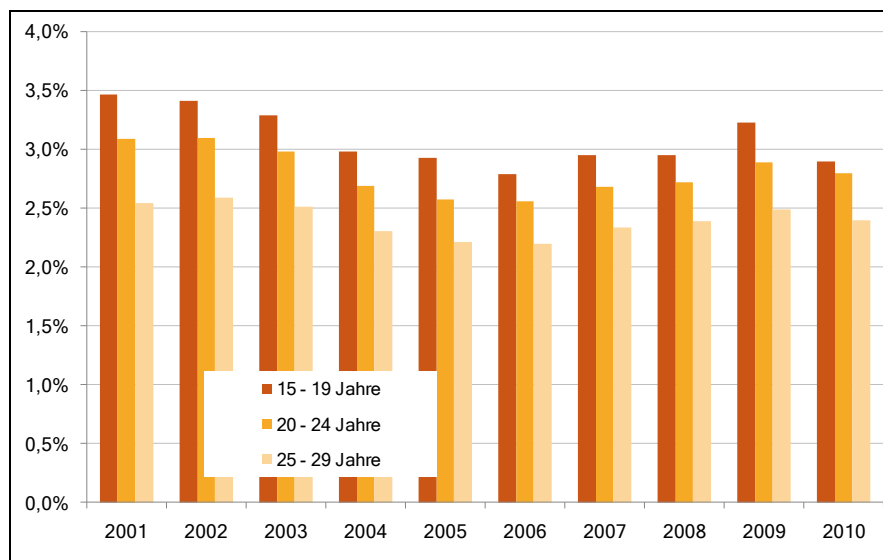


Abbildung 45:

Krankenstände der jungen erwerbstätigen DAK-Mitglieder differenziert nach Untergruppen in 2001 bis 2010

Quelle: DAK AU-Daten 2001 - 2010

Der Krankenstand der Jüngsten liegt – ohne Ausnahme in der 10-Jahresperspektive – über dem der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen sowie dem der 25- bis 29-Jährigen.

2010 registrierte die DAK 11,0 AU-Tage je durchschnittliches Mitglied im Alter von 15 bis 19 Jahren; 10,1 Fehltage in der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen und 8,9 Fehltage in der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen.

Ein Grund für den höheren Krankenstand der jüngsten Gruppe liegt in der überproportional hohen Betroffenenquote:

Betroffenenquote

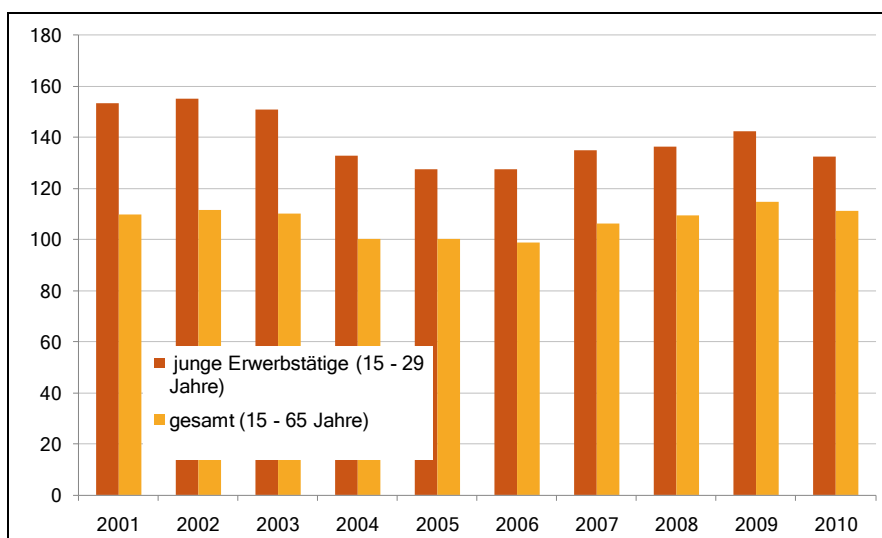
2010 waren rd. 56,3 Prozent der 15- bis 19-Jährigen mindestens einmal im Jahr arbeitsunfähig erkrankt. Im Durchschnitt der 15- bis 29-jährigen Erwerbstätigen beträgt die Betroffenenquote hingegen 47,0 Prozent und im Durchschnitt der DAK insgesamt sogar nur 46,3 Prozent.

Wird anstelle des Krankenstandes die Häufigkeit der AU-Meldungen betrachtet, kehrt sich das aus der Abbildung 44 bekannte Bild um (vgl. Abbildung 46).

Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit

Abbildung 46:

AU-Fälle pro 100 Vj. der jungen DAK-Mitglieder (15 bis 29 Jahre) im Vergleich zum Durchschnitt aller Mitglieder (15 bis 65 Jahre) in 2001 bis 2010



Quelle: DAK AU-Daten 2001 - 2010

In 2010 beobachtet die DAK für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen eine um gut 19 Prozent höhere Erkrankungshäufigkeit als im Durchschnitt aller erwerbstätigen DAK-Mitglieder (132,4 vs. 111,1 AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte). In den ersten drei Jahren der 10-Jahresperiode fiel diese Differenz sogar noch deutlicher aus.

Die höchste Zahl an Krankmeldungen weist die Gruppe der 15- bis 19-Jährigen mit 204,3 AU-Fällen pro 100 ganzjährig Versicherte auf. Deutlich niedriger ist dieser Wert bereits in der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen mit 149,4 AU-Fälle und in der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen liegt er mit 103,7 AU-Fällen bereits unter dem Durchschnitt der Gesamtversichertenpopulation.

Der maßgebliche Grund für den dennoch insgesamt niedrigeren Krankenstand der Gruppe *Junge Erwerbstätige* liegt in der deutlich kürzeren Erkrankungsdauer:

Dauer von Arbeitsunfähigkeit

2010 dauerte eine Arbeitsunfähigkeit in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen 7,2 Tage; im Durchschnitt aller erwerbstätigen Mitglieder hingegen 11,3 Tage, was einer Abweichung in Höhe von minus 36 Prozent entspricht. In der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen dauerte eine Arbeitsunfähigkeit sogar nur 5,2 Tage. Bei den 20- bis 24-Jährigen sowie den 25- bis 29-Jährigen sind hingegen bereits deutlich der Anstiege bei der durchschnittlichen Falldauer zu beobachten (6,7 Tage bzw. 8,6 Tage pro Fall).

In welchen Branchen sind junger Erwerbstätigen häufiger arbeitsunfähig erkrankt?

Gut ein Drittel aller bei der DAK versicherten Erwerbstätigen arbeiten in den Bereichen Handel und Gesundheitswesen. Analysen auf der Grundlage der Gesamtversichertenpopulation der DAK zeigen, dass der Krankenstandwert zwischen den Branchen deutlich variiert (vgl. Abschnitt 5), was u.a. ein Indiz für branchenspezifische Belastungs- und damit Erkrankungsrisiken ist.

Auch die bei der DAK versicherten jungen Erwerbstätigen unterscheiden sich in ihrer Zuordnung nach Branchen. Dies wirft die Frage auf, inwieweit Branchendifferenzen sich auch in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen zeigen und in welcher Branche *Junge Erwerbstätige* den höchsten Krankenstand aufweisen. Hierzu zeigt Abbildung 47 die alters- und geschlechtsstandardisierten Krankenstände junger Erwerbstätiger in den neun Branchen, in denen die DAK besonders viele Mitglieder im Alter von 15- bis 29-Jahren zählt.

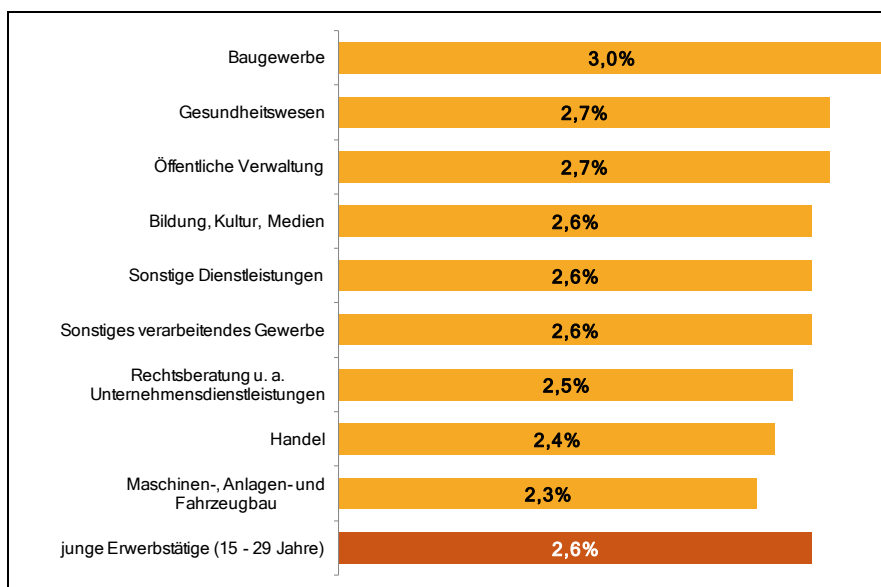


Abbildung 47:

Krankenstände der jungen erwerbstätigen DAK-Mitglieder (15 bis 29 Jahre) in den neun Branchen mit besonders hoher Mitgliederzahl

Quelle: DAK AU-Daten 2010

Die Rangfolge der Branchen entspricht nicht der, die auf Basis der Gesamtversichertenpopulation ermittelt wurde: 2010 steht hier die Öffentliche Verwaltung an der Spitze (vgl. Abbildung 56).

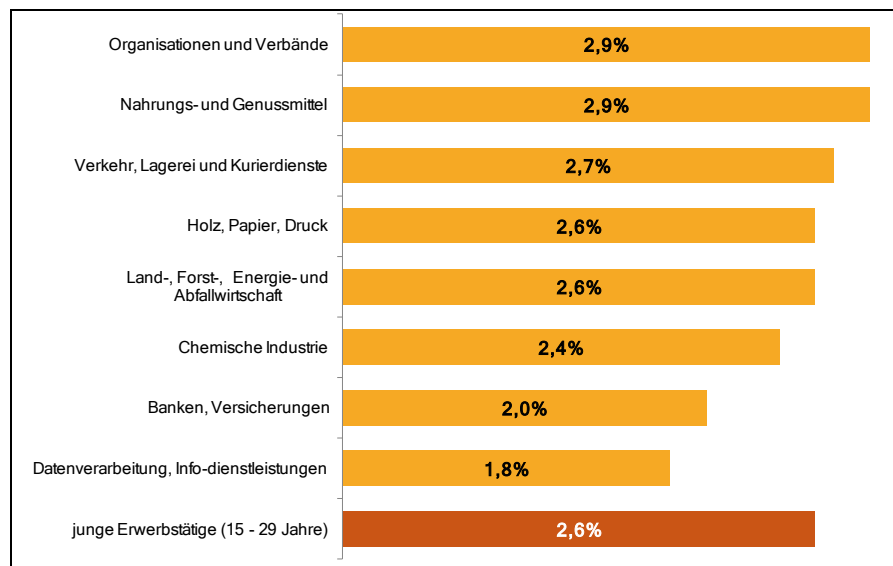
Mit Blick auf die Krankenstände nach Wirtschaftszweigen zeigt sich, dass speziell in der Branche "Baugewerbe" junge Erwerbstätige – gemessen am Krankenstand – eine weniger gesunde Beschäftigtengruppe sind. Auf der zweiten und dritten Position folgen mit jeweils 2,7 Prozent Branchen, die auch im Durchschnitt aller erwerbstätigen DAK-Mitglieder in der Regel ein Fehlzeitenvolumen nahe oder unter dem Durchschnitt aufweisen.

Überdurchschnittlich ist auch der Krankenstand der jungen Erwerbstätigen im "Gesundheitswesen", was weniger überraschend ist, da dieser Bereich stets einen überdurchschnittlichen Krankenstand aufweist.

Insgesamt zeigt sich jedoch, dass keine für das Segment der jungen Erwerbstätigen wichtigen Branchen einen über dem DAK-Gesamtwert in Höhe von 3,4 Prozent liegenden Krankenstand aufweist. Dies lässt sich auch für die übrigen acht Branchen beobachten (vgl. Abbildung 48).

Abbildung 48:

Krankenstände der jungen erwerbstätigen DAK-Mitglieder (15 bis 29 Jahre) in den übrigen Branchen



Quelle: IGES

Für weitergehende Einschätzungen zur gesundheitlichen Situation junger Erwerbstätiger in den jeweiligen Branchen ist es sinnvoll, die branchenspezifische Abweichung der Fehltagel vom Durchschnittswert *Junger Erwerbstätiger* und für die DAK insgesamt zu betrachten (vgl. Abbildung 49 und Abbildung 50).

Ist der Krankenstand in einer Branche gegenüber dem DAK-Gesamtwert niedriger, so ist hier auch eine geringere Zahl an Fehltagen für die jungen Erwerbstätigen zu erwarten und umgekehrt. Zeigt sich hingegen – wie im Baugewerbe – ein entgegengesetztes Bild, liegt hier für junge Erwerbstätige offenbar ein erhöhtes Erkrankungsrisiko vor (vgl. Abbildung 49).

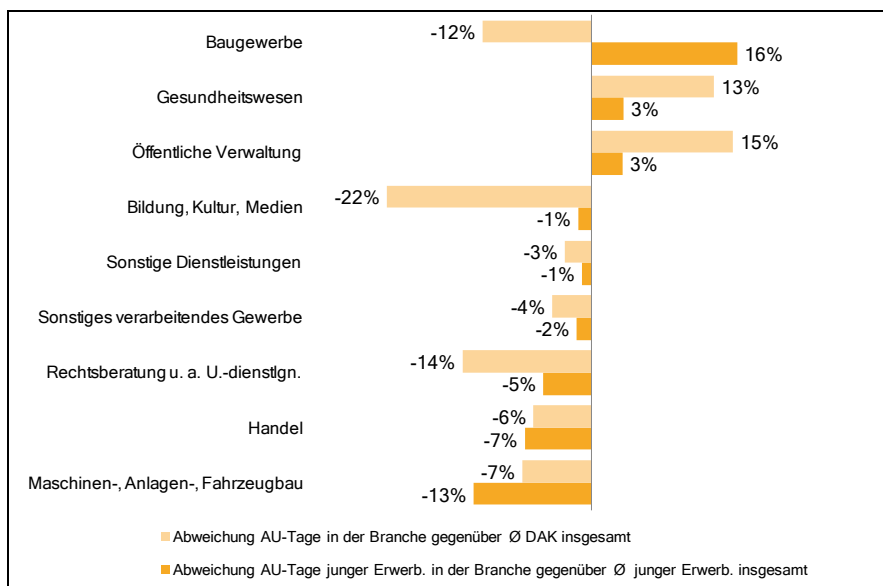


Abbildung 49:

Abweichung der AU-Tage gegenüber Vergleichswerten in den Branchen (1)

Quelle: DAK AU-Daten 2010

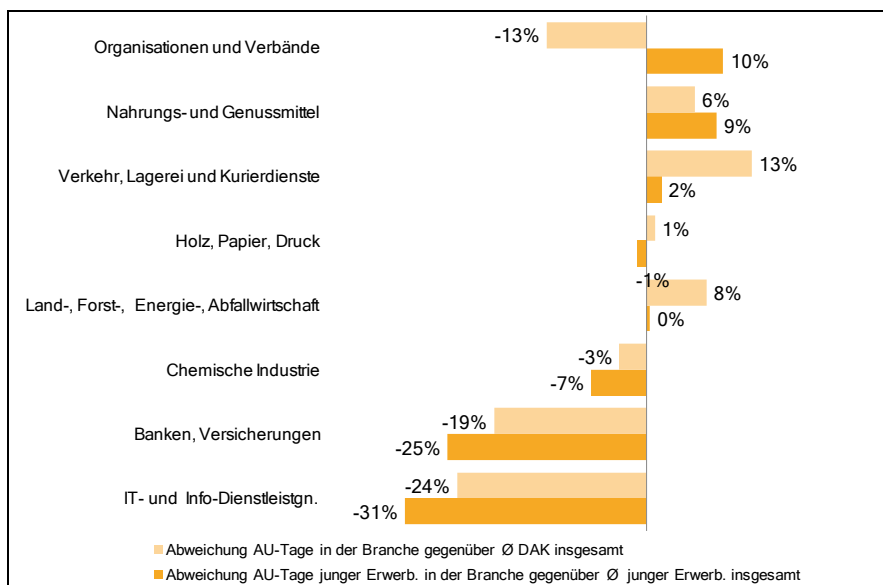


Abbildung 50:

Abweichung der AU-Tage gegenüber Vergleichswerten in den Branchen (2)

Quelle: DAK AU-Daten 2010

Neben dem Bereich "Baugewerbe" zeigt sich nach dieser Darstellung auch für *Junge Erwerbstätige* im Bereich "Organisationen und Verbände" ein erhöhtes Erkrankungsrisiko.

Günstiger stellt sich die gesundheitliche Situation für junge Erwerbstätige in den folgenden Branchen dar: "IT- und Info-Dienstleistungen", "Banken, Versicherungen" sowie "Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau". Hier ist die Abweichung des branchenspezifischen Fehltagelolumens der jungen Erwerbstätigen zum Gesamtwert aller Altersgruppen nennenswert größer als wenn der Branchendurchschnitt mit dem DAK-Durchschnitt ins

Verhältnis gesetzt wird.

Arbeitsunfähigkeit – Ein bedeutendes Problem in der Ausbildungszeit?

Auszubildende im Alter von 15- bis 29

Junge Mitglieder der DAK unterscheiden sich nicht nur in ihrer Zuordnung zu Branchen bzw. Wirtschaftszweigen, sondern auch in Bezug auf die berufliche Stellung, die sie innehaben. Welchen Einfluss dieses Merkmal ggf. auf den Krankenstand bzw. die gesundheitliche Situation hat, kann im Rahmen der Arbeitsunfähigkeitsdaten anhand des Merkmals "Auszubildende" beurteilt werden. Die folgende Analyse berücksichtigt nur Auszubildende im Alter von 15- bis 29 Jahren.

Etwas höherer Krankenstand bei Auszubildenden

Abgesehen davon, dass dieses Merkmal stark mit dem Alter korreliert – rund 76 Prozent der 15- bis 19-jährigen erwerbstätigen Mitglieder zählt zur Gruppe der Auszubildenden – ist hervorzuheben, dass der Krankenstand der bei der DAK-versicherten Auszubildenden mit 2,8 Prozent den Durchschnitt der Gruppe der jungen Erwerbstätigen insgesamt (2,6 %) um 0,2-Prozentpunkt bzw. rd. 8 Prozent übertrifft.

Azubis melden sich häufiger krank ...

Ursächlich hierfür ist eine in der Gruppe der Auszubildenden im Alter von 15 bis 29 Jahren hohe Betroffenenquote. 2010 weisen rund 55 Prozent wenigsten eine Arbeitsunfähigkeit auf; in der Gesamtgruppe der jungen Erwerbstätigen trifft dies auf gut 47 Prozent zu.

Zugleich liegt die Fallhäufigkeit um gut 35 Prozent höher als in der Vergleichsgruppe der 15- bis 29-Jährigen (178,2 vs. 132,4 AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte). Eine Krankmeldung dauert in der Gruppe der Auszubildenden durchschnittlich 5,7 Tage; die Gesamtgruppe der jungen Erwerbstätigen benötigt mit 7,2 Tagen im Durchschnitt 1,5 Tage länger für die Genesung.

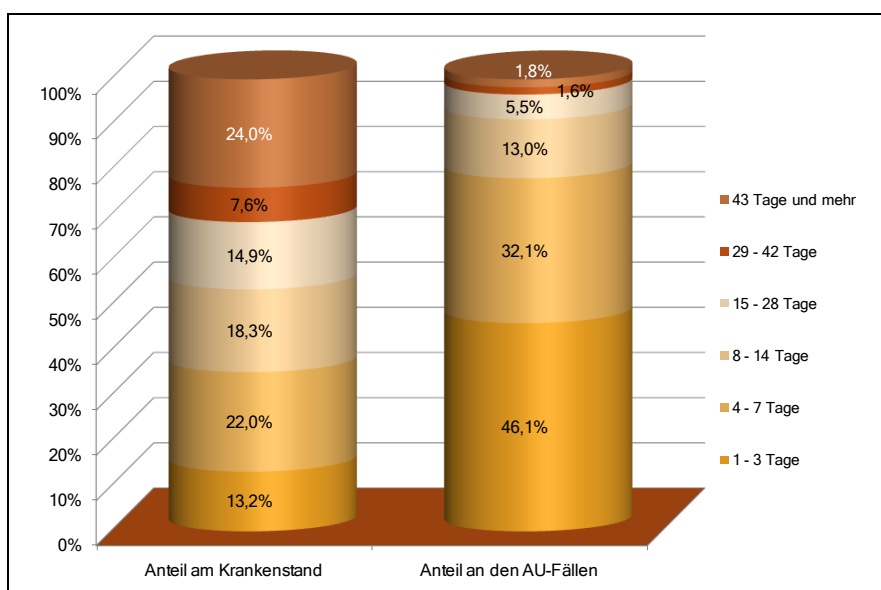
... aufgrund geringfügiger Erkrankungen.

Alles in allem weisen Auszubildende einen etwas höheren Krankenstand auf; dies allein ist aber kein belastbarer Hinweis für eine Kumulation von Gesundheitsproblemen bei Auszubildenden. Hinter dem höheren Krankenstand steht eine nennenswert höhere Fallhäufigkeit. Ursächlich ist hier nicht auszuschließen, dass Auszubildende u.U. im Zuge betrieblicher Regelungen bereits am ersten krankheitsbedingten Feiertag ein ärztliches Attest beim Ausbilder einreichen müssen. Die durchschnittlich kürzere Genesungsdauer indiziert, dass es sich bei den Krankmeldungen in der Regel um geringfügige Erkrankungen handelt, die unkompliziert verlaufen.

Welche Bedeutung entwickeln AU-Fälle unterschiedlicher Dauer in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen?

Abbildung 51 zeigt auf (analog zu Abbildung 9), dass 2010 bei den jungen Erwerbstätigen gut 78 Prozent des Krankenstandes durch Krankmeldungen von kürzerer Dauer, d.h. bis zu einer Woche, zustande gekommen sind. Im Durchschnitt aller erwerbstätigen DAK-Mitglieder lag dieser Wert gut 10-Prozentpunkte niedriger (vgl. Abbildung 9).

Allein 46 Prozent der Fehltage junger Erwerbstätiger entfielen auf sogenannte Kurzzeiterkrankungen, d.h. auf Arbeitsunfähigkeitsfälle von einem bis zu drei Tagen Dauer.



Hoher Anteil von Kurzzeiterkrankungen

Abbildung 51:

Anteil der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer am Krankenstand und den Fällen in der Gruppe der 15- bis 29-jährigen Erwerbstätigen

Quelle: DAK AU-Daten 2010

Die ausgesprochen hohe Relevanz von Erkrankungen bis zu einer Woche konnte aufgrund der hohen Erkrankungshäufigkeit junger Erwerbstätiger und der unterdurchschnittlichen fallbezogenen Erkrankungsdauer erwartet werden.

Je mehr junge Erwerbstätige nicht mehr am Anfang ihrer beruflichen Entwicklung stehen, sondern sich bereits als wichtige Leistungsträger etabliert haben, ist davon auszugehen, dass die Unternehmen bei der Gewährleistung betrieblicher Abläufe durch die häufigen Arbeitsunfähigkeiten junger Erwerbstätiger unterschiedlich stark betroffen sind.

Bereits im DAK-Gesundheitsreport 2004 wurde auf die betrieblichen negativen Auswirkungen von kurzen Fehlzeiten bis zu drei Tagen Dauer aufmerksam gemacht.

AU-Fälle von mehr als sechs Wochen Dauer

Neben den kürzeren Fehlzeiten fällt jedoch ein bereits sichtbarer Anteil von Langzeitarbeitsunfähigkeiten in Höhe von 21,3 Prozent am Krankenstand auf. 1,8 Prozent der Krankmeldungen dauern mindestens sechs Wochen oder länger.

Deutlicher Anstieg an Langzeitarbeitsunfähigkeiten unter jungen Erwerbstätigen.

Weitergehende Analysen zeigen, dass bereits in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen neben Programmen des betrieblichen Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung Maßnahmen der Rehabilitation und Wiedereingliederung erforderlich sind: Ausgehend von der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen steigert sich der Anteil der Langzeiterkrankungen am Krankenstand deutlich von 13,4 Prozent über 21,3 Prozent (20- bis 24-Jährige) auf 29,0 Prozent in der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen.

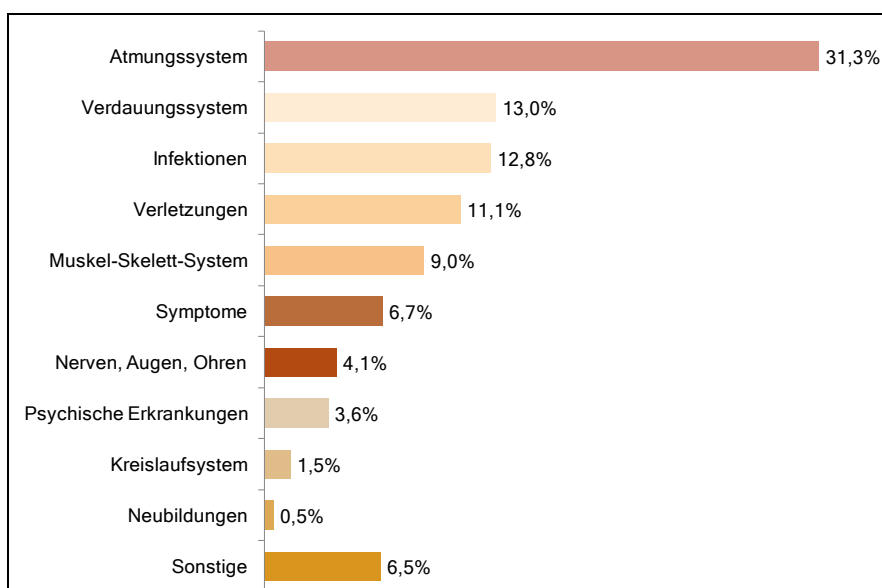
Welche Krankheitsarten stehen 2010 hinter den Krankmeldungen junger Erwerbstätiger?

Bereits im Rahmen der Auswertungen zu den ambulanten Behandlungsdiagnosen sowie auch Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen wurden die für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen wichtigen Krankheitsarten für das Jahr 2009 ermittelt. Nachfolgend wird die Relevanz einzelner Krankheitsarten für den Krankenstand in 2010 berichtet.

2010 stehen bei den jungen Erwerbstätigen Erkrankungen des Atmungssystems an der Spitze der für die Krankmeldungen wichtigsten Krankheitsarten. Sie begründeten nahezu jede Dritte Krankmeldung. Erkrankungen des Verdauungssystems liegen auf der zweiten Position gefolgt von Infektionen und Verletzungen (vgl. Abbildung 52).

Abbildung 52:

Anteil wichtiger Krankheitsarten an den AU-Fällen junger Erwerbstätiger



Quelle: DAK AU-Daten 2010

Damit wiederholt sich für 2010 das bekannte Bild typischer Behandlungs- und damit auch Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen. Abbildung 54 weist entsprechend dieser Rangreihe die Anzahl der krankheitsspezifischen AU-Fälle je 100 ganzjährig Versicherte aus für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen sowie für DAK gesamt. In nahezu allen ICD-Kapiteln weist die Gruppe der jungen Erwerbstätigen nennenswert mehr AU-Fälle auf.

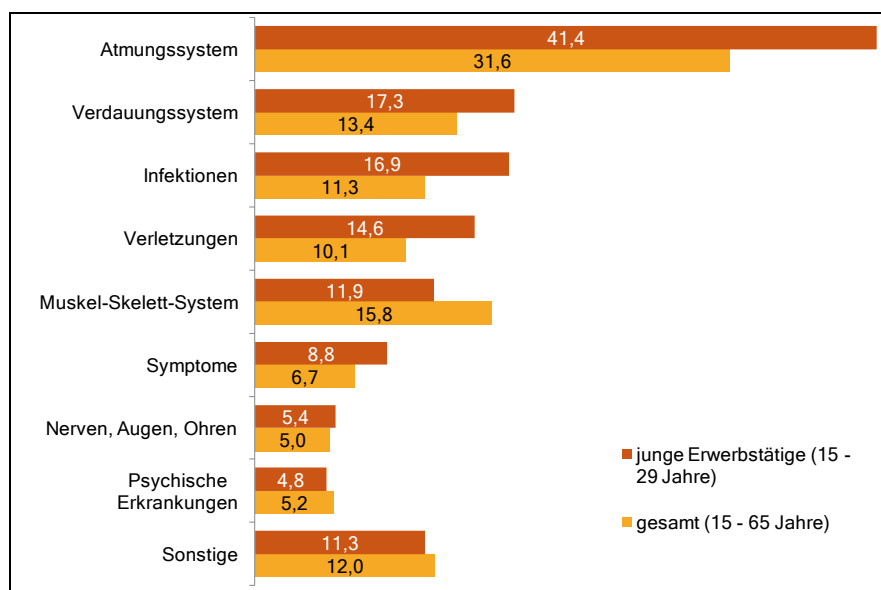


Abbildung 53:

AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte differenziert nach Erkrankungsarten für junge Erwerbstätige und DAK gesamt

Quelle: DAK AU-Daten 2010

2010 zählt die DAK - bezogen auf 100 ganzjährig Versicherte - in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen 50 Prozent mehr AU-Fälle aufgrund von Infektionen. Auch kommt die Gruppe der jungen Erwerbstätigen auf 31 Prozent mehr Fälle aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems, 29 Prozent mehr Krankmeldungen aufgrund von Erkrankungen des Verdauungssystems und 45 Prozent mehr Fälle aufgrund von Verletzungen.

Dem steht gegenüber, dass lediglich bei den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems nennenswert weniger AU-Fälle auf diese Krankheitsart in der in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen entfallen (minus 24 Prozent).

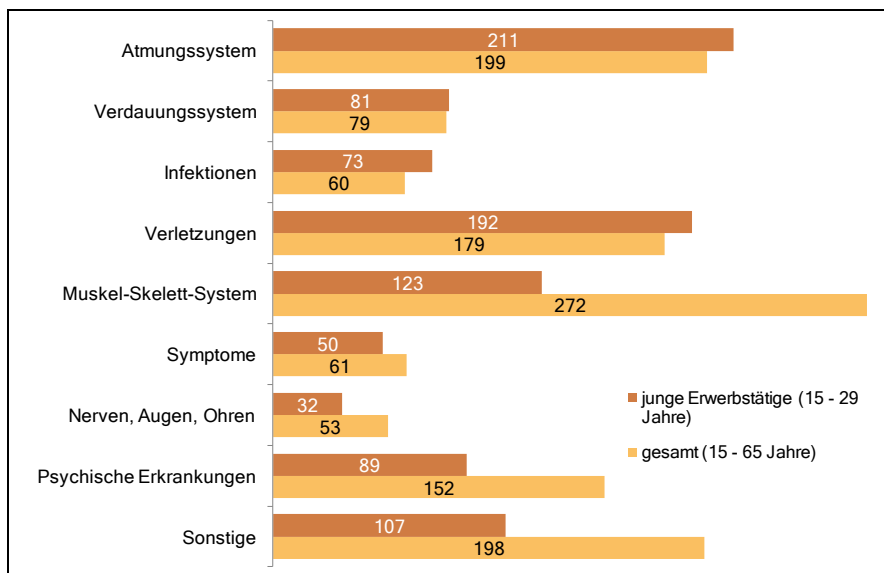
Die insgesamt deutlich höhere Zahl an Krankmeldungen nach Krankheitsarten spiegelt sich auch in den Fehltagen wider, die auf diese Krankmeldungen zurückgeführt werden können (vgl. Abbildung 54). Abbildung 54 weist - analog zur Rangreihe der wichtigen Krankheitsarten gemessen an der Zahl der Krankmeldungen - die Anzahl der krankheitsspezifischen Fehltag für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen sowie für DAK gesamt aus.

Die jungen Erwerbstätigen weisen entgegen der deutlichen Fallhäufigkeiten nach Krankheitsarten sichtbar mehr Fehltag lediglich bei den Infektionen auf (plus 21 %).

Die Zahl der Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems und Verletzungen liegen beispielsweise nur 6 Prozent bzw. 7 Prozent über dem jeweiligen DAK-Durchschnittswert.

Abbildung 54:

AU-Tage pro 100 ganzjährig Versicherte differenziert nach Erkrankungsarten für junge Erwerbstätige und DAK gesamt



Quelle: DAK AU-Daten 2010

Die hohe Zahl an Fehltagen aufgrund von Verletzungen bei jungen Erwerbstätigen wird allgemein durch eine höhere Prävalenz von Arbeits- und Wegeunfällen, z.B. aufgrund von mangelnder Erfahrung in puncto bestehende Unfall- und Verletzungsrisiken in der Arbeitswelt, begründet: 2010 hatten Arbeits- und Wegeunfälle einen Anteil in Höhe von 27 Prozent an allen Fehltage aufgrund von Verletzungen. Da dieser Wert bei den DAK-Mitgliedern insgesamt gut 29 Prozent beträgt, weisen die AU-Daten der DAK jedoch keinen derartigen Zusammenhang auf. An dieser Stelle ist daher auf das Unfall- und Verletzungsrisiko im Zuge von Freizeitaktivitäten zu verweisen.

Gemessen an den AU-Tagen fehlten junge Erwerbstätige vergleichsweise seltener aufgrund von:

- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (minus 55 %)
- Psychische Erkrankungen (minus 42 %)
- Nerven, Augen, Ohren (minus 40 %)

Darüber hinaus begründet die Sammelkategorie "Sonstige" - diese beinhaltet in dieser Darstellung auch die Erkrankungen des Kreislaufsystems - erwartungsgemäß weniger Fehltage (minus 46 %).

Alles in allem werden die moderaten Überhänge an krankheitsbedingten Fehltagen in der Summe stark kompensiert, so dass der Krankenstand der jungen Erwerbstätigen den DAK-Durchschnittswert - wie bereits berichtet - deutlich unterschreitet.

4.5 Zum Bedarf einer zielgruppenspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung: Erste Schlussfolgerungen:

Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung bezwecken die Implementierung grundlegender Strategien zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit aller Beschäftigten.

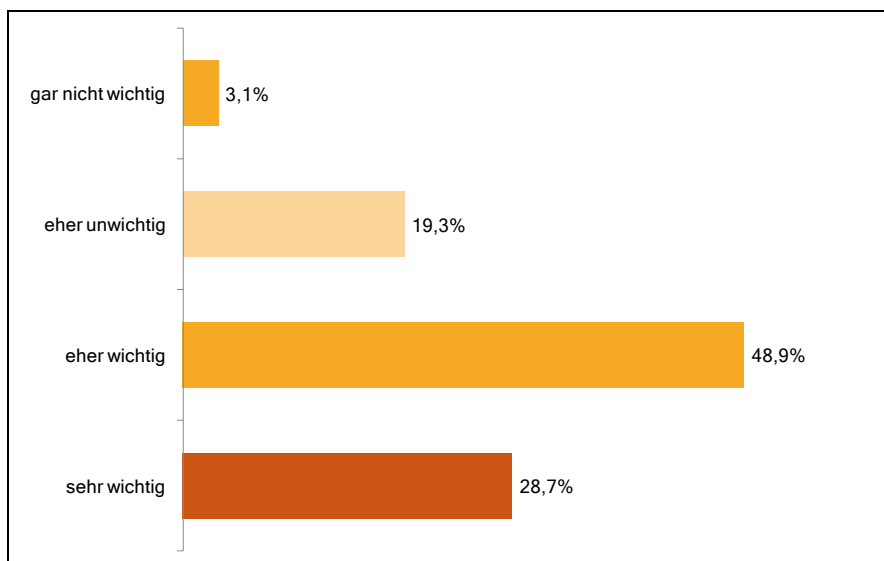
Häufig steht die Gruppe der jungen Erwerbstätigen dabei jedoch nicht primär im Fokus bzw. eine altersgerechte Ansprache unterbleibt. Allerdings haben die bisherigen Analysen auf der Basis von Versorgungsdaten gezeigt, dass diese "Vernachlässigung" nicht gerechtfertigt ist.

Junge Erwerbstätige weisen bereits einige chronische Erkrankungen wie Asthma, Migräne, Adipositas, Depressionen etc. auf. Die Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Versorgung dominieren hingegen akut auftretende und häufig infektiöse Erkrankungen. Es scheint, dass mit dem Eintritt in Arbeitsleben und den damit einhergehenden Veränderungen in puncto Alltag und Freizeit junge Erwerbstätige zunächst vulnerabler, d.h. krankheitsanfälliger werden. Ihre Widerstandsfähigkeit gegenüber Krankheiten scheint herabgesetzt, was u.a. zu häufigeren Krankmeldungen führt.

Diesen Eindruck vermitteln auch die Befragungsergebnisse zur Arbeits- und Gesundheitssituation junger Erwerbstätiger:

Mit Eintritt ins Arbeitsleben werden bestimmende Weichen für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter gestellt. In dieser Zeit entscheidet sich, ob ggf. Benachteiligungen aus der Kindheit und Adoleszenz überwunden, berufliche Perspektiven entwickelt, gesunde Lebensstile angestrebt oder ob anstelle gesundheitsrelevanter Alltagsroutinen ungesunde, riskante Verhaltensweisen zur Gewohnheit werden.

Angesichts des Potentials betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung in Bezug auf die skizzierten Anforderungen wurde gefragt, wie wichtig die jungen Erwerbstätigen Informationen und Beratungen zur Gesundheit am Arbeitsplatz finden (vgl. Abbildung 55).

Abbildung 55:**Relevanz von gesundheitsbezogener Information und Beratung am Arbeitsplatz***(N = 3.003)***Interviewfrage:** *Wie wichtig finden Sie Informationen und Beratung zur Gesundheit am Arbeitsplatz*

Quelle: IGES nach DAK-Umfrage 2010

Adressaten für gesundheitsbezogene Informationen und Beratungen am Arbeitsplatz

Gut drei Viertel der Befragten schätzen gesundheitsbezogene Informationen und Beratungen am Arbeitsplatz als eher bis sehr wichtig ein, was einen insgesamt hohen Unterstützungsbedarf in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen anzeigt. Weitere Analysen zeigen, dass diese Beratungen und Informationen differenziert und nach speziellen Bedarfen erfolgen sollten:

Männer und Frauen

Bei jungen erwerbstätigen Frauen besteht ein deutlich größeres Interesse. *Sehr wichtig* finden 25,6 % der Männer und 32,2 % der Frauen die Beratung zur Gesundheit am Arbeitsplatz. Demzufolge zeigen die jungen erwerbstätigen Frauen nicht nur eine bessere Performance in Bezug auf ein gesundheitsbewusstes Verhalten, offenbar haben sie auch ein höheres Interesse an Informationen und Beratung. Hier liegt der Schluss nahe, dass die befragten Frauen viel stärker für diese Thematik sensibilisiert sind.

Im Umkehrschluss bedeutet dieses Ergebnis jedoch, dass die Gruppe der jungen erwerbstätigen Männer für gesundheitsbezogene Themen zu sensibilisieren und spezifische Informationsmaterialien und Beratungsangebote für diese Zielgruppe zu entwickeln sind.

Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss

Je niedriger der Bildungsabschluss desto höher wird die Bedeutung von gesundheitsbezogenen Informationen und Beratungen am Arbeitsplatz eingeschätzt. Unter den Hauptschulabsolventen finden diese 41,8 Prozent sehr wichtig, unter den Befragten mit Abitur/ Hochschulabschluss hingegen nur 25,3 Prozent.

Es scheint, dass junge Erwerbstätige mit niedrigeren Bildungsabschlüssen durchaus für gesundheitsbezogene Themen und Probleme sensibilisiert sind, sie für sich jedoch einen Unterstützungsbedarf ausmachen, um persönlich eine gesundheitsbewusste Lebensweise entwickeln zu können.

- Für eine Ab- oder Zunahme an Beratungsbedarf bei länger andauernder Erwerbstätigkeit finden sich keine belastbaren Befragungsergebnisse. Auch zeigt sich nicht, dass Auszubildende die Relevanz von Informationen und Beratungen zur Gesundheit am Arbeitsplatz für sich persönlich höher einschätzen. Im Umkehrschluss weist jedoch auch dieses Ergebnis darauf hin, dass Auszubildende in Bezug auf Gesundheitsrisiken, insbesondere in der Arbeitswelt, noch nicht hinreichend sensibilisiert sind. Somit wäre eine weitere Zielgruppe für Maßnahmen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung identifiziert.
- Weitere Beratungs- und Informationsbedarfe ergeben sich, wenn die jungen Erwerbstätigen differenziert nach Beschäftigungsmerkmalen wie z. B. Arbeitszeitlagen betrachtet werden. Deutliche Zusammenhänge bestehen im Fall von Samstags- bzw. Wochenendarbeit, Schichtarbeit und Bereitschaftsdienst. Die damit einhergehenden arbeitszeitlichen Belastungen sowie die höheren Anforderungen, das Gleichgewicht zwischen beruflichen und privaten Erwartungen lassen diesen erhöhten Bedarf nachvollziehbar erscheinen. Bemerkenswert ist hingegen, dass junge Leiharbeiter einer gesundheitsbezogenen Information und Beratung am Arbeitsplatz eine geringere Bedeutung zuschreiben.

Auszubildende

Zielgruppen nach Beschäftigungsmerkmalen

Die Ergebnisse des diesjährigen Schwerpunktthemas beinhalten zahlreiche Hinweise, welche Inhalte bzw. Bereiche zielgruppenspezifische Informationen und Beratungen abdecken sollten:

- Prävention von Belastungen für das Muskel-Skelett-System (z.B. Kräftigung des Muskel-Skelett-Systems, Lastenverringern und Ausgleichstätigkeiten)
- Angebote zum Erlernen von Verhaltensweisen und Wahrnehmungsmustern, um gewissen Belastungen stand zu halten bzw. diese besser bewältigen zu können
- Stärkung von Fähigkeiten, um Stress und seine Symptome sowie speziell auch die Ursachen zu erkennen, um diesen pro-aktiv zu begegnen zu können
- gegenwarts- und lebensstilbezogene Gesundheitsthemen, um eine generelle Auseinandersetzung mit Alltagsroutinen wie Alkoholkonsum, Rauchen, Hygiene, Ernährung und

Potentielle Informations- und Beratungsinhalte

- Bewegung anzustoßen sowie auch positiv hinzuwirken auf eine Stärkung der körperlichen Widerstandsfähigkeit und des Immunsystems

Alles in allem sollten zielgerichtete Angebote die spezifischen Bedingungen und Belastungen junger Erwerbstätiger, unter Beachtung stärker gegenwartsbezogener Gesundheitsvorstellungen, aufgreifen. Nach den Ergebnissen dieses Schwerpunkts sind Unterstützungsangebote für eine nachhaltige Integration in das Arbeitsleben bei gleichzeitiger Entwicklung einer individuellen und eigenverantwortlichen Lebensführung angezeigt. Beides zusammengekommen ist von maßgeblicher Bedeutung für Gesundheit und Wohlergehen, gegenwärtig und künftig im weiteren Erwerbsverlauf.

Die Möglichkeiten zur Verbreitung von derartigen gesundheitsbezogenen Informationen in der Arbeitswelt sowie die Wahrnehmung von Beratungen sind vielfältig. Neben regelmäßigen altersadäquaten Schulungen zu Gesundheitsrisiken und Präventionsmaßnahmen werden aus Sicht der befragten Experten betriebliche Gesundheitstage mit zielgruppenspezifischen Themen, die Etablierung einer betrieblichen Gesundheitsförderung speziell für junge Erwerbstätige sowie auch das Angebot spezieller betriebsärztlicher Sprechstunden vorgeschlagen.

Krankenkassen leisten arbeitsplatzbezogene Informationen und Beratungen zur Gesundheit im Rahmen ihres Engagements im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Krankenkassen bezwecken dabei, nah an einem wichtigen Lebensumfeld wie dem Arbeitsplatz, fördernd und stärkend anzusetzen. Für eine Verbesserung und Stärkung der Arbeits- und Gesundheitssituation sollte jedoch besonderer Wert auf eine adäquate Ansprache der unterschiedlichen Zielgruppen innerhalb der Gruppe der jungen Erwerbstätigen gelegt werden. Nach Meinung der Experten erreichen klassische Ansätze der Gesundheitsförderung seitens der Krankenkassen häufig nur Erwachsene im mittleren und höheren Lebensalter.

Neben der Nutzung von Printmedien (u.a. Broschüren, Faltblättern) sind Krankenkassen im Sinne eines "Cross-Media-Concepts" dazu übergegangen, ihren Zielgruppen auch gesundheitsbezogene Online-Informationen und -Angebote wie z.B. Coaching, Selbsttests etc. zur Verfügung zu stellen. Der Bekanntheitsgrad derartiger Angebote zu den verschiedensten Fragestellungen und Themen rund um Erwerbstätigkeit und Gesundheit ist hingegen noch verbesserungswürdig. Insgesamt finden 36,0 Prozent der Befragten, eher 29,4 Prozent und sehr 6,6 Prozent, schätzen derartige Angebote als wichtig ein.

5 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

Im fünften Kapitel wird die Krankenstandsentwicklung nach Branchen differenziert dargestellt. Grundlage der Auswertung ist die Zuordnung der DAK-Mitglieder zu den Wirtschaftszweigen. Die Zuordnung nehmen die Arbeitgeber anhand des Schlüssels der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes vor.²²

Im Folgenden wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zunächst in den neun Wirtschaftsgruppen, in denen besonders viele DAK-Mitglieder beschäftigt sind, etwas detaillierter betrachtet (vgl. Abbildung 56). Abbildung 57 geht auf die übrigen Wirtschaftsgruppen ein.

Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von DAK-Mitgliedern

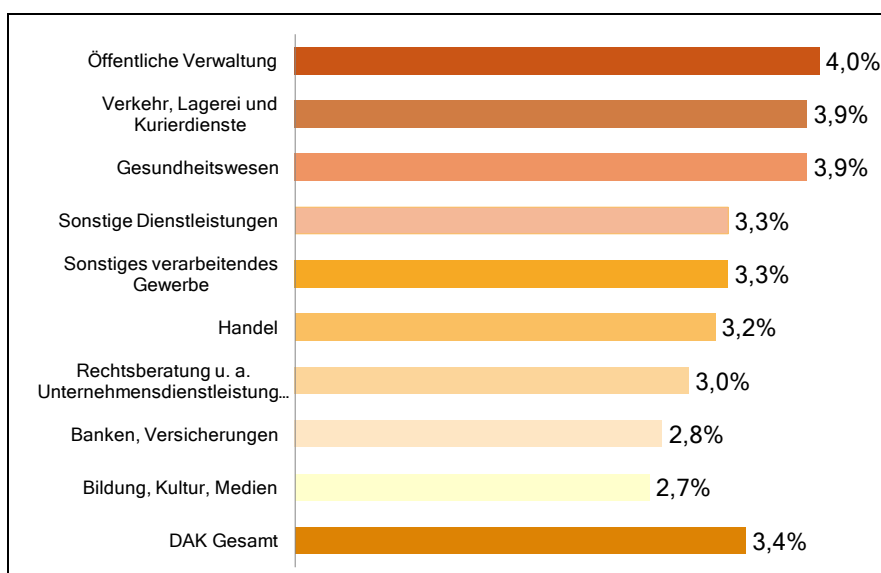


Abbildung 56:

Krankenstandswerte 2010 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl

Quelle: DAK AU-Daten 2010

Die Branchen "Öffentliche Verwaltung", "Verkehr, Lagerei und Kurierdienste" sowie „Gesundheitswesen“ lagen hinsichtlich des Krankenstandes mit Werten von 4,0 % und 3,9 % deutlich an der Spitze und eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Am anderen Ende der Skala befinden sich die Branchen „Banken, Versicherungen“ und „Bildung, Kultur, Medien“ mit unterdurchschnittlichen Krankenständen in Höhe von 2,8 % bzw. 2,7 %.

„Öffentliche Verwaltung“ an der Spitze gefolgt von "Verkehr, Lagerei und Kurierdienste"

²² Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüssel-systematik leicht verändert, um einige für die DAK besonders charakteristische Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können.

Ursächlich für diese Unterschiede sind deutliche Abweichungen zwischen den Branchen hinsichtlich der Fallhäufigkeit und Falldauer:

- Die hohen Ausfallzeiten im „Gesundheitswesen“ sind sowohl auf eine überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit als auch auf eine längere Erkrankungsdauer zurückzuführen: Je 100 ganzjährig Versicherter konnten 2010 116 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 12,2 Tage dauerten.

DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege und im DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006

Das hohe Krankenstandsniveau im Gesundheitswesen ist zu einem großen Teil auf stark belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Pflegenden wurden vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems im DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege und im DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege umfassend analysiert.

Wesentliche Ergebnisse sind, dass Pflegende noch immer überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen sind. Dabei spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen eine besonders wichtige Rolle. Beide Krankheitsarten stehen häufig im Zusammenhang mit Belastungen aus der Arbeitswelt, die sich durch geeignete betriebliche Präventionsmaßnahmen grundsätzlich reduzieren lassen.

- In der „Öffentlichen Verwaltung“ beträgt die Fallhäufigkeit je 100 Versicherte 132,8 Erkrankungsfälle. Die Erkrankungsdauer lag in der „Öffentlichen Verwaltung“ mit durchschnittlich 10,9 Tagen unter dem Durchschnitt aller Branchen (11,3 Tage je AU-Fall).

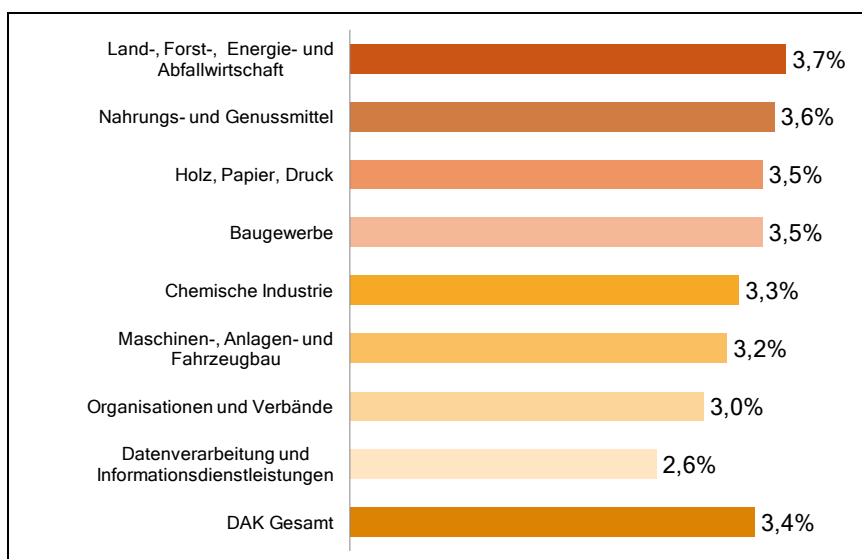
Gründe für hohen Krankenstand in der Öffentlichen Verwaltung

Der im Vergleich zur Privatwirtschaft hohe Krankenstand in den öffentlichen Verwaltungen wird in verschiedenen Studien teils mit einem höheren Anteil an Schwerbehinderten im öffentlichen Sektor begründet.²³ Auch bieten öffentliche Verwaltungen gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbstätigen noch immer eher eine Beschäftigungsmöglichkeit als kleinbetrieblich strukturierte Branchen wie z. B. „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“.

Der niedrige Krankenstand in den Branchen „Bildung, Kultur, Medien“ sowie „Banken und Versicherungen“ lässt sich zurückführen auf eine unterdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit sowie auch Erkrankungsdauer:

- 100 ganzjährig Beschäftigte im Wirtschaftszweig „Bildung, Kultur, Medien“ waren 2010 nur 100,9 Mal arbeitsunfähig erkrankt. Im Wirtschaftszweig „Banken und Versicherung“ liegt dieser Wert bei 103,2. Eine Erkrankung dauerte dabei im Durchschnitt nur 9,7 bzw. 9,8 Tage.

²³ Marstedt et al.: Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im Öffentlichen Dienst, in: Fehlzeiten-Report 2001; Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2003

**Abbildung 57:**

**Krankenstandswerte
2010 in den acht übrigen
Wirtschafts-
gruppen**

Quelle: DAK AU-Daten 2010

Abbildung 57 zeigt die Krankenstände in den übrigen acht Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass einige der Branchen, die dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind, wie z.B. „Chemische Industrie“ und „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“, unter dem DAK-Durchschnitt liegende Krankenstandswerte aufweisen.

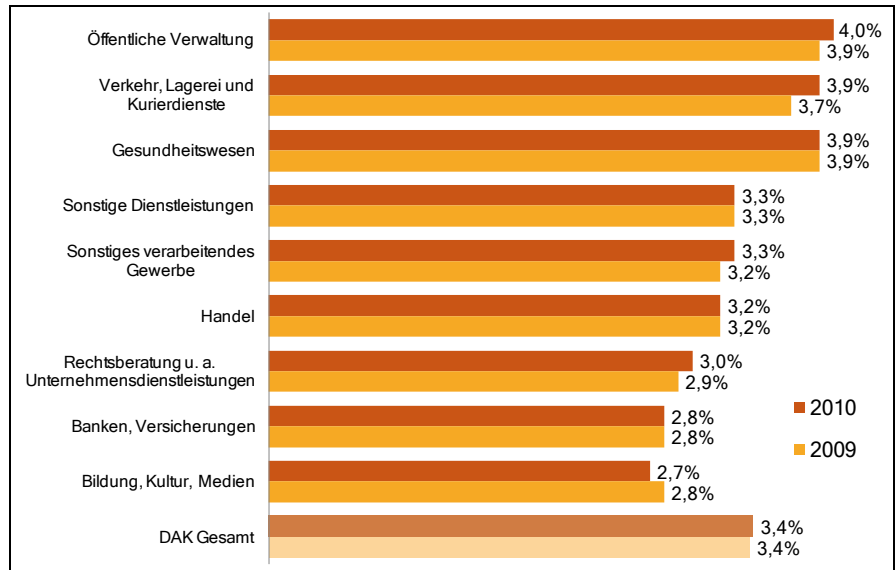
Bereits in den Vorjahresberichten wurde darauf hingewiesen, dass DAK-Mitglieder in diesen Branchen aufgrund der Historie der DAK als Angestellten-Krankenkasse hier vermutlich überwiegend nicht in den gewerblichen Bereichen, sondern in den gesundheitlich weniger belastenden Verwaltungs- und Bürobereichen arbeiten.

In Abbildung 58 und Abbildung 59 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der Jahre 2009 und 2010 vergleichend gegenübergestellt.²⁴

Es zeigt sich, dass die Krankenstände nahezu aller Wirtschaftsgruppen stabil sind. Lediglich in den Bereichen „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ und „Holz, Papier, Druck“ sind die Krankenstände um 0,2 Prozentpunkte angewachsen. Dahinter steht ein Anstieg der Erkrankungsdauer je Fall. In den Wirtschaftsgruppen „Bildung, Kultur, Medien“, „Nahrungs- und Genussmittel“ sowie „Organisationen und Verbände“ sind die Krankenstände im Vergleich zum Vorjahr um 0,1 Prozentpunkte gesunken.

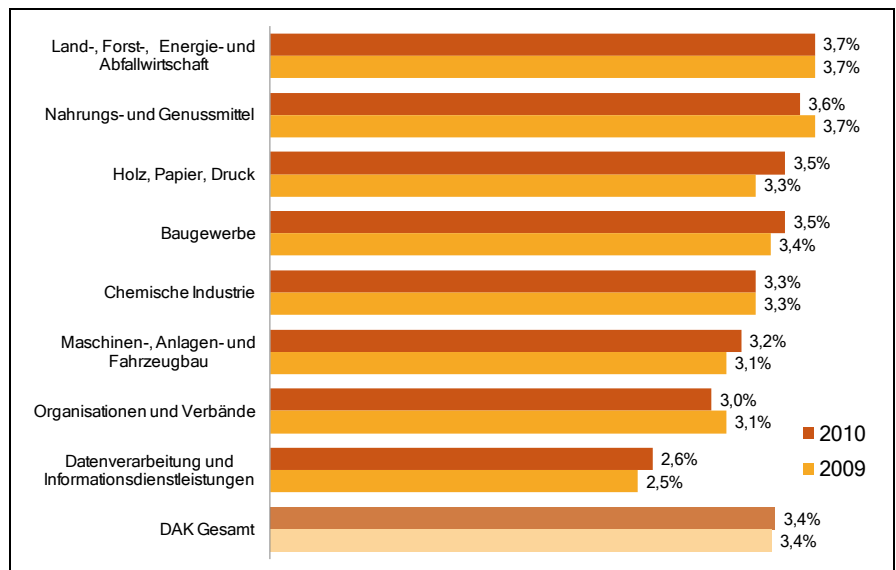
²⁴ Weitere Kennziffern zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in den Wirtschaftsgruppen sowie auch Berufsgruppen sind den Tabellen A9 bis A12 im Anhang II zu entnehmen.

Abbildung 58:
Krankenstandswerte
2009 - 2010 in den
neun Wirtschafts-
gruppen mit beson-
ders hoher Mitglie-
derzahl



Quelle: DAK AU-Daten 2010

Abbildung 59:
Krankenstandswerte
2009 - 2010 in den
acht übrigen Wirt-
schaftsgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2010

Unverändert blieb der Krankenstand in den Branchen „Gesundheitswesen“, „Sonstige Dienstleistungen“, „Handel“, „Banken und Versicherungen“, „Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft“ sowie „Chemische Industrie“

6 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern beruht auf der Zuordnung der DAK-Mitglieder nach ihren Wohnorten.

Um Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Versicherten aufzuzeigen, werden neben Analysen für die einzelnen Bundesländer auch die Gesamtwerte für West- und Ostdeutschland ausgewiesen. Tabelle 12 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2008.

Tabelle 12: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2010

Bundesland	pro 100 ganzjährig Versicherte			
	Krankenstand	AU-Tage	AU-Fälle	Ø Falldauer
Baden-Württemberg	2,8%	1.014,5	96,8	10,5
Bayern	3,0%	1.092,4	99,4	11,0
Berlin*	4,0%	1.444,3	114,7	12,6
Bremen	3,4%	1.234,6	107,9	11,4
Hamburg	3,2%	1.164,2	104,0	11,2
Hessen	3,5%	1.292,1	116,7	11,1
Niedersachsen	3,4%	1.239,6	112,9	11,0
Nordrhein-Westfalen	3,3%	1.215,2	106,6	11,4
Rheinland-Pfalz	3,6%	1.320,3	114,5	11,5
Saarland	3,9%	1.415,7	107,7	13,1
Schleswig-Holstein	3,4%	1.244,5	110,5	11,3
Westliche Bundesländer	3,3%	1.198,5	107,0	11,2
Brandenburg	4,4%	1.622,7	136,1	11,9
Mecklenburg-Vorpommern	4,4%	1.592,3	137,5	11,6
Sachsen	3,9%	1.439,7	126,4	11,4
Sachsen-Anhalt	4,3%	1.578,2	134,4	11,7
Thüringen	4,2%	1.525,4	135,6	11,2
Östliche Bundesländer	4,3%	1.563,0	134,4	11,6
DAK Gesamt	3,4%	1.253,1	111,1	11,3

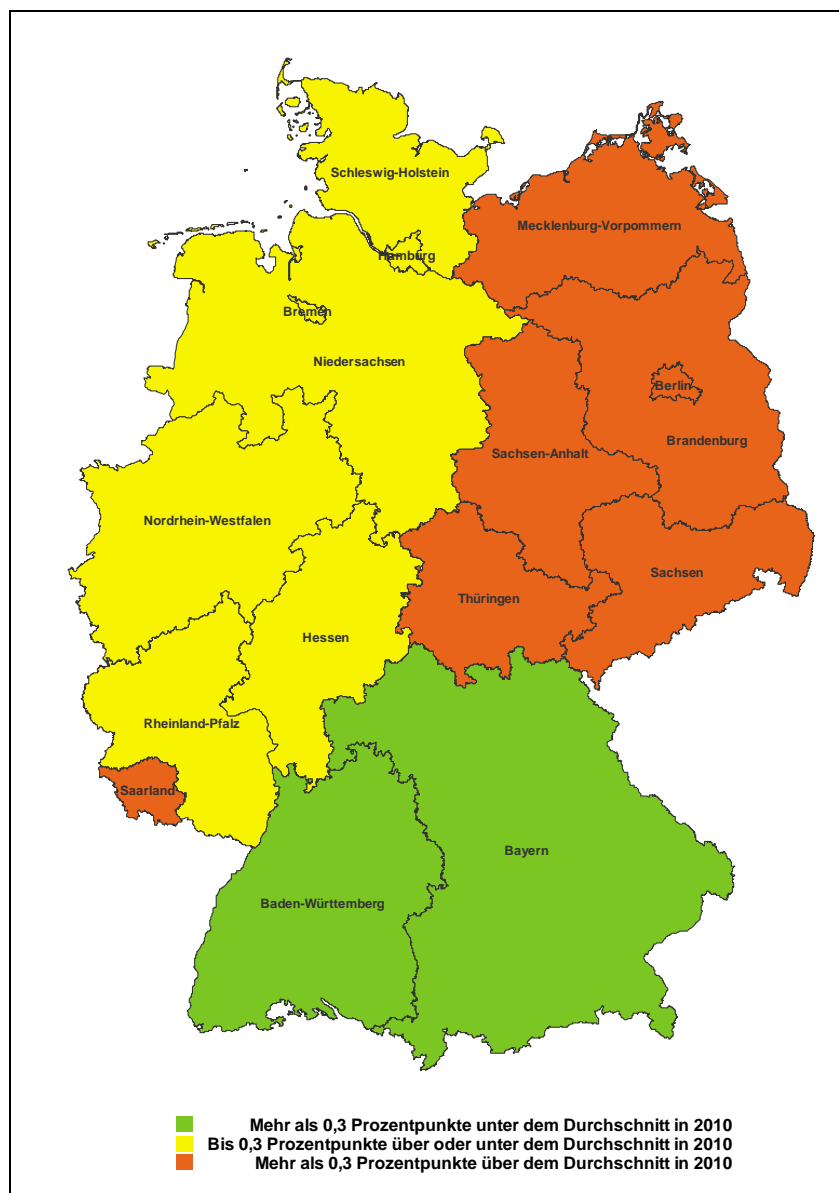
* Berlin (Ost und West) gehört krankensicherungsrechtlich zu den westlichen Bundesländern (Rechtskreis West)

Regionale Unterschiede bestehen auch in 2010 fort

Hinter dem Gesamtkrankenstand von 3,4 % verbergen sich regionale Unterschiede: Wie auch in den Vorjahren sind 2010 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 60). Das südliche Bundesland Baden-Württemberg verzeichnet einen besonders günstigen Wert: Hier liegt das Krankenstandsniveau deutlich - d. h. mehr als 0,3 Prozentpunkte - unter dem DAK-Bundesdurchschnitt.

Abbildung 60:

Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)



Quelle: DAK AU-Daten 2010

Günstigste Krankenstandswerte auch in Bayern

Wie schon in den Vorjahren weisen Baden-Württemberg und Bayern mit einem Krankenstand in Höhe von 2,8 % und 3,0 % die niedrigsten Werte auf.

Mit Ausnahme Berlins und des Saarlandes weichen die übrigen westlichen Bundesländer nicht mehr als 0,3 Prozentpunkte vom Bundesdurchschnitt ab. Knapp unter dem Durchschnitt liegen die Länder Hamburg, Bremen und Nordrhein-Westfalen. Niedersachsen und Schleswig-Holstein liegen mit dem DAK-Bundesdurchschnitt gleich auf.

Westliche Bundesländer liegen um den Durchschnitt

Hervorzuheben ist, dass 2010 der Krankenstand im Saarland, nach Annäherung an den Durchschnitt im Jahr 2008, auch dieses Jahr wieder mehr als 0,3 Prozentpunkte über dem Durchschnitt lag. Verantwortlich für die weiterhin ungünstige Situation im Saarland ist ein Anstieg der durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 12,7 Tagen im Vorjahr auf 13,1 Tagen in 2010 bei einem gleichzeitigen Anstieg der Fälle..

Saarland über dem Durchschnitt

In Ostdeutschland werden allgemein über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 3,9 % der niedrigste Krankenstand der fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. Hier liegt das Krankenstandsniveau nur 0,5 Prozentpunkte über dem DAK-Bundesdurchschnitt. Alle übrigen Werte liegen deutlich über dem Durchschnitt: Thüringen mit 4,2 %, Sachsen-Anhalt mit 4,3 % sowie Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg mit jeweils 4,4 % lagen mit ihren Krankenständen an der Spitze.

Alle östlichen Länder über dem DAK-Bundesdurchschnitt

Ursache für den erhöhten Krankenstand in den östlichen Bundesländern ist eine überdurchschnittliche Fallhäufigkeit in Verbindung mit einer teils überdurchschnittlichen Falldauer:

Hohe Fallzahlen in Verbindung mit teils überdurchschnittlichen Erkrankungsdauern sind Ursache des erhöhten Krankenstandes im Osten

Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versicherte in den westlichen Ländern, Berlin ausgenommen, zwischen 96,8 (Baden-Württemberg) und 116,7 (Hessen) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 126,4 (Sachsen) und 137,5 (Mecklenburg-Vorpommern) auf. Die Falldauer in Thüringen ist mit 11,2 Tagen unterdurchschnittlich. In Brandenburg dauerte ein Fall hingegen 11,9 und in Sachsen-Anhalt 11,7 Tage.

Berlin steht auch 2010 nicht an der Spitze des Krankenstandsgeschehens der Bundesländer. Der dennoch vergleichsweise hohe Krankenstand von 4,0 % ist vor allem auf die Erkrankungsdauer von durchschnittlich 12,6 Tagen pro Fall zurückzuführen. Aber auch die Fallhäufigkeit (114,7 Fälle pro 100 Versicherte) liegt über dem DAK-Durchschnitt (111,1 AU-Fälle).

Berlin zwar deutlich über dem Bundesdurchschnitt, aber nicht mit an der Spitze

Entwicklung des Krankenstandes 2009 – 2010

Abbildung 61 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2010 im Vergleich zum Vorjahr. Ein Rückgang der Krankenstandswerte ist wie im Vorjahr nur in Bremen zu beobachten

Westliche Bundesländer

In den westlichen Bundesländern ist der Krankenstand im Vergleich zu 2009 in drei Ländern (Saarland, Schleswig-Holstein und Berlin) um 0,1 Prozentpunkte gestiegen. In den restlichen Bundesländern - mit Ausnahme von Bremen - entspricht der Krankenstand dem Vorjahresniveau.

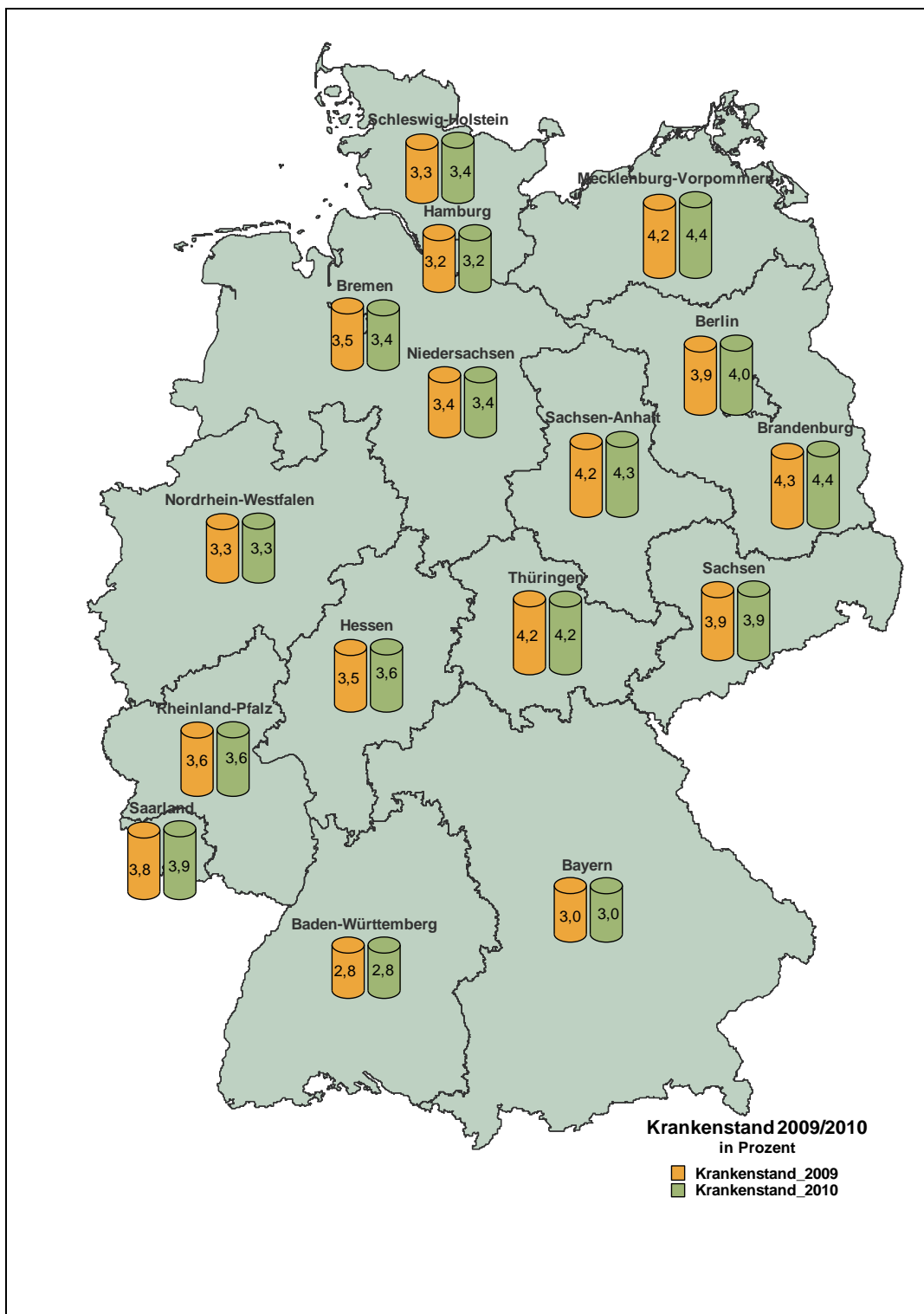
Östliche Bundesländer

In den östlichen Bundesländern ist ein Anstieg des Krankenstands in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt zu beobachten. Der Krankenstand in Sachsen sowie in Thüringen weist im Vergleich zum Vorjahr keine Änderung auf.

Übersichtstabellen im Anhang

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2009 und 2010 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A1 und A2 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Abbildung 61: Krankenstandswerte der Jahre 2009 und 2010 nach Bundesländern



Quelle: DAK AU-Daten 2009/2010

Ursachen für die Unterschiede im Krankenstand zwischen Ost- und Westdeutschland

Seit mehr als 10 Jahren berichtet die DAK über den Krankenstand ihrer versicherten Mitglieder und beobachtete jährlich, dass der Krankenstand im Osten deutlich über dem im Westen liegt.

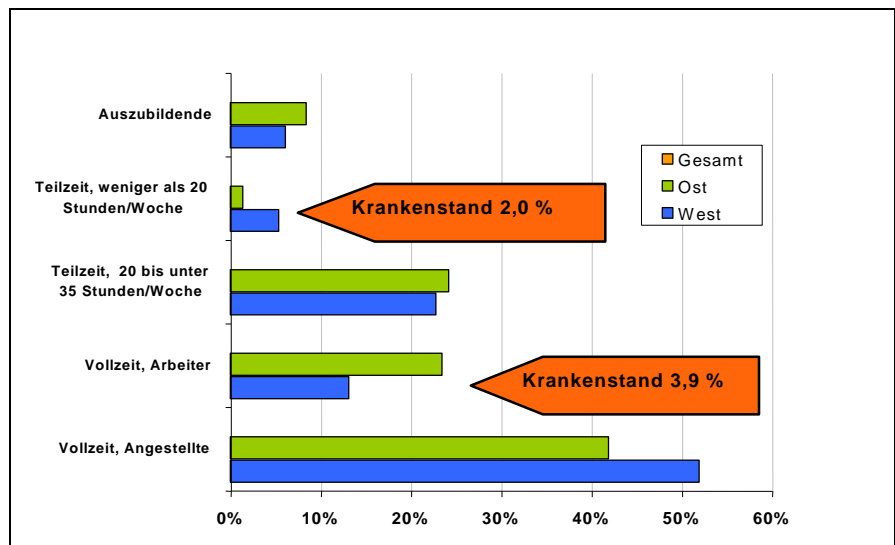
Um herauszufinden, was diesen Unterschied begründet, hat die DAK im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden. Als zentrale Erkenntnisse dieser Kurzstudie sind hervorzuheben:

- Der Krankenstand im Osten wird durch eine ungünstigere und im Westen durch ein günstigeres Versicherten- sowie Wirtschaftsstruktur beeinflusst.
- Das Meldeverhalten der DAK-Versicherten im Osten führt im Vergleich zum Meldeverhalten der DAK-Versicherten im Westen zu einer exakteren Erfassung des Krankenstandes.

Zur Erklärung der Krankenstandsunterschiede wurde eine vertiefte Analyse der AU-Daten des Jahres 2006 durchgeführt. Wie die Abbildung 62 zeigt, sind im Osten gewerbliche Arbeitnehmer über- und Teilzeitkräfte mit einem Beschäftigungsumfang von weniger als 20 Wochenstunden unterrepräsentiert.

Abbildung 62:

Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West



Quelle: DAK AU-Daten 2006

Für Arbeiter ist im Vergleich zu den Teilzeitbeschäftigten oder auch Angestellten ein überdurchschnittlich hoher Krankenstand in Höhe von 3,9 % kennzeichnend, was sich aufgrund ihres höheren Anteils unter den DAK-Versicherten in Ostdeutschland steigernd auf den Krankenstand Ost im Vergleich zum Krankenstand West auswirkt.

Neben den strukturellen Unterschieden in Bezug auf das Merkmal berufliche Stellung ergaben die AU-Analysen, dass die höheren Krankenstände im Rechtskreis Ost zu einem weiteren Teil auch auf ungünstigere Wirtschaftsstrukturen zurückzuführen sind, wenn die Verteilung der Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen in die Analyse miteinbezogen werden. In den östlichen Bundesländern arbeitet ein größerer Anteil der DAK-Mitgliedern in Branchen, die allgemein ein höherer Krankenstand kennzeichnet.

Die folgende Abbildung 63 zeigt, wie groß der Einfluss der hier aufgezeigten Strukturunterschiede ist bzw. ein wie großer Unterschied bestehen würde, fände man die strukturellen Abweichungen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur so nicht vor.

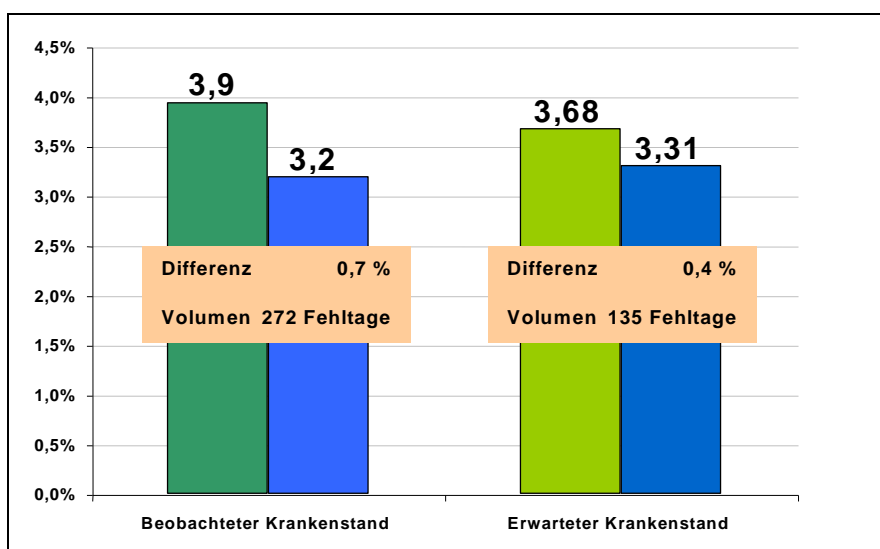


Abbildung 63:

Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) **in 2007**

Ost grün, West blau

Quelle: DAK-AU-Daten 2006

Beobachtet wird eine Differenz von 0,7 Prozentpunkten im Krankenstand. Das entspricht einem Volumen von 272 AU-Tagen. Daneben abgebildet ist der Krankenstand, den man bei gleicher Versichertenstruktur nach Alter, Geschlecht, Wirtschaftsstruktur und dem Merkmal Stellung im Beruf bzw. Beschäftigungsumfang in Ost und West erwarten würde: Die beobachtete Krankheitsdifferenz zwischen den Rechtskreisen Ost und West ist zu rund 50 % (135 AU-Tage) zurückzuführen auf diese Strukturmerkmale. Die Wirtschaftsstruktur spielt dabei die größte Rolle.

Die Auswertung einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage der DAK im Herbst 2007 zeigt zudem, dass ein weiterer Teil der beobachteten Krankheitsdifferenz zurückzuführen ist auf eine stärkere Untererfassung von AU-Fällen im Westen im Vergleich zum Osten.

Die Fallhäufigkeiten werden im Westen um insgesamt 27 % und im Osten lediglich um 10 % unterschätzt. Dies begünstigt den Krankenstandswert im Westen stärker als im Osten.

Als Hauptursache für diese Untererfassung ist das Nichteinreichen des gelben Scheins zu nennen. Wie die Auswertung der Umfrage zeigt, sind beinahe 50 % aller untererfassten Fälle darauf zurückzuführen.

Korrigiert man nun die beobachteten Krankenstandswerte rechnerisch um die untererfassten AU-Fälle, so nähern sich die beobachteten Krankenstandswerte weiter an. Die „beobachtete“ Differenz entspräche dann angewandt auf die AU-Daten von 2006 nur noch einem Fehltagvolumen von 209 Tagen (statt 272 Tagen) oder 0,6 Prozentpunkten.

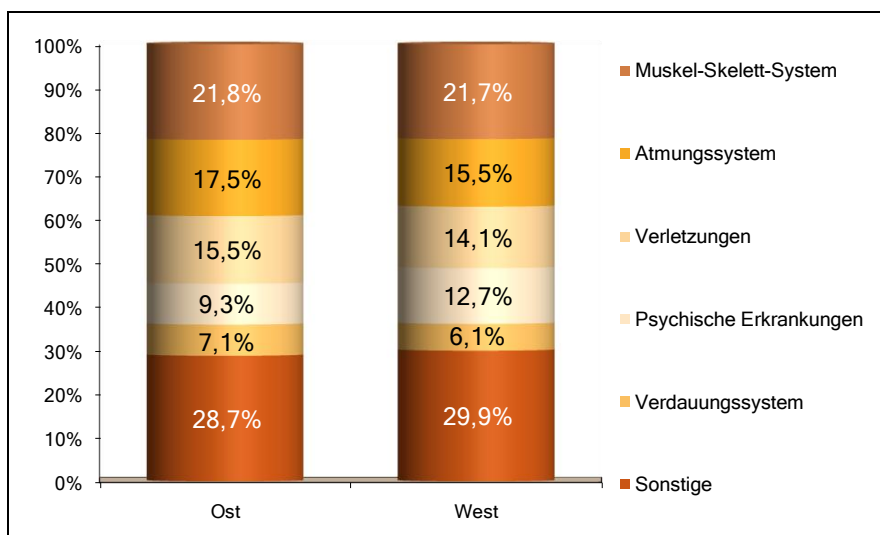
Für den über die aufgezeigten Erklärungsansätze hinaus weiterhin bestehenden Unterschied im Krankenstand müssen andere Ursachen in Betracht gezogen werden, wie bestehende Morbiditätsunterschiede (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen oder Muskel-Skelett-Erkrankungen).

Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern

In den vorangehenden DAK-Gesundheitsreporten wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 64 zeigt die Anteile am Krankenstand 2010 der fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Abbildung 64:

Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern



Quelle: DAK AU-Daten 2010

In den westlichen Bundesländern spielen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems wie im Vorjahr eine geringfügig kleinere Rolle als in den östlichen Bundesländern.

In Ostdeutschland haben Erkrankungen des Atmungssystems, Verletzungen und Erkrankungen des Verdauungssystems einen höheren Anteil am Krankenstand als in Westdeutschland.

Der deutlichste Unterschied zeigt sich, wie auch in den Vorjahren, bei den psychischen Erkrankungen:

Der Anteil lag in den westlichen Bundesländern über dem Wert der östlichen Bundesländer (12,7 % gegenüber 9,3 %).

Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil psychischer Erkrankungen am Krankenstand sowohl im Rechtskreis Ost als auch im Rechtskreis West zugenommen. Im Osten stieg der Anteil von 8,0 % auf 9,3 % und im Westen von 11,4 % auf 12,7 %.

Psychische Erkrankungen haben größere Bedeutung im Rechtskreis West

7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mit dem Gesundheitsreport 2011 setzt die DAK ihre jährliche Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen DAK-Mitglieder fort. Insgesamt kann die Entwicklung des Krankheitsgeschehens der DAK-Versicherten von bereits mehr als 10 Jahren betrachtet werden. Für das Jahr 2010 wird folgende Bilanz gezogen:

Gesamtkrankenstand unverändert

- Der Krankenstand lag bei 3,4 %. Der in den Vorjahren beobachtete Trend steigender Krankenstände hat sich in 2010 nicht fortgesetzt. Der Krankenstand 2010 entspricht dem des Vorjahresniveaus.

Eine monokausale Erklärung für den Krankenstand der DAK-Mitglieder kann nicht gegeben werden. Vielmehr müssen mehrere Faktoren, insbesondere auf volkswirtschaftlicher und betrieblicher Ebene, in Betracht gezogen werden, die sich in ihrer Wirkung verstärken oder auch aufheben können.

Dessen ungeachtet kann nach einem 10-Jahresvergleich der Krankmeldungen das Fazit gezogen werden, dass Konjunkturveränderungen allein nicht mehr automatisch zu deutlichen Absenkungen oder Erhöhungen des Krankenstandes führen. Der Krankenstand entwickelt sich weitgehend unabhängig von konjunkturellen Verläufen.

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert deutlicheren Anstieg des Krankenstandes

Erklärungen für das bei den DAK-Mitgliedern beobachtbare Krankenstandniveau sind jedoch auch auf betrieblicher Ebene zu suchen: Wenn es hier nicht zu einem Anstieg des Krankenstandes kommt, kann dies u.a. auf Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in Unternehmen zurückgeführt werden..

Die Betrachtung des Gesamtkrankenstandes sagt über die gesundheitlichen Belastungen der DAK-Versicherten noch nicht alles aus. Ergänzend heranzuziehen sind Auswertungen nach Krankmeldungen unterschiedlicher Dauer, nach Krankheitsarten sowie auch nach Wirtschaftsgruppen:

Anstieg bei Langzeiterkrankungen

- Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt 2010 durch einen höheren Anteil an Fehlzeiten von mehr als sechs Wochen Dauer zustande. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der Krankmeldungen bei Langzeitarbeitsunfähigkeiten um 0,4 Prozentpunkte auf 3,6 Prozent gestiegen; ihr Anteil an den AU-Tagen ist hingegen um 2,7-Prozentpunkte auf 40,9 Prozent gestiegen.

- Wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf der Ebene von Krankheitsarten betrachtet, zeigt sich im Vorjahresvergleich dass Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen stark angestiegen sind. Daher sollten Maßnahmen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung den Fokus u.a. auf den Abbau von psycho-sozialen Belastungen wie chronischer Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen, Überforderung etc. legen. .
- Die Auswertungen des DAK-Gesundheitsreports 2011 für das Berichtsjahr 2010 zeigen teilweise größere Krankenstandunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten. 2010 war die Öffentliche Verwaltung die Branche mit dem höchsten Krankenstandswert.

Auch können je nach Branche strukturelle Aspekte für die Krankheitsquote eine größere Rolle spielen. So fällt auf, dass der Krankenstand in einigen Branchen mit kleinbetrieblichen Strukturen, wie z. B. im Bereich „Rechtberatung u.a. Unternehmensdienstleistungen“ unterdurchschnittlich ist. Für Groß- und Kleinbetriebe gleichermaßen ist das Betriebsklima, d. h. die soziale Kultur des Unternehmens, eine wichtige Einflussgröße, um den Krankenstand erfolgreich zu senken.

Und schließlich ist die Entwicklung des Krankenstands auch Ausdruck unterschiedlicher Krankheiten und Gesundheitsrisiken sowie auch individueller Gesundheitseinstellungen und kollektiver Verhaltensweisen.

Unterschiedliche Erkrankungen und Gesundheitsrisiken können nicht losgelöst betrachtet werden von den Ausgangsbedingungen, mit denen junge Erwerbspersonen sich der Entwicklungsaufgabe, dem Übergang in die Arbeitswelt, direkt von der Schule oder nach dem Studium, annehmen. Je nach Bewältigungsstrategien und -möglichkeiten kann dies langfristige Konsequenzen für die Gesundheit im Erwachsenenalter haben. Nach den Ergebnissen dieses Schwerpunkts sind Unterstützungsangebote für eine nachhaltige Integration ins das Arbeitsleben bei gleichzeitiger Entwicklung einer individuellen und eigenverantwortlichen Lebensführung angezeigt.

Die im „DAK-Gesundheitsreport 2011“ enthaltenen Informationen zur Arbeits- und Gesundheitssituation junger Erwerbstätiger können als Grundlage für gezielte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Betrieben dienen.

Anstieg bei psychischen Erkrankungen

Strukturelle Aspekte, soziale Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen

**Fokus:
Junge Erwerbstätige**

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße „100 Versicherte“ verwendet, dabei handelt es sich jedoch um „100 Versichertenjahre“ bzw. 100 ganzjährig versicherte Mitglieder. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2010 über bei der DAK versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf volle Jahre umgerechnet. Zur Berechnung bspw. der Fallhäufigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht auf 100 Mitglieder bezogen, sondern auf 100 ganze Versicherte.

... pro 100 Versichertenjahre bzw. Mitglieder

Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 % ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.

Betroffenenquote

Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Hauptdiagnose gezählt. Im Gesundheitsbericht finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versicherte.

AU-Fälle oder Fallhäufigkeit

Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.

Die Kennzahl „Krankenstand“ wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.

Krankenstand

Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365, so erhält man den Krankenstandswert.

AU-Tage pro 100 Versicherte

Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert wird.

Durchschnittliche Falldauer

Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

AU-Diagnosen

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen	Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zumeist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.
Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!	Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren – es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.
Eine Lösung: altersgruppenweise Vergleiche	Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. An einigen Stellen dieses Gesundheitsberichts finden Sie solche altersgruppenweisen Auswertungen – teilweise zusätzlich auch noch nach Geschlechtern getrennt.
Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen	Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, werden so genannte standardisierte Kennzahlen berechnet.
Standardisierung nach Geschlecht und Alter	Dies bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsberichten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wird gemäß der „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 SGB V“ der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Mai 1992.
Was die standardisierten Kennzahlen zeigen	An den standardisierten Kennzahlen lässt sich dann der Unterschied zwischen den DAK-Ergebnissen und den entsprechenden Resultaten anderer Gesundheitsberichte ablesen, der nicht auf verschiedene Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann und der daher anderweitig erklärt werden muss.

Hinweise zur Umstellung von ICD 9 auf ICD 10

Die Auswertungen der DAK für die Jahre 1997 bis 1999 erfolgten auf Basis der bis dahin gültigen 9. Version des ICD-Schlüssels. Seit 2000 werden die Diagnosen nach dem neuen ICD 10 verschlüsselt. Um eine größtmögliche Kontinuität und Vergleichbarkeit zwischen den beiden Schlüsselsystemen zu gewährleisten, werden die im ICD 10 als getrennte Kapitel behandelten Krankheiten des Nervensystems, des Auges und der Ohren weiterhin zu einer Gesamtgruppe zusammengefasst – die frühere Hauptgruppe VI „Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane“ des ICD 9 wird also in der Darstellung beibehalten.

Durch die Umstellung des Diagnoseschlüssels sind gewisse Verzerrungen in der Zeitreihe vor und nach 2000 möglich. Der ICD 10 eröffnet neue Möglichkeiten der Diagnoseverschlüsselung, sodass es denkbar ist, dass ein identischer Krankheitsfall im Jahr 2000 oder später in einem anderen ICD-Kapitel codiert wird als 1999 oder 1998.

Die Einschränkungen hinsichtlich der Vergleichbarkeit mit den Jahren vor dem Berichtszeitraum 2000 beziehen sich wohlgerneht nur auf die Auswertungen nach Krankheitsarten und hier vor allem auf die Ebene der Einzeldiagnosen. Die übrigen Krankenstandsvergleiche sind davon nicht berührt.

Hinweise zur Umstellung von ICD 10 auf ICD 10 GM

Seit dem 1.1.2004 gilt der ICD 10 GM (German Modification) für ambulante und stationäre Diagnosen. Der ICD 10 GM verfügt über eine feinere Gliederung der Einzeldiagnosen, welche aber für die Vergleichbarkeit der Zahlen zu Krankheitsarten mit den Jahren 2000 bis 2003 weitestgehend irrelevant ist. Für den Gesundheitsreport werden die Einzeldiagnosen zu Gruppen zusammengefasst, welche bis auf Einzelfälle im ICD 10 und im ICD 10 GM identisch sind. Die vorliegenden Zahlen zu den Krankheitsarten sind somit trotz Änderung des ICD-Schlüssels mit den Vorjahren vergleichbar.

Umstellung des ICD 9 auf ICD 10

Zusammenfassung der ICD 10 Kapitel „Krankheiten des Nervensystems, des Auges und der Ohren“

Zurückhaltende Interpretation von Unterschieden vor und nach 2000

Umstellung des ICD 10 auf ICD 10 GM führte zu keinen relevanten Einschränkungen der Vergleichbarkeit der Daten mit den Vorjahren

Kapitel des ICD 10

ICD 10	Krankheitsart
A00 – B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
C00 – D48	Neubildungen
D50 – D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
E00 – E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
F00 – F99	Psychische und Verhaltensstörungen
G00 – G99	Krankheiten des Nervensystems
H00 – H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
H60 – H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
I00 – I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
J00 – J99	Krankheiten des Atmungssystems
K00 – K93	Krankheiten des Verdauungssystems
L00 – L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
M00 – M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
N00 – N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
O00 – O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
P00 – P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
Q00 – Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
R00 – R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
S00 – T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: Internationale Klassifikation der Krankheitsarten, ICD 10

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für die Berichtsjahre 2008 und 2007 analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2010	128
Tabelle A2	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2009	129
Tabelle A3:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2010	130
Tabelle A4:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2009	131
Tabelle A5	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2010	132
Tabelle A6	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2010	133
Tabelle A9	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2010	136
Tabelle A10	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2009	137

Tabelle A1 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2010

Bundesland	Krankenstand	Pro 100Versicherte		ØTage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,8%	1.014,5	96,8	10,5
Bayern	3,0%	1.092,4	99,4	11,0
Berlin*	4,0%	1.444,3	114,7	12,6
Bremen	3,4%	1.234,6	107,9	11,4
Hamburg	3,2%	1.164,2	104,0	11,2
Hessen	3,5%	1.292,1	116,7	11,1
Niedersachsen	3,4%	1.239,6	112,9	11,0
Nordrhein-Westfalen	3,3%	1.215,2	106,6	11,4
Rheinland-Pfalz	3,6%	1.320,3	114,5	11,5
Saarland	3,9%	1.415,7	107,7	13,1
Schleswig-Holstein	3,4%	1.244,5	110,5	11,3
Westliche Bundesländer	3,3%	1.198,5	107,0	11,2
Brandenburg	4,4%	1.622,7	136,1	11,9
Mecklenburg-Vorpommern	4,4%	1.592,3	137,5	11,6
Sachsen	3,9%	1.439,7	126,4	11,4
Sachsen-Anhalt	4,3%	1.578,2	134,4	11,7
Thüringen	4,2%	1.525,4	135,6	11,2
Östliche Bundesländer	4,3%	1.563,0	134,4	11,6
DAK Gesamt	3,4%	1.253,1	111,1	11,3

* Berlin gehört krankensicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A2 Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2009

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	2,8%	1.031,4	101,8	10,1
Bayern	3,0%	1.099,5	104,2	10,5
Berlin*	3,9%	1.418,5	117,9	12,0
Bremen	3,5%	1.270,8	115,7	11,0
Hamburg	3,2%	1.168,9	106,0	11,0
Hessen	3,5%	1.275,3	119,2	10,7
Niedersachsen	3,4%	1.230,8	116,3	10,6
Nordrhein-Westfalen	3,3%	1.188,4	108,3	11,0
Rheinland-Pfalz	3,6%	1.331,5	118,0	11,3
Saarland	3,8%	1.388,7	109,7	12,7
Schleswig-Holstein	3,3%	1.213,0	113,2	10,7
Westliche Bundesländer	3,3%	1.190,1	110,3	10,8
Brandenburg	4,3%	1.576,9	138,3	11,4
Mecklenburg-Vorpommern	4,2%	1.533,0	139,8	11,0
Sachsen	3,9%	1.409,0	130,2	10,8
Sachsen-Anhalt	4,2%	1.536,3	137,0	11,2
Thüringen	4,2%	1.529,7	138,0	11,1
Östliche Bundesländer	4,2%	1.526,8	137,0	11,1
DAK Gesamt	3,4%	1.243,7	114,6	10,9

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A3: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2010

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	60,5	11,3	5,3	4,8%
	Männer	58,1	10,8	5,4	4,8%
	Frauen	63,8	12,0	5,3	4,8%
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	46,2	1,5	31,7	3,7%
	Männer	33,3	1,2	27,5	2,8%
	Frauen	64,3	1,8	35,6	4,9%
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	151,8	5,2	28,9	12,1%
	Männer	120,1	4,1	29,4	10,0%
	Frauen	196,6	6,9	28,5	14,8%
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	52,6	5,0	10,5	4,2%
	Männer	48,1	4,4	10,8	4,0%
	Frauen	59,0	5,9	10,0	4,5%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	57,3	3,0	18,8	4,6%
	Männer	68,4	3,1	21,9	5,7%
	Frauen	41,7	2,9	14,2	3,1%
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	198,5	31,6	6,3	15,8%
	Männer	178,9	28,3	6,3	14,9%
	Frauen	226,2	36,2	6,2	17,1%
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	79,3	13,4	5,9	6,3%
	Männer	80,4	12,9	6,2	6,7%
	Frauen	77,8	14,1	5,5	5,9%
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	272,0	15,8	17,2	21,7%
	Männer	282,5	16,9	16,7	23,5%
	Frauen	257,3	14,2	18,1	19,4%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	61,3	6,7	9,2	4,9%
	Männer	54,2	5,7	9,6	4,5%
	Frauen	71,4	8,1	8,9	5,4%
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	179,4	10,1	17,8	14,3%
	Männer	213,2	11,8	18,0	17,7%
	Frauen	131,7	7,6	17,3	9,9%
Gesamt ²⁵	Gesamt	1.253,1	111,1	11,3	100,0%
	Männer	1.202,2	104,0	11,6	100,0%
	Frauen	1.325,0	121,2	10,9	100,0%

²⁵ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle A4: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2009

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	59,1	10,3	5,7	4,8%
		Männer	56,2	9,9	5,7	4,7%
		Frauen	63,2	11,0	5,7	4,8%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	45,7	1,4	31,7	3,7%
		Männer	33,0	1,2	27,5	2,8%
		Frauen	63,7	1,8	35,6	4,8%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	133,8	4,8	28,0	10,8%
		Männer	105,3	3,6	28,9	8,8%
		Frauen	174,1	6,4	27,4	13,2%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	50,1	4,9	10,2	4,0%
		Männer	45,9	4,3	10,8	3,9%
		Frauen	55,9	5,8	9,7	4,2%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	54,5	3,0	18,5	4,4%
		Männer	64,4	3,0	21,3	5,4%
		Frauen	40,7	2,9	14,3	3,1%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	236,2	37,0	6,4	19,0%
		Männer	214,1	33,5	6,4	18,0%
		Frauen	267,3	41,9	6,4	20,3%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	84,3	14,4	5,8	6,8%
		Männer	85,8	14,0	6,1	7,2%
		Frauen	82,3	15,1	5,4	6,3%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	258,6	15,2	17,1	20,8%
		Männer	268,9	16,2	16,6	22,6%
		Frauen	244,0	13,6	17,9	18,5%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	60,2	6,7	9,0	4,8%
		Männer	51,6	5,7	9,1	4,3%
		Frauen	72,5	8,1	8,9	5,5%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	168,9	9,7	17,4	13,6%
		Männer	202,9	11,5	17,7	17,0%
		Frauen	120,9	7,2	16,9	9,2%
Gesamt ²⁶		Gesamt	1.243,7	114,6	10,9	100,0%
		Männer	1.192,3	107,4	11,1	100,0%
		Frauen	1.316,4	124,9	10,5	100,0%

²⁶ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 126)

Tabelle A5 Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2010

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	58,8	11,2	5,2	4,9%
	Männer	56,8	10,8	5,3	4,9%
	Frauen	61,6	11,9	5,2	4,9%
C00-D48 Neubildungen	Gesamt	45,1	1,4	33,3	3,8%
	Männer	32,7	1,1	28,9	2,8%
	Frauen	62,6	1,7	37,4	5,0%
F00-F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	152,8	5,1	29,8	12,7%
	Männer	124,9	4,1	30,6	10,8%
	Frauen	192,2	6,6	29,1	15,2%
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	51,0	4,8	10,6	4,3%
	Männer	46,8	4,3	11,0	4,1%
	Frauen	57,0	5,6	10,2	4,5%
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	53,9	2,8	19,2	4,5%
	Männer	65,6	2,9	22,3	5,7%
	Frauen	37,5	2,6	14,2	3,0%
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	185,3	30,7	6,0	15,5%
	Männer	168,1	27,6	6,1	14,6%
	Frauen	209,6	35,0	6,0	16,6%
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	73,6	12,5	5,9	6,1%
	Männer	74,8	12,1	6,2	6,5%
	Frauen	71,9	13,0	5,5	5,7%
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	260,0	15,1	17,2	21,7%
	Männer	269,3	16,2	16,6	23,3%
	Frauen	246,8	13,6	18,2	19,6%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	60,5	6,6	9,1	5,0%
	Männer	54,1	5,7	9,5	4,7%
	Frauen	69,5	8,0	8,7	5,5%
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	168,4	9,6	17,5	14,1%
	Männer	198,3	11,2	17,7	17,2%
	Frauen	126,2	7,4	17,0	10,0%
Gesamt ²⁷	Gesamt	1.198,5	107,0	11,2	100,0%
	Männer	1.154,5	100,5	11,5	100,0%
	Frauen	1.260,7	116,1	10,9	100,0%

²⁷ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S.126)

Tabelle A6 Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2010

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00-B99	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Gesamt	69,6	11,7	5,9	4,5%
		Männer	64,4	10,9	5,9	4,4%
		Frauen	76,9	12,8	6,0	4,5%
C00-D48	Neubildungen	Gesamt	52,4	2,0	25,7	3,4%
		Männer	36,7	1,7	21,9	2,5%
		Frauen	74,6	2,6	29,1	4,4%
F00-F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	146,1	5,9	24,6	9,3%
		Männer	92,0	4,1	22,6	6,3%
		Frauen	222,6	8,6	25,9	13,1%
G00-H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	61,7	6,2	9,9	3,9%
		Männer	55,5	5,3	10,4	3,8%
		Frauen	70,4	7,5	9,3	4,2%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	76,7	4,3	17,6	4,9%
		Männer	84,8	4,2	20,2	5,8%
		Frauen	65,3	4,6	14,3	3,9%
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	272,8	36,7	7,4	17,5%
		Männer	238,0	32,0	7,4	16,2%
		Frauen	322,1	43,5	7,4	19,0%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	111,7	18,8	5,9	7,1%
		Männer	112,0	17,9	6,3	7,6%
		Frauen	111,2	20,1	5,5	6,6%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Gesamt	341,5	19,6	17,4	21,8%
		Männer	358,6	20,8	17,2	24,4%
		Frauen	317,4	17,9	17,7	18,7%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	65,9	6,8	9,8	4,2%
		Männer	54,3	5,4	10,0	3,7%
		Frauen	82,2	8,6	9,5	4,9%
S00-T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	241,6	12,6	19,2	15,5%
		Männer	297,3	15,2	19,6	20,2%
		Frauen	163,1	9,0	18,2	9,6%
Gesamt ²⁸		Gesamt	1.563,0	134,4	11,6	100,0%
		Männer	1.470,3	123,0	12,0	100,0%
		Frauen	1.694,0	150,7	11,2	100,0%

²⁸ Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S.126)

Tabelle A7: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1)

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
M54	Rückenschmerzen	Gesamt	88,50	6,77	13,07	7,10%
		Frauen	78,21	5,85	13,37	5,90%
		Männer	95,79	7,42	12,91	8,00%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	Gesamt	64,36	11,57	5,57	5,10%
		Frauen	72,17	12,82	5,63	5,40%
		Männer	58,82	10,68	5,51	4,90%
F32	Depressive Episode	Gesamt	48,32	1,26	38,49	3,90%
		Frauen	64,00	1,69	37,81	4,80%
		Männer	37,21	0,95	39,37	3,10%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	Gesamt	31,38	2,16	14,53	2,50%
		Frauen	20,75	1,51	13,78	1,60%
		Männer	38,91	2,62	14,83	3,20%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Gesamt	28,54	1,29	22,12	2,30%
		Frauen	39,95	1,86	21,47	3,00%
		Männer	20,45	0,89	23,10	1,70%
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	Gesamt	25,16	5,74	4,39	2,00%
		Frauen	26,32	5,99	4,40	2,00%
		Männer	24,35	5,56	4,38	2,00%
J20	Akute Bronchitis	Gesamt	24,40	3,53	6,92	1,90%
		Frauen	26,20	3,80	6,89	2,00%
		Männer	23,12	3,33	6,94	1,90%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	Gesamt	22,68	0,62	36,61	1,80%
		Frauen	20,28	0,53	38,01	1,50%
		Männer	24,38	0,68	35,84	2,00%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	Gesamt	20,93	3,14	6,67	1,70%
		Frauen	22,98	3,44	6,67	1,70%
		Männer	19,48	2,92	6,67	1,60%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	Gesamt	20,19	4,40	4,59	1,60%
		Frauen	21,07	4,56	4,63	1,60%
		Männer	19,57	4,29	4,56	1,60%
Summe		Gesamt	374,45	40,46	15,30	0,30
		Frauen	391,92	42,04	15,26	0,30
		Männer	362,08	39,34	15,41	0,30

Tabelle A8: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2)

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tage
			AU-Tage	AU-Fälle		
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	Gesamt	18,77	0,66	28,51	1,50%
		Frauen	14,26	0,45	32,04	1,10%
		Männer	21,97	0,81	27,13	1,80%
F48	Andere neurotische Störungen	Gesamt	16,23	0,74	21,80	1,30%
		Frauen	22,73	1,06	21,40	1,70%
		Männer	11,63	0,52	22,38	1,00%
M75	Schulterläsionen	Gesamt	16,14	0,64	25,09	1,30%
		Frauen	15,31	0,58	26,39	1,20%
		Männer	16,73	0,69	24,31	1,40%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	Gesamt	14,53	0,49	29,48	1,20%
		Frauen	10,51	0,35	30,06	0,80%
		Männer	17,38	0,59	29,25	1,40%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	Gesamt	13,26	2,40	5,54	1,10%
		Frauen	14,53	2,62	5,54	1,10%
		Männer	12,36	2,23	5,53	1,00%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	Gesamt	13,27	0,97	13,73	1,10%
		Frauen	10,70	0,78	13,79	0,80%
		Männer	15,09	1,10	13,69	1,30%
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	Gesamt	13,91	0,22	62,31	1,10%
		Frauen	12,54	0,20	63,49	0,90%
		Männer	14,88	0,24	61,63	1,20%
J03	Akute Tonsillitis	Gesamt	12,63	2,16	5,84	1,00%
		Frauen	15,15	2,61	5,80	1,10%
		Männer	10,84	1,84	5,89	0,90%
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	Gesamt	12,54	1,61	7,81	1,00%
		Frauen	17,14	2,29	7,49	1,30%
		Männer	9,27	1,12	8,27	0,80%
M77	Sonstige Enthesopathien	Gesamt	11,95	0,74	16,21	1,00%
		Frauen	11,98	0,66	18,08	0,90%
		Männer	11,93	0,79	15,09	1,00%
Summe		Gesamt	374,45	10,63	21,63	0,12
		Frauen	179,60	12,79	22,41	0,14
		Männer	142,09	9,94	21,32	0,12

Tabelle A9 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2010

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen	2,8%	1.011,3	103,2	9,8
Baugewerbe	3,5%	1.265,6	104,7	12,1
Bildung, Kultur, Medien	2,7%	977,9	100,9	9,7
Chemische Industrie	3,3%	1.210,2	116,5	10,4
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen	2,6%	952,7	96,1	9,9
Gesundheitswesen	3,9%	1.418,5	116,4	12,2
Handel	3,2%	1.175,3	98,6	11,9
Holz, Papier, Druck	3,5%	1.266,1	111,2	11,4
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft	3,7%	1.348,0	114,4	11,8
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau	3,2%	1.160,1	113,5	10,2
Nahrungs- und Genussmittel	3,6%	1.329,7	106,2	12,5
Öffentliche Verwaltung	4,0%	1.443,8	132,8	10,9
Organisationen und Verbände	3,0%	1.094,7	109,6	10,0
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen	3,0%	1.079,5	110,1	9,8
Sonstige Dienstleistungen	3,3%	1.217,5	98,8	12,3
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe	3,3%	1.200,4	113,4	10,6
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste	3,9%	1.420,1	111,5	12,7
DAK Gesamt	3,4%	1.253,1	111,1	11,3

* Angabe der Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik des Statistischen Bundesamtes (2008), die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A10 Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2009

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen	2,8%	1.015,0	107,6	9,4
Baugewerbe	3,4%	1.257,7	109,8	11,5
Bildung, Kultur, Medien	2,8%	1.024,6	108,5	9,4
Chemische Industrie	3,3%	1.188,1	117,5	10,1
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen	2,5%	908,4	100,0	9,1
Gesundheitswesen	3,9%	1.425,0	120,7	11,8
Handel	3,2%	1.154,4	102,6	11,3
Holz, Papier, Druck	3,3%	1.203,3	116,1	10,4
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft	3,7%	1.340,9	118,2	11,3
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau	3,1%	1.115,6	112,8	9,9
Nahrungs- und Genussmittel	3,7%	1.367,1	109,9	12,4
Öffentliche Verwaltung	3,9%	1.411,9	135,8	10,4
Organisationen und Verbände	3,1%	1.119,9	114,9	9,7
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen	2,9%	1.071,9	111,0	9,7
Sonstige Dienstleistungen	3,3%	1.220,8	102,8	11,9
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe	3,2%	1.162,8	114,2	10,2
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste	3,7%	1.357,2	114,0	11,9
DAK Gesamt	3,4%	1.243,7	114,6	10,9

* Angabe der Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik des Statistischen Bundesamtes (2008), die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Anhang III: Weitere Informationen zum diesjährigen Schwerpunkt

Tabelle B01: Die 40 häufigsten ambulanten Behandlungsdiagnosen bei jungen Erwerbstätigen (Positionen 1 bis 20) im Vergleich zu erwerbstätigen Mitgliedern insgesamt

ICD	Bezeichnung	Rang	Diagnosehäufigkeit	Diagnosehäufigkeit
			Junge Erwerbstätige (15 bis 29 J.)	Erwerbstätige (15 bis 65 Jahre)
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	1	34,39%	23,23%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nnb ²⁹ Lokalisationen d. o. Atemwege	2	30,72%	23,88%
M54	Rückenschmerzen	3	22,80%	32,05%
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	4	21,90%	25,59%
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	5	18,67%	15,09%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	6	17,04%	11,32%
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	7	13,79%	12,18%
J20	Akute Bronchitis	8	13,04%	11,61%
J03	Akute Tonsillitis	9	12,58%	7,66%
J30	Vasomotor. u. allergische Rhinitis	10	12,38%	11,26%
N94	Schmerz u. andere Zustände im Zusammenhang mit weiblichen Genitalorganen und Menstruationszyklus	11	12,06%	7,34%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	12	11,61%	10,50%
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nnb Ursprungs	13	11,20%	7,21%
L70	Akne	14	10,94%	5,48%
J02	Akute Pharyngitis	15	10,17%	7,51%
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	16	9,47%	11,67%
T14	Verletzungen an einer nnb Körperregion	17	9,29%	8,09%
K29	Gastritis Duodenitis	18	9,28%	9,51%
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	19	9,21%	14,28%
F45	Somatoforme Störungen	20	9,13%	11,64%

²⁹ Die Abkürzung "nnb" steht für "nicht näher bezeichnet".

Tabelle B02: Die 40 häufigsten ambulanten Behandlungsdiagnosen bei jungen Erwerbstätigen (Positionen 21 bis 40) im Vergleich zu erwerbstätigen Mitgliedern insgesamt

ICD	Bezeichnung	Rang	Diagnosehäufigkeit	Diagnosehäufigkeit
			Junge Erwerbstätige (15 bis 29 J.)	Erwerbstätige (15 bis 65 Jahre)
J45	Asthma bronchiale	21	8,92%	8,55%
J32	Chronische Sinusitis	22	8,46%	7,78%
J01	Akute Sinusitis	23	8,38%	7,25%
B34	Viruskrankheit nnb Lokalisation	24	8,10%	5,91%
R51	Kopfscherz	25	8,02%	5,93%
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	26	7,88%	6,59%
T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	27	7,79%	7,43%
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	28	7,71%	6,17%
L30	Sonstige Dermatitis	29	7,52%	8,32%
D22	Melanozytennävus	30	6,59%	8,15%
F32	Depressive Episode	31	6,52%	10,82%
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	32	6,44%	4,94%
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	33	6,17%	5,76%
G43	Migräne	34	6,14%	6,14%
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	35	6,00%	11,15%
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	36	5,88%	22,01%
N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	37	5,85%	5,05%
E66	Adipositas	38	5,85%	9,48%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	39	5,84%	9,96%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	40	5,71%	6,99%

Expertenbefragung zum Thema "Gesundheit junger Arbeitnehmer"

A *Berichte zur Beschreibung der Gesundheit von Jugendlichen und junger Menschen an der Schwelle zum Erwachsenenalter sind nicht neu, häufig haben sie jedoch nur Jugendliche zur Zielgruppe oder begrenzen das junge Erwachsenenalter auf unter 25 Jahre.*

Definitionen, z.B. in den Sozialwissenschaften, dehnen unter den Bedingungen des gesellschaftlichen Wandels den Jugendbegriff bzw. die Jugendphase jedoch zunehmend häufiger bis ans Ende des dritten Lebensjahrzehnts, wenn nicht sogar darüber hinaus aus.

Als Jugendliche und junge Arbeitnehmer schließt der DAK-Gesundheitsreport 18- bis unter 30-Jährige ein, die sich in Ausbildung bzw. bereits im Beruf befinden. Der Einfachheit halber wird nachfolgend nur von jungen Menschen bzw. Arbeitnehmern gesprochen.

A1 Was fassen Sie unter den Begriff „Jugend“ und welche Kriterien stehen Ihrer Meinung nach für eine Ausdehnung der Jugendphase?

A2 Wo sehen Sie zum Thema „Gesundheit junger Arbeitnehmer“ Forschungsbedarf?

B *Der Eintritt in die Arbeitswelt fällt in "eine Zeit rasanter Entwicklungsveränderungen". In ihren ersten Kontakten mit der Arbeitswelt können junge Menschen gravierende Hindernisse wie Rückweisungen und Misserfolg bei der Berufswahl oder im Anschluss an die Ausbildung erfahren. Zugleich muss die Integration in das Arbeitsleben und die eigene Lebensführung selbst gesucht und gestaltet werden. Je nach Bewältigungsstrategien und -möglichkeiten kann dies langfristig Konsequenzen für die Gesundheit im Erwachsenenalter haben.*

B1 Welche besonderen Herausforderungen erfahren junge Menschen beim Einstieg in die Arbeitswelt? Welche nennenswerten Hürden sehen Sie z.B. nach der dualen Ausbildung oder nach einem Studium?

B2 Welchen gesundheitlichen Risiken und Belastungen sind junge Arbeitnehmer in den ersten Ausbildungs- und Berufsjahren ausgesetzt? Inwieweit unterscheiden diese sich von denen der älteren Arbeitnehmer?

B3 Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Schutzfaktoren junger Arbeitnehmer, die zur positiven Bewältigung der ersten beruflichen Anforderungen und damit zur dauerhaften Integration in das Arbeitsleben beitragen können?

B4 Benötigen junge Arbeitnehmer besondere Maßnahmen der Unterstützung in den ersten Berufsjahren? Inwiefern und wo ist dies gewährleistet bzw. wo bestünde weiterer Bedarf? Welche Fachrichtungen oder Institutionen sollten Ihrer Meinung nach beteiligt sein?

B5 Sind die denkbaren Gesundheitsrisiken junger Arbeitnehmer hinreichend bekannt? Sollte das Thema "Gesundheit junger Arbeitnehmer" stärker in den Fokus gerückt werden? Wenn ja, warum?

B6 Mit welchen Maßnahmen sollten speziell Krankenkassen das Thema "Gesundheit junger Arbeitnehmer" aufwerten? Sehen Sie hier Nachholbedarf?

C *Junge Menschen können wegen ihres guten Allgemeinbefindens und wegen stärkeren gegenwartsbezogenen Vorstellungen von Gesundheit als "präventionsfern" beschrieben werden. Allerdings sind sie besonders gefährdet. Empirisch werden wiederholt gesundheitsriskante Verhaltensweisen (Alkohol, Drogenkonsum, Rauchen etc.) festgestellt. Mit Blick auf die lebensstilbezogenen Risikofaktoren und angesichts des Stellenwertes von Gesundheit auf das Berufsleben besteht eine wesentliche Herausforderung darin, junge Arbeitnehmer möglichst früh zu einem gesunden und damit zukunftsorientierten Lebensstil zu motivieren und zu unterstützen.*

C1 Es wird wiederholt über einen riskanten Alkoholkonsum von Heranwachsenden und junger Menschen berichtet.

Was spricht aus Ihrer Sicht dafür, dass dieser Konsum Ausdruck eines ausweichenden Bewältigungsverhaltens bei Problemen ist? Wie schätzen Sie zukünftige Entwicklungen ein?

C2 **Mit Blick auf Berichte zum problematischen Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener, wie schätzen Sie die Wirksamkeit bislang initiiertes Präventionsprogramms ein? Müsste sich Ihrer Meinung nach in puncto Evidenz, Kooperationen, Zugänge etc. etwas ändern?**

C3 Klassische, individuelle Präventionsangebote der Krankenkassen erreichen häufig nur Erwachsene im mittleren und höheren Lebensalter. Mit welchen Ansätzen sollten junge Arbeitnehmer verstärkt angesprochen werden?

C4 Sehen Sie unter jungen Arbeitnehmern spezielle Zielgruppen mit besonderem gesundheitlichem Förderbedarf? Wenn ja, welche?

D	<i>Abschließend zur psychischen Gesundheit junger Arbeitnehmer und gesundheitlichen Versorgung: Auf Basis der Arbeitsunfähigkeits-Daten der DAK lässt sich für die letzten 10 Jahre, speziell für die Gruppen der 20- bis 24- sowie 25- bis 29-Jährigen eine überdurchschnittliche Zunahme der AU-Tage und Fälle wegen psychischer und Verhaltensstörungen feststellen. Andere Krankenkassen beobachten den gleichen Trend.</i>
D1	Bitte kommentieren Sie mögliche Hintergründe der Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten wegen psychischer und Verhaltensstörungen bei jungen Arbeitnehmern.
a)	Die psychischen und Verhaltensstörungen bei jungen Arbeitnehmern werden ungenügend behandelt, weil diese Gruppe die Angebote der Gesundheitsversorgung zu wenig in Anspruch nimmt bzw. Zugangsbarrieren bestehen.
b)	Die Arbeitsweise und Kommunikation von Ärzten ist auf die Bedürfnisse von jungen Menschen zu wenig angepasst, so dass sie mit ihren ernsthaften Gesundheitsproblemen nicht adäquat betreut werden.
c)	Die ständigen Veränderungen in der Arbeitswelt im Zuge des Strukturwandels vollziehen sich zu Lasten junger Arbeitnehmer.

d) Junge Arbeitnehmer weisen zunehmend Defizite in Fertigkeiten wie Konzentrations-, Anpassungs- und Konfliktfähigkeit, Sorgfalt, Selbständigkeit, Verantwortungsbewusstsein etc. auf, wodurch sich Stress- und Überforderungspotenziale aufbauen.

e) Angesichts der "Pufferfunktion", die junge Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt innehaben, haben unter ihnen Leistungsdruck, Konkurrenz und Angst vor Arbeitslosigkeit zugenommen.

D2 Welche weiteren Entwicklungen halten Sie für relevant?

D3 Sollten nach Ihrer Meinung spezielle Anstrengungen unternommen werden, um junge Menschen mit behandlungsrelevanten psychischen und Verhaltensstörungen zu identifizieren? Wenn ja, welche und in welchem Kontext?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Liste der beteiligten Expertinnen und Experten

Prof. Dr. Cornelia Bormann
Fachhochschule Bielefeld Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit
Lehreinheit Pflege und Gesundheit
Am Stadtholz 24
33609 Bielefeld

Prof. Dr. Elmar Brähler
Universität Leipzig
Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Soziologie
Phillip-Rosenthal-Str. 55
04103 Leipzig

PD Dr. med. Edgar Friedrichs
Schwerpunktpraxis für Entwicklung und Lernen
Heinrichsdamm 6
96047 Bamberg

Prof. Dr. Renate Schepker
Zentrum für Psychiatrie Weissenau Abteilung Kinder-u. Jugendpsychiatrie
Weingartshofer Str. 2
88214 Ravensburg

Prof. Dr. Andreas Weber
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
Lützwowstr. 53
45141 Essen

Dr. Hannah Permien
Deutsches Jugendinstitut DJI
Nockherstr. 2
81541 München